

The Clinical Study of the Treatment of Chronic Prostatitis Hyperplasia by Combining Traditional Chinese Medicine Stasis Tonglin Soup with Intravenous Azithromycin and Clindamycin

Zhilin Sun^{1*}, Ping Yang², Dongmei Wang³, Tingrui Wang⁴, Guohua An¹, Xuemei Li², Zijun Tuo², Shengqin Zhu², Yongzhi Xu³

¹Chinese Medicine Hospital of Zhangye City in Gansu Province, Zhangye Gansu

²Sunan County MCH Station of Gansu Province, Sunan Gansu

³Minqin County Medicine Hospital of Gansu Province, Minqin Gansu

⁴College of Medical, Hexi University, Zhangye Gansu

Email: sunzhilin8270818@126.com

Received: Jul. 7th, 2015; accepted: Jul. 24th, 2015; published: Jul. 27th, 2015

Copyright © 2015 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

The purpose of our research is to observe and study the clinical efficacy of chronic prostatitis (CPS) merger hyperplasia (BPH) (referred to as prostatitis hyperplasia) treated by Combining traditional Chinese medicine Tonglin Zhu Yu Tang with static drops of azithromycin and clindamycin. Methods: CPS merged BPH125 patients were randomized into stasis Tonglin soup with intravenous azithromycin and clindamycin combination therapy group (hereinafter referred to as the treatment group) 50 cases; alone forefront Capsule (Zhejiang Pharmaceutical CONBA Co., Ltd.) (control group 1) 35 cases; a single with three gold tablets (Guilin Sanjin Pharmaceutical Co., Ltd.) (control group 2) 40 cases, and compare the clinical efficacy of the three groups of treatment. Results: The effective rate of the treatment group for CPS BPH merger is 92%, significantly higher than the control group 1 (83%) and control group 2 (78%), indicating that treatment group is better than the control group 1 and control group 2, both $P < 0.05$. Conclusion: Stasis Tonglin soup with intravenous azithromycin and clindamycin combination therapy CPS merged BPH, can rapidly improve the CPS merger of BPH symptoms, its clinical efficacy, symptom improvement rate than single-use capsule or single Qianliekang Treatment with three gold pieces CPS merged BPH.

*通讯作者。

Keywords

Tonglin Zhu Yu Tang, Prostatitis Hyperplasia, Clinical Research

中药通淋逐瘀汤配合静滴阿奇霉素及克林霉素治疗慢性前列腺炎合并增生的临床研究

孙治林^{1*}, 杨萍², 王冬梅³, 王庭瑞⁴, 安国华¹, 李雪梅², 妥自军², 朱生琴², 许永智³

¹甘肃省张掖市中医医院, 甘肃 张掖

²甘肃省肃南县妇幼保健站, 甘肃 肃南

³甘肃省民勤县中医院, 甘肃 民勤

⁴河西学院医学院, 甘肃 张掖

Email: sunzhilin8270818@126.com

收稿日期: 2015年7月7日; 录用日期: 2015年7月24日; 发布日期: 2015年7月27日

摘要

目的: 观察通淋逐瘀汤(简称通淋汤)配合静滴阿奇霉素及克林霉素治疗慢性前列腺炎(CPS)合并增生(BPH)(简称前列腺炎合并增生)的临床疗效观察研究。方法: 将CPS合并BPH 125例患者随机分为通淋逐瘀汤配合静滴阿奇霉素及克林霉素中西医结合治疗组(以下简称治疗组) 50例, 单用前列康胶囊(浙江康恩贝制药股份有限公司生产)对照治疗35例(对照1组)和单用三金片(桂林三金药业股份有限公司生产)对照治疗40例(对照2组), 比较3组的临床疗效。结果: 治疗组对CPS合并BPH的总有效率为92%, 明显高于对照1组(83%)和对照2组(78%), 治疗组疗效分别优于对照1组和对照2组, 均为 $P < 0.05$ 。结论: 通淋逐瘀汤配合静滴阿奇霉素及克林霉素中西医结合治疗CPS合并BPH, 能迅速改善CPS合并BPH患者的症状, 其临床疗效、症状好转率优于单用前列康胶囊或单用三金片治疗CPS合并BPH。

关键词

通淋逐瘀汤, 前列腺炎合并增生, 临床研究

1. 引言

慢性前列腺炎属于前列腺症候群的一种类型, 有细菌性与非细菌性两种类型, 是泌尿外科及男性科治疗非常棘手的一种常见病、多发病及疑难病, 占泌尿外科门诊及住院部就诊患者的30%~60%, 甚至更多。我院于2001年1月至2009年2月采用中药通淋逐瘀汤配合静滴阿奇霉素注射液及克林霉素注射液治疗CPS合并BPH病例125例, 疗效满意。现报告如下, 与同行商榷:

