

翁沥通胶囊联合针刺治疗慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征湿热瘀滞证的临床疗效

王德军*, 李路凯, 张辉
(河南省中医院, 郑州 450003)

[摘要] **目的:**观察翁沥通胶囊联合针刺的方案治疗慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(CP/CPSP)湿热瘀滞证临床疗效,及对前列腺液(EPS)炎症因子的影响。**方法:**将140例患者采用随机按数字表法分为对照组和观察组各70例。对照组采用针刺治疗,观察组在对照组治疗的基础上给予翁沥通胶囊,3粒/次,2次/d,口服。两组疗程均为6周。进行治疗前后美国国立卫生研究院的CP症状指数(NIH-CPSI)评分和中医证候评分;进行治疗前后患者健康问卷-抑郁量表(PHQ)评分和疼痛灾难化量表(PCS)评分;进行治疗前后EPS常规检查;检测治疗前后EPS白细胞介素-1 β (IL-1 β),肿瘤坏死因子- α (TNF- α),干扰素- γ (IFN- γ),白细胞介素-2(IL-2)水平。**结果:**观察组临床疗效总有效率为97.01%,高于对照组的86.15%($\chi^2 = 5.095, P < 0.05$);观察组中医证候疗效总有效率为97.01%,高于对照组的83.08%($\chi^2 = 7.219, P < 0.05$);治疗后观察组患者排尿症状、生活质量评分及NIH-CPSI总分均低于对照组($P < 0.01$);观察组尿路症状、放射痛症状、性功能障碍、全身症状评分及湿热瘀滞证总分均低于对照组($P < 0.01$);治疗后观察组EPS中卵磷脂小体的改善优于对照组($P < 0.05$);治疗后观察组PCS评分低于对照组($P < 0.01$);治疗后观察组患者EPS中IL-1 β , TNF- α , IFN- γ 水平均低于对照组,IL-2水平高于对照组($P < 0.01$)。**结论:**翁沥通胶囊联合针刺治疗CP/CPSP(湿热瘀滞证)能显著改善患者的症状,减轻焦虑、抑郁,增加EPS中卵磷脂小体,并能抑制炎症反应,减轻炎性损伤,疾病疗效和中医证候疗效均具有明显优势,二者的联合具有协同作用。

[关键词] 慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征;湿热瘀滞证;翁沥通胶囊;针刺;炎症因子

[中图分类号] R22;R24;R2-031;R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2018)03-0208-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2018030208

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20171113.1605.028.html>

[网络出版时间] 2017-11-13 16:05

Clinical Effect of Wenglitong Capsule Combined with Acupuncture in Treating CP/CPSP with Damp Heat Stasis Syndrome

WANG De-jun*, LI Lu-kai, ZHANG Hui

(Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450003, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical effect of Wenglitong capsule combined with acupuncture in treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPSP) with damp heat stasis syndrome, and its impact on inflammatory factors of prostatic secretions (EPS). **Method:** One hundred and forty patients were divided into control group and observation group by random number table. Patients in control group got acupuncture. In addition to the therapy of control group, patients in observation group was also given Wenglitong capsule, 3 grains/time, 2 times/day. A course of treatment was six weeks. Before and after treatment, scores of CP Symptom Index of National Institutes of Health (NIH-CPSI) and traditional Chinese medicine (TCM) syndromes, patient health questionnaire (PHQ) and pain catastrophizing scale (PCS) were graded. EPS were

[收稿日期] 20170605(117)

[基金项目] 河南省中医药科学研究专项(2016ZY3014)

