

清热利湿祛瘀法治疗慢性前列腺炎的临床疗效 及对患者局部免疫的影响

黄新飞 宁克勤 王 庆 刘 涛

(南京中医药大学附属医院男科, 南京, 210029)

摘要 目的:探究清热利湿祛瘀法治疗慢性前列腺炎的临床疗效,分析其对患者局部免疫功能的影响。方法:选取 2017 年 1 月至 2017 年 6 月南京中医药大学附属医院收治的慢性前列腺炎患者 228 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 114 例,2 组患者均进行常规西药治疗,观察组在对照组治疗的基础上联合清热利湿祛瘀汤治疗,2 组均以 14 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。治疗后统计 2 组临床疗效,评价 2 组治疗前后临床症状改善情况;分别于治疗前后检测并比较 2 组患者前列腺液中 WBC 及免疫指标的变化。结果:治疗后观察组临床总有效率高达 93.86%,较对照组的 73.68% 显著升高($P < 0.01$);与治疗前比较,治疗后 2 组患者 IIEF 评分明显升高,且观察组显著高于对照组($P < 0.01$);2 组患者 NIH-CPSI 评分及 QOL 评分明显降低,且观察组显著低于对照组($P < 0.01$);与治疗前比较,治疗后 2 组患者前列腺液 WBC 均明显降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且观察组显著低于对照组($P < 0.05$);与治疗前比较,治疗后观察组前列腺液中 SIgA 及 IgG 含量均显著降低,且显著低于对照组($P < 0.01$)。结论:清热利湿祛瘀法可显著改善慢性前列腺炎患者临床症状,抑制其局部炎症反应,并可有效降低其前列腺液中免疫球蛋白含量,调节局部免疫应答,疗效显著优于常规西药治疗。

关键词 慢性前列腺炎;清热利湿祛瘀汤;临床症状;前列腺液;免疫;疗效

Clinical Efficacy of Qingrelishi Quyu Method in the Treatment of Chronic Prostatitis Patients and the Effect on Local Immune Function

Huang Xinfei, Ning Keqin, Wang Qing, Liu Tao

(Andrology Department, Affiliated Hospital of Nanjing University of TCM, Nanjing 210029, China)

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of Qingrelishi Quyu method in the treatment of chronic prostatitis patients and the effect on local immune function. **Methods:** A total of 228 chronic prostatitis patients who were treated in our hospital from January 2017 to June 2017 were selected and randomly divided into control group ($n = 114$) and experiment group ($n = 114$). Control group were treated with conventional western medicine treatment, and experiment group were treated with Qingrelishi Quyu decoction on the basis of control group. 14 d were 1 treatment course, and 2 groups were treated for 3 courses continuously. The clinical efficacy of 2 groups was counted and the improvement of clinical symptoms before and after treatment in 2 groups was evaluated. Additionally, the WBC and immune indexes of prostatic fluid in 2 groups before and after treatment were detected and compared. **Results:** The total effective rate of experiment group reached up to 93.86% after treatment, which was higher than that 73.68% of control group ($P < 0.01$); Compared with the score before treatment, the IIEF score of 2 groups increased significantly after treatment, and experiment group was higher than control group ($P < 0.01$); the NIH-CPSI and QOL scores of 2 group decreased significantly after treatment, and experiment group was lower than control group ($P < 0.01$); Compared with the one before treatment, the WBC of prostatic fluid in 2 groups decreased significantly after treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and experiment group was lower than control group ($P < 0.05$); Compared with the level before treatment, the SIgA and IgG levels of prostatic fluid in experiment group decreased significantly after treatment, and which were lower than that of control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Qingrelishi Quyu method can improve the clinical symptoms of chronic prostatitis patients significantly, inhibit the local inflammatory response, reduce the immune globulin level of prostatic fluid, and adjust the local immune response. The clinical efficacy is superior to conventional western medicine.