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

2001年1月~2009年2月, 选择本院泌尿外科及男性病科的门诊及病房具有CPS合并BPH临床表

现并为慢性者，中医辨证属湿热瘀血证的患者 125 例作为观察病例，随机分为 3 组：通淋逐瘀汤配合静滴阿奇霉素注射液及克林霉素注射液中西医结合治疗组(治疗组)、单用前列康胶囊治疗对照 1 组(对照 1 组)、单用三金片治疗对照 2 组(对照 2 组)。治疗组 50 例，年龄(38±12)岁，病程(5.5±5.3)年。对照 1 组 35 例，年龄(40±13)岁；病程(6.3±6.0)年。对照 2 组 40 例，年龄(40±11)岁；病程(5.8±5.6)年。3 组年龄、病程资料比较，经统计学处理差异无统计学意义，具有可比性。

2.2. 病例选择标准

2.2.1. 诊断标准

- 1) 参照美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH—CPSI)等诊断标准。
- 2) 对照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(精浊证诊疗标准)。
- 3) 中医分型按中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》。
- 4) 主要参照“成都会议”诊疗标准。诊断标准如下：临床表现，有不同程度的腰背酸痛，外生殖器、会阴部胀痛、隐痛、尿涩痛、尿频、尿滴白、遇劳症状加重或复发，或伴有性功能障碍，如勃起障碍、早泄、遗精等。肛门指检前列腺不同程度肿大、质软或韧，实验室检查示前列腺液常规镜检白细胞 > 10 个/HP，卵磷脂小体数量减少。

2.2.2. 纳入病例标准

包括：① 符合中医隆闭、淋浊湿热瘀血证诊断标准[1]；② 符合西医前列腺炎慢性期合并增生诊断标准[2]；③ 病情程度属轻、中度者；④ 发作期病程在 3 d 以上者；⑤ 年龄 20~80 岁，无合并其它疾病，无进行其它药物治疗并自愿接受临床治疗观察者。

2.2.3. 排除病例标准

包括：① 除外其它疾病所引起的尿频、尿急、尿痛、会阴部胀痛、尿不尽等[3]。② CPS 合并 BPH 属重度或急重者。③ 合并其它疾病、正在接受其他药物治疗者。

2.3. 治疗方法

治疗组用通淋逐瘀汤：地龙 20 克，金银花 15 克，蒲公英 15 克，黄芪 30 克，连翘 15 克，扁蓄 15 克，瞿麦 10 克，荔枝核 20 克，桔核 20 克，泽泻 15 克，巴戟天 20 克，淫羊藿 20 克，山茱萸 30 克，穿山甲 10 克，甘草 10 克等。杀菌排毒，清热利湿，活血化瘀，扶正祛邪。每日 1 剂，文火加 1000~1500 毫升水煎，日分 2 次服。

配合两组静滴：第一组：5%葡萄糖注射液或 0.9%的生理盐水 250~500 毫升中加入阿奇霉素注射液 0.5 克静脉点滴，每分钟 15~20 滴左右。第二组：5%葡萄糖注射液或 0.9%生理盐水 250~500 毫升加入克林霉素注射液 0.9 克静脉点滴，滴速每分钟 15~20 滴左右，7 天为一疗程，3 周为一个治疗周期。

2.4. 治疗观察指标

显效、有效、无效和总有效率。

2.4.1. 显效或治愈

自觉症状消失，前列腺指诊恢复正常或改善；前列腺液镜检，连续三次正常；分段尿及前列腺细菌定位检查中 VB3、EPS 细菌培养阴性[4]；

2.4.2. 有效

症状及前列腺质地改善；前列腺液镜检白细胞数正常；VB3、EPS 未转阴。

2.4.3. 无效

症状及前列腺指诊质地无改善，前列腺液镜检无改善；VB3、EPS 细菌培养仍阳性。

2.5. 安全检验指标

血常规、血小板、尿常规、大便常规加隐血、尿道分泌物病原体检测、肝功。

2.6. 统计学方法

统计处理采用 SPSS10.0 for windows 2003 统计软件包对数据进行统计处理，计量资料用 $\bar{x} \pm S$ 表示，以 $P < 0.05$ 表示差异有显著意义[5]。

2.7. 中医证候疗效：分 4 级

临床控制：治疗后证候疗效率 $\geq 95\%$ ；显效：95%治疗后证候疗效率 $\geq 70\%$ ；有效：75% > 治疗后证候疗效率 $\geq 30\%$ ；无效：治疗后证候疗效率 $< 30\%$ 。证候疗效率 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) ÷ 治疗前总积分 × 100%。

3. 结果

3.1. 3 组临床疗效比较，详见表 1

3 组总有效率比较，治疗组分别与对照 1 组和对照 2 组比较，差异均有统计学意义差异(均为 $P < 0.05$)。对照 1 组与对照 2 组比较，差异无统计学意义($P < 0.05$)。