[通信作者] *王德军, 硕士, 主治医师, 从事前列腺炎、少弱精子症、性功能障碍临床与科研工作, Tel: 15837138966, E-mail: dejun221@163.com

detected. And levels of interleukin-1 β (IL-1 β), interleukin-2 (IL-2), tumor necrosis factor- α (TNF- α) and interferon- γ (IFN- γ) were also detected. **Result:** The total effect rate in observation group was 97.01%, which was higher than 86.15% in control group ($\chi^2 = 5.095, P < 0.05$). And the total effect rate of TCM symptoms in observation group was 97.01%, which was higher than 83.08% in control group ($\chi^2 = 7.219, P < 0.05$). After treatment, scores of urination symptoms, quality of life, NIH-CPSI and PCS in observation group were all lower than those in control group ($P < 0.01$). Scores of urinary tract symptoms, radiating pain symptoms, sexual dysfunction, evaluation of systemic symptoms and damp heat stasis syndrome were all lower than those in control group ($P < 0.01$). Lecithin body of EPS in observation group was superior to that in control group ($P < 0.05$). And levels of IL-1 β , TNF- α , IFN- γ were all lower than those in control group, and the level of IL-2 was higher than that in control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Wenglitong capsule combined with acupuncture can ameliorate symptoms of patients with CP/CPPS, relieve anxiety and depression, increase lecithin body of EPS, inhibit inflammation, and reduce inflammatory damage, with a better efficacy and TCM symptoms. Due to their good synergy.

[**Key words**] chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome; damp heat stasis syndrome; Wenglitong capsule; acupuncture; inflammatory factor

慢性前列腺炎 (chronic prostatitis, CP) 的发病, 以盆腔区域疼痛或不适、排尿异常、性功能障碍等症状为特征, 给患者的身心健康造成严重影响, 其病因尚不明确、临床症状复杂多样化, 是困扰泌尿男科的常见疾病^[1-2]。CP 常见的类型为 III 型, 即慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征 (CP/CPPS), 占 CP 的 90%, 其特点是前列腺液/精液/第三份膀胱中段尿标本细菌培养结果阴性, 但临床症状反复出现。其治疗目的是改善症状、提高生活质量和促进相关功能恢复。但由于本病是一种具有多种病因、不同进展途径、症状多样和对治疗反应不一的异质性临床综合征, 单一的措施治疗结果常常令人失望, 难以使得所有患者获益, 目前临床根据不同的症状给予综合的干预方案, 以提高疗效^[3-4]。

CP 属于“精浊”、“淋证”、“白浊”等范畴, 以发病缓慢、病情顽固、反复发作、缠绵难愈为特点。乃湿热蕴结下焦精室, 久病及肾, 气血运行受阻而成, 湿、热、瘀、滞、虚贯穿在 CP 不同阶段, 临床以复合证候为主, 其中湿热瘀滞为主要证型^[5]。翁沥通胶囊具有清热利湿, 散结祛瘀之功, 能增加模型大鼠前列腺液的卵磷脂密度, 显著减少白细胞计数, 能抑制模型大鼠前列腺炎细胞浸润和纤维组织增生, 能减轻炎性疼痛, 改善局部血液循环, 有利于促进炎症的吸收, 临床用于前列腺增生和前列腺炎的治疗, 均具有一定的疗效^[6-7]。针灸疗法也是中医治疗 CP 的重要手段, 试验研究显示针灸能改善慢性前列腺炎实验动物的局部循环、加速组织代谢、减轻炎症反应、促进组织修复、改善病理结构、减少排尿障碍、影

