

膈下逐瘀汤加减联合癃闭舒胶囊治疗 B 型前列腺炎 74 例

黄 凌

(漳州市中医院, 福建 漳州 363000)

摘 要: 目的 观察膈下逐瘀汤加减联合癃闭舒胶囊治疗 B 型前列腺炎的临床疗效。方法 将 148 例 B 型前列腺炎患者随机分为治疗组和对照组各 74 例, 治疗组给予膈下逐瘀汤加减联合癃闭舒胶囊口服, 对照组仅口服癃闭舒胶囊, 6 周为 1 个疗程。观察 2 组治疗前后前列腺炎症症状指数(NIH-CPSI)评分、中医证候积分变化情况, 比较 2 组疗效差异。结果 6 周后, 与治疗前比较, 2 组临床症状都有改善, 治疗组总有效率为 82.43%, 对照组总有效率为 63.51%, 治疗组优于对照组($P < 0.05$); 治疗组在改善中医证候积分和疼痛及尿路症状评分方面显著优于对照组($P < 0.01$); 在提高患者生活质量以及降低 NIH-CPSI 评分方面, 治疗组也优于对照组($P < 0.05$)。结论 膈下逐瘀汤加减联合癃闭舒胶囊治疗 B 型前列腺炎疗效显著, 值得临床推广。

关键词: B 型前列腺炎; 膈下逐瘀汤; 癃闭舒胶囊

中图分类号: R697.33

文献标志码: B

文章编号: 1000-338X(2016)02-0005-02

DOI: 10.13260/j.cnki.jfjtc.011053

前列腺痛临床以 20~45 岁中青年男性多见, 依据 1995 年美国国立卫生研究院(NIH)提出的新分类方法, 前列腺痛应属于慢性非菌性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(CP/CPPS)中的非炎症性型(B 亚型), 是前列腺炎综合征中的一种较常见且又特殊的类型^[1]。由于 CP/CPPS 病因不明, 发病机制不清, 至今没有一种标准而确切有效的治疗方案, 已成为困扰临床医生的一大难题^[2], 而中医治疗常能取得较好效果^[3]。笔者在临床中采用膈下逐瘀汤加减联合癃闭舒胶囊治疗 B 型前列腺炎 74 例, 取得明显疗效, 现报告如下:

1 资料和方法

1.1 纳入标准 西医诊断及中医证候诊断标准参照文献[4], ① 症状: 发生于会阴部、耻骨上、阴茎、阴囊、肛门、腰骶等部位或尿道疼痛; 尿等待, 尿无力, 排尿中断, 尿余沥, 排尿困难; 尿路刺激征如尿频、尿急、夜尿增多等。或阴囊潮湿, 小便混浊, 腰膝酸软, 舌质紫暗。② 体征: 直肠指检前列腺并无明显压痛, 而触及盆底肌肉两侧提肛肌及骶外旋短肌有疼痛表现。③ 实验室检查: 前列腺液常规检查, 白细胞 ≤ 10 个/HP, 卵磷脂小体均匀密布, EPS 分段培养无感染性致病菌。④ 中医证候诊断标准: 参考文献[1], a. 肝郁气滞证: 症见会阴部、耻骨上、阴囊、阴茎、胁肋等部位的胀痛或窜痛, 精神抑郁或急躁易怒, 小便不爽或不利, 尿等待, 尿余沥, 以上症状在情绪波动时加重, 舌苔薄白, 有舌缢线, 脉象弦。b. 瘀血阻络证: 会阴、耻骨上、阴囊、睾丸、阴茎等部位刺痛, 痛处不移, 夜间或阴天加剧, 小便涩痛, 排尿困难, 尿等待, 尿余沥, 口干但欲漱水不欲咽, 舌质紫暗或瘀斑, 脉象细涩。⑤ 年龄 18~50

岁, 病史 > 3 个月。⑥ 近 2 周末服用镇静药、非甾体抗炎药、抗生素及前列腺用药。⑦ 签署知情同意书者。

1.2 排除标准 ① 尿路感染、非淋菌性尿道炎、淋病、急性前列腺炎、前列腺癌、慢性细菌性前列腺炎、良性前列腺增生症、神经源性膀胱。② 泌尿系结石、腹股沟疝、耻骨炎、睾丸炎、附睾炎、直肠结肠疾病等病变。③ 神经精神障碍, 无法合作者。

