

平衡火罐辅助治疗肾虚湿热型慢性前列腺炎 46 例 临 床 研 究

高 倩 陈建淮 刘 燕 张晓娟 黄新飞 戴丽琴

(江苏省中医院,南京中医药大学附属医院,江苏南京 210029)

摘 要 目的:观察在口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊、保精片基础上加用平衡火罐对肾虚湿热型慢性前列腺炎(CP)患者临床症状、实验室指标及抑郁焦虑状态的影响。方法:将92例肾虚湿热型CP患者随机分为治疗组与对照组,每组46例。对照组予口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊(1粒/次、1次/d)、保精片(6粒/次、3次/d)治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用平衡火罐(2次/周),2组疗程均为8周。比较2组患者治疗前后前列腺小体外泄蛋白(PSEP)水平、中医证候积分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分变化情况;比较2组患者治疗前后及疗程结束1个月随访时前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分变化情况。结果:治疗后2组患者PSEP水平均较本组治疗前明显降低($P < 0.05$),治疗组明显低于对照组($P < 0.05$)。治疗后及随访时2组患者NIH-CPSI评分均较本组治疗前明显降低($P < 0.05$),治疗组明显低于同期对照组($P < 0.05$);随访时2组患者NIH-CPSI评分与本组治疗后比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。中医证候积分方面,治疗后2组患者尿末滴白、尿有余沥、会阴部坠胀、阴囊潮湿单项积分和总分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),治疗组上述评分明显低于对照组($P < 0.05$);治疗后治疗组尿频尿急、腰膝酸痛较本组治疗前明显降低($P < 0.05$),但与对照组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),对照组此2项评分组内比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后2组患者HAMA、HAMD评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),治疗组上述评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:在口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊、保精片基础上加用平衡火罐可显著降低肾虚湿热型CP患者前列腺小体的异常分泌,明显改善患者前列腺症状和中医证候,缓解抑郁焦虑情绪,从而提高生活质量。

关键词 平衡火罐;慢性前列腺炎;肾虚湿热;前列腺小体外泄蛋白;前列腺炎症状指数

基金项目 2016年高层次卫生人才“六个一工程”项目(LGY2016016)

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是由多种因素导致的,以排尿异常、前列腺区域不适或疼痛为主要症状的一种泌尿系统疾病^[1]。国内流行病学调查显示,我国CP患病率为6.0%~32.9%,是泌尿系统疾病中最常见和最难治的类型之一,且近年来由于自然环境、工作生活压力等综合因素影响,CP患病人群有年轻化趋势^[2]。目前临床多采用抗生素和 α 受体阻滞剂等药物治疗本病,但抗生素不宜长期使用,而 α 受体阻滞剂可能导致眩晕和体位性低血压^[1],且CP病程治疗周期长,自行停药后病情易复发。CP患者讳疾忌医,病情迁延日久常引发消极情绪,对患者的身心健康和

生活质量造成极大影响^[3]。中医认为CP发病多由湿、热、寒、瘀、郁、虚引起,多以清热利湿温阳、祛瘀行气补肾为基本治则^[4-5]。平衡火罐是以阴阳脏腑理论为依据,在传统中医火罐的基础上增加闪、揉、抖、走、留等手法操

作,以达到平衡阴阳、调整脏腑、温经通络、除寒通痹等目的的一种外治法^[6]。本研究观察了在口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊、保精片(江苏省中医院医院制剂)基础上加用平衡火罐对肾虚湿热型CP患者前列腺小体外泄蛋白(PSEP)水平、前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分、中医证候积分等指标的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2021年4月至2022年4月江苏省中医院住院治疗的肾虚湿热型CP患者92例,采用随机数字表法随机分为治疗组与对照组,每组46例。治疗组年龄22~59岁,平均年龄(39.85 ± 11.22)岁;病程4~42个月,平均病程(23.22 ± 12.08)个月。对照组年龄20~58岁,平均年龄(38.67 ± 10.87)岁;病程4~40个月,平均病程(22.57 ± 11.45)个月。2组患者年龄、病程等一般资

料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经南京中医药大学附属医院伦理委员会批准(2022NL-KS014)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 按照《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册:2014版》^[7]中CP诊断标准:(1)有不同程度的下尿路症状,如尿频、尿道刺激等;(2)患者尿液中PSEP ≥ 1.2 ng/mL;(3)直肠前列腺彩超提示前列腺慢性炎症性改变。

1.2.2 中医诊断标准 按照《慢性前列腺炎中西医结合多学科诊疗指南》^[8]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]拟定肾虚湿热型CP中医诊断标准。主症:尿末滴白,尿有余沥,会阴部坠胀。次症:尿频尿急,阴囊潮湿,腰膝酸痛。舌脉:舌质淡胖、苔黄腻,脉沉无力或滑数。符合主症1项、次症2项,结合舌脉即可确诊。