响内分泌、调节免疫力、提高疼痛阈等^[7]。翁沥通胶囊单独或联合西药治疗 CP 均显示出了一定的临床疗效, 但临床未见翁沥通胶囊联合针灸的针药结合方案用于 CP 的报道, 本研究观察了翁沥通胶囊联合针刺治疗 CP/CPPS (湿热瘀滞证) 的临床疗效及对前列腺液 (EPS) 炎症因子的影响, 旨在为临床提供一种有效的 CP/CPPS 治疗方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共筛选 140 例 CP/CPPS 患者, 均来源于 2014 年 8 月—2016 年 3 月河南省中医院生殖医学科。采用随机按数字表法分为对照组和观察组各 70 例。对照组年龄 24 ~ 45 岁, 平均 (35.6 \pm 8.2) 岁; 病程 3 ~ 29 个月, 平均 (13.4 \pm 6.5) 个月; III A 型 56 例, III B 型 14 例。观察组年龄 26 ~ 44 岁, 平均 (34.7 \pm 7.8) 岁; 病程 5 ~ 33 个月, 平均 (14.2 \pm 7.1) 个月; III A 型 51 例, III B 型 19 例。因失访和脱落实际完成病例数, 对照组为 65 例, 观察组为 67 例。两组患者年龄、病程和分型数等基本资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识》^[3] 标准制定。①症状为不同程度的尿频、尿急、尿无力或腹股沟、会阴、阴囊等部位疼痛或胀痛; ②体征为前列腺触诊腺体饱满, 触诊可有轻度压痛或结节, 或软硬不均, 或有炎性结节, 可增大、正常或缩小, 可有局限性压痛; ③实验室检查前列腺液, 白细胞计数增加 (III A) 或不增加 (III B), 卵磷脂小体减少; 尿常规及尿沉渣检查正常; 病

原学检测为阴性。

1.2.2 湿热瘀滞证 参照《慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识》^[3]标准制定。主证为小便频急,灼热涩痛,排尿困难,余沥不尽,会阴胀痛或下腹、耻部、腰骶及腹股沟等部位不适或疼痛。次证为小便黄浊,尿道滴白,口苦口干,阴囊潮湿。舌脉为舌红,苔黄腻,脉弦数或弦滑。主证具备2项加次证1项,结合舌脉可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合CP/CPPS的西医诊断标准;②符合湿热瘀滞证辨证标准;③病程3个月~3年;④年龄18~45岁;⑤研究获得本院医院伦理委员会审查批准,取得患者签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①细菌性前列腺炎或无症状性前列腺炎患者;②合并慢性附睾炎、前列腺增生症、精囊炎、尿道炎、精索静脉曲张者;③合并狭窄、膀胱颈梗阻、泌尿男性生殖系统肿瘤、神经源性膀胱、尿道憩室和前列腺结石者;④合并心脑血管、肝、肾、消化、呼吸、造血系统等严重原发性疾病,精神病或严重神经官能症患者;⑤近4周采用过本研究方案同类药物治疗者;⑥有严重过敏体质或对本研究已知药物成分过敏者;⑦同期采用其他中药或中成药治疗,影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 对照组采用针刺疗法,穴位有肾俞、关元、白环俞、会阳、气海、膀胱俞、足三里、三阴交、中极、阴陵泉。方法为0.30 mm × 40 mm一次性不锈钢针,采用平补平泻手法,15~30 min/次,10 min行针1次,1次/d。每周治疗5 d。观察组针刺方法同对照组,并加服翁沥通胶囊(华北制药河北华诺有限公司,国药准字Z19991104),3粒/次,2次/d。两组疗程均为治疗6周。

1.6 观察指标 ①美国国立卫生研究院的CP症状指数(NIH-CPSI)评分^[9],NIH-CPSI包括疼痛不适(4个问题,共0~21分)、排尿症状(2个问题,共0~10分)和生活质量(3个问题,共0~12分),NIH-CPSI总分为0~43分,得分越高说明病情越严重;治疗前后各评价1次。②湿热瘀滞证评分,根据指南^[3]分为尿路症状、放射痛症状、性功能障碍和全身症状分别给予分级评分;治疗前后各评价1次。③前列腺液常规检查,治疗前后各1次。④患者健康问卷-抑郁量表(PHQ)评分和疼痛灾难化量表(PCS)评分^[3],PHQ评分>4分诊断为抑郁;PCS包括反复思虑、夸大和无助,PCS总分达38分时,代表灾难化思维达到了临床相关的程度;治疗前后各评价1次。⑤炎症因子检测包括白细胞介素-1β(IL-

