

中西医结合综合治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征临床观察

王颖斌 詹敏

(浙江省衢州市中医院 衢州 324002)

摘要:目的:探讨、提高慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的诊疗水平。方法:将 85 例慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征患者随机分为 2 组:治疗组(中西医结合综合治疗)、对照组(西医治疗),观察比较其疗效。结果:治疗组总有效率 92%,对照组总有效率 80%。结论:中西医结合综合治疗本病可增加治愈率。

关键词:慢性前列腺炎;中西医结合疗法;左旋氧氟沙星;盐酸特拉唑嗪;中药煎剂

中图分类号:R 711.33

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0032-02

慢性前列腺炎是困扰 50 岁以下男性最常见的泌尿系统疾病,超过 50%的男性有前列腺炎的某些症状,尤其是尿痛、会阴痛、睾丸痛等疼痛症状和不适感以及尿频、排尿不畅感等。其中慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(CP/ CPPS)是最常见的临床前列腺炎综合征,本病症状持续多变,病程长,易反复,难以治愈,严重影响病人的生活质量。我院 2002 年 10 月~2006 年 10 月对 43 例门诊 CP/ CPPS 患者采用中西医结合治疗,取得满意疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例共 85 例,均为我院 2002 年 10 月~2006 年 10 月在门诊就诊的 CP/ CPPS 患者,年龄 22~53 岁,平均 35.6 岁,病程 3 个月~4 年,平均 18 个月。病例入选标准:前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)≥10 分,前列腺液检查,卵磷脂减少或消失,WBC ≥10 个/HP,前列腺液细菌培养阴性。根据就诊顺序,按随机数字表法随机分为中西医结合治疗组(治疗组)和单纯西药治疗组(对照组),其中治疗组 43 例,对照组 42 例。2 组间患者的年龄分布、治疗前情况、病情严重程度等经统计学处理,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 采用美国国立卫生研究院(NIH)1999 年制定的标准^[1]。均有尿频、排尿不适、尿道灼热、阴囊潮湿及会阴、骨盆等部位疼痛不适症状。排除合并其它急性疾病、尿道狭窄、前列腺增生、前列腺肿瘤、精神疾病。根据 NIH 前列腺炎分类属 IIIA 型。

1.3 治疗方法 对照组口服左旋氧氟沙星片 2 片,1 次/d,或复方新诺明 2 片,2 次/d;同时服盐酸特拉唑嗪片 2mg,1 次/d,睡前服,30d 为 1 个疗程。必要时消炎痛栓纳肛,2 次/d;曲马多胶囊口服 1 粒,2 次/d。治疗组除以上西药治疗外,加服中药治疗。中药组成:丹参 25g,赤芍、桃仁、红花、王不留行、当归各 12g,元胡 15g,黄柏、茯苓、石韦、牛膝各 9g。随症加减,每日 1 剂,每剂煎 2 次,分 2 次口服,30d 为 1 个疗程。2 组在治疗期间禁酒、辛辣食物及咖啡、浓茶等。每月复查前列腺液,随访 3 个月。

1.4 疗效标准 参考美国国立健康研究所创立的慢性前列腺炎症状表(NIH-CPSI)及《中药新药治疗慢性前列腺炎(非特异性)的临床研究指导原则》^[2]制定。临床痊愈:NIH-CPSI 评分减少 90%以上,EPS 常规白细胞 <10 个/HP;显效:NIH-CPSI 评分减少 50%~89%,EPS 常规白细胞明显减少,白细胞 >10 个/HP;无效:症状和体征未明显变化,NIH-CPSI

评分减少 <50%,EPS 常规白细胞无变化或加重。

1.5 统计学处理 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

85 例患者均经 1~3 个疗程治疗,治疗组治愈 27 例,治愈率 62.8%,显效 13 例,占 30.20%,无效 3 例,占 7.0%,总有效率 93.0%。对照组治愈 22 例,治愈率 52.4%,显效 12 例,占 28.6%,无效 8 例,占 19.0%,总有效率 81.0%。经 χ^2 检验,2 组总有效率比较差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组疗效优于对照组。

