

爱活尿通片联合八正散加减 治疗湿热下注型慢性前列腺炎

李勋, 孙自学*, 门波
(河南省中医院, 郑州 450000)

[摘要] **目的:**评价爱活尿通片联合八正散治疗湿热下注型前列腺炎的临床疗效。**方法:**将湿热下注型慢性前列腺炎患者采用随机、对照组的方法进行研究,对治疗组 82 例和对照组 82 进行统计学分析。对照组为爱活尿通组,观察组为爱活尿通片联合八正散组,观察两组的临床疗效。**结果:**两组间症状积分及 NIH-CPSI 评分治疗前后差值比较差异具有统计学意义,治疗组优于对照组。**结论:**爱活尿通片联合八正散煎剂治疗,能够明显改善湿热下注型慢性前列腺炎的症状积分与 NIH-CPSI 评分,具有很好的临床疗效。

[关键词] 精浊; 湿热下注型; 慢性前列腺炎; 八正散; 爱活尿通片

[中图分类号] R278 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)10-0233-03

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2014100233

Aihuo Niaotong Pills Combined with Bazheng San Add-subtract Treating Damp Heat Type Chronic Prostatitis Clinical Research

LI Xun, SUN Zi-xue*, MEN Bo
(Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China)

[Abstract] **Objective:** To evaluate the Aihuo Niaotong pills combined with Bazheng san add-subtract clinical curative effect of the treatment of damp heat type prostatitis. **Method:** The patients with damp heat type chronic prostatitis were studied by method of random, the control group, the treatment group 82 cases and control group 82 were statistically analyzed. The control group for the Aihuo Niaotong pills group, to observe the clinical curative effect of Aihuo Niaotong pills combined with Bazheng san add-subtract. **Result:** Statistically significant between the two groups before and after treatment of symptom score and NIH-CPSI score difference comparison, the control group. **Conclusion:** Treatment group was better than the Aihuo Niaotong pills combined with Bazheng san add-subtract positive powder decoction treatment, can significantly improve the damp heat type chronic prostatitis symptom score and NIH-CPSI score, has good clinical efficacy.

[Key words] turbid sperm; damp heat syndrome; chronic prostatitis; Bazheng san add-subtract decoction; Aihuo Niaotong pills

慢性前列腺炎是临床男科门诊中常见的疾病,

具有难治疗,易复发的特点^[1-4]。通过西医西药治疗效果往往不佳,中医药具有独特的优势,具有较好的临床治疗效果。笔者采用八正散煎剂联合爱活尿通片治疗湿热下注型精浊的患者 82 例,取得了满意的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 162 例患者均来自本院男科门诊(2012 年 1 月—2012 年 12 月),为最终纳入标准的湿热下注型精浊(慢性前列腺炎)患者,治疗组和对

[收稿日期] 20131120(023)

[基金项目] 河南省科技创新团队计划项目(121pextd522)

[第一作者] 李勋,硕士,主治医师,从事泌尿外科及男性生殖的教学和临床研究, Tel: 0371-60979825, 13803814345, E-mail: hnzzym@163.com

[通讯作者] *孙自学,主任医师,博士生导师,从事男性生殖以及泌尿外科的教学和临床研究, E-mail: sunzixue2012@163.com

照组各 82 例,治疗组年龄(28.60 ± 5.28)岁;病程(7.27 ± 3.63)个月,对照组年龄(29.60 ± 4.28)岁;病程(8.43 ± 2.87)个月,按就诊先后顺序,用随机数字表法随机(1:1)分为两组,两组年龄、病程比较无显著性差异,具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《中华医学会泌尿外科分会中国泌尿外科慢性前列腺炎诊疗指南(2006 年版)》制订①症状:尿频、尿不尽,会阴、下腹部疼痛不适等。②肛诊:前列腺表面饱满或软硬不匀,质地较韧,可触及不规则的炎性硬结,有压痛或无压痛。③前列腺液(EPS)常规检查:WBC > 10 个/高倍视野或正常,卵磷脂小体减少或正常。④前列腺液细菌培养阴性,具备①,③,④项者,即可诊断为慢性非细菌性前列腺炎。

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。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(除生活质量外)为准。轻度评分 < 10 分;中度评分 10~18 分;重度评分 ≥ 19 分。