1β),肿瘤坏死因子-α(TNF-α),干扰素-γ(IFN-γ),白细胞介素-2(IL-2);禁欲不排精3~5 d,按摩取出EPS,以离心管收集,采用双抗体夹心酶联免疫吸附测定法,试剂盒(北京北方生物技术研究所,批号20161074);治疗前后各检测1次。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定。①临床疗效标准,临床痊愈为NIH-CPSI评分减少≥90%,前列腺压痛消失,质地正常或接近正常,EPS检查连续2次正常;显效为70%≤NIH-CPSI评分下降<90%,前列腺压痛及质地均有改善;有效为30%≤NIH-CPSI评分下降<70%,前列腺压痛及质地或有改善;无效为NIH-CPSI评分下降<30%或加重,前列腺指诊和EPS检查均无改善或加重。②中医证候疗效,临床痊愈为中医临床症状、体征基本消失,证候积分≥90%;显效为中医临床症状、体征明显减轻,60%≤证候积分<90%;有效为中医临床症状、体征好转,30%≤证候积分<60%;无效为中医临床症状、体征未见好转,或加重,证候积分<30%。

1.8 统计学处理 数据采用SPSS 21.0统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疾病疗效比较 治疗后观察组临床疗效总有效率为97.01%,高于对照组的86.15%,组间比较差异有统计学意义($\chi^2 = 5.095, P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical effect in two groups

| 组别 | 临床痊愈 /例(%) | 显效 /例(%) | 有效 /例(%) | 无效 /例(%) | 总有效率 /% |
|----|---------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|
| 对照 | 21(32.31) | 25(38.46) | 10(15.38) | 9(13.85) | 86.15 |
| 观察 | 27(40.30) | 28(41.79) | 10(14.93) | 2(2.99) | 97.01 ¹⁾ |

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (表2同)。

2.2 两组患者中医证候疗效比较 治疗后观察组中医证候疗效总有效率为97.01%,高于对照组的83.08%,组间比较差异有统计学意义($\chi^2 = 7.219, P < 0.05$),见表2。

2.3 两组患者治疗前后NIH-CPSI评分变化情况比较 治疗后两组患者疼痛不适、排尿症状、生活质量评分及NIH-CPSI总分均明显下降($P < 0.01$),治疗后观察组除疼痛不适外,排尿症状、生活质量评分及

表 2 两组患者中医证候疗效比较

Table 2 Comparison of effect of traditional Chinese medicine symptoms in two groups

| 组别 | 临床痊愈 /例(%) | 显效 /例(%) | 有效 /例(%) | 无效 /例(%) | 总有效率 /% |
|----|---------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|
| 对照 | 18(27.69) | 23(35.38) | 13(20.00) | 11(16.92) | 83.08 |
| 观察 | 26(38.81) | 30(44.78) | 9(14.43) | 2(2.99) | 97.01 ¹⁾ |

表 3 两组患者治疗前后 NIH-CPSI 评分变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of changes in NIH-CPSI score in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | 疼痛不适 | 排尿症状 | 生活质量 | NIH-CPSI 总分 |
|----|----|-----|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 对照 | 65 | 治疗前 | 10.42 ± 3.51 | 5.35 ± 2.27 | 8.36 ± 3.04 | 24.25 ± 5.78 |
| | | 治疗后 | 1.74 ± 0.88 ¹⁾ | 1.65 ± 0.53 ¹⁾ | 1.68 ± 0.72 ¹⁾ | 5.11 ± 1.23 ¹⁾ |
| 观察 | 67 | 治疗前 | 10.65 ± 3.43 | 5.53 ± 2.39 | 8.58 ± 3.14 | 24.76 ± 6.05 |
| | | 治疗后 | 1.52 ± 0.75 ¹⁾ | 0.73 ± 0.34 ^{1,2)} | 0.85 ± 0.47 ^{1,2)} | 3.26 ± 0.89 ^{1,2)} |

