

针刺治疗慢性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征临床观察

张恩祈,戴宁,陈乔,程易

(安徽中医药大学第一附属医院,安徽合肥 230031)

[摘要]目的 观察针刺治疗慢性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征的近期疗效及远期疗效。方法 选取117例慢性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征患者,将其随机分为治疗组(60例)和对照组(57例)。治疗组选取肾俞、中髎、会阳、三阴交针刺,而对照组选取肾俞、中髎、会阳、三阴交旁非经非穴点微针刺。每周治疗3次,治疗8周。采用美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数(National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI)和挤压前列腺分泌物(expressed prostatic secretion, EPS)积分评价临床疗效。结果 治疗组临床疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。治疗后,两组NIH-CPSI和EPS积分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),治疗组EPS积分降低程度明显大于对照组($P < 0.05$)。治疗后12周随访时,治疗组NIH-CPSI较治疗后无明显变化($P > 0.05$),而明显低于对照组($P < 0.05$)。结论 针刺肾俞、中髎、会阳、三阴交治疗慢性盆底疼痛综合征的近期疗效和远期疗效良好。

[关键词]慢性前列腺炎;慢性盆底疼痛综合征;针刺

[中图分类号]R697+.33 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2018.05.011

慢性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征(chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CP/CPPS)是一种常见的泌尿系统疾病。在世界范围内2.2%~13.8%的成年男性患CP/CPPS,而30%~50%的男性在一生中某个时期会受CP/CPPS的影响^[1-4]。在中国CP/CPPS及其相关症状的患病率为4.5%。由于前列腺体特殊的解剖位置,包裹内膜较深,易造成局部微循环障碍,瘀血停滞,引流受阻,而药物又难以达到病灶,导致病情反复发作,难以治愈^[5]。笔者自2016年至2017年采用针刺治疗CP/CPPS,取得满意疗效,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照美国国立卫生研究院(National Institutes of Health, NIH)关于CP/CPPS的专家诊疗共识,诊断为ⅢA或ⅢB型CP/CPPS^[6]。临床表现为最近半年内,反复持续发作的前列腺疼痛并伴有排尿异常或性功能障碍,同时未证实感染或其他明显的病理情况,症状持续3个月以上。

1.2 纳入标准 ①符合上述诊断标准者;②年龄18~50岁者;③NIH慢性前列腺炎症状指数(NIH chronic prostatitis symptom index, NIH-CPSI)^[7]评分 ≥ 15 分;④挤压前列腺分泌物(expressed prostatic secretion, EPS)细菌培养结果阴性者;⑤自愿参与并签署知情同意书者。

1.3 排除标准 ①伴有其他泌尿系统相关疾病;②经腹部B超提示残余尿 ≥ 100 mL,最大尿流率 < 15 mL/s;③近1个月内服用缓解CP/CPPS症状的药物,或接受治疗CP/CPPS的非药物治疗,或正在服用影响下泌尿道功能的药物;④无法进行随访者;⑤伴有影响下尿道功能的疾病,如脊髓损伤;⑥伴有严重心、肺、脑、肝、肾和造血系统疾病,精神疾病及认知功能明显障碍者。凡符合上述任意1项者,即予以排除。

1.4 一般资料 130例患者均来自2017年1—4月安徽中医药大学第一附属医院男科门诊,患者自愿参与本研究并签署知情同意书。本研究采用简单随机方法,按照1:1的比例将符合纳入标准的受试者随机分为治疗组和对照组,每组65例。在治疗期间治疗组脱落5例,对照组脱落8例,最终治疗组60例,对照组57例。治疗组患者平均年龄(36.78 \pm 6.95)岁,平均病程(6.15 \pm 4.19)年;对照组患者平均年龄(36.40 \pm 7.12)岁,平均病程(6.50 \pm 4.53)年。两组患者年龄、病程比较,差异均无统计学意义(年龄: $t=0.292$, $P=0.771$;病程: $Z=-0.337$, $P=0.736$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 治疗组 ①取穴:肾俞、中髎、会阳、三阴交。②操作:患者俯卧位,局部皮肤常规无菌操作。针刺肾俞穴,使用1.5寸0.3 mm \times 40 mm针灸针向下方向缓慢刺入,进针深度30 mm;针刺中髎穴,使用0.4 mm \times 75 mm针灸针向内下斜刺,进针深度50~