3 讨论

CP/ CPPS 多发于中青年男性,35 岁以上男性 35%~40% 患有此病^[3],其临床症状复杂、多变,表现为尿频、尿不尽、排尿困难、下腹及腰骶会阴部疼痛、疲乏失眠、阳痿不育等^[4],严重者不但影响身心健康,而且造成工作能力下降。最近的一项研究表明,CP/ CPPS 患者的生活质量与最近得过心肌梗死、患有不稳定型心绞痛以及活动性 Crohn's 病的患者相近似,因此,对患者来说,只有症状的缓解才是唯一合适的治疗终点^[5]。慢性前列腺炎是一种发病原因复杂、症状繁复的难治性疾病,其复杂病因除了病原体(不仅仅是细菌)感染之外,尚包括尿道阻力增高、前列腺内小管反流、自身免疫、化学因素以及神经肌肉因素等^[6],因而单一的疗法往往很难达到令人满意的效果。

IIIA 型慢性前列腺炎患者不能培养出细菌,但按泌尿外科医生实际经验,抗生素对这类患者有效。慢性前列腺炎病原菌主要是革兰氏阴性菌如大肠杆菌、淋球菌及沙眼衣原体、尿素支原体。抗生素我们给予抗革兰氏阴性菌的喹诺酮类药物治疗,因为该类药不但能很好地渗入前列腺包膜内,而且可以有效地杀灭支原体。盐酸特拉唑嗪为 α_1A 受体阻滞剂,能使紧张的膀胱颈和前列腺平滑肌松弛,改善排尿功能紊乱,消除前列腺内尿液反流,缓解盆底肌肉痉挛,从而改善 CP/ CPPS 症状。消炎痛栓、曲马多胶囊具有抗水肿、抑制花生四烯酸代谢物、缓解盆底及膀胱颈肌肉痉挛、减轻疼痛的作用,可作为二、三线选择用药。

中医学将慢性前列腺炎归入“淋症、精浊、白浊”等疾病范畴,目前病因病机认识主要有湿热、气滞、血瘀、肾虚等^[7]。青壮年正值气血充沛、性机能旺盛时期,且因嗜吸烟、酒、辛辣,致脾失健运,湿热内蕴,流注下焦。同时因频繁手淫、性交、忍精不泄等,致败精瘀阻精室、蕴久酿毒、阻于经络,气血凝

紫英浓煎剂改善慢性盆腔炎病人血黏度的临床观察

段志芳 毕华 陆志芳 阎绍颖

(浙江省湖州市中医院 湖州 313000)

关键词:慢性盆腔炎;紫英浓煎剂;微波

中图分类号:R 271.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0033-02

慢性盆腔炎是妇女内生殖器官及其周围结缔组织及盆腔腹膜发生的慢性炎症,是妇科常见病、多发病,是造成慢性盆腔痛、异位妊娠和不孕的重要原因。许多研究发现慢性盆腔炎病人存在有血液流变学方面的改变,血液呈浓、黏、凝、滞状态^[1,2],表明慢性盆腔炎病人机体存在明显的血液循环功能障碍,如何改善患者血液循环功能障碍,对慢性盆腔炎的治疗有重要的临床意义。我院利用自制中成药紫英浓煎剂多途径给药治疗慢性盆腔炎,取得良好的疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 资料 从 2004 年 12 月~2005 年 12 月在本院接受治疗的慢性盆腔炎病人 40 例,无心血管、肝肾及血液系统等影响血黏度的疾病,年龄 20~59 岁,平均(37.9±10.28)岁。全部病例符合慢性盆腔炎的诊断标准:慢性下腹疼痛;妇科检查,子宫活动受限伴压痛,有一侧或两侧附件增厚或呈条索状。12 例患者经腹腔镜证实为慢性盆腔炎,表现为子宫及附件充血,伴膜状粘连或有炎性包块。8 例急性发作及 10 例宫颈分泌物培养找到病原体者,先予敏感抗生素控制感染。中医诊断为湿热瘀结型,表现为下腹疼痛,腰骶酸痛,带下量多,色黄白,质稠,或伴有小便黄、大便干结,舌质暗红,苔黄腻,脉弦滑或弦涩。

1.2 治疗方法 紫英浓煎剂 30mL,1d 3 次口服,同时予紫英浓煎剂 100mL 保留灌肠及腹部微波理疗,10d 为 1 个疗程。腹腔镜患者术后第 2 天开始中药治疗,急性发作及宫颈分泌物培养找到病原体者,先予敏感抗生素控制感染后再开始中药治疗。中药治疗当天早晨、第 20 天分别抽前臂静脉血 6mL,测患者的血液黏度指标。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 软件检验。