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 4,5,7 同)。

表 4 两组患者治疗前后湿热瘀滞证评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of damp heat stasis syndrome score in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | 尿路症状 | 放射痛症状 | 性功能障碍 | 全身症状 | 湿热瘀滞证总分 |
|----|----|-----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 对照 | 65 | 治疗前 | 18.73 ± 4.24 | 11.06 ± 3.18 | 5.02 ± 1.25 | 10.53 ± 2.65 | 44.93 ± 7.45 |
| | | 治疗后 | 3.91 ± 1.02 ¹⁾ | 2.26 ± 0.82 ¹⁾ | 1.52 ± 0.45 ¹⁾ | 1.39 ± 0.67 ¹⁾ | 8.48 ± 2.06 ¹⁾ |
| 观察 | 67 | 治疗前 | 17.65 ± 4.13 | 11.62 ± 3.25 | 5.14 ± 1.31 | 11.22 ± 2.95 | 24.76 ± 6.05 |
| | | 治疗后 | 1.86 ± 0.69 ^{1,2)} | 1.14 ± 0.62 ^{1,2)} | 0.74 ± 0.39 ^{1,2)} | 0.76 ± 0.42 ^{1,2)} | 4.92 ± 1.17 ^{1,2)} |

2.5 两组患者治疗前后 PHQ 和 PCS 评分比较 治疗后两组患者的 PHQ 和 PCS 评分均明显降低($P < 0.01$),治疗后观察组患者 PCS 评分低于对照组($P < 0.01$),PHQ 评分组间比较差异无统计学意义,见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 PHQ 和 PCS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison of scores of PHQ and PCS in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | PHQ | PCS |
|----|----|-----|---------------------------|------------------------------|
| 对照 | 65 | 治疗前 | 5.63 ± 0.74 | 43.79 ± 4.58 |
| | | 治疗后 | 3.82 ± 0.49 ¹⁾ | 36.86 ± 4.14 ¹⁾ |
| 观察 | 67 | 治疗前 | 5.57 ± 0.83 | 44.12 ± 4.87 |
| | | 治疗后 | 3.69 ± 0.42 ¹⁾ | 32.74 ± 3.75 ^{1,2)} |

表 6 两组患者治疗前后 EPS 常规检查比较

Table 6 Comparison of EPS in two groups before and after treatment

| 组别 | 例数 | 时间 | 白细胞计数 | | | | 卵磷脂小体 | | | |
|----|----|-----|-------|----|----|-----|-------|----|-----|------|
| | | | - | + | ++ | +++ | + | ++ | +++ | ++++ |
| 对照 | 65 | 治疗前 | 14 | 16 | 21 | 14 | 23 | 20 | 15 | 7 |
| | | 治疗后 | 42 | 15 | 6 | 2 | 11 | 24 | 20 | 10 |
| 观察 | 67 | 治疗前 | 19 | 13 | 20 | 15 | 22 | 24 | 13 | 8 |
| | | 治疗后 | 50 | 12 | 5 | 0 | 5 | 12 | 33 | 17 |

NIH-CPSI 总分均低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 3。

2.4 两组患者治疗前后湿热瘀滞证评分比较 治疗后两组患者尿路症状、放射痛症状、性功能障碍、全身症状评分及湿热瘀滞证总分均明显下降($P < 0.01$),与对照组比较,观察组患者下降更为显著,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 4。

2.6 两组患者治疗前后 EPS 常规检查比较 经秩和检验,治疗后两组患者 EPS 中白细胞计数均明显减少($P < 0.05$),治疗后组间差异无统计学意义;治疗后两组患者 EPS 中卵磷脂小体增加($P < 0.05$),治疗后观察组 EPS 中卵磷脂小体的改善优于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 6。