1.3 纳入标准 符合CP西医诊断标准及肾虚湿热型CP中医诊断标准;年龄18~60周岁;病程 ≥ 3 个月;患者知晓本研究内容,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并其他前列腺疾病者;患有心脏病或其他重大疾病者;患有皮肤疾病者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予盐酸坦索罗辛缓释胶囊(杭州康恩贝制药有限公司生产,国药准字H20050285,规格:0.2 mg/粒),1粒/次,1次/d,饭后口服;保精片(江苏省中医院制剂,苏药制字Z04000524,规格0.3 g/粒),6粒/次,3次/d,饭后口服。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用平衡火罐,每周2次。患者取俯卧位,由同一名护士进行平衡火罐操作。具体步骤:(1)闪罐。沿背部两侧膀胱经以“留、拔、留”手法进行闪罐,来回3次。(2)揉罐。火罐温热后,沿督脉及膀胱经络走向搓揉和按摩背部3次。(3)抖罐。沿背部膀胱经抖罐3次。(4)推罐。于背部涂少量润滑油润滑,以适中的吸力沿督脉及膀胱经推罐,先中间、后两边推罐3个循环。(5)留罐。采取密排法或疏排法留罐5~10 min左右(湿热重选用密排法,密排法为泄法,泄法时间宜短;肾虚重选用疏排法,疏排法为补法,补法时间宜长。具体时长以患者耐受和症状轻重为度)。操作时密切观察患者意识和皮肤状况,如有不适,应立即停止操作。操作结束后,用纱布轻拭患者拔罐处,若背部皮肤出现紫红色瘀斑告知患者是正常现象。拔罐后注意保暖,防止外寒入侵。

2组疗程均为8周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 PSEP水平 于治疗前后取2组患者首段或中段尿液,采用酶联免疫吸附测定法(ELISA法)检测尿液中PSEP水平,试剂盒购自昂科生物医学技术有限公司。

3.1.2 NIH-CPSI评分 于治疗前后及治疗后1个月随访时评价2组患者NIH-CPSI评分。总分0~43分,涉及疼痛不适、排尿症状和生活质量等9个问题,得分越高代表病情越严重^[10]。

3.1.3 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]中相关评分标准拟定。于治疗前后评价2组患者的中医证候,并进行评分。尿末滴白、尿有余沥、会阴部坠胀、尿频尿急、阴囊潮湿、腰膝酸痛按无、轻、中、重,分别赋予0、1、2、3分,总分为各单项评分之和。

3.1.4 汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 于治疗前后评估2组患者HAMA、HAMD评分。HAMA共14个项目,采取0~4分的5级评分法,总分超过7分提示可能有焦虑症状,分数越高代表焦虑程度越高。HAMD共17个项目,总分超过8分提示可能有抑郁症状,分数越高代表抑郁程度越高。

3.2 统计学方法 采用SPSS 23.0统计软件进行数据分析。满足正态分布的计量资料用均值 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;不符合正态分布的计量资料用中位数(四分位数)[$M(P25, P75)$]表示,组间组内比较均采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者治疗前后PSEP水平比较 2组患者治疗前PSEP水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后2组患者PSEP水平均较本组治疗前明显下降($P<0.05$),治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 治疗组与对照组患者治疗前后PSEP水平比较[$M(P25, P75)$] 单位:ng/mL

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	46	3.54 (2.75, 4.47)	1.27 (1.01, 1.80) **
对照组	46	3.39 (2.65, 5.10)	1.93 (1.27, 2.22) #

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

3.3.2 2组患者治疗前后及随访时NIH-CPSI评分比较 2组患者治疗前NIH-CPSI评分比较,差异无

统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后及随访时2组患者NIH-CPSI评分均较本组治疗前明显降低 ($P < 0.05$)，治疗组明显低于同期对照组 ($P < 0.05$)；随访时2组患者上述指标与本组治疗后比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表2。

3.3.3 2组患者治疗前后中医证候积分比较 2组患者治疗前各项中医证候积分及总分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后2组患者尿末滴白、尿有余沥、会阴部坠胀、阴囊潮湿单项积分和总分均较治疗前明显降低 ($P < 0.05$)，治疗组上述积分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组尿频尿急、腰膝酸痛单项积分较治疗前明显降低 ($P < 0.05$)，但与对照组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表3。

3.3.4 2组患者治疗前后HAMA、HAMD评分比较 2组患者治疗前HAMA、HAMD评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后2组患者HAMA、HAMD评分均较本组治疗前明显下降 ($P < 0.05$)，治疗组上述评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表4。