Key Words Chronic prostatitis; Qingrelishi Quyu Decoction; Clinical symptoms; Prostatic fluid; Immune; Efficacy

中图分类号:R277.5 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.12.041

慢性前列腺炎是临床上比较常见的男性泌尿科疾病,患者主要临床症状为长期反复的骨盆区不适

或疼痛 3 个月以上,伴有程度不一的排尿困难症状及性功能障碍,严重影响患者的正常生活^[1-2]。以往所用的西医常规治疗对慢性前列腺炎患者疗效欠佳,近年来,随着中医对其治疗的进展,中西医结合对其临床治疗效果逐渐受到人们的关注。中医学研究认为慢性前列腺炎的病理基础为湿热、瘀血阻滞等,因此治疗应以清热利湿、活血祛瘀为主^[3],且已有研究^[4]报道,清热利湿祛瘀汤联合常规西药盐酸坦索罗辛缓释胶囊对湿热下注型前列腺炎患者疗效确切,显著优于西药单用。因此本研究在常规西医治疗的基础上联合清热利湿祛瘀汤治疗慢性前列腺炎,分析其临床疗效及对患者局部免疫功能的影响,现将结果详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2017 年 6 月南京中医药大学附属医院收治的慢性前列腺炎患者 228 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 114 例,对照组年龄 25 ~ 48 岁,平均年龄 (34.8 ± 9.7) 岁;病程 8 个月至 6 年,平均病程 (3.1 ± 1.9) 年;婚姻状况:已婚 61 例,未婚 53 例。观察组年龄 23 ~ 50 岁,平均年龄 (33.9 ± 8.9) 岁;病程 7 个月至 7 年,平均病程 (3.5 ± 2.3) 年;婚姻状况:已婚 63 例,未婚 51 例。2 组年龄、病程及婚姻状况等主要基线资料经分析差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《前列腺炎的诊断与治疗研究进展》^[5];中医证候诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则:试行》^[6],属湿热下注证。

1.3 纳入标准 符合上述中西医诊断标准者;年龄 20 ~ 55 岁者;前列腺表面出现硬度不均、表面不平的炎性结节者;前列腺液中白细胞计数 (WBC) > 10 个/HP;伴有典型的小便次数增加、尿急、尿痛、尿频等尿道功能障碍者;会阴、尿道、腹股沟及睾丸等部位伴有明显不适症状者;尿排尽时或大用力时分泌乳白色前列腺液者;性功能减退者;所有患者及家属对本研究内容及目的均知情同意者;自愿参与本研究者。

1.4 排除标准 属急性前列腺炎者;伴尿道狭窄、前列腺肿瘤者;对研究所用药物过敏者;治疗依从性差,不能配合医生执行治疗计划者;伴有严重心血管疾病或血液系统疾病者等。

1.5 脱落与剔除标准 治疗期间发生严重不良事件而不适宜继续进行治疗者;不能按照规定药物治疗方案或未完成治疗疗程及观察周期者;治疗期间

提出退出本研究者等。

1.6 治疗方法 2 组患者均给予常规西医治疗,口服阿奇霉素,500 mg/次,1 次/d;治疗 1 周后改用口服左氧氟沙星,100 mg/次,3 次/d。观察组在常规西医治疗的基础上加用中药清热利湿祛瘀汤治疗,药方组成:黄柏、栀子、篇蓄、牡丹皮、车前子各 10 g,黄芩、赤芍、红花各 12 g,川牛膝、丹参、泽泻各 15 g,甘草 6 g。以水煎至 300 mL,100 mL/次,3 次/d。2 组均以 14 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

1.7 观察指标 1)统计 2 组临床疗效;2)分别采用美国国立卫生研究院慢性前列腺炎性反应状评分表 (NIH-CPSI)、国际勃起功能指数 (IIEF-5) 评分及生命质量评分 (QOL) 评价 2 组患者治疗前后临床症状改善情况;3)分别于治疗前后采用按摩法采集患者前列腺液,以镜检法检测并比较 2 组 WBC,另以放射免疫法检测并比较 2 组免疫球蛋白 (SIgA 及 IgG) 含量。

1.8 疗效判定标准 治愈:临床症状、体征完全消失,前列腺液检查正常,WBC < 15 个/HP 且细菌培养为阴性,无炎性反应。显效:临床症状、体征基本消失,前列腺液检查基本正常,WBC < 15 个/HP,且细菌培养为阴性,无炎性反应;有效:临床症状、体征有所消失,前列腺液检查异常,细菌培养为阳性,有炎性反应;无效:临床症状、体征无好转甚至恶化,前列腺液检查异常,细菌培养阳性,有炎性反应。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%^[7]。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件对上述指标进行分析,计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验;计数资料以百分比 (%) 表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 治疗后观察组临床总有效率高达 93.86%,较对照组的 73.68% 显著升高 ($\chi^2 = 17.067, P = 0.000$)。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较[例(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 ($n = 114$)	46 (40.35)	17 (14.91)	21 (18.42)	30 (26.32)	84 (73.68)
观察组 ($n = 114$)	88 (77.19)	12 (10.53)	7 (6.14)	7 (6.14)	107 (93.86) *