1.3 一般资料 选取 2012 年 1 月—2014 年 1 月在我院门诊就诊并诊断为 B 型前列腺炎患者 148 例, 按门诊就诊次序采用随机数字表法随机分为治疗组和对照组各 74 例。治疗组平均年龄(32.38 ± 9.20)岁, 平均病程(12.13 ± 6.10)个月, NIH-CPSI 评分平均(26.35 ± 3.90)分, 中医证候积分平均(21.80 ± 6.15)分; 对照组平均年龄(31.50 ± 9.80)岁, 平均病程(12.80 ± 7.50)个月, NIH-CPSI 评分平均(25.90 ± 3.25)分, 中医证候积分平均(22.05 ± 6.65)分。2 组年龄、病程、NIH-CPSI 评分、中医证候积分等各指标差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.4 方法

1.4.1 治疗方法 ① 治疗组: 采用膈下逐瘀汤口服, 组方: 五灵脂 9 g, 当归 9 g, 川芎 6 g, 桃仁 9 g, 牡丹皮 6 g, 赤芍 6 g, 乌药 6 g, 延胡索 3 g, 甘草 9 g, 香附 3 g, 红花 9 g, 枳壳 5 g。并酌加牛膝 15 g, 柴胡 15 g。如偏于气滞血瘀证加青皮 10 g, 血竭 10 g; 偏于湿热下注证加龙胆草 15 g, 栀子 10 g, 黄柏 15 g。每日 1 剂, 水煎两次, 共取汁 500 mL, 分 2 次服, 连续用药 6 周。癃闭舒胶囊(石家庄科迪药业有限公司)口服, 1 d 2 次, 1 次 4 粒, 疗程 6 周。② 对照组: 癃闭舒胶囊(石家庄科迪药业有限公司)口服, 1 d 2 次, 1 次 4 粒, 疗程 6 周。2 组治疗期间停用其它一切相关药物及治疗方法, 并指导患者养成良好生

收稿日期: 2016-01-09

作者简介: 黄凌(1966—), 男, 副主任中医师。

活习惯,规律性生活,保持良好精神和心理状态。

1.4.2 观察指标 观察前列腺炎症状指数 (NIH-CPSI)和中医证候积分。

1.4.3 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件包进行统计分析, 计量资料属正态分布以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用配对 t 检验分析方法,疗效比较采用 $Ridit$ 检验。

2 治疗结果

2.1 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指

导原则(试行)》^[4]中 CP 证候疗效判断标准,① 治愈:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;② 显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 60\%$;有效:临床症状、体征有所改善,证候积分减少 $\geq 30\%$;③ 无效:临床症状、体征改善不明显,甚或加重,证候积分减少 $< 30\%$ 。

2.2 2 组治疗前后症状评分和 NIH-CPSI 评分比较 见表 1。

表 1 2 组治疗前后症状评分和 NIH-CPSI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$) 分

组别	<i>n</i>		疼痛症状评分	尿路症状评分	生活质量评分	NIH-CPSI 评分
治疗组	74	治疗前	13.15 $\pm$ 2.50	6.85 $\pm$ 1.10	6.35 $\pm$ 2.10	26.35 $\pm$ 3.90
		治疗后	5.10 $\pm$ 1.20 ¹⁾²⁾	2.10 $\pm$ 0.40 ¹⁾²⁾	2.90 $\pm$ 1.65 ¹⁾²⁾	10.50 $\pm$ 3.14 ¹⁾²⁾
对照组	74	治疗前	12.90 $\pm$ 2.45	6.90 $\pm$ 2.35	6.10 $\pm$ 1.95	25.90 $\pm$ 3.25
		治疗后	9.80 $\pm$ 1.46 ¹⁾	3.80 $\pm$ 0.60 ¹⁾	3.75 $\pm$ 1.55 ¹⁾	17.35 $\pm$ 2.85 ¹⁾

注:与治疗前比较,1) $P < 0.01$;与对照组比较,2) $P < 0.01$ 。

2.3 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 2。

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$) 分

组别	治疗前	治疗后
治疗组	21.80 $\pm$ 6.15	10.25 $\pm$ 8.70 ¹⁾²⁾
对照组	22.05 $\pm$ 6.65	15.40 $\pm$ 7.80 ¹⁾

注:与治疗前比较,1) $P < 0.01$;与对照组比较,2) $P < 0.01$ 。

2.4 2 组疗效比较 见表 3。

表 3 2 组疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	74	8 ¹⁾	38 ¹⁾	15	13	82.43 ¹⁾
对照组	74	4	24	19	27	63.51

