

• 中医中药 •

八正散加减治疗湿热下注型慢性前列腺炎的临床研究

邱宜胜 郑文通* 袁建兴 李小丽

龙岩市第二医院

【摘要】目的 观察八正散加减治疗湿热下注型慢性前列腺炎的临床疗效及安全性。**方法** 120 例按随机数字表法随机分为治疗组及对照组各 60 例, 对照组口服盐酸特拉唑嗪片, 治疗组口服八正散汤剂加减。**结果** 总有效率治疗组 81.66%, 对照组 55%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组治疗后慢性前列腺炎指数 (NIH-CPSI) 评分均明显低于对照组, 比较 2 组患者治疗前后前列腺液中 WBC 的数目减少, 磷脂小体数目增加, 治疗组的改善状况优于对照组, 且治疗组临床疗效明显优于对照组。**结论** 八正散汤剂加减治疗湿热下注型慢性前列腺炎临床可取得较好的效果。

【关键词】 八正散; 慢性前列腺炎**【中图分类号】** R287**【文献标识码】** B**【文章编号】** 2095-7711 (2019) 12-064-02

前列腺炎是以前列腺实质感染、充血、肿胀、炎细胞浸润、腺上皮坏死, 甚至小脓肿形成为主要病理改变的疾病。属中医“淋浊”的范畴。笔者自 2019 年 1 月至 2019 年 6 月, 采用八正散加减治疗湿热下注型慢性前列腺炎, 取得满意效果, 现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本研究选取 120 例于 2019 年 1 月—2019 年 6 月在我院男科门诊就诊的慢性前列腺炎的患者, 随机分为对照组 (盐酸特拉唑嗪片组)、观察组 (八正散组)。每组各 60 例, 病程 ≥ 4 个月, 其中, 2 组的年龄分别为: 26~41 岁, 平均 (38.3 $\pm$ 8.4) 岁, 病程 (5.3 $\pm$ 0.7) 周; 26~41 岁, 平均 (39.4 $\pm$ 9.9) 岁, 病程 (5.5 $\pm$ 0.5) 周。2 组患者间的年龄、病程差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

诊断标准: 西医诊断标准参照《男科学》^[1] 拟定。①尿路刺激症状: 尿频、尿痛、尿不尽、残尿、滴白等; ②疼痛症状: 腰骶、会阴、小腹、睾丸等部位疼痛不适; ③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; ⑤前列腺液 (EPS) 检查: 白细胞 (WBC) ≥ 10 个 / HP, 卵磷脂小体减少或消失; ⑥前列腺液细菌培养阳性。

中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[5-6] 制定。湿热下注证: 主证①尿频、尿急、尿痛; ②余沥不尽; 或尿道灼热或尿道赤涩。次证①会阴疼痛或不适; 或少腹疼痛不适或睾丸疼痛不适; 腰骶疼痛; ②阴囊潮湿; ③白浊; ④舌红苔黄或黄腻, 脉滑。凡具备以上主证中第 1 项和第 2~3 项中的任一项者, 以及次证中任一项, 即可纳入。

病情轻重分级标准 以 NIH-CPSI 评分为准。轻度评分 < 10 分; 中度评分 10~18 分; 重度评分 ≥ 19 分。

纳入标准: 具备①、②和③中任何一项即可确诊。

排除标准: ①急性前列腺炎; ②前列腺癌、良性前列腺增生症、神经性膀胱、尿道畸形或狭窄及严重神经官能症; ③以局部疼痛为主要表现的患者, 应注意排除下腹、会阴、腰骶等部位的其他病变, 如膀胱结石、输尿管结石、耻骨炎、腹股沟疝、精索静脉曲张、附睾炎、直肠疾病等。④合并有心、

脑、肝和造血系统等严重原发性疾病, 过敏体质或对多种药物过敏者。⑤有神经官能症, 影响疗效者。

1.2 治疗方法

治疗组给予八正散加减 (篇蓄 12g、瞿麦 12g、车前子 15g、通草 6g、山栀子仁 9g、滑石 9g、大黄 3g、茯苓 15g、灯芯 6 条、生甘草 3g), 院内自动煎药机, 煎取 200ml, 袋分装, 每次 1 袋, 每日 2 次, 早晚分服, 连续服用 30 天。于治疗前及治疗后 1 个月, 2 组分别进行慢性前列腺炎指数 (NIH-CPSI) 评分, 比较 2 组患者治疗前后前列腺液中白细胞计数水平以及卵磷脂小体的变化, 并进行临床疗效评价。