注:与对照组比较, ** $P < 0.01$

2.2 2 组患者治疗前后临床症状改善情况 与治疗前比较,治疗后 2 组患者 IIEF 评分明显升高,且观察组显著高于对照组 ($P < 0.01$);2 组患者 NIH-CPSI 评分及 QOL 评分明显降低,且观察组显著低于

对照组($P<0.01$)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后临床症状改善情况($\bar{x}\pm s$,分)

组别	IIEF 评分	NIH-CPSI 评分	QOL 评分
对照组($n=114$)			
治疗前	10.36 $\pm$ 2.74	28.74 $\pm$ 4.79	4.76 $\pm$ 1.12
治疗后	13.25 $\pm$ 2.39 $\triangle\triangle$	20.02 $\pm$ 4.53 $\triangle\triangle$	3.54 $\pm$ 1.06 $\triangle\triangle$
观察组($n=114$)			
治疗前	10.41 $\pm$ 2.68	29.01 $\pm$ 5.01	4.81 $\pm$ 1.09
治疗后	17.11 $\pm$ 2.17 $^{**}\triangle\triangle$	13.25 $\pm$ 4.85 $^{**}\triangle\triangle$	2.07 $\pm$ 1.03 $^{**}\triangle\triangle$

注:与对照组比较, $^{**}P<0.01$;与治疗前比较, $\triangle\triangle P<0.01$

2.3 2 组患者治疗前后前列腺液 WBC 比较 与治疗前比较,治疗后 2 组患者前列腺液 WBC 均明显降低($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且观察组显著低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后前列腺液 WBC 比较($\bar{x}\pm s$,个/HP)

组别	IIEF 评分
对照组($n=114$)	
治疗前	26.14 $\pm$ 10.31
治疗后	20.35 $\pm$ 11.12 $\triangle$
观察组($n=114$)	
治疗前	25.98 $\pm$ 10.42
治疗后	15.51 $\pm$ 9.94 $^{**}\triangle\triangle$

注:与对照组比较, $^{*}P<0.05$;与治疗前比较, $\triangle P<0.05$, $\triangle\triangle P<0.01$

2.4 2 组患者治疗前后前列腺液中免疫指标变化比较 与治疗前比较,治疗后观察组前列腺液中 SIgA 及 IgG 含量均显著降低,且显著低于对照组($P<0.01$)。见表 4。

表 4 2 组患者治疗前后前列腺液中免疫指标变化比较($\bar{x}\pm s$, $\mu\text{g/mL}$)

组别	SIgA	IgG
对照组($n=114$)		
治疗前	237.3 $\pm$ 51.8	407.8 $\pm$ 60.5
治疗后	219.2 $\pm$ 49.7	391.1 $\pm$ 43.2
观察组($n=114$)		
治疗前	241.1 $\pm$ 52.3	411.3 $\pm$ 59.2
治疗后	185.4 $\pm$ 46.1 $^{**}\triangle\triangle$	251.6 $\pm$ 44.5 $^{**}\triangle\triangle$

注:与对照组比较, $^{**}P<0.01$;与治疗前比较, $\triangle\triangle P<0.01$

慢性前列腺炎一般好发于青壮年男性,病情复杂且迁延难愈,虽不威胁生命,但可严重影响患者的生命质量。慢性前列腺炎的发病存在多种发病原因及发病机制,加之大多西药很难直接渗透至前列腺组织中,因此常规单纯西药治疗很难达到理想的治疗效果,只能暂时缓解相关临床症状^[8-9]。

中医学将慢性前列腺炎归属于“精浊”“白浊”“劳淋”“淋浊”等范畴^[10]。《类证治裁》^[11]淋浊篇中记载“浊在精者,相火妄动或逆精使然,至精溺并出”。慢性前列腺炎的主要病因为气化失调、下焦湿