基金项目:中央级公益性科研院所基本科研业务费专项(49916)

作者简介:张恩祈(1988-),男,硕士研究生

通信作者:戴宁,doctordn@126.com

70 mm;针刺会阳穴,使用 0.30 mm×75 mm 针灸针,方向与皮肤呈 70°向外上方,进针深度 50~70 mm;针刺三阴交穴,使用 0.3 mm×40 mm 针灸针向下方缓慢刺入,进针深度 30 mm。小幅度均匀提插捻转各 3 次,得气后留针 30 min,每 10 min 行针 1 次,共 3 次。③疗程:隔日针刺 1 次,每周治疗 3 次,治疗 8 周,共治疗 24 次。

2.1.2 对照组 ①取穴:肾俞、中髎、会阳、三阴交旁非经非穴点。②定位:前 3 个非经非穴点位于肾俞、中髎和会阳水平向外旁开 2 cm,三阴交非穴点位于三阴交水平后脾经和肾经连线中点。③操作:患者俯卧位,穴位局部皮肤常规无菌操作,采用 1 寸毫针直刺 2~3 mm,不作提插捻转手法,留针 30 min,留针期间不作手法。每周治疗 3 次,治疗 8 周,共治疗 24 次。

2.2 疗效观察

2.2.1 观察指标 治疗前、治疗后、治疗后 12 周,分别进行 NIH-CPSI 评分。NIH-CPSI 总分为 43 分,积分越低代表患者的临床症状越轻。参照文献[8-9]制定 EPS 积分方法。每高倍视野白细胞计数<10 个,卵磷脂小体满视野,计 0 分;每高倍视野中白细胞占 25%,卵磷脂小体占 75%,计 1 分;每高倍视野中,白细胞占 50%,卵磷脂小体占 50%,计 3 分;每高倍视野中,白细胞占 75%,卵磷脂小体占 25%,计 6 分;每高倍视野中,白细胞布满,卵磷脂小体几乎没有,计 9 分。

2.2.2 疗效判定标准 临床治愈:自觉症状消失,NIH-CPSI 减少率>95%,连续 2 次(间隔半个月)EPS 检查结果均正常。显效:自觉症状消失或显著减轻,NIH-CPSI 减少率<95%,且≥60%,连续 2 次 EPS 检查结果提示白细胞计数较治疗前减少 60%以上。有效:自觉症状改善,NIH-CPSI 减少率<60%,且≥30%,连续 2 次 EPS 检查结果提示白细胞计数较治疗前减少 30%以上。无效:自觉症状无明显改善,NIH-CPSI 减少率<30%或无改善,连续 2 次 EPS 检查结果提示白细胞计数较治疗前减少 30%以下或无改善。

2.3 统计学方法 采用 SPSS 23.0 软件进行统计分析。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x} \pm s$)”表示。组内均数比较采用配对 t 检验,组间均数比较采用两个独立样本 t 检验,两组临床疗效比较采用 Mann-Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较 两组临床疗效的分

布比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),结合平均秩次可以认为治疗组疗效优于对照组。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

| 组别 | n | 临床治愈/例 | 显效/例 | 有效/例 | 无效/例 | 平均秩次 | Z 值 | P 值 |
|----|-----|--------|------|------|------|-------|--------|-------|
| 对照 | 57 | 4 | 13 | 26 | 14 | 69.33 | -3.366 | 0.001 |
| 治疗 | 60 | 16 | 18 | 20 | 6 | 49.18 | | |

3.2 两组治疗前后 NIH-CPSI 比较 与治疗前比较,治疗后两组 NIH-CPSI 均显著降低($P < 0.05$);治疗后 12 周,对照组 NIH-CPSI 较治疗后显著升高($P < 0.05$),而治疗组 NIH-CPSI 无显著变化($P > 0.05$);各时点两组 NIH-CPSI 比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 NIH-CPSI 比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | NIH-CPSI | | |
|----|-----|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗后 12 周 |
| 对照 | 57 | 33.01±3.70 | 17.08±10.09* | 19.77±9.90* [△] |
| 治疗 | 60 | 34.85±3.21 [#] | 12.28±10.16* [#] | 12.70±10.17* [#] |

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与治疗前比较,[△] $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