对照组根据 NIH 分类, III B 型采用盐酸特拉唑嗪片治疗 (国药准字 H10970081)、III A 型、II 型采用甲磺酸左氧氟沙星片 (国药准字 H10980067) 联合盐酸特拉唑嗪片治疗, 治疗周期为 4 周。试验期间禁用任何治疗前列腺炎的其他药物。分别检测 WBC 的数目和卵磷脂小体数目。

2 观察指标

对患者治疗前后进行慢性前列腺炎指数 (NIH-CPSI) 评分, 比较 2 组患者治疗前后前列腺液中白细胞计数水平以及卵磷脂小体的变化, 并进行临床疗效评价。

采用 SPSS21.0 软件统计分析, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

3 疗效标准

疗效标准所有入选患者疗效评判参照《中药新药治疗慢性前列腺炎的临床研究指导原则》中疾病疗效判定标准。治愈: 临床症状消失, EPS 检测连续两次以上卵磷脂小体增多 (++)~(+++), 白细胞 (WBC) < 10 个 / 高倍视野, 脓细胞 (PC) 消失, 淋球菌 (NG)、衣原体 (CY)、解脲支原体 (UU) 均 (-); 好转: 症状改善, EPS 检查卵磷脂小体较治疗前增加 (+~++) , WBC 较治疗前减少 (+~++) , PC 减少或消失。无效: 症状仍存在, EPS 检查无改变或加重, WBC (++) 或 PC $> (+)$, UU、CT、NC 培养仍 (+)。

4 治疗结果

4.1 两组患者治疗前后 NIH-CPSI 评分对比

两组患者治疗后疼痛不适、排尿情况、症状影响、生活质量、总评分均明显下降, 与同组治疗前比较, 差异有显著性; 实验组患者治疗后疼痛不适、排尿情况、症状影响、生活质量、总评分均明显低于对照组, 差异有显著性, 见表 1。

4.2 EPS 量化观察比较

* 通讯作者: 郑文通

作者简介: 邱宜胜, 男, 1987 年出生, 福建省龙岩市人, 住院医师, 研究方向: 男科方向。

表 2 示治疗后两组患者的 EPS 中 WBC 的数目减少, 卵磷脂小体数目增加, 同时治疗组的改善状况优于对照组 ($P < 0.05$)。

4.3 治疗后两组患者临床疗效比较

表 1: 两组患者治疗前后 NIH-CPSI 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	疼痛不适	排尿情况	症状影响	生活质量	总评分
对照组 (n=50)	治疗前	12.2±2.19	3.45±0.97	3.46±1.37	3.30±0.95	22.06±5.12
	治疗后	6.93±2.12	1.75±0.93	1.93±1.17	2.26±0.98	12.65±4.78
治疗组 (n=50)	治疗前	12.11±2.20	3.44±0.96	3.44±1.41	3.30±0.98	22.05±5.10
	治疗后	5.04±1.87	1.44±0.89	1.46±1.11	1.95±1.02	10.13±4.10

注: 与同组治疗前比较 $P < 0.05$, 与对照组比较 $P < 0.05$ 。

表 2: 两组患者治疗前后 EPS 量化评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	WBC 计数		卵磷脂小体	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	60	1.42±1.10	0.59±0.58	1.71±1.08	0.63±0.58
对照组	60	1.40±0.07	0.97±0.87	1.61±1.08	1.03±0.63

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 3: 2 组临床疗效结果比较 (n=60) 例

组别	痊愈	有效	无效	总有效率 / %
对照组	14	19	27	55
观察组	25	24	11	81.66

注: 与对照组比较, $P < 0.01$ 。

5 讨论

慢性前列腺炎属于中医学“精浊”“淋证”“白浊”“白淫”等范畴, 其病变证机的核心在于本虚标实, 本虚以脾肾亏虚为主, 标实主要包括湿热、瘀阻等^[2-3]。本病的发生发展是一个动态演变的进程, 涉及多脏腑、多系统, 涉及多种病理产物。

本研究选用八正散加减, 方中滑石、通草为君药, 滑石善能滑利窍道, 清热渗湿, 利水通淋; 木通上清心火, 下利湿热, 使湿热之邪从小便而去。篇蓄、瞿麦、车前子为臣, 三者均为清热利水通淋之常用品。佐以山栀子仁清泄三焦, 通利水道, 以增强君、臣药清热利水通淋之功; 茯苓益气健脾, 大黃荡涤邪热, 并能使湿热从大便而去。甘草调和诸药, 兼能清热、缓急止痛, 是为佐使之用。煎加灯心以增利水通淋之力。本

