

前列安方治疗慢性非细菌性前列腺炎 肝郁血瘀证 120 例临床观察

邹如政 段华汛 乐才文 李 青 李莉娅 李秀清

(湖北中医学院附属襄樊医院, 湖北省襄樊市长征路 24 号, 441000)

[摘要] **目的** 观察前列安方治疗慢性非细菌性前列腺炎(CNP)肝郁血瘀证的临床疗效。**方法** 将 240 例患者随机分为治疗组和对照组各 120 例, 治疗组口服前列安方, 对照组口服前列康片。观察两组的临床疗效, 并于治疗前后进行慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)评分及前列腺液参数的检查。**结果** 治疗组和对照组临床治愈率分别为 38.33% 和 24.17%, 总有效率分别为 89.16% 和 64.67%, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 在改善前列腺液参数、降低 NIH-CPSI 症状积分方面治疗组优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论** 前列安方治疗慢性非细菌性前列腺炎肝郁血瘀证有较好的临床疗效。

[关键词] 慢性非细菌性前列腺炎; 前列安; 肝郁血瘀证; 前列腺液

Clinical Observation on 120 Patients of Chronic Non-bacterial Prostatitis with the Syndrome of Liver Stagnation and Blood Stasis Treated by Qianlean Formula

ZOU Ruzheng, DUAN Huaxun, YUE Caiwen, et al.

(Xiangfan Hospital Affiliated to Hubei University of Traditional Chinese Medicine, Xiangfan 441000)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of Qianlean Formula (formula for Improving Prostatitis) on chronic non-bacterial prostatitis in the syndrome of liver stagnation with blood stasis. **Methods** Totally 240 patients were randomized into the treatment group and control group with 120 cases in each. The former was treated with oral taking of Qianlean Formula while the latter treated by oral taking of Qianliekang Tablets. The therapeutic effect of both groups was observed, and the symptom scoring according to the chronic prostatitis symptom index given by National Institutes of Health (NIH-CPSI) and the examinations on parameters of prostatic fluid were carried out before and after treatment. **Results** The clinical curative rate of the treatment group and the control group was 38.33% and 24.17% respectively, the total effective rate was 89.16% and 64.67% respectively, the difference was significant ($P < 0.01$). In improving the parameters of prostatic fluid and decreasing the NIH-CPSI scores, the treatment group was better than the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** Qianlean Formula is effective for the syndrome of liver stagnation with blood stasis in the chronic non-bacterial prostatitis.

Key Words Chronic non-bacterial prostatitis; Qianlean Formula; Syndrome of liver stagnation with blood stasis; Prostatic fluid

慢性前列腺炎(CP)是男科的常见病,多发于成年男性,35岁以上的男性发病率为35%~40%,病程易迁延复发,复发率为25%~50%^[1,2],而慢性非细菌性前列腺炎(Chronic non-bacterial Prostatitis, CNP)占其中的绝大部分,可达90%~95%^[3,4],且呈明显的上升趋势。自2003年以来,我们采用中药前列安方治疗慢性非细菌性前列腺炎120例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断及辨证标准

诊断标准根据国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[5]、卫生部颁布《中药新药临床研究指导原则》^[6]及美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)评分^[3]确定:①尿路刺激症状:尿频、尿痛、尿不尽、残尿感、滴白等。②疼痛症状:

腰骶、会阴、小腹、睾丸等部位疼痛或不适。③性功能异常:早泄、阳痿、性欲减退。④前列腺检查正常、压痛或硬结,前列腺液细菌培养阴性。

中医辨证标准根据《中医病证诊断疗效标准》^[5]与《中药新药临床研究指导原则》^[6],辨证符合肝郁血瘀证,临床表现为情志抑郁,腰痛,少腹隐痛,阴部胀痛,小便淋漓或滴白,舌质红,苔薄白,脉弦细或沉。

1.2 纳入标准

年龄20~55岁;符合上述诊断标准及中医辨证标准者。

1.3 排除标准

合并前列腺增生、前列腺肿瘤、尿道狭窄者;因副作用以外的其他原因不能规律用药者。

1.4 一般资料

全部病例均为湖北中医学院附属襄樊医院2003年10月~2007年10月期间男科门诊患者,共纳入

240 例,按随机数字表法随机分为治疗组和对照组各 120 例。治疗组年龄 20~50 岁,平均(32±2.8)岁;病程 1~7 年,平均(2.8±0.6)年,NIH-CPSI 评分(24.42±4.87)分。对照组年龄 20~54 岁,平均(31±2.3)岁;病程 1~6 年,平均(2.2±0.5)年,NIH-CPSI 评分(23.12±5.14)分。两组患者年龄、病程、NIH-CPSI 评分经统计学处理差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组给予前列安方,组成:柴胡 12g,郁金 12g,橘核 12g,枳壳 10g,赤芍 15g,丹参 12g,桃仁 10g,红花 10g,当归 12g,牛膝 15g,黄柏 12g,萆薢 15g 等,水煎口服,每日 1 剂,30 天为 1 个疗程。对照组口服中成药前列康片(浙江康恩贝制药有限公司,又名普乐安片,批号 20030210),每次 5 片,每日 3 次,30 天为 1 个疗程。服药期间不服其他药物,忌食或少食辛、辣、烟、酒等刺激性食物和油腻食物,避免长时间骑车,调畅情志。治疗 1 个疗程后进行相关检查及资料统计。