热,主要病机为血瘀、湿热、肾虚,故治疗应以标本兼治,利湿通瘀补虚为原则,以清热利湿辅以健脾补肾为治法。清热利湿祛瘀汤中黄柏、栀子、黄芩可清热利湿,为君药;赤芍、川牛膝、牡丹皮、丹参、红花可活血化瘀,为臣药;车前子、篇蓄、泽泻可祛湿化瘀、利尿通淋为佐药;甘草则可调和诸药,为使药,全方标本兼顾,是针对慢性前列腺炎下焦湿热蓄结、脉络瘀阻所研制的,具有良好的清热利湿、活血祛瘀之功效。且已有研究^[12-13]报道,清热利湿、化瘀通淋中药对慢性前列腺炎患者疗效确切。本研究中治疗后观察组临床总有效率高达 93.86%,较对照组的 73.68% 显著升高;且治疗后 2 组患者 IIEF 评分较治疗前明显升高,NIH-CPSI 评分及 QOL 评分较治疗前明显降低,且观察组变化更为显著,与相关研究^[14-15]结果相似。提示在常规西医治疗的基础上联合清热利湿祛瘀汤可有效提高慢性前列腺炎患者的临床疗效,并显著改善患者临床症状,提高患者生命质量。比较于西药而言,中药的药力可直达患处,使包膜通道和腺体管道畅通,利于腺体内炎性物质排出体外,因此本研究中治疗后 2 组患者前列腺液 WBC 均较治疗前明显降低,且观察组显著低于对照组,与刘林海等^[16]研究结果相似。提示清热利湿祛瘀汤可明显抑制慢性前列腺炎患者局部炎症反应。

一般情况下,慢性前列腺炎患者受病原菌刺激后,前列腺细胞会分泌 IgA 及 IgG,激发体液免疫应答,抵御病原体入侵,但若长期受病原刺激,则会导致前列腺局部免疫功能过度激活,过强的体液免疫应答则会诱发前列腺的免疫炎症损伤^[17]。研究^[18]报道,前列腺局部免疫功能异常参与了慢性前列腺炎的发展及预后转归。清热利湿祛瘀汤可有效调节慢性前列腺炎患者局部血液循环,还具有益气补肾、调节机体免疫应答的作用。本研究中治疗后观察组前列腺液中 SIgA 及 IgG 含量均较治疗前显著降低,且显著低于对照组,与祖宁辉等^[19]研究结果相似。提示清热利湿祛瘀汤可有效降低慢性前列腺炎患者局部免疫球蛋白含量,调节局部免疫应答。

综上所述,在常规西医治疗的基础上联合清热利湿祛瘀汤可有效改善慢性前列腺炎患者临床症状,抑制患者局部炎症反应,并可通过降低前列腺液中免疫球蛋白水平调节其局部免疫应答,疗效显著优于常规西药单用,值得在临床上进一步推广应用。

参考文献

[1] 朱闽,徐楠.慢性前列腺炎中医外治疗法研究进展[J].世界中医药,2013,8(7):830-832.

- [2] Nickel JC, Shoskes DA, Wagenlehner FM. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): the studies, the evidence, and the impact[J]. World J Urol, 2013, 31(4):747-53.
- [3] 王本鹏, 李宏军, 马凤富, 等. 慢性前列腺炎中西医诊治策略的比较[J]. 中国男科学杂志, 2016, 30(5):64-66.
- [4] 廖桂香. 清热利湿化瘀法治疗慢性前列腺炎 95 例疗效观察[J]. 社区医学杂志, 2009, 7(13):72-73.
- [5] 游涌. 前列腺炎的诊断与治疗研究进展[J]. 中华全科医学, 2008, 6(10):1078-1079.
- [6] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则: 试行[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [8] Pontari MA, Krieger JN, Litwin MS, et al. Pregabalin for the treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized controlled trial[J]. Arch Intern Med, 2010, 170(17):1586-1593.
- [9] Pontari M, Giusto L. New developments in the diagnosis and treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Curr Opin Urol, 2013, 23(6):565-569.
- [10] 向彬, 雷光辉, 张旭, 等. 复方玄驹胶囊辅助西医治疗对慢性前列腺炎患者免疫功能及生命质量的影响[J]. 陕西中医, 2016, 37(10):1297-1298.
- [11] 林珮琴. 类证治裁[M]. 太原: 山西科学教育出版社, 2010:291.
- [12] 黄河. 清热利湿化瘀汤内服并灌肠治疗慢性前列腺炎 50 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(16):30-31.
- [13] 董锋. 清热利湿化瘀汤与舍尼通联合治疗慢性非菌性前列腺炎的疗效分析[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(27):122-123.
- [14] 易睿, 王俊, 刘方, 等. 前列泰片治疗慢性前列腺炎的效果及对患者免疫功能的影响[J]. 中国当代医药, 2014, (30):63-64, 67.
- [15] 王德华, 李畅. 清热利湿逐瘀汤联合灌肠治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. 中医临床研究, 2011, 3(10):55-56.
- [16] 刘林海, 王勇, 蒲永昌. 前列安通胶囊对治疗慢性前列腺炎及其患者免疫功能的影响[J]. 西部医学, 2014, 26(11):1490-1492.
- [17] 许青河, 邵四海. 盐酸坦索罗辛对慢性前列腺炎患者局部免疫功能的影响[J]. 中国现代医生, 2013, 51(16):72-73, 80.
- [18] Hou Y, DeVoss J, Dao V, et al. An aberrant prostate antigen-specific immune response causes prostatitis in mice and is associated with chronic prostatitis in humans[J]. J Clin Invest, 2009, 119(7):2031-2041.
- [19] 祖宁辉, 杨荣华. 前列癃闭通片治疗慢性前列腺炎及其患者免疫功能的影响[J]. 中国性科学, 2016, 25(1):112-114.

