

中药穴位敷贴治疗慢性前列腺炎湿热瘀滞证 45 例临床研究

卢子杰 张 扬 张 平 苏 昀 王省博

(南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

摘 要 目的:研究中药穴位敷贴治疗慢性前列腺炎湿热瘀滞证的有效性及安全性。方法:选择慢性前列腺炎湿热瘀滞证患者共 45 例,采用中药穴位敷贴贴于神阙、关元及中极等穴位,每 24h 更换 1 次,10 次为 1 个疗程,连续 3 个疗程。记录患者治疗前后前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)、中医辨证评分,评价临床疗效。结果:治疗后患者 NIH-CPSI 评分、中医辨证评分明显低于治疗前($P<0.05$),其中疼痛症状及放射痛症状改善明显($P<0.05$)。NIH-CPSI 疗效与中医证候疗效总有效率分别达到 80.0%和 77.8%。整个观察期间未见明显与药物有关的严重不良反应发生。结论:中药穴位敷贴治疗慢性前列腺炎湿热瘀滞证型安全有效,值得临床推广应用。

关键词 慢性前列腺炎 湿热瘀滞 NIH-CPSI 评分 中药复方 穴位敷贴

中图分类号 R697.33

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2015)10-0060-02

慢性前列腺炎(Chronic prostatitis, CP)是泌尿外科门诊的常见疾病,美国国立卫生研究院(NIH)将该病分类为Ⅱ型慢性细菌性前列腺炎(CBP)和Ⅲ型慢性非细菌性前列腺炎(ⅢA)/慢性骨盆疼痛综合征(ⅢB)等^[1],其中Ⅲ型前列腺炎占临床前列腺炎病例的 90%以上,两种亚型分别占 50%左右^[2]。目前对本病的发病原因和机制认识仍不足,西医治疗包括口服 α 受体阻滞剂、抗菌药物、非甾体类抗炎药等,临床疗效有限。本研究在中医理论的指导下,充分利用中医外治法的优势,观察中药穴位敷贴治疗慢性前列腺炎的临床疗效及不良反应,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 45 例患者来源于本院 2013 年 10 月至 2014 年 2 月泌尿外科门诊。年龄最小 25 岁,最大 46 岁,平均年龄(33.77 ± 5.78)岁;病程 3 个月~5 年,平均病程(13.44 ± 7.71)个月。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照 2014 版《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》^[4]。中医诊断标准参照 2007 年中国中西医结合学会男科专业委员会制定的《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南》^[5]有关慢性前列腺炎(精浊)湿热瘀滞证的诊断。主症:尿频、尿急、尿痛,排尿困难,会阴或肛门坠胀不适或疼痛,尿道口有乳白色分泌物。次症:尿不尽、尿有余沥、尿黄、尿道有灼热感;口苦口干,阴囊潮湿。舌脉:舌红,苔黄,脉弦数或弦滑。

1.3 纳入标准 (1)年龄在 20~50 岁,有慢性前列腺炎症状且病程为 3 个月~5 年;(2)符合慢性前列腺炎中西医结合诊断标准,辨证符合湿热瘀滞证;(3)美国国家卫生研究院慢性前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)

≥ 10 分,过去 1 个月内无泌尿道感染和任何原因引起的抗生素药物治疗史,1 周内未服用其他治疗慢性前列腺炎和影响排尿的药物。

2 治疗方法

患者经 7 天洗脱期后开始治疗,给予中药穴位敷贴。敷贴方:黄柏 500g、当归 500g、川芎 500g、乳香 250g、没药 250g、肉桂 200g、白芷 250g。将中药生药粉末干燥后均匀混合,再将混合粉末与白凡士林按照 1:1 等重比例调制成药丸,每颗药丸直径约 1.5cm,重约 4g,贴敷于神阙穴、关元穴、中极穴,穴位不加减,外用 4cm×3cm 三伏贴胶布固定。24h 更换 1 次,10 次为 1 个疗程,连续 3 个疗程。所有患者治疗期间均禁酒,忌辛辣刺激食物。

3 疗效观察

3.1 观察指标 于治疗前后统计患者慢性前列腺炎症状评分(美国国立卫生研究院,NIH-CPSI)^[4]及中医证候评分^[5]。NIH-CPSI 主要包括三部分内容,有 9 个问题(0~43 分)。第一部分评估疼痛部位、频率和严重程度,由问题 1~4 组成(0~21 分);第二部分为排尿症状,评估排尿不尽感和尿频的严重程度,由问题 5~6 组成(0~10 分);第三部分评估对生活质量的影 响,由问题 7~9 组成(0~12 分)。中医证候评分主要包括 4 大类临床症状,依次为尿路症状、放射痛症状、性功能障碍以及全身症状,严重程度分为轻、中、重,依次打分,累计总分。

3.2 疗效评价

3.2.1 NIH-CPSI 疗效标准 治愈:NIH-CPSI 较治疗前减少 90%以上;显效:NIH-CPSI 较治疗前减少 60%~89%;有效:NIH-CPSI 较治疗前减少 30%~59%;无效:NIH-CPSI 较治疗前减少不足 30%。

3.2.2 中医疗效标准 痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 60\%$;有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $<30\%$ 。

3.3 安全性评价 观察使用敷贴后的任何不良事件,其与药物相关性按与药物有关、很可能有关、可能有关、可能无关及无关 5 级进行评价,前 3 类计为药物不良反应,在统计药物不良反应发生率的同时,应将其程度、出现时间、持续时间、处理措施、处理经过等一并记录于病例报告表。