2.2 观察指标

2.2.1 疗效性指标 症状指标:服药前后进行 NIH-CPSI 症状评分^[3]。客观指标:前列腺直肠指诊,观察前列腺大小、质地、压痛等;前列腺液(EPS)检查白细胞计数(WBC)、卵磷脂小体数量。治疗前检查 1 次,治疗后连续检查 2~3 次。

2.2.2 安全性指标 血、尿常规,肝、肾功能,心电图等,治疗前后各检查 1 次。观察服药期间有无过敏反应等不良事件的发生。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 10.0 统计软件处理,计数资料用 χ^2 检验和 Ridit 分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,显著性检验用 t 检验。

2.4 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]及 NIH-CPSI 评分^[7]进行评定。临床痊愈:症状消失,NIH-CPSI 评分减少 90%以上,EPS 常规检查连续 2 次以上正常,肛诊压痛消失、质地正常或接近正常。显效:症状基

本消失,NIH-CPSI 评分减少 70%~89%,EPS 常规检查连续 2 次以上 WBC 值较前减少 50%,触诊压痛及质地均有改善。有效:症状减轻,NIH-CPSI 评分减少 35%~69%,EPS 常规 WBC 有所减少。无效:症状或体征未见明显变化,NIH-CPSI 评分小于 35%,EPS 常规 WBC 无变化或加重。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效的比较

治疗 1 个疗程后治疗组治愈 46 例,占 38.33%,显效 37 例,占 30.83%,有效 24 例,占 20.00%,无效 13 例,占 10.84%,总有效率 89.16%。对照组治愈 29 例,占 24.17%,显效 28 例,占 23.33%,有效 23 例,占 19.17%,无效 40 例,占 33.33%,总有效率 66.67%。两组疗效比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

3.2 两组患者治疗前后 NIH-CPSI 积分比较

表 1 示,两组患者治疗前后在改善疼痛或不适、尿路刺激症状、提高生活质量、降低 NIH-CPSI 症状积分方面,与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$),并且治疗组优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.3 两组患者治疗前后前列腺液白细胞检查比较

表 2 示,在前列腺液白细胞改善方面,治疗组和对照组治疗前后比较差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗后两组间比较治疗组优于对照组($P<0.01$)。

3.4 两组患者治疗前后前列腺液卵磷脂小体检查比较

表 3 示,在前列腺卵磷脂小体改善方面,两组治疗前后比较,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$),并且治疗组优于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

根据临床症状及表现,慢性非细菌性前列腺炎属中医“淋浊”、“淋证”、“精浊”范畴,多因感受外邪,气机受阻;或由嗜食烟酒膏粱厚味,湿热内生;或因情志郁闷,肝失疏泄,气滞血瘀;或禀赋不足,肾精损耗,相火妄动,内生湿热所致。《诸病源候论》中有“劳伤于肾,肾气虚冷故也。肾主水而开窍在阴,阴为溲便之道,胞冷

表 1 两组患者治疗前后 NIH-CPSI 症状积分变化比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	疼痛或不适	尿路症状	生活质量	NIH-CPSI 总分
治疗组	治疗前	120	12.32±2.42	6.12±1.38	8.78±1.68	24.42±4.87
	治疗后	120	4.26±1.53**△△	2.16±1.21**△	3.60±2.12**△	10.21±3.25**△△
对照组	治疗前	120	11.61±2.15	6.68±1.42	8.12±2.31	23.51±4.34
	治疗后	120	7.63±2.26	3.86±1.32	3.06±2.13	15.38±3.62

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.01$,△△ $P<0.05$

表 2 两组患者治疗前后 EPS-WBC 检查结果比较(例)

组别	时间	例数	0	+	++	+++	++++
治疗组	治疗前	120	0	26	45	33	16
	治疗后	120	51	41	14	10	4
对照组	治疗前	120	0	35	42	28	15
	治疗后	120	28	36	27	20	9

表 3 两组患者治疗前后卵磷脂小体检查比较(例)

组别	时间	例数	+	++	+++	++++
治疗组	治疗前	120	31	54	23	12
	治疗后	120	2	14	56	48
对照组	治疗前	120	30	45	29	16
	治疗后	120	20	34	40	26

