

·国内论著·

针药并用治疗慢性前列腺炎对患者预后恢复的影响

刘文泓^{1*}, 陈培宏², 杨逢生¹, 李显文¹, 宾开云¹

(1. 深圳市盐田区人民医院 泌尿外科, 广东 深圳 518000;

2. 深圳市盐田区人民医院 针灸科, 广东 深圳 518000)

摘要: **目的** 探讨慢性前列腺炎患者通过针药并用方式进行治疗的临床效果。**方法** 选取2018年2月至2020年2月深圳市盐田区人民医院泌尿外科门诊接诊的82例慢性前列腺炎患者作为研究对象, 根据随机数字表法分成常规组和观察组, 每组41例。常规组患者使用口服左氧氟沙星片及泌淋清胶囊进行治疗, 观察组患者使用针刺联合自拟方药治疗, 两组均连续治疗2周, 比较两组患者临床疗效、复发率、不良反应。**结果** 常规组治疗有效率为80.49%, 复发率为17.07%; 观察组治疗有效率为97.56%, 复发率为2.44%。与常规组比较, 观察组患者治疗有效率更高, 复发率更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组治疗期间, 肝肾功能、小便常规、血常规等均未出现异常, 未出现明显不适症状。**结论** 慢性前列腺炎患者给予针药并用治疗方式, 可以提升治疗有效率, 预后恢复较佳。

关键词: 针药并用; 慢性前列腺炎; 预后恢复

中图分类号: R697+.33

文献标识码: A

文章编号: 1674-7410(2021)03-0072-03

慢性前列腺炎是一种泌尿科常见疾病, 临床表现为性功能障碍、排尿异常、会阴疼痛等。该疾病具有病程长、易复发的特征, 容易对患者心理健康造成影响。因前列腺解剖结构特殊等原因, 常规西医治疗效果欠佳。临床常用西药消炎方式对该疾病进行治疗, 但存在消炎不消肿的情况, 治疗效果并不理想, 且难以根治, 具有较高的复发率, 药物不良反应也较多, 因此, 寻求一种安全、有效的治疗方式非常必要^[1]。本研究针对慢性前列腺炎患者使用针药并用方式进行治疗, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2018年2月至2020年2月深圳市盐田区人民医院泌尿外科门诊接诊的82例慢性前列腺炎患者作为研究对象, 按治疗方案不同分为常规组(41例)与观察组(41例)。常规组年龄22~62岁, 平均年龄(36.79±5.88)岁; 病程1~6年, 平均病程(3.24±1.37)年; 细菌性前列腺炎2例, 无菌性前列腺炎39例; 慢性前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)标准: 轻度15例, 中度14例, 重度12例。观察组年龄23~61岁, 平均年龄(35.68±5.44)岁; 病程1~5年, 平均病程(3.17±1.26)年; 细菌性前列腺炎1例, 无菌性前列腺炎40例;

NIH-CPSI标准: 轻度14例, 中度13例, 重度14例。两组年龄、病程严重程度等资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 **纳入标准:** 对本研究内容知情, 自愿加入本研究, 签订知情同意书。**排除标准:** 急性前列腺炎; 泌尿系感染、泌尿系结石者; 其他器官严重病变者; 心理、精神异常者; 不配合治疗者; 中途退出者。本研究经过医学伦理委员会组织批准, 资料完整。

1.3 治疗方法 **常规组:** 患者给予左氧氟沙星片(江苏恒瑞医药股份有限公司生产, 国药准字: H20066387, 生产规格: 0.5 g×7片), 0.5 g/次, 1次/d; 泌淋清胶囊(贵州百灵集团和仁堂药业有限公司生产, 国药准字: Z20026567, 生产规格: 0.4 g×36片) 1.2 g/次, 3次/d, 连续服用2周。

观察组: 患者给予针刺联合自拟方药治疗, 按照病因病机, 选取清热利湿、活血止痛疗法。针刺: 使用适当长度的一次性针灸针, 使用酒精进行常规消毒, 刺入穴位(中级、曲泉、三阴交、曲骨、阴陵泉、肾俞、足三里、膀胱俞), 通过平补平泻法, 留针30 min, 每隔15 min行针1次, 连续治疗2周。自拟方药: 车前子15 g、橘核10 g、黄柏10 g、乌药10 g、蒲公英10 g、青皮10 g、滑石15 g、赤芍15 g、丹参20 g, 其中车前子和滑石为包煎。

