

· 临床报道 ·

穴位电刺激联合栓剂治疗Ⅲ型前列腺炎气滞血瘀型
38 例

刘清尧 韩亮 张新荣 陈朝晖 周文亮 马宝乐 焦红英

【摘要】 目的 观察穴位电刺激联合栓剂治疗Ⅲ型前列腺炎(气滞血瘀型)的临床疗效及安全性。**方法** 采用阳性病例对照方法,用编码表将 120 例患者分为栓剂组、电刺激组、联合组,每组 40 例。治疗结束后栓剂组完成 38 例,电刺激组完成 36 例,联合组完成 38 例。栓剂组单独给予前列安栓纳肛,睡前 1 粒,每天 1 次;电刺激组单独给予穴位电刺激,穴位电刺激选取前列腺穴、中极穴、足三里穴、三阴交穴。刺激参数为 2/100 Hz 疏密波、交替输出,每次 30 分钟,每天 1 次;联合组给予前列安栓联合穴位电刺激。疗程 4 周。以慢性前列腺炎症状指数评分标准量表、中医证候评分为主要评价指标,观察上述指标的积分变化,进行统计学分析,同时记录不良反应。**结果** 栓剂组总有效率 63.2%,电刺激组总有效率 52.8%,联合组总有效率 78.9%。三组比较,有统计学差异($P < 0.05$)。慢性前列腺炎症状指数评分标准积分组间比较,联合组在疼痛不适、症状总分方面与栓剂组、电刺激组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);中医证候积分组间比较,联合组在疼痛不适、性功能障碍、排尿症状、精神症状、总分方面与栓剂组、电刺激组差异比较均有统计学意义($P < 0.05$)。各组在治疗期间未出现明显不良发应。**结论** 穴位电刺激联合前列安栓纳肛治疗Ⅲ型前列腺炎(气滞血瘀型)安全、有效。

【关键词】 Ⅲ型前列腺炎; 穴位电刺激; 前列安栓; 气滞血瘀; 临床研究

【中图分类号】 R697+.33 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.08.032

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是泌尿男科的常见疾病,尤其是Ⅲ型前列腺炎,Ⅲ型前列腺炎又称慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome)。由于其病因、发病机制尚不明确,临床症状复杂多样化,诊断方法存在争议,治疗时间长久等问题存在,临床治疗上常常使泌尿男科医师感到挫败感,同时对患者的身心健康造成严重影响^[1]。因此,寻求探索一种有效、实用的治疗方案,是临床工作者的重要任务。笔者应用穴位电刺激联合栓剂治疗 38 例Ⅲ型前列腺炎(气滞血瘀型)患者取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

120 例患者均为 2013 年 1 月至 2014 年 12 月北京市房山区中医医院男科门诊就诊患者。研究采用随机阳性对照试验设计,按随机数字表法把患者分为栓剂组、刺激组、联合组三组进行试验。每组 40 例。三组患者年龄、病程、身高、

体质量等经统计学检验($P > 0.05$),差异无统计学意义,具有可比性。治疗结束后,栓剂组脱落 2 例,电刺激组脱落 4 例,联合组脱落 2 例,脱落病例不计入研究病例。

1.2 诊断标准

参照《泌尿外科学》^[2]拟定。(1)症状:分为两类。一为下尿路刺激症状,二为炎症反应或反射性疼痛症状。(2)前列腺触诊:质地:腺体饱满,或软硬不均,或有炎性结节,或质地较韧。压痛:可有局限性压痛。大小:可增大、正常或缩小。(3)前列腺液镜检:白细胞 ≥ 10 个或正常/高倍视野;卵磷脂小体减少或消失或正常。(4)前列腺液细菌培养:细菌培养阴性者。(5)超声波检查:超声图象明显异常:表现为前列腺大小正常或缩小,内部回声强弱不均,可见增强的光斑及结节回声,被膜回声增强、增厚、粗糙。声像图轻度异常:表现为前列腺大小正常或稍增大,内部回声稍强或稍弱,被膜回声欠清晰。(6)其他:根据情况可选作精液培养、尿四杯细菌培养、阴囊超声检查、腹部平片、前列腺特异性抗原检测。具备(1)(2)(3)(4)项即可诊断,(5)(6)项需要时可选做。气滞血瘀证中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]拟定。主症:会阴、少腹坠胀痛,小便赤涩,前列腺有硬结,压痛;次症:尿道口滴白,阴囊潮湿,早泄,性欲减退,夜间发热,善太息;舌脉:舌紫暗或有瘀斑,脉弦涩。主症必备,次症具备 2 项及舌脉象符合即可辨证为气滞血瘀型。