2.7 两组患者治疗前后 EPS 中 IL-1 β , TNF- α , IFN- γ 和 IL-2 变化情况比较 治疗后两组患者 EPS 中 IL-1 β , TNF- α , IFN- γ 均水平明显下降,IL-2 水平显著升高($P < 0.01$),治疗后观察组患者 EPS 中 IL-1 β , TNF- α , IFN- γ 均低于对照组,IL-2 水平高于对照组($P < 0.01$),见表 7。

表 7 两组患者治疗前后 EPS 中 IL-1 β , TNF- α , IFN- γ 和 IL-2 变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 7 Comparison of changes in levels of IL-1 β , TNF- α , IFN- γ and IL-2 in EPS in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$) ng·L⁻¹

| 组别 | 例数 | 时间 | IL-1 β | TNF- α | IFN- γ | IL-2 |
|----|----|-----|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 对照 | 65 | 治疗前 | 46.85 \pm 6.43 | 49.72 \pm 6.92 | 78.26 \pm 9.45 | 221.37 \pm 59.53 |
| | | 治疗后 | 40.04 \pm 5.75 ¹⁾ | 43.87 \pm 5.06 ¹⁾ | 64.85 \pm 8.12 ¹⁾ | 268.92 \pm 64.07 ¹⁾ |
| 观察 | 67 | 治疗前 | 45.85 \pm 6.71 | 50.18 \pm 6.77 | 80.42 \pm 10.17 | 225.76 \pm 56.41 |
| | | 治疗后 | 33.49 \pm 4.80 ^{1,2)} | 37.29 \pm 4.85 ^{1,2)} | 53.19 \pm 7.26 ^{1,2)} | 302.44 \pm 66.35 ^{1,2)} |

3 讨论

CP/CPPS 表现为长期、反复的骨盆区域疼痛或不适,持续时间超过 3 个月,细菌培养结果阴性,患者常伴有消极的认知、行为、感情与性功能障碍,具有病因复杂、反复发作、药物治疗难以控制等特点,严重影响患者的生活质量。现代医学认为可能与血管性因素、内分泌因素、心理、精神因素、前列腺钙化等因素有关^[10]。 α -受体阻滞剂、抗生素、非甾体抗炎药(NSAIDs)是临床治疗 CP/CPPS 最常用三类药物。对于 III A 患者,学者推测可能是由常规培养阴性的病原体导致了该型炎症的发生,因此建议经验性使用抗生素 2~4 周,可改善部分患者症状,但荟萃分析结果并没有表明抗生素的疗效优于安慰剂^[11]。NSAIDs 也是治疗 CP/CPPS 的经验性药物,在缓解患者的疼痛方面有一定的疗效,但具有明显的胃肠副作用。 α -受体阻滞剂能选择的拮抗后尿道、膀胱颈、前列腺部的 α -受体,解除膀胱颈及前列腺尿道部的痉挛,增加尿流率,减低尿道闭合压,防止前列腺内尿液反流,同时作用于盆底交感神经,解除盆底痉挛,缓解会阴及盆底的紧张性肌痛,是治疗 CP/CPPS 的基础药物^[12],但会导致的眩晕和体位性低血压等不良反应。

慢性前列腺炎的临床表型(UPOINT)是现代医学对慢性前列腺炎认识的突破,对 CP/CPPS 诊断、治疗、临床研究具有重要指导意义,其强调根据不同的表型进行针对性联合用药,与中医强调整体观念的辨证治疗具有相通之处,二者均从临床的症状体征出发,选择治疗药物;均是多方面、运用多种药物治疗一种疾病;均以改善临床症状、提高患者的生活质量为最终治疗目标^[13]。中医药疗法应用于 CP 具有悠久历史并积累了宝贵经验,尤以中草药为主的结合疗法取得了较好的效果,系统评价显示中医药在缓解患者症状、改善前列腺液指标及尿流率方面可能具有一定效果^[14]。中药能调节 Th1/Th2 细胞失衡;抑制抑制趋化因子的产生,抑制核转录因子(NK)- κ B 因子及相关炎症因子的产生,从抑制免疫