表2 治疗组与对照组患者治疗前后及随访时NIH-CPSI评分比较[M (P25, P75)] 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后	随访时
治疗组	46	28.00 (20.25, 35.00)	12.00 (6.00, 21.25) ^{#*}	12.50 (5.75, 18.00) ^{#*}
对照组	46	26.00 (19.00, 35.25)	19.00 (15.75, 23.25) [#]	17.00 (15.00, 24.25) [#]

注:与本组治疗前比较, # $P < 0.05$;与对照组同期比较, * $P < 0.05$ 。

表3 治疗组与对照组患者治疗前后中医证候积分比较[M (P25, P75)] 单位:分

中医证候	治疗组 (n=46)		对照组 (n=46)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
尿末滴白	2.00 (1.75, 3.00)	1.00 (0.00, 2.00) ^{#*}	2.00 (1.75, 3.00)	2.00 (1.00, 2.00) [#]
尿有余沥	2.00 (1.00, 3.00)	1.00 (0.00, 2.00) ^{#*}	2.00 (1.00, 3.00)	1.00 (1.00, 2.00) [#]
会阴部坠胀	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (0.00, 2.00) ^{#*}	2.00 (1.00, 2.00)	2.00 (1.00, 2.00) [#]
尿频尿急	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (0.75, 2.00) [#]	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (1.00, 2.00)
阴囊潮湿	2.00 (1.00, 2.25)	1.00 (0.00, 2.00) ^{#*}	2.00 (2.00, 2.00)	1.50 (1.00, 2.00) [#]
腰膝酸痛	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (0.00, 2.00) [#]	2.00 (1.00, 3.00)	1.00 (1.00, 2.00)
总分	12.00 (9.00, 14.00)	6.00 (4.00, 9.25) ^{#*}	11.00 (8.00, 14.00)	8.00 (3.75, 13.00) [#]

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

表4 治疗组与对照组患者治疗前后HAMA、HAMD评分比较[M (P25, P75)] 单位:分

组别	例数	HAMA评分		HAMD评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	46	8.50 (5.75, 13.00)	4.00 (2.00, 5.00) ^{#*}	12.00 (5.00, 15.25)	5.00 (2.00, 7.25) ^{#*}
对照组	46	10.50 (4.00, 14.00)	5.00 (1.75, 9.00) [#]	11.00 (4.75, 17.00)	7.00 (3.00, 10.00) [#]

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

4 讨论

CP的病因复杂多样,目前认为与病原体感染、尿液反流、神经内分泌、精神心理、盆腔相关疾病和氧化应激相关^[1]。盐酸坦索罗辛缓释胶囊是高选择

性长效 α 受体阻滞剂,可有效舒张膀胱颈和前列腺平滑肌,改善下尿路梗阻、疼痛和排尿异常现象^[11]。保精片为江苏省中医院医院制剂,功效为补肾固精涩遗、健脾分清导浊、清利湿热通淋和温经活血化瘀,尤善治疗脾肾不足、湿热瘀血内阻型CP患者,研究证实,保精片具有明显的抗菌作用^[12]。由于CP病机复杂、病因及症状多样,采用单一治疗措施,往往疗效一般。而中医辨证施治、内外治法结合、纠正不良生活方式的个性化综合疗法,是治疗CP的重要手段和热点研究方向^[13]。平衡火罐是在中医心神学说和西医中枢调控学说基础上,以自我修复、自我调节和自我完善为治疗目的的中医外治法^[14-15],其简便易廉的诸多优势深受患者喜爱。平衡火罐一方面以杯罐为工具,借火产生负压,吸附于皮肤表面,通过火罐的温热反应和相应部分负压充血,起到祛湿逐瘀、拔毒泻热、行气活血之功效;另一方面通过火罐闪、揉、抖、走、留的不同手法对背部双侧膀胱经及督脉上的穴位实施熨刮、牵拉、挤压、弹拨等刺激,达到疏通经络之目的。现代研究表明,背俞穴与内脏的神经节段分布十分相似,通过刺激背俞穴能促进内脏尤其是肾脏和膀胱的功能修复,发挥补肾益气、活血通络的作用^[16-17]。

中医学认为,CP可分为实证与虚证,实证多因湿热毒邪外袭、秽浊邪气留滞所致,而虚证多由疾病迁延日久、正虚邪恋导致^[18]。CP患者早期以湿热实证为主,湿热侵袭精囊,精液外溢,表现为尿滴白症状;湿热下注,膀胱不能正常气化,则表现为尿频和尿道不适;湿热内犯厥阴肝经,气血运行不畅则出现会阴、少腹疼痛不适。CP反复不愈,气血耗伤,疾病向虚证转变,主要表现为阳痿、早泄、不育等肾虚证,以及食少腹胀、腹痛绵绵等脾虚证。CP患者讳疾忌医,就诊时病情已有时日,多以肾虚湿热型较为常见。平衡火罐治疗肾虚湿热型CP的机制为:火罐的温热、负压效应一方面可以起到祛湿泻热、温肾助阳的作用,达到扶正祛邪治愈疾病的目的;另一方面通过刺激交感、副交感神经,以调节改