1.3 病例纳入标准 ①符合西医诊断标准及中医证候诊断标准;②年龄为 20~50 岁;③病程 > 3 个月;④已签署知情同意书者。

1.4 病例排除标准 ①不符合西医诊断标准及中医证候诊断标准;②年龄 > 50 岁者或年龄 < 20 岁者;③病程 < 3 个月;④并发泌尿生殖系统发育异常或泌尿系感染、淋菌性前列腺炎、细菌性前列腺炎;⑤前列腺结核、良性前列腺增生(BPH)和前列腺癌、急性尿道综合征等。

1.5 治疗方案 对照组:给予爱活尿通片(复方梅笠草片,德国汉堡爱活大药厂,170 mg,每盒 80 片,批号 Z20100010),3 片/次,2 次/d,饭后吞服治疗,30 d 为 1 个疗程;治疗组在对照组治疗的基础上,加用中药八正散煎剂加减治疗,200 mL/次,2 次/d,口服,连服 30 d。

口服八正散加减治疗,组成:车前子 15 g,萹蓄 15 g,大黄 15 g,滑石 30 g,瞿麦 15 g,山栀 15 g,甘草 10 g。根据病人发病症状,可随症加减,如大便秘结腹胀者,重用大黄 20 g,枳实 15 g^[10];见寒热、口苦呕恶者可加柴胡 15 g,黄芩 15 g,姜半夏 15 g;腹痛

严重者可加延胡索 30 g,川楝子 15 g。

1.6 观察指标及疗效判定标准 观察指标为中医证候症状积分(症状按无、轻、中、重分别计 0,2,4,6 分)及美国国立卫生院慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分^[7-8]疗效判定标准。痊愈:证候及 NIH-CPSI 评分较治疗前评分减少 90% 以上;显效:证候及 NIH-CPSI 评分较治疗前评分减少 60%~89%;有效:证候及 NIH-CPSI 评分较治疗前评分减少 30%~59%;无效:证候及 NIH-CPSI 评分较治疗前评分减少 30% 以下。上述 2 项指标必须同时具备,如一项达不到指标,下降一个标准。

1.7 随机化并统计分析 将 164 例湿热下注型慢性前列腺炎患者采用 SAS 8.0 随机化程序分为治疗组和对照组各 82 例。采用 SPSS 13.0 统计软件。等级资料采用 Wilcoxon 检验,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 *t* 检验、配对 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 作为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组痊愈 21 例(25.61%),显效 37 例(45.12%),有效 13 例(15.85%),无效 11 例(13.41%),总有效率 86.58%,对照组痊愈 11 例(13.41%),显效 12 例(14.63%),有效 24 例(29.27%),无效 35 例(42.68%),总有效率 57.32%,两组等级疗效及总有效率差异具有统计学意义,治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

2.2 两组精浊患者中医症状积分比较 治疗组与对照组比较,治疗前症状积分差异无统计学意义,说明两组病情轻重具有可比性。两组组内治疗前后症状积分差异具有统计学意义($P < 0.05$),说明两种治疗方法均能改善临床症状。两组间症状积分治疗前后差值比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),治疗组对症状的改善优于对照组,见表 1。

表 1 两组中医症状积分治疗前后比较($\bar{x} \pm s, n = 82$) 分

组别	治疗前	治疗后	治疗前后差值
试验	18.52 ± 4.64 ²⁾	7.44 ± 2.39	11.08 ± 3.26 ¹⁾
对照	17.89 ± 4.91 ²⁾	12.15 ± 4.04	5.74 ± 2.72

注:与对照组差值比较¹⁾ $P < 0.05$;与本组治疗前比较²⁾ $P < 0.05$ (表 2 同)。

2.3 NIH-CPSI 评分比较 治疗组与对照组比较,治疗前 NIH-CPSI 评分差异无统计学意义,说明两组病情轻重具有可比性,两组组内治疗前后 NIH-CPSI 评分差异具有统计学意义,说明两种治疗方法均能改善 NIH-CPSI 评分($P < 0.05$),两组间 NIH-CPSI 评分治疗前后差值比较差异具有统计学意义,治疗

组对 NIH-CPSI 评分的改善优于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者 NIH-CPSI 评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 82$) 分

组别	治疗前	治疗后	治疗前后差值
试验	17.52 ± 3.78 ²⁾	5.38 ± 8.76	11.08 ± 3.26
对照	18.86 ± 7.64 ²⁾	12.54 ± 5.21	5.43 ± 6.80 ¹⁾