注:与对照组比较,1) $P < 0.01$ 。

3 讨论

B 型前列腺炎(前列腺痛)是前列腺炎综合征中常见的临床类型, 约占前列腺炎综合征 31%,以不同部位的疼痛和排尿异常为特征^[1]。现代医学认为:前列腺部尿道及膀胱颈部富含 α 受体,在全身或局部因素作用下引起尿道高压,致尿道内物质逆流流入前列腺周边区,引起非特异性前列腺炎,从而产生疼痛不适和排尿异常^[5]。中医学虽无前列腺痛病名的记载,但根据其临床表现,将其归属中医的“痛证”“淋证”“癃证”等范畴。本病病位为肝肾,基本病机为气滞血瘀兼有湿热。肾虚为本,气滞血瘀湿热为标,临床多以虚实夹杂,本虚标实为特点^[6]。

膈下逐瘀汤是清代王清任《医林改错》中五大活血化瘀名方之一,方中当归、川芎、赤芍养血活血,与逐瘀药同用,可使瘀血祛而不伤阴血;牡丹皮清热凉血,活血化瘀;桃仁、红花、五灵脂破血逐瘀,以消积块;配香附、乌药、枳壳、延胡索行气止痛;尤其川芎不仅养血活血,更能行血中之气,增强逐瘀

之力;甘草调和诸药。全方以逐瘀活血和行气药物居多,使气行血行,更好发挥其活血逐瘀,破瘀消结之力。各药相伍,共奏活血化瘀、行气止痛之功。

癃闭舒胶囊为纯中药制剂,其中补骨脂可补肾固精而缩尿以治本;海金沙、金钱草则清热利湿,通淋,止痛消肿;山慈菇有消肿散结之功;益母草、琥珀二药除利尿作用外,尚有活血之功。诸药合用,共奏温补化气、清热通淋、活血化瘀、散结止痛之功。据资料报道:癃闭舒胶囊可有效对抗前列腺体内的慢性炎症,可阻断 α_1 肾上腺素受体,降低膀胱三角肌及尿道平滑肌张力而降低排尿阻力,增加尿流率,改善排尿困难症状,故对慢性前列腺炎患者的临床症状具有明显的改善作用^[7]。临床上可辨证加减:如湿热下注证或气滞血瘀证可在膈下逐瘀汤分别加入龙胆草、栀子、黄柏或青皮、血竭。由于本病病位乃肝经肾经所过,而牛膝性善下行,入肝肾二经,故运用时酌加牛膝可通利血脉,引药下行;柴胡疏肝解郁调气,亦可酌情使用。以上诸药合用,可活血气行,瘀化热消,小便正常而肝郁亦解,诸症自愈。

本研究结果证实:膈下逐瘀汤加减联合癃闭舒胶囊治疗 B 型前列腺炎 6 周后,NIH-CPSI 评分、中医证候积分较治疗前明显改善,尤其 NIH-CPSI 中的疼痛及尿路症状评分改善明显,且治疗组痊愈率和显效率均高于对照组。该疗法可明显改善骨盆区域疼痛和排尿异常,且对患者抑郁、焦虑、性生活下降都有改善作用,效果优于单独使用癃闭舒胶囊。同时,患者应养成良好生活习惯,如不熬夜、不久坐,适量运动锻炼以提高抵抗力,合理的饮食结构,规律的性生活、保持良好的精神心理状态等,对于本病的痊愈和预防有着重要意义^[8-9]。

(下转第 9 页)

能的紊乱。因此,减轻 VEC 损伤可作为调理脓毒症凝血功能障碍的关键一环。但是,由于 VEC 的作用广泛,采用单一药物来防治 VEC 损伤显得困难重重。中医中药可以针对脓症患者全身机体状况进行多靶点调理治疗,其作用受到关注。虽然研究者对脓毒症凝血功能障碍发病机制的看法有一定程度的分歧^[10],但是都认识到脓症患者存在正气不足,脏真受损,气阴两伤的发病之本,因此,治疗上补气养阴必不可少。而存在凝血障碍的脓症患者,血瘀证往往伴随出现,因此活血法也是脓毒症凝血功能障碍的重要治法。

参麦注射液具有补气养阴的功效,在临床上广泛应用于脓毒症的治疗。研究表明:参麦注射液具有保护脓症患者器官功能^[11]、增强免疫^[12]、改善微循环及改善凝血功能障碍等作用^[13-14]。既往研究采用丹红注射液、血必净等具有活血化瘀作用的中药制剂治疗脓毒症,可以改善其凝血功能障碍^[15-16]。丹参酮 A 是活血化瘀代表药物丹参的提取物,实验和临床研究都证明其具有保护 VEC 的作用^[17-18]。从本研究结果可以看出:联合使用参麦注射液及丹参酮 A 磺酸钠注射液治疗能改善脓毒症凝血功能,减轻 VEC 损伤并且能够降低患者的危重症评分,减轻病情。在减少 28 d 病死率方面,观察组虽然表现出一定程度的优势,但与对照组比较无统计学意义,可能与观察病例数过少有关,需要进一步进行多中心、大规模的临床研究予以证实。

综上,在脓毒症常规治疗基础上加用补气养阴活血中药治疗,可以改善脓毒症患者的病情和凝血功能障碍。改善凝血功能障碍的机制可能与减轻 VEC 损伤有关,值得进一步研究。

参考文献:

- [1] 刘春峰. 凝血障碍在重症脓毒症发病机制中的作用与治疗对策[J]. 中国实用儿科杂志, 2007, 8(22): 563-568.