作者单位:102400 北京市房山区中医医院男科

作者简介:刘清尧(1970-),本科,主治医师。研究方向:中医男科。E-mail:fszyynk@126.com

通讯作者:张新荣(1969-),本科,主任医师。研究方向:中医男科。E-mail:13911721601@163.com

1.3 纳入标准

(1)符合慢性前列腺炎西医诊断标准者;(2)符合气滞血瘀证辨证者;(3)病程超过 3 个月者;(4)年龄 18~50 岁;(5)就诊前已经进行治疗者至少停药 2 周后方可纳入研究。

1.4 排除标准

(1)合并严重神经管能症、尿道狭窄、前列腺肿瘤者;(2)过敏体质及对多种药物过敏者;(3)合并严重心血管疾病、脑血管疾病,肝肾功能不全、造血系统疾病,神经病患者;(4)合并尿道炎、急性前列腺炎、泌尿系结石等疾病。

1.5 治疗方法

栓剂组患者单纯给予前列安栓(丽珠集团丽珠制药厂,生产批号:20120908)纳肛,睡前 1 粒,每天 1 次,4 周为 1 个疗程。

电刺激组患者单纯给予穴位电刺激。试验器械:SW-3501 银海象男性性功能康复治疗仪(生产许可证号:京药监械 20090048 号)。选穴:将自粘电极一对放置于前列腺穴和中极穴,另一对电极放在左侧肢体膝部下方的足三里穴和三阴交穴。刺激参数为 2/100 Hz 疏密波、交替输出。刺激强度以病人能够耐受为宜,一般为 10~30 mA,30 min/次,每天 1 次。

联合组患者给予前列安栓联合穴位电刺激,方法同上。

3 组连续治疗 4 周,嘱患者改变生活饮食习惯,如戒酒,忌辛辣刺激性强的食物,尽量避免憋尿、会阴部受凉,改变不规律的性生活。

1.6 观察指标

观察三组患者治疗前后症状积分变化。症状评分:西医采用美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状评分标准(National Institutes of Health-chronic prostatitis symptom Index, NIH-CPSI);中医证候评分采用文献^[4]相关标准,记录相关不良反应。

1.7 疗效判定

按目前世界公认的 NIH-CPSI 评分标准对患者治疗前后

的症状进行评分,计算出症状疗效指数,症状程度积分为: $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})\div\text{治疗前积分}]\times 100\%$ 。(1)治愈:症状程度评分较治疗前减少 $\geq 90\%$ 。(2)显效:症状程度评分较治疗前减少 $\geq 60\%$, $<90\%$ 。(3)有效:症状程度评分较治疗前减少 $\geq 30\%$, $<60\%$ 。(4)无效:症状程度评分较治疗前减少 $<30\%$ 。(5)总有效:治愈、显效、有效三者之和。

1.8 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据处理,计数资料采用 χ^2 检验。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,检验正态性和方差齐后,采用单因素方差分析 LSD 比较, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

治疗 4 周后,栓剂组总有效率 63.2%,穴位电刺激组总有效率 52.8%,联合组总有效率 78.9%。栓剂组与电刺激组比较,经 χ^2 检验差异无统计学意义($P>0.05$),联合组与栓剂组,电刺激组比较,经 χ^2 检验差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 三组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
栓剂组	38	0	8	16	14	63.2%
电刺激组	36	0	4	15	17	52.8%
联合组	38	1	11	18	8	78.9%