反应;能上调 Treg 细胞,增强耐受能力^[14]。针灸疗法具有起效快、疗程短、不良反应少等优点,Meta 分析结果显示针灸治疗 CP 的疗效明显,能降低前列腺液白细胞,降低 NIH-CPSI 评分方面均具有疗效^[15]。

翁沥通胶囊中薏苡仁清热利湿,木通泻火行水、通利血脉,炒栀子泻火除烦,清热利尿、凉血解毒,金银花清热解毒,浙贝母化痰散结,泽兰活血祛瘀、利水消肿,旋覆花降气消痰,配浙贝母去痰散结,大黄泄热逐瘀,炙黄芪益气利水,铜绿解毒杀虫。共奏清热利湿、散结祛瘀之功。临床研究显示翁沥通胶囊联合可多华能消除前列腺的充血、水肿,抑制炎症反应,使 EPS 中的白细胞下降,增加卵磷脂小体,能调节 IgA 和 IgM 水平,调节患者的免疫功能^[7]。针刺穴位中肾俞益肾助阳、强腰利水,关元培补元气、导赤通淋,会阳清热利湿、补阳益气,气海益气助阳,膀胱俞清热利湿,疏调膀胱,足三里调理脾胃、补益气血,三阴交健脾理血、补益肝肾,中极益肾兴阳,阴陵泉清利湿热、健脾理气、益肾通经活络,白环俞益肾固精;共奏补肾助阳,清热利湿,化瘀通络之功。

NIH-CPSI 和中医证候评分是指南推荐的用于评价 CP/CPPS 主要疗效指标^[3]。本研究显示治疗后观察组患者排尿症状、生活质量评分及 NIH-CPSI 总分低于对照组,观察组尿路症状、放射痛症状、性功能障碍、全身症状评分及湿热瘀滞证总分均低于对照组,观察组临床疗效总有效率和中医证候疗效总有效率均高于对照组,提示了翁沥通胶囊联合针刺治疗 CP/CPPS(湿热瘀滞证)患者在改善患者临床症状方面具明显的优势,观察组的疾病疗效和中医证候疗效均优于对照组。

如前所述 CP/CPPS 患者常伴有躯体化、抑郁和焦虑等负性情绪,而这些负性情绪导致病情反复发作、迁延不愈^[10]。PHQ 和 PCS 是指南推荐的心理状况的评估,可反映患者抑郁程度。本研究显示治疗后两组患者的 PHQ 和 PCS 评分均明显降低,治疗后观察组患者 PCS 评分低于对照组,提示了翁沥通

胶囊在改善患者症状的同时,具有改善 CP/ CPPS 患者善焦虑及抑郁的作用。

CR 的病因及发病机制仍然不清,但细菌感染诱发的炎症反应很可能是一个始动因素,而后激活肥大细胞介导自身免疫反应^[14],激活的肥大细胞可抑制调节性 T 细胞,并导致神经敏感性,并与 CP/ CPPS 的耐受有关^[16]。感染等刺激能够激活单核巨噬细胞、内皮细胞和 T 细胞,其中 CD4 T 淋巴细胞起着重要作用,被激活后,CD4 T 通过细胞因子作用使前列腺被具有免疫活性的 T 细胞浸润,产生一系列细胞因子,倡导细胞毒性作用,使前列腺组织产生病理变化,如水肿、充血、前列腺液的瘀滞等^[17]。IL-1 β , TNF- α 和 IFN- γ 是研究较多的与 CP/ CPPS 密切相关的致炎因子。IL-1 β , TNF- α 作为前炎症因子,能增诱导环氧合酶-2,前列腺素、一氧化氮合酶、细胞间黏附因子的表达,从而引起前列腺组织炎症破坏。IFN- γ 主要由活化的 NK 细胞和 Th1 细胞分泌,促进 MHC II 类抗原表达,介导与局部炎症的免疫应答,增强细胞免疫。IL-1 β , TNF- α , IFN- γ 在 EPS 中均呈高表达^[18-19]。IL-2 为炎症调节因子,CP/ CPPS 患者 EPS 中水平下降,可能与列腺细胞免疫功能遭受破坏有关^[18]。本组资料显示治疗后观察组患者 EPS 中 IL-1 β , TNF- α , IFN- γ 均低于对照组,IL-2 水平高于对照组,提示了翁沥通胶囊能抑制 CP/ CPPS 患者的促炎因子水平,调节 IL-2,起到减轻炎症损伤的作用。