3 讨论

慢性前列腺炎是临床男科门诊中常见的疾病, 具有难治疗, 易复发的特点^[9]。通过西医药治疗效果往往不佳, 中医药具有独特的优势。慢性前列腺炎属中医学“淋浊”、“劳淋”、“白浊”等范畴。病因病机多为饮酒过度或喜食辛辣, 手淫过频或房劳不节, 或性生活紊乱, 而致湿热下注, 蕴结下焦, 或湿遏热伏, 阻塞精室而成精浊多为实证, 以湿热蕴结下焦, 肾与膀胱气化不利为主要病机, 治疗当以清热泻火、利湿通淋为其基本原则。八正散方主治湿热下注所致的热淋, 为湿热下注型精浊常用方剂, 主清太阳湿热。故方中以滑石、木通为君, 上清心火下利窍道, 使湿热之邪随小便而去; 篇蓄、瞿麦、车前子为臣, 辅助君药清热利水通淋利湿; 山栀仁清泄三焦, 下利水道, 以增君药臣药清利之功; 大黄凉血解毒, 荡涤诸邪, 并使湿热可从大便而去; 甘草调和诸药, 清热邪, 缓急痛; 最后加以灯芯草, 功能入走少阴, 清心泻火, 以成利水通淋之功。

爱活尿通片为提取小麦胚油, 伞花梅笠草乙醇提取物, 洋白头翁乙醇提取物, 木贼乙醇提取物结合二氯化锰而成。其有效成分中的 chimaphilaumbellata, populustemula 对利尿及抗菌作用极强, 而其他成分则对垂体、性腺和前列腺异常增生的肌肉组织独具显著的治疗作用^[11], 对于治疗前列腺炎, 前列腺肥大引起的尿频尿急, 小便不畅及膀胱炎引起的诸般排尿不适症状有较好疗效。研究认为爱活尿通每个成分的协同作用都能引起结缔组织胶体状态生物化学的变化, 并且产生纤维变性和胶原蛋白硬化, 因此具有利尿、抗菌和抗炎的作用^[12-14]。

本研究结果显示, 爱活尿通联合八正散治疗 30 d 后, NIH 评分中不管是疼痛症状、排尿症状还是生活质量评分都有很大的改善 ($P < 0.01$), 白细胞和卵磷脂也有明显的效果。证候及 NIH-CPSI 评分证实该药对改善慢性前列腺炎的主观症状及客观指标均有显著作用。实验室检查在服药前后未出现有临床意义的异常, 未发现与爱活尿通有关的严重不良事件。两者合用, 中医清利下焦与西医抗炎抑菌

改善, 改善微循环, 综合调理与改善局部症状并用, 多靶点, 不同侧面治疗精浊病因, 缓解精浊临床症状, 效果极佳。

[参考文献]

- [1] 叶章群, 曾晓勇. 慢性前列腺炎诊疗进展[J]. 中华男科学, 2003, 9(7): 483.
- [2] 郭应禄, 李宏军. 前列腺炎[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002: 120.
- [3] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 359.
- [4] 郭应禄, 胡礼泉. 男科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 1482.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 168.
- [6] 国家中医药管理局, 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]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 50.
- [7] Krieger J N, Nyberg L J R, Nickel J C. NIH consensus definition and classification of prostatitis [J]. JAMA, 1999, 282(3): 236.
- [8] Mehik A, Hellström P, Lukkarinen O, et al. Epidemiology of prostatitis in Finnish men: a population-based cross-sectional study [J]. BJU Int, 2000, 86(4): 443.
- [9] 王图超. 中西医结合治疗性病后前列腺炎 57 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(13): 237.
- [10] 雒焕文. 仙灵大汤坐浴治疗慢性前列腺炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(12): 289.
- [11] 许东升, 王祖龙, 蒋士卿, 等. 代抵当煎剂联合爱活尿通片治疗浊瘀阻塞型癃闭 50 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(16): 327.
- [12] Felder V H, Schenk T. Die frühzeitige erkennung der prostatahy-pertrophie und deren konservarive behandlung [J]. Der Landarzt, 1957, 33: 290.
- [13] Ishigooka M, Hashimoto T, Hayami S, et al. Clinical and retro-spective evaluation of eviprostat: a non-hormonal and non-neuropharmacological agent for benign prostatic hyperplasia [J]. Int Urol Nephro, 1995, 27(1): 61.
- [14] Yamanishi T, Yasuda K, Kamai T, et al. Single-blind, randomized controlled study of the clinical and urodynamic effects of a-blocker (naftopidil) and phytotherapy (eviprostat) in the treatment of benign prostatic hyperplasia [J]. Int J Uro, 2004, 11(7): 501.

[责任编辑 邹晓翠]