- [2] 彭志允, 彭环庆, 林辉文, 等. 补气养阴活血法对脓毒症患者急性肺损伤的影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(12): 168-170.
- [3] LEVY M M, FINK M P, MARSHALL J C, et al. 2001 SCCMS/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference[J]. Crit Care Med, 2003, 29(4): 530-538.
- [4] 赵聪, 马晓春. 脓毒症的抗凝治疗[J]. 中国危重病急救医学, 2011, 23(2): 113-116.
- [5] CINEL I, STEVEN M O. Molecular biology of inflammation and sepsis: a primer[J]. Crit Care Med, 2009, 37(1): 291-304.
- [6] 陈明祺, 王醒. 脓症患者免疫功能障碍研究进展[J]. 东南大学学报(医学版), 2013, 32(3): 357-359.
- [7] 刘先华, 夏鹤. 脓症患者凝血功能异常与预后的关系[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2015, 10(6): 558-560.
- [8] 田密. 急诊感染患者凝血障碍与脓毒症严重程度的关系分析[J]. 中国医药指南, 2015, 13(24): 174-175.
- [9] 韩宇, 高传玉, 秦秉玉, 等. 抗凝治疗对脓毒症凝血和炎症指标的影响及其意义[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27(2): 102-105.
- [10] 李银平. 从“三证三法”看中西医结合治疗危重病的研究思路[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(1): 7-9.
- [11] 包继峰. 参麦注射液在脓症患者治疗中的应用研究[J]. 中国医药导刊, 2015, 17(11): 1130-1131.
- [12] 申丽曼, 杜全胜, 赵鹤龄. 参麦注射液对脓症患者免疫功能的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(1A): 67-68.
- [13] 李志凌. 参麦注射液联合乌司他丁对重症脓症患者微循环功能的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 8(11C): 5-6, 9.
- [14] 黄增峰, 黄学仄, 方春. 参麦注射液对脓症患者凝血功能的影响[J]. 中国中医药科技, 2011, 18(4): 357-358.
- [15] 李志云, 杜仲平, 王春雨, 等. 丹红注射液对严重脓毒症凝血功能及预后的影响[J]. 世界中医药, 2015, 10(8): 1197-1200.
- [16] 孙红双, 吕菁君, 魏捷. 血必净注射液对脓症患者凝血功能影响分析[J]. 临床药物治疗杂志, 2015, 13(4): 1197-1200.
- [17] 彭环庆, 彭志允, 谢维宁, 等. 基于血管内皮细胞损伤模型的丹参酮 A 治疗慢性心力衰竭的机制研究[J]. 浙江临床医学杂志, 2015, 17(3): 349-351.
- [18] 李朝梁, 黄文艳, 石秋玲, 等. 丹参酮 A 对充血性心力衰竭患者心功能和血管内皮细胞分泌功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(2): 145-147.

(上接第 6 页)

参考文献:

- [1] 贾金铭. 中国中西医结合男科学(2009 版)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2005: 267-274.
- [2] 那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2009 版)[S]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 119-144.
- [3] 吴骏, 曾庆祺. 慢性前列腺炎外治法临床研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6(5): 434-437.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 168-172.
- [5] BARBALIAS G A, NIKIFORIDIS G, LIATSIKOS N. Alpha-block-

ers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics[J]. J Urol, 1998, 159(3): 883-887.

- [6] 李兰群, 王传航, 刘春英, 等. 慢性前列腺炎中医证型分布频率研究[J]. 中华中医药杂志, 2005, 20(4): 245-246.
- [7] 霍军, 吴斌, 王鸿起, 等. 癃闭舒治疗慢性前列腺炎 122 例临床观察[J]. 中国全科医学, 2001, 4(7): 578.
- [8] 王玲, 达建萍, 吴培培. 慢性前列腺炎患者心理问题的分析与护理[J]. 中国性科学, 2012, 21(5): 6-8.
- [9] 邓云山. 慢性前列腺炎患者抑郁状况分析[J]. 中国性科学, 2012, 21(9): 5-8.