*通信作者: 刘文泓, E-mail: 106956009@qq.com

在基础用药基础上,根据患者具体情况进行药物加减治疗,气滞血瘀:加生蒲黄(包煎)、五灵脂(包煎)、延胡索;肾阴虚:加生地、女贞子;肾阳不足:加菟丝子、益智仁;腰痛:加枸杞、杜仲;小腹睾丸坠痛:加川楝子、王不留行;前列腺有结节:加三棱、莪术;神倦乏力:加党参、远志。诸药方以水煎服,2次/d,1剂/d,温服。连续服用2周。

1.4 观察指标及方法 观察患者临床疗效以及随访半年内复发情况。临床疗效:临床控制:患者症状消失,没有前列腺压痛情况,前列腺触诊质地正常;显效:患者症状显著缓解,前列腺压痛减轻,质地无炎性结节、软硬均匀,较治疗前有所改善,前列腺液(expressed prostatic secretions, EPS)镜检查连续2次以上白细胞(white blood cell, WBC)计数降低2个+或正常;有效:患者症状得到缓解,前列腺压痛和质地得到改善, EPS检查超过2次WBC计数降低1个+;无效:患者症状、前列腺压痛和质地、EPS检查均没有任何改善和变化;总有效率为临床控制、显效和有效率之和。随访3个月内、3~6个月内的复发情况。

1.5 统计学分析 采用SPSS 19.0统计分析软件,符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验;计数资料以例(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 观察组治疗有效率高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
常规组	41	3(7.32)	18(43.90)	12(29.27)	8(19.51)	33(80.49)
观察组	41	25(60.98)	10(24.39)	5(12.20)	1(2.44)	40(97.56)
χ^2 值						6.115 7
P值						0.013 3

2.2 复发率比较 观察组复发率低于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组复发率比较[例(%)]

组别	例数	3个月内复发	3~6个月内复发	总复发
常规组	41	1(2.44)	6(14.63)	7(17.07)
观察组	41	0(0)	1(2.44)	1(2.44)
χ^2 值		1.543	4.655	4.987
P值		0.125	0.029	0.026

2.3 不良反应比较 两组治疗期间,肝肾功能、小便常规、血常规等均未出现异常,且未出现明显不适症状。

3 讨论

从中医角度讲,中医学没有前列腺炎的疾病名称,但按照该疾病的临床特征,可将其归为肾虚腰痛、精浊、淋症等范畴。中医学认为,该疾病的病因为情志不遂、肾气虚损,导致精气不固而引起,中医药疗法在对该疾病治疗方面,历史悠久,经验丰富,形成了针药结合的治疗方式,可以达到缓解症状、消除炎症的效果^[2]。

本研究使用中药方中,车前子、黄柏、滑石、萹蓄具有清热利湿的功效,黄柏主要作用为清下焦湿热,萹蓄、滑石作用为下行治热淋;丹参、赤芍具有活血调经、祛瘀止痛的效果;青皮、橘核可治疗睾丸小腹坠痛,乌药具有温肾散寒的作用,三种药物可共同产生行气止痛的效果;在基础用药之上,按照辨证治疗法添加不同药物,可达到对症下药的效果,共奏清热利湿、活血止痛功效。前列腺炎的病机为湿热为主、肾虚为本,因此治疗要以清热利湿、活血止痛为主,单纯药物很难渗透入腺体组织,故单纯用药效果不佳。而针灸可以引起局部副交感神经兴奋,扩张血管,促使毛细血管网络增多,增加局部药物浓度,利于炎症反应吸收和消散。另外,针灸选取穴位可以加强局部血液循环,对前列腺免疫力具有调节作用,中极穴可通经助阳,改善排尿异常情况;曲泉、阴陵泉、三阴交具有清热利湿的功效;针灸足三里能够补益气血^[3]。

本研究显示,观察组治疗有效率高于常规组,表明针刺联合自拟方药治疗相较于口服左氧氟沙星片及泌淋清胶囊治疗效果更加显著。慢性前列腺炎患者治疗中,使用针刺联合自拟方药治疗可定向药物透入,能够降低长期用药的副反应,药物经皮直达病所,能够更好地解决病机关键,针药结合,辨证加减,灵活化裁,可以提升疗效^[4]。值得一提的是,在针药治疗的同时,还应叮嘱患者保持规律日常生活,避免劳累过度,饮食要适宜,避免食用辛辣食物,禁烟酒;同时要保持良好心态,适当进行体育锻炼,增强抵抗力^[5]。

综上所述,慢性前列腺炎患者通过针药并用方式治疗后,疗效显著,且半年内复发率较低,预后良好。

参考文献:

[1] 梁启放,刘步平,陈晓虹,等.针药联合治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎疗效观察[J].中国针灸,2021,41(2):149-152.