2.2 NIH-CPSI 积分比较

组内比较,除电刺激组生活质量方面差异无统计学意义,其它各维度,经配对 t 检验,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后采用单因素方差分析 LSD 比较,联合组在疼痛不适、总分方面与栓剂组、电刺激组差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 3 组患者治疗前后 NIH-CPSI 积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	疼痛不适	排尿状况	症状影响	生活质量	总分
栓剂组	治疗前	10.96 \pm 2.73	4.47 \pm 1.99	4.64 \pm 1.50	3.04 \pm 1.03	23.11 \pm 5.06
	治疗后	6.76 \pm 2.59 ^a	2.66 \pm 1.45 ^a	2.91 \pm 1.44 ^a	2.17 \pm 1.12 ^a	14.50 \pm 15.28 ^a
电刺激组	治疗前	11.76 \pm 2.64	4.31 \pm 1.72	4.94 \pm 1.75	2.94 \pm 1.21	22.97 \pm 15.74
	治疗后	7.96 \pm 2.66 ^{ab}	2.72 \pm 1.44 ^a	3.06 \pm 1.35 ^a	2.24 \pm 1.08	15.98 \pm 4.96 ^a
联合组	治疗前	10.76 \pm 2.69	4.29 \pm 1.86	4.67 \pm 1.46	3.14 \pm 1.07	23.31 \pm 5.33
	治疗后	5.51 \pm 2.61 ^{abc}	2.19 \pm 1.56 ^a	2.51 \pm 1.55 ^a	1.59 \pm 1.07 ^{ac}	11.81 \pm 5.36 ^{abc}

注:治疗前,组内比较^a $P<0.05$;治疗后,与栓剂组比较^b $P<0.05$,与电刺激组比较^c $P<0.05$ 。

表 3 3 组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	疼痛不适	性功能障碍	排尿症状	精神症状	总分
栓剂组					
治疗前	19.73±6.33	6.21±4.22	7.62±3.43	11.59±4.94	45.15±13.64
治疗后	14.31±5.87 ^a	3.76±3.33 ^a	4.26±2.37 ^a	7.63±4.24 ^a	29.96±12.68 ^{abc}
电刺激组					
治疗前	20.94±7.52	5.91±4.01	7.45±3.31	11.56±4.83	45.86±15.26
治疗后	15.81±7.11 ^a	4.96±3.42	5.75±3.02 ^a	9.17±4.45 ^a	35.69±14.42 ^a
联合组					
治疗前	20.63±7.21	5.89±3.68	7.86±3.33	11.46±4.85	45.84±15.15
治疗后	11.46±5.90 ^{abc}	3.60±2.43 ^{abc}	3.31±2.22 ^{abc}	7.56±3.41 ^{abc}	25.93±12.17 ^{abc}

注: 治疗前, 组内比较^a $P<0.05$; 治疗后, 与栓剂组比较^b $P<0.05$, 与电刺激组比较^c $P<0.05$ 。

2.3 中医证候积分比较

组内比较, 除电刺激组性功能障碍方面差异无统计学意义, 其它各维度, 经配对 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗后采用单因素方差分析 LSD 比较, 联合组在疼痛不适、性功能障碍、排尿症状、精神症状、总分方面与栓剂组、电刺激组差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

3 讨论

CP 的病因十分复杂, 其发病机制尚未完全阐明。现代医学研究主要集中于病原体感染、免疫异常、组织病理学改变、尿液返流、神经内分泌异常、下尿路上皮功能障碍、精神心理因素等方面。Ⅲ型前列腺炎占到了慢性前列腺炎的 90% 左右, 在临床上最为多见, 具有症状多变、病程迁延以及难以治愈的特点^[5]。