3.2. 3 组证候疗效率分析，详见表 2

3 组证候疗效率比较，治疗组分别与对照 1 组和对照 2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照 1 组与对照 2 组比较，差异无统计学意义($P < 0.05$)。

3 组证候积分比较，详见表 3，结果表明，3 组治疗后证候积分较治疗前降低($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)；组间比较，治疗组降低的程度优于对照 1 组和对照 2 组(均为 $P < 0.05$)，对照 1 组和对照 2 组比较则无统计学意义差异($P > 0.05$)。

4. 讨论

慢性前列腺炎(CPS)及前列腺增生症(BPH)是一种泌尿外科和男性科疾病的临床常见类型，它是由各种致病因素引起的以前列腺炎症性反应为主的一种疾病，属前列腺炎症侯群(Prostatitis Syndrome, PS)的一种常见临床类型。中国中医药学会男科学分会前列腺疾病专业委员会于 1998 年 5 月 20 日在成都召开第三次会议，会上，讨论拟定了类前列腺类综合症(又称前列腺类症侯群)诊疗标准试行稿，CPS 合并 BPH 不仅是男性科常见病，多发病，而且是泌尿外科及男性生殖病领域内最充满困惑的一组前列腺疾病，在全世界范围内目前呈迅速增加的趋势，发病率高，向年轻化发展，发病规律和发病特性不断改变，不但中年人多见，在我市以煤矿下井工人、铁路工人、打工族、新婚男性多见，CPS 严重时腺体细胞因炎症扩散，不断代偿增长肥大，形成前列腺增生症(BPH)，影响性功能和生育能力，产生全身及局部症状，严重影响社会劳动者健康状况，使其劳动能力下降，在病原体感染中以革兰氏阴性杆菌及沙眼衣原体、解脲支原体感染多见[6]。中医属淋浊、N1~N2，为湿热下注于下焦，湿热瘀阻局部所致[7]。根据上述病机，我们用本法以中药治本，清热利湿，活血化瘀，利尿解毒，扶正祛邪；用西药阿奇霉素杀灭沙眼衣原体、解脲支原体，用克林霉素杀灭革兰氏阴性杆菌及泌尿生殖道各种常见细菌，以增强疗效，缩短疗程，节约治疗经费，解放劳动力，解放生产力[8]。本观察结果表明，治疗组的总有效率为 92%，分别与对照 1

Table 1. Efficacy Analysis of two groups cases (%)
表 1. 2 组疾病疗效分析 例数(%)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	显效率	总有效率
治疗组	50	20	1	10	4	72	92
对照 1 组	35	8	10	11	6	51	83
对照 2 组	40	8	10	13	9	45	78

Table 2. The comparison of syndromes efficacy rate between 3 Groups cases (%)
表 2. 3 组证候疗效比较 例数(%)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	显效率	总有效率
治疗组	50	19	18	9	4	74	92
对照 1 组	35	9	9	10	7	54	83
对照 2 组	40	9	12	10	9	53	78

Table 3. The comparison of syndrome integral between 3 Groups (X ± S)
表 3. 3 组证候积分比较(X ± S)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	50	19.6 ± 1.8	4.7 ± 4.0 ^{**}
对照 1 组	35	19.3 ± 2.1	8.2 ± 2.5 [*]
对照 2 组	40	19.9 ± 2.0	9.5 ± 3.3 [*]

组内治疗前后比较, ^{**}P < 0.01, ^{*}P < 0.05; 治疗组与对照 1.2 组比较 P < 0.05

组(83%)及对照 2 组(78%)相比, 疗效好, 疗效比较差异, 具有明显的统计学意义(P < 0.05), 具有广阔的推广意义和新药开发前景。

参考文献 (References)

- [1] 中国中医药学会男科学分会前列腺疾病专业委员会 (1999) 类前列腺炎综合征诊断疗效标准(试行)说明. *男科学报*, **5**, 55-57.
- [2] 葛京平, 许宏 (1999) PSA 相关指标诊断早期前列腺癌的研究进展. *男科学报*, **5**, 97-99.
- [3] 郭应禄, 胡永礼 (2004) 男科学. 人民卫生出版社, 北京, 1479-1493.
- [4] 张纯俊, 葛京平, 高建平 (1999) 前列腺炎的研究现状和展望. *男科学报*, **5**, 55-57.
- [5] 徐福松 (1995) 辨证与辩病论治慢性前列腺炎. *男科学报*, **1**, 7.
- [6] 张元芳, 等 (2002) 男科治疗学. 科学技术文献出版社, 北京, 437-453.
- [7] 孙治林 (2005) 还春通淋胶囊治疗慢性非细菌性前列腺炎 87 例疗效观察. *甘肃中医*, **8**, 20-21.
- [8] 孙治林 (2005) 中医治疗前列腺炎症候群的研究进展. *甘肃中医*, **10**, 47-49.