2 结果

紫英浓煎剂治疗后 2 个疗程,血液黏度指标有明显改善,见表 1。

滞,气血凝滞又会加重湿热毒邪的形成。以活血化瘀、清热利湿、补肾固精为原则的中医药治疗,能恢复前列腺的分泌排泄及前列腺抗菌因子的生理功能;并能与西医西药产生协同作用,增强疗效。

在治疗过程中应认真地询问病史,耐心地解释,并指导患者养成良好的生活习惯、戒烟戒酒、避免过度劳累,从而达到最好的配合和疗效。总之,作者认为:中西医结合综合治疗是治疗慢性前列腺炎的最佳途径。

参考文献

- [1]Nicke J L.Prostatitis:Lessons from the 20th Century [J].BJU Int, 2000,85: 179~185
[2]中华人民共和国卫生部.中药新药治疗慢性前列腺炎(非特异性)

表 1 治疗前后血黏度变化 ($\bar{X} \pm S$) mPa·s

	治疗前	第 20 天	T 值	P
全血黏度(切变率 200/s)	4.67±0.39	4.28±0.46	5.536	<0.001
全血黏度(切变率 30/s)	5.70±0.32	5.53±0.42	2.846	0.007
全血黏度(切变率 5/s)	8.88±0.51	8.51±0.68	3.328	0.007
全血黏度(切变率 1/s)	19.85±0.78	19.43±0.92	3.324	0.002
血浆黏度	1.76±0.12	1.70±0.13	3.595	0.001
全血高切相对指数	3.84±0.38	3.61±0.71	2.555	0.015
全血低切相对指数	14.48±0.88	14.16±0.89	3.217	0.003

3 讨论

慢性盆腔炎是妇女内生殖器官及其周围结缔组织及盆腔腹膜发生的慢性炎症,多由于月经期、流产期、产褥期生活不节、用品不洁或宫腔手术操作消毒不严等,使生殖道病原体上行性感染,病原体刺激机体并产生致炎因子,机体产生免疫应答,这个过程会造成机体伤害,急性盆腔炎未得到及时有效的治疗或治疗不彻底而使致炎因子持续存在,并且损伤组织,致盆腔组织充血水肿,随着时间的延长,炎症组织机化增厚,形成瘢痕,局部微循环障碍,临床多表现为腹痛、腹坠胀、腰酸痛、月经不调、带下、盆腔包块形成。主要病理变化为盆腔组织增厚、粘连、纤维化,西医治疗往往难以奏效。

中医学无此病名,根据临床表现将其归属于“带下、痛经、腹痛、疝瘕”等范畴,病机主要为湿热蕴结,气滞血瘀,湿、热、瘀三者蓄积胞宫,导致冲任气血运行不畅,瘀阻胞脉,不通则痛。无论那种证型,多有瘀滞存在,瘀血是慢性盆腔炎的病理核心。据文献报道,盆腔炎患者的血液黏度显著提高^[1-3],故临床上不管寒热虚实,均可用活血化瘀行气法贯穿始终,促进组织血液循环,改善组织营养,提高机体新陈代谢,促进炎症及增生组织的吸收和软化消症。

紫英浓煎剂由红藤、败酱草、紫花地丁、蒲公英、鸭跖草、延胡、乳香等组成,红藤有败毒、抗癌、清热消肿、化瘀止痛的功效,水煎剂对金黄色葡萄球菌、乙型链球菌有较强的抑制作用,对白色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌也有抑制作用。败酱草有清热解毒、散症、排脓、消肿的功效,对金黄色葡萄

的临床研究指导原则[S].第 3 辑.1997.52~54

- [3]郑新民,镇万华.前列腺炎[A].见:郭应碌,胡礼泉.临床男科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1996.181~185
[4]李炎唐.前列腺炎与相关疾病[A].见:吴阶平.泌尿外科[M].济南:山东科学技术出版社,1993.326~333
[5]Wenninger K,Heiman Jr,Rothman I et al.Sickness impact of chronic nonbacterial prostatitis and its correlates [J].J Urol,1996,155: 965~968
[6]Nickel JC.Prostatitis:Evolving management strategies [J].Urol clin Nort Am,1999,26: 737~751
[7]贾金铭.前列腺炎综合征中西医结合治疗现状、对策及展望[J].中国中西医结合杂志,2002,22(3): 217

(收稿日期:2007-01-22)