综上,翁沥通胶囊联合针刺治疗 CP/ CPPS(湿热瘀滞证) 患者能显著改善患者的症状,减轻焦虑、抑郁等,增加 EPS 中卵磷脂小体,并能抑制炎症反应,减轻炎性损伤,临床疗效和中医证候疗效均具有明显的优势,二者的联合具有协同作用。

[参考文献]

[1] 张凯, 王晓峰. 中国前列腺炎研究和诊治现状[J]. 中华男科学杂志, 2013, 19(2): 99-101.

[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): 579-582.

[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专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(8): 933-941.

[4] 梁朝朝. 慢性前列腺炎诊断标准的再认识[J]. 现代泌尿外科杂志, 2012, 17(6): 537-540.

[5] 李海松, 王彬, 赵冰. 慢性前列腺炎中医诊治专家共

识[J]. 北京中医药, 2015, 34(5): 412-415.

[6] 朱忠宁, 卢海刚, 马士平, 等. 翁沥通胶囊的药理作用研究[J]. 中国男科学杂志, 2004, 18(4): 43-45.

[7] 钟键, 金正贤, 卞卫星. 翁沥通联合可多华治疗 III 型前列腺炎的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(33): 3676-3677.

[8] 陈思达, 刘步平, 李深情, 等. 针灸治疗慢性前列腺炎实验研究进展[J]. 广州中医药大学学报, 2016, 33(1): 150-153.

[9] 戴继灿. 介绍美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)[J]. 中国男科学杂志, 2000, 14(1): 62.

[10] 陈果, 向娟, 欧阳里知, 等. 针刺联合西药治疗慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(12): 1247-1251.

[11] Berger R E. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network Meta-analysis editorial comment[J]. J Urology, 2011, 186(2): 546-547.

[12] 李宪锐, 张耀圣, 商建伟, 等. 慢性前列腺炎的中西医结合治疗研究进展[J]. 中国性科学, 2015, 24(10): 67-70.

[13] 陈伟杰, 江宁东, 张清, 等. 基于 UPOINTS 的中西医结合治疗慢性前列腺炎的规范化思考[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(4): 5-7.

[14] 王浩, 周玉春, 薛建国. 中药有效成分治疗慢性前列腺炎的免疫机制[J]. 中华男科学杂志, 2016, 22(1): 63-66.

[15] 何渊, 夏春玲, 刘步平. 针刺治疗慢性前列腺炎 Meta 分析[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(1): 226-229.

[16] Murphy S F, Schaeffer A J, Thumkat P. Immune mediators of chronic pelvic pain syndrome[J]. Nature Reviews Urology, 2014, 11(5): 259-269.

[17] Magistro G, Wagenlehner F M, Grabe M, et al. Contemporary management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome [J]. Eur Urol, 2016, 69(2): 286-297.

[18] HE L, WANG Y, LONG Z, et al. Clinical significance of IL-2, IL-10, and TNF-alpha in prostatic secretion of patients with chronic prostatitis[J]. Urology, 2009, 75(3): 654-657.

[19] 王祖龙, 陈帅垒. 慢性前列腺炎常见中医证型与 IL-8, TNF- α , IFN- γ 的相关性研究[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2013, 15(1): 62-66.

[责任编辑 何希荣]