治疗后, 治疗组患者总有效率 81.66%(49/60) 与对照组总有效率 55%(33/60) 比较, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。结果见表 3。治疗组临床疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

方泻火与利湿合法, 利尿与通腑并行, 直入膀胱清利而除邪, 通利大肠导浊以分清, 使湿热之邪从二便而去, 共成清热泻火, 利水通淋之剂。

本次研究的结果显示: 八正散加减可改善湿热下注型慢性前列腺炎的临床症状, 改善患者的疼痛不适、排尿情况、生活质量, 治疗后两组患者的 EPS 中 WBC 的数目减少, 卵磷脂小体数目增加, 治疗组优于对照组。且在治疗期间, 随着治疗时间的延长, 服药时间加长, 效果更明显, 在随访中, 没有明显的药物不良反应, 安全性较高, 值得临床使用和推广, 长期治疗效果较好。

参考文献:

- [1] 郭应禄, 胡礼泉. 男科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 1482.
- [2] 朱勇, 陈强, 杨凯, 等. 精室理论在慢性前列腺炎临床治疗中的指导意义 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(3):1224-1226.
- [3] 唐峰, 叶新苗. 叶新苗教授应用四妙丸加味经验 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(9):3180-3182.

(上接第 63 页)

[J]. 中国实用儿科杂志, 2002, 17(8):449

[5] 赵顺英, 马云, 张桂芳, 江载芳. 儿童重症肺炎支原体肺炎 11 例临床分析 [J]. 中国实用儿科杂志, 2003, 18(7): 414-416.

[6] 中华医学会儿科学分会呼吸学组, 《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童社区获得性肺炎管理指南 (试行) (上) [J]. 中华儿科杂志, 2007, 45 (2):83-90.

[7] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病症诊断疗效标准 [S]. 北京: 国家中医药管理局.

[8] 辛德莉, 马红秋. 难治性肺炎支原体肺炎的发病机制 [J]. 实用儿科临床杂志, 2012, 27(4): 233—234.

[9] 辛德莉, 刘玉华, 侯安存, 等. 蛭丹化痰口服液体外抑制病原微生物的实验研究 [J]. 北京中医, 2004, 23 (1):45-46

[10] 洪丽君, 李逸伟. 中西医结合治疗支原体肺炎 636 例 [J] 中国中医药科技, 2002, 9 (3):158

[11] 辛德莉, 刘玉华, 侯安存, 等. 热毒净不同剂型对肺炎支原体的体外抑制试验研究 [J] 中国实验方剂学杂志, 2004, 10 (5):43-45.

[12] 李继昌, 王伟明, 张红娟. 呼畅清肺浓缩丸对肺炎支

原体感染鼠免疫功能影响的研究 [J]. 中国中药杂志, 2005, 30 (5):366-369.

[13] 王伟明, 李继昌, 张红娟. 呼畅清肺浓缩丸对肺炎支原体感染鼠肺组织钙黏附分子表达的研究 [J]. 中国中药杂志, 2005, 30 (21):1682-1685.

[14] 刘建, 彭东信, 刘晓晴, 等. 双黄连粉针剂对肺炎支原体感染大鼠肺组织中成纤维细胞生长因子蛋白质水平表达的影响 [J]. 成都中医药大学学报, 2001, 24 (3):22.

[15] 刘建, 彭东信, 刘晓晴, 等. 双黄连粉针剂对肺炎支原体感染大鼠肺组织中 PDGF-BB 影响的组织化学研究 [J]. 浙江中医学院学报, 2001, 25 (1):55.

[16] 张雷家, 孔玲芬. 肺炎支原体患儿活性氧与内皮细胞变化的相关性研究 [J] 医学理论与实践, 2002, 15 (5):514-515.

[17] 王雅娴, 刘丹, 张鹏宇. 抗支口服液对肺炎支原体感染大鼠 TNF- α 水平的研究 [J] 上海免疫学杂志, 2002, 22 (4):249.

[18] 胡家才. 抗支清肺汤治疗支原体肺炎的临床研究 [J]. 浙江中医学院学报, 2006, 30 (1):40-41.

[19] 郭铁军, 周振华, 黄灼宏, 等. 连体蜈蚣地龙汤对支原体肺炎患儿免疫功能的影响 [J] 新中医, 2007, 39 (1):19-21.