肾损,故小便白而浊也”的论述。多数医家认为,该病由肾虚、湿热、血瘀、肝郁等综合因素所致,治疗以清热利湿、活血化瘀、补肾泄浊、疏肝理气为法^[8,9]。近年来在临床中发现该病典型的尿道刺激或梗阻症状表现不多,大部分患者仅疼痛不适、情绪变化为主,使用清热、利湿、补肾等方法治疗,临床效果不甚理想,病情容易反复。从患者疼痛为主、痛有定处及具有情绪因素等特点看,该病发生主要在于肝郁气滞、血瘀络阻^[10];肝经与前列腺脉络相连,调节前列腺的分泌功能,肝气郁结容易导致少腹部、阴囊、耻骨等处胀痛疼痛和排尿不适;从发病方面看,前列腺炎患者存在明显精神心理因素,表现有心理上的焦虑和抑郁^[11];从病史方面看,该病容易反复,病久易瘀,许多患者的血液流变学存在异常^[12]。一般认为,该病早期以湿热为主,后期以肾虚为主,但临床中发现湿热症状多为一过性,肾虚脾亏表现并不十分突出,而多数患者以肝郁气滞、血瘀络阻为主要表现,并贯穿疾病发展的全过程。因而对该病病机的认识已从湿热为主转向瘀阻为重,肝郁血瘀成为主要病机和导致进一步发展的病理关键^[13,14]。

前列安方以柴胡、郁金、橘核、枳壳等疏肝理气,通达气机;以赤芍、丹参、桃仁、红花、当归等活血化瘀,络止痛;牛膝活血通经,兼能引诸药下行;佐以萆薢、黄柏清热利湿通淋;诸药调和,共奏疏肝理气、活血通络之功。本研究结果显示,前列安治疗慢性非细菌性前列腺炎疗效显著,能够明显降低 NIH-CPSI 症状积分,缓解疼痛,改善排尿症状,并显著优于前列康片($P < 0.01$)。提示疏肝活血法组方的前列安是治疗慢性非细菌性前列腺炎行之有效的方法,值得临床推广应用,但其治疗机理仍然有待进一步深入研究。

参考文献

[1]胡礼泉,郭应禄.临床男科学[M].武汉:湖北科学技术出版

社,1996:181.

[2]梁朝朝,张学军,王克孝.前列腺炎病因学研究进展[J].中华泌尿外科杂志,2003,24(6):26-28.

[3]郭应禄,胡礼泉.男科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:1482.

[4]Roberts RO, Lieber MM, Bostwick DG, et al. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes[J]. Urology, 1997, 49(6):809-821.

[5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:50-51.

[6]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第3辑.1997:52,89.

[7]Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure[J]. J Urol, 1999, 162(2):369-375.

[8]邹如政.中医药治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究[J].中医药信息,2005,22(6):45-47.

[9]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.

[10]邹如政,郭爱群,乐才文.前列安1号治疗慢性非细菌性前列腺炎分析[J].中医药学刊,2004,22(8):1530-1531.

[11]何乐业.前列腺综合征[J].中华泌尿外科杂志,2000,21(11):697-699.

[12]张亚强,刘猷枋.前列腺方治疗慢性前列腺炎血瘀证的临床与实验研究[J].中国中西医结合杂志,1998,18(9):534-536.

[13]邹如政.慢性非细菌性前列腺炎中医诊治探讨[J].中医药学报,2006,34(5):3-4.

[14]张建敏,郭军.疏肝理气法治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究[J].中华男科学,2002,8(1):76-78.

(收稿日期:2008-09-04;修回日期:2009-04-07)

[编辑:邓媛]

第八次全国特色医疗名医学术交流会征稿

为了交流中医药特色医疗的新经验新成果,表彰优秀特色医疗名医,“第八次全国特色医疗名医学术交流会”定于2009年9月在江西庐山召开,特征稿如下。1. 参会对象:各级中医药特色疗法的名医和乡村名中医、民间名中医都可投稿或报名参加会议;2. 征稿内容:运用中医药治疗各种常见病、多发病、疑难杂症方面的经验或民间疗法均可参加交流,文稿要求在2000字左右,附200字以内个人技术简介和作者2寸彩照4张,每人限投一篇。3. 说明:邀请有关专家作特色疗法的专门技术传授;入选论文将颁发优秀论文证书并安排在《科普文摘》(中华医学论坛杂志)上发表;颁发中华中医药学会继续教育学分证书;优秀者授予“中华特色医疗名医”奖(颁发证书、奖章等)。无交流论文者也可报名参加会议。

投稿及报名参会者请在2009年7月30日前将论文和参会报名费100元、个人技术简介、像片邮寄邮汇北京100036-98信箱“庐山会议”会务组李莹莹主任收,邮编100036。详情请登录中国医疗卫生信息网www.ylwsxx.com, Email:100036-98@163.com。