[2] 扎日嘎拉他.蒙医针药结合治疗慢性前列腺炎疗效观察[J].中国民族医药杂志,2019,25(12):27-28.

[3] 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.

[4] 宋忠阳,朱博雯,孙润杰,等.针药结合治疗慢性前列腺炎的临床研究进展[J].针灸临床杂志,2017,33(7):72-75.

[5] 周敏杰,应荐,沈雪勇,等.电针白环俞、会阳治疗慢性前列腺炎临床观察[J].世界中西医结合杂志,2016,11(1):49-51.

(上接第71页)

表3 感染组病原微生物分布

病原微生物类型	数量[例(%)]	合计[例(%)]
革兰阴性菌		16(51.61)
大肠埃希菌	9(56.25)	
奇异变形杆菌	4(25.00)	
肺炎克雷伯菌	3(18.75)	
革兰阳性菌		11(35.48)
粪肠球菌	6(54.55)	
尿肠球菌	3(27.27)	
表皮葡萄球菌	2(18.18)	
真菌	3(100.00)	3(9.68)
酵母菌		2(6.45)
白假丝酵母菌	1(50.00)	
热带假丝酵母菌	1(50.00)	

中受手术损伤、支架异物置入等因素影响,患者术后存在一定泌尿系统感染风险,需在明确相关危险因素类型后,实施针对性措施,控制患者术后感染风险^[3-4]。

本研究发现,存在既往结石病史患者在接受相关泌尿系结石外科治疗后,尽管可在碎石、取石等治疗操作后完全或大部清除泌尿系统各部位结石,但自身结石复发风险较高,故在临床预后期间可由结石复发导致泌尿系统局部损伤引发尿路感染,而输尿管支架作为异物置入物,是病原微生物滋生的良好基础,故可进一步增加尿路感染风险;置管后残留结石引发尿路感染,主要由排石期间结石所致泌尿系统局部内皮损伤及病原微生物在残留结石上附着、滋生所致;N(%)水平高低对于人体细菌性感染进展存在明确相关性,故术前N(%)水平高则表明术前泌尿系统抗感染治疗仍存在缺陷性,泌尿系统局部仍存在一定数量病原微生物,可在术后经局部增殖后诱发尿路感染。发生感染患者病原微生物培养结果表明,革兰阴性菌为诱发感染的主要病

原微生物类型,或与术前手术部位清洁质量与术后院内感染控制质量有关,需在临床中优化相关控制措施。

在临床治疗中需从上述方面加强患者术后尿路感染风险筛查,并针对上述问题采取针对性措施,积极控制尿路感染风险,促进患者术后康复^[5-8]。

综上所述,输尿管支架置入术前可在明确患者结石既往病史、N(%)水平后,行术后尿路感染风险初筛,术后结合初筛结果及结石残留情况行二次筛查后,依据风险评估结果实施针对性临床干预,合理规避感染风险。

参考文献:

[1] 陈薇,向锁玉,曹阳.泌尿外科患者输尿管支架植入术后发生尿路感染的危险因素及病原菌分析[J].中华临床感染病杂志,2019,12(5):344-349.

[2] 程传宇,郝建伟,武玉东,等.HIV感染肾结石患者行输尿管软镜钬激光碎石术后发生尿路感染的危险因素分析[J].中华泌尿外科杂志,2019,40(9):690-694.

[3] 牛俊豪,王俊勇,张莹,等.输尿管支架相关尿路感染患者肾脏形态与红细胞形态变化研究[J].中华医院感染学杂志,2017,27(14):3271-3273,3295.

[4] 王安莲,武霞,胡世松,等.微通道经皮肾造瘘外引流与输尿管支架植入内引流治疗输尿管结石急性梗阻致严重感染脓毒血症的疗效比较[J].吉林医学,2021,42(2):270-272.

[5] 张钦尧.术前留置输尿管支架管(双J管)对输尿管软镜碎石术治疗肾或输尿管上段结石治疗效果的影响分析[J].临床研究,2020,28(2):74-75.

[6] 徐建华,杨元强,李巍,等.肾结石输尿管软镜碎石术后尿路感染病原菌分布特点及危险因素分析[J].疑难病杂志,2020,19(12):1217-1220,1224.

[7] 张家模,张翊,罗华铭,等.输尿管支架细菌生物膜观察及病原菌分布和耐药性[J].中国组织工程研究,2020,24(16):2556-2560.

[8] 刘昕,丁峰.糖尿病肾结石患者术后尿路感染危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2020,30(14):2188-2191.