中医古籍中没有前列腺炎的病名记载, 一般根据其外在表现, 归属于“淋证”“精浊”“白淫”“白浊”范畴。病机特点可以概括为本虚标实, 本虚为肾虚、脾虚等, 标实为湿热、气滞、血瘀等。本病的发生、演变、转归与瘀血密切相关, 瘀血既是 CP 病理产物, 又是引起 CP 的致病因素, 同时瘀血也是 CP 反复发作、缠绵难愈的主要原因^[6]。近些年来证候学研究显示, CP 气滞血瘀证最多, 活血化瘀为主治疗 CP 已成为业内共识^[7-8]。另外, 由于前列腺的特殊解剖结构, 外治法常有较好的疗效, 同时局部给药不经过消化系统, 较少通过肝脏, 避免了对消化道的刺激以及肝脏代谢对药物成分的破坏, 从而能发挥更好的疗效。前列安栓作为纳肛治疗 CP 的常用药物, 具有清热利湿, 化瘀止痛的功效。荟萃分析表明前列安栓在改善 CP 患者的睾丸痛、阴茎痛及疼痛程度和尿频、尿残余有显著作用^[9]。经皮穴位电刺激疗法是将电刺激疗法与传统中医针灸穴位的方法相结合, 通过患者的皮肤将低频脉冲电流输入到人体内达到缓解疼痛的方法。在刺激患者的穴位为基础之上, 将电极放在患者穴位处, 通过透穴电流起到作用, 用电刺激仪的特定频率及波形刺激患者的相关穴位, 不但可以兴奋粗纤维在脊髓关闭疼痛的闸门, 减少疼痛信息向人体的中枢神经系统传递, 还能促进人体中枢神经系统的不同部位释放神经化学物质, 阻滞人体中枢神经细

胞对外周疼痛信号的感受, 提高人体的抗痛能力。由此采用“以痛为输, 清利下焦湿热”的治疗原则, 于患者会阴部疼痛最明显之处取前列腺穴和中极穴放置自粘电极一对, 再辅以三里穴和三阴交穴放置另一对电极。其中前列腺穴和中极穴能直接刺激患者的前列腺腺体和骨盆周围组织, 加速前列腺和骨盆部的血液循环, 改善局部新陈代谢, 减少局部刺激症状, 缓解疼痛及盆底肌肉痉挛^[10-11]。联合前列安栓及穴位电刺激的治疗作用, 药物与非药物相结合, 形成一种操作方便、起效较快、疗效好、患者容易接受的 CP 治疗方案是进行本研究的主要目的。

本研究显示: 前列安栓联合穴位电刺激在临床疗效, 改善 NIH-CPSI 评分、中医症状积分方面均优于单纯应用前列安栓、穴位电刺激 ($P<0.05$)。同时在治疗过程中, 未出现与治疗相关的具有临床意义的不良反应。本次研究纳入中医证型为气滞血瘀型, 以疼痛不适为主, NIH-CPSI、中医证候积分中疼痛积分相对排尿症状积分高。前列安栓联合穴位电刺激在改善疼痛不适方面作用明显 ($P<0.01$)。综上所述, 前列安栓联合穴位电刺激治疗Ⅲ型前列腺炎(气滞血瘀)安全、有效。同时也是一种规范、易操作、患者易接受的治疗方案, 值得在临床上进一步推广。

参 考 文 献

- [1] 杨明根, 赵晓昆, 候轶. 慢性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征 (CP/CPPS) 治疗有效性和安全性的系统评价 (Meta 分析) [J]. 中国男科学杂志, 2008, 22(4): 20-26.
- [2] 吴阶平. 泌尿外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 211-234.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 168-172.
- [4] 李海松, 王彬, 韩亮. 脐疗联合栓剂治疗Ⅲ型前列腺炎(气滞血瘀型) 80 例临床研究 [J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2013, 20(2): 19-22.
- [5] 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.
- [6] 韩亮, 王彬, 李海松. 慢性前列腺炎从瘀论治再探 [J]. 环球中医药, 2012, 5(7): 488-491.

- [7] 李海松,韩富强,李曰庆,等. 918 例慢性前列腺炎中医证型分布研究[J]. 北京中医药,2008,27(6):416-418.
- [8] 周青,贺菊乔,王大进,等. 1083 例慢性前列腺炎中医证型分布调查研究[J]. 湖南中医药大学学报,2008,28(6):73-76.
- [9] 韩平,魏强,石明,等. 前列安栓治疗慢性前列腺炎疗效的荟萃分析[J]. 华西医学,2006,21(1):1-2.
- [10] 韩济生. 针刺镇痛原理[M]. 上海:上海科技教育出版社,1999:79-143.
- [11] 葛建强,张宏. 经皮穴位电刺激联合提肛运动治疗慢性 III 型前列腺炎 40 例[J]. 陕西中医,2009,30(1):90.
- (收稿日期:2014-12-11)
(本文编辑:董历华)