善患者呼吸、循环、消化等系统,使患者躯体放松、心情舒畅。

PSEP为前列腺小体分泌蛋白的总称,在CP患者尿液中的含量显著升高,具有较好的灵敏性和特异性,被广泛应用于诊断和评估CP疗效^[19]。本研究结果表明,疗程结束后治疗组患者尿液中PSEP水平、NIH-CPSI评分、中医证候总分及HAMA、HAMD评分改善程度均明显优于对照组($P < 0.05$),表明在常规治疗基础上加用平衡火罐可显著改善CP患者前列腺症状和中医证候,缓解抑郁焦虑情绪;随访时2组患者NIH-CPSI评分与本组治疗后比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),表明2种治疗方案疗效均有一定的稳定性;治疗后治疗组患者尿频尿急、腰膝酸痛中医证候较本组治疗前有明显改善($P < 0.05$),平衡火罐的温热效应能一定程度地缓解患者腰膝酸痛和尿频尿急的主观感受。

综上,在口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊、保精片基础上加用平衡火罐治疗可显著改善CP患者前列腺症状和中医证候,缓解抑郁焦虑情绪,推测其作用机制为减少患者前列腺小体的异常分泌,从而减轻患者炎症反应。本次研究样本量较少,且未对平衡火罐最佳治疗次数和时长进行深入研究,未来可针对以上几点进行改进,以期更好地指导临床。

参考文献

[1] 中华医学会男科学分会慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征诊疗指南编写组.慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征诊疗指南[J].中华男科学杂志,2022,28(6):544.

[2] 米华,陈凯,莫曾南.中国慢性前列腺炎的流行病学特征[J].中华男科学杂志,2012,18(7):579.

[3] 李丽红,韩丽颖,张少侠,等.心理疏导疗法在辅助治疗慢性前列腺炎中的作用[J].哈尔滨医科大学学报,2012,46(4):407.

[4] 彭亚杰,张云山,樊立鹏,等.从“湿热、毒、瘀”浅谈慢性盆腔疼痛综合征的病因病机[J].环球中医药,2020,13(2):302.

[5] 宁克勤,吉庆.慢性盆腔疼痛综合征中医辨治要略[J].江苏中医药,2010,42(9):57.

[6] 邓春梅.整体护理观在平衡火罐操作中的运用[J].中国误诊学杂志,2008,8(32):7856.

[7] 那彦群,叶章群,孙颖浩,等.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册:2014版[M].北京:人民卫生出版社,2014:93.

[8] 中国中医药信息学会男科分会.慢性前列腺炎中西医结合多学科诊疗指南[J].中华男科学杂志,2020,26(4):369.

[9] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:169.

[10] LITWIN M S.A review of the development and validation of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index[J].Urology,2002,60(6 Suppl):14.

[11] 胡楠.盐酸坦洛新缓释胶囊治疗输尿管结石合并前列腺增生的临床观察[J].中国民间疗法,2019,27(18):75.

[12] 徐福松,时永华,何映,等.保精片治疗慢性前列腺炎218例[J].南京中医药大学学报,1996,12(3):17.

[13] 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[J].中国男科学杂志,2023,37(1):3.

[14] 许丽珊,李柳娜.中医护理技术平衡火罐加中药塌渍在提高颈椎病治疗效果中的作用[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(1):117.

[15] 杨引弟.平衡火罐中医护理技术的临床应用[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(4):180.

[16] 王定国,张明强,郭太品,等.基于文献挖掘的针灸治疗输尿管结石用穴规律探讨[J].中国中医急症,2019,28(8):1331.

[17] 张明强,王定国,郭太品,等.基于文献的针灸治疗肾结石的用穴规律探讨[J].中国民族民间医药,2019,28(8):1.

[18] 王劲松,曾庆琪,徐福松.慢性前列腺炎证治探究[J].现代中医药,2004,24(2):46.

[19] 李成福,李凯强,梁威宁,等.前列腺小体外泄蛋白含量在评估慢性前列腺炎疗效中的临床价值[J].中华男科学杂志,2020,26(8):726.

第一作者:高倩(1987—),女,本科学历,主管护师,从事男科中医护理研究。

通讯作者:戴丽琴,本科,副主任护师。
wztgzyyx2022@163.com

收稿日期:2023-05-29

编辑:吴宁蔡强