3.4 统计学方法 应用 SPSS17.0 统计软件,NIH-CPSI 评分和中医辨证评分所得计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,当 $P < 0.05$ 时判差异有统计学意义。

3.5 治疗结果

3.5.1 NIH-CPSI 评分与中医证候评分 2 组患者治疗前后 NIH-CPSI 评分与中医证候评分见表 1,治疗后两种评分总分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),其中的疼痛症状评分、放射痛症状评分较治疗前改善明显($P < 0.05$)。

表 1 治疗前后 NIH-CPSI 与中医辨证评分比较

时间	例数	NIH-CPSI 评分				中医辨证评分				
		总分	疼痛症状	排尿症状	生活质量	总分	尿路症状	放射痛症状	性功能障碍	全身症状
治疗前	45	18.38 $\pm$ 4.54	11.38 $\pm$ 7.76	4.49 $\pm$ 1.94	2.51 $\pm$ 1.25	14.38 $\pm$ 4.90	4.67 $\pm$ 2.22	6.91 $\pm$ 3.05	1.04 $\pm$ 1.15	1.73 $\pm$ 0.94
治疗后	45	9.84 $\pm$ 5.97 [*]	4.67 $\pm$ 2.81 [*]	3.16 $\pm$ 2.36	2.02 $\pm$ 1.74	7.67 $\pm$ 4.04 [*]	3.02 $\pm$ 1.72	2.64 $\pm$ 1.80 [*]	0.8 $\pm$ 0.81	1.08 $\pm$ 0.93

注:*与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

3.5.2 临床疗效 NIH-CPSI 疗效:45 例中,治愈 4 例,显效 14 例,有效 18 例,无效 9 例,总有效率 80.0%。中医证候疗效:45 例中,痊愈 3 例,显效 12 例,有效 20 例,无效 10 例,总有效率 77.8%。

3.6 不良反应 在整个治疗过程中,有 1 例患者敷贴处出现轻度痒感,可耐受,未停止治疗,其余病例未出现任何局部或全身不良反应。

4 讨论

慢性前列腺炎的病因复杂,发病机制不明,目前西医仍主要采用抗生素及 α 受体阻滞剂等药物治疗,但因前列腺类脂质包膜的存在,药物在前列腺内较难达到有效的浓度,故临床疗效有限,且有一定副作用。慢性前列腺炎可归属于中医学“精浊”、“淋证”等范畴,中医药治疗本病重在整体调节,在改善患者自觉症状和疗效的持久性方面有一定的优势。但中药内服过于繁琐且疗程较长,患者往往不能坚持,而中药保留灌肠、前列腺局部注射等操作较为复杂,必须由医护人员完成,限制了其推广使用。中药敷贴则避免了口服、注射给药所引起的血药浓度的峰谷现象,减少了毒副反应,避免药物的“首过效应”及胃肠道反应,且使用方便。

神阙穴位于脐窝正中,与人体生命活动密切相关。中医理论认为,神阙位居任脉上,任脉为“阴脉之海”,有总任全身阴经脉气之作用,既有回阳救逆、培元固本、益气固脱之功,又有滋肾阴、调冲任、益精血之效。关元穴位于体前正中线,脐下三寸处,主要功用为培元固本、补益下焦、导赤通淋。中极穴位于体前正中线,脐下四寸处,主要治疗生殖器疾病、泌尿系统疾病、精力不济等。

本研究所用中药敷贴方是以我院泌尿外科多年行之有效的前列腺汤为基础方,结合科室 30 多年临床经验和现代研究成果化裁,临床主要用于治疗慢性前列腺炎湿热瘀滞证。方中黄柏清热利湿通淋;当归尾破瘀血,生新血;川芎为血中气药,行善走窜,破瘀散结;乳香、没药活血散瘀;肉桂补火助阳,引火归元,散寒止痛;白芷温经通络,祛风除湿。全方共奏清热利湿、活血化瘀、通络止痛之功,可调整毛细血管的通透性和功能,改善前列腺局部组织的血液循环,缓解病灶的疼痛及不适,促进病灶组织炎症的消退,解除前列腺腺管阻塞,清除代谢产物。

本研究结果表明,中药穴位敷贴治疗能显著改善慢性前列腺炎湿热瘀滞证患者局部疼痛及不适

症状,可改善尿频、尿急等下尿路症状,对性功能障碍及全身症状改善不明显。此法安全有效,具有一定推广价值。但本研究尚有观察病例数较少、治疗时间较短等缺点,尚需扩大样

本量,延长治疗及随访周期,并深入开展药理及药动力学的研究及进一步改进剂型。

参考文献

- [1] Nickel JC, Nyberg LM, Hennenfent M. Research guidelines for chronic prostatitis; consensus report from the first National Institutes of Health International Prostatitis Collaborative Network. Urology, 1999, 54(2): 229
- [2] Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, et al. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study. J Urol, 2002, 168(3): 1048
- [3] 中国中西医结合学会男科专业委员会. 慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南(试行版). 中国中西医结合杂志, 2007, 27(11): 1052
- [4] 那彦群, 叶章群, 孙颖浩, 等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 443

第一作者: 卢子杰(1968—), 男, 医学博士, 主任中医师, 擅长泌尿外科疾病的中西医结合诊治和研究。

通讯作者: 张杨, 医学硕士, 主治中医师。zhangyang15788@163.com

收稿日期: 2015-06-01

编辑: 吴 宁