(2017-09-07 收稿 责任编辑: 王明)

(上接第 3022 页)

- [5] 张声生, 李慧臻. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(9):4085-4088.
- [6] Tenner S, Baillie J, Dewitt J, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. [J]. American Journal of Gastroenterology, 2014, 109(2):302.
- [7] 刘续宝, 蒋俊明, 黄宗文, 等. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床研究(附 1376 例报告)[J]. 四川大学学报: 医学版, 2004, 35(2):204-208.
- [8] 薛平, 黄宗文, 郭佳, 等. 早期应用柴苓承气汤治疗胆源性重症急性胰腺炎的临床研究[J]. Journal of Integrative Medicine(结合医学学报(英文)), 2005, 3(4):263-265.
- [9] 杜炎奇, 李维勤, 毛恩强. 中国急性胰腺炎多学科诊治(MDT)共识意见(草案)[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 31(12):1004-1010.
- [10] Yao H, He C, Deng L, et al. Enteral versus parenteral nutrition in critically ill patients with severe pancreatitis: a meta-analysis[J]. European Journal of Clinical Nutrition, 2016, 20:117-131.
- [11] 张振凌, 杨林莎, 李军, 等. 芒硝不同炮制品中部分无机元素含量的测定[J]. 中国中药杂志, 1995, 20(4):218-218.
- [12] 傅兴圣, 陈菲, 刘训红, 等. 大黄化学成分与药理作用研究新进展[J]. 中国新药杂志, 2011, 20(16):1534-1538.
- [13] 殷帅文, 何旭梅, 郎锋祥, 等. 厚朴化学成分和药理作用研究概况[J]. 贵州农业科学, 2007, 35(6):133-135.
- [14] 温华珍, 肖盛元, 王义明, 等. 黄芩化学成分及炮制学研究[J]. 天然产物研究与开发, 2004, 16(6):575-580.
- [15] 李仁国. 柴胡有效成分及药理作用分析[J]. 陕西中医, 2013, 34(6):750-751.
- [16] 李旭峰. 柴苓承气汤口服联合生大黄液灌肠治疗急性水肿型胰腺炎临床研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2011.
- [17] 林子琦, 薛平, 黄蕾, 等. 柴苓承气汤对急性坏死性胰腺炎大鼠胰腺腺泡细胞线粒体细胞色素 C 释放和 caspase-3 的影响[C]//中国中西医结合普通外科学术会议. 2013.
- [18] 邓力琚, 杨晓楠, 夏庆. 柴苓承气汤对急性胰腺炎大鼠胰腺腺泡细胞的保护作用及其机制[J]. Journal of Integrative Medicine(结合医学学报(英文)), 2008, 6(2):176-179.
- [19] 赖少彤, 缪丹, 鲍秀琦, 等. 柴苓承气汤对实验性坏死性胰腺炎肠道屏障保护作用的实验研究[J]. 中华医学实践杂志, 2003, 2(2):100-102.
- [20] 薛平, 黄宗文, 张鸿彦, 等. 柴苓承气汤对重症急性胰腺炎大鼠胆碱能抗炎通路的影响[J]. 四川大学学报: 医学版, 2006, 37(1):66-68.
- [21] Lei Huang, Ming-hao Wang, Zheng-yu Cheng, et al. Effects of Chai-Qin-Cheng-Qi decoction on acute pancreatitis-associated lung injury in mice with acute necrotizing pancreatitis[J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2012, 9:1-7.

(2017-11-10 收稿 责任编辑: 徐颖)