3.3 两组治疗前后 EPS 积分比较 治疗前两组 EPS 积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组 EPS 积分均较治疗前显著降低($P < 0.05$),治疗组 EPS 积分降低程度显著大于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 EPS 积分比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | EPS 积分 | | |
|----|-----|-----------|------------|------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 差值 |
| 对照 | 57 | 5.17±2.46 | 3.75±2.57* | 1.42±1.87 |
| 治疗 | 60 | 5.18±2.61 | 2.18±2.38* | 3.00±1.79 [#] |

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

4 讨论

CP/CPPS 主要表现为会阴、睾丸、阴茎根部、耻骨上小腹部、腹股沟、骶尾部的隐痛、胀痛,有些患者合并下尿路刺激症状,如尿频、尿急、尿痛或排尿不畅,或者出现不同程度的性功能障碍。CP/CPPS 多发生于青壮年,不仅严重影响患者的生活和工作,而且对其心理也造成严重的消极影响^[10]。现代研究认为,CP/CPPS 的病因是多种因素共同作用的结果。其病因及发病机制包括病原体感染、神经内分泌因素、精神心理因素、排尿功能障碍、血流灌注失衡、免疫反应异常等^[11-13]。由于前列腺导管弯曲细长、开口径小,与尿道成直角或斜行向上进入尿道,导致炎性分泌物排泄不畅,而且尿液容易反流至腺体而使感染持续存在。同时,前列腺包膜是脂质膜,

对于抗生素的酸碱度、脂溶性要求比较高,使很多抗生素不容易透过包膜透入腺体,从而不能起到良好的治疗效果,也容易使病原体产生耐药性^[14-15]。因此,西药对 CP/CPPS 没有良好或持久的疗效。

中医学对 CP/CPPS 的临床特征早有认识。《素问·玉机真藏论》:“弗治,脾传之肾,病名曰疝瘕,少腹冤热而痛,出白。”即指小腹疼痛不适,随小便滴出乳白色的混浊液体。CP/CPPS 属于中医学“精浊”“淋浊”“淋证”等范畴^[16]。其病因大多因久坐不动、饮酒不节、纵欲过度、过食辛辣肥腻、劳伤过度等引起湿热下注、气血瘀滞等,日久伤肾,久病入络。叶天士曰:“若房劳强忍,精血之伤,乃有形败浊阻于隧道,故每溺而痛。”王清任曰:“热附血而愈觉缠绵,血得热而愈形胶固。”提示 CP/CPPS 是由湿热瘀毒内蕴下迫或血瘀精浊内阻,导致局部气血凝滞,运行不畅,加剧局部湿热毒邪的蕴遏,造成恶性循环,导致 CP/CPPS 缠绵难愈。前列腺作为精室的一部分,属于“奇恒之腑”,兼具脏和腑的生理特征,不仅能藏能泻,藏泻交替,而且宜通不宜滞,以下行为顺。其类脏可以藏精,类腑以通为用^[17]。当浊精、瘀血阻塞前列腺的腺体,当通不通之时,湿热之邪不能排出,病情就会缠绵难愈,而且不通则痛,患者往往会有隐隐痛感。其病机为本虚标实、虚实夹杂。治疗时应“以通为用,除实补虚”。

本研究中,两组均采用针刺的方式进行治疗,针刺可以疏通经络,调畅气血运行,改善新陈代谢和局部血液循环,有利于代谢物的排除,消除和控制炎症反应,促使前列腺炎逐渐改善和治愈。现代医学研究表明,针刺具有抗炎、抗变态反应、扩张外周血管以及改善微循环等作用^[18-19]。《灵枢·九针》记载:“形乐志苦,病生于脉,治之以灸刺。”针刺可以疏通经络,调畅气血运行。

在本研究中,取肾俞、中髎、会阳、三阴交进行针刺。肾俞穴属于足太阳膀胱经,膀胱经与肾经相表里,刺激膀胱经上的肾俞穴能起到调节肾经的作用。肾俞又为肾之背俞,是肾气转输、输注到背部表面的穴位,在体内对应着肾脏。《素问·六节藏象论》曰:“肾者,主蛰,封藏之本,精之处也。”肾俞穴对于肾脏的功能有着非常重要的调节保健作用。中髎属于足太阳膀胱经,主治便秘、腹泻、小便不利、月经不调、带下、腰骶痛。针刺中髎具有畅气机、调冲任、理气血的功效^[20],可改善前列腺的血液循环,进而缓解患者疼痛与排尿不适感,提高患者生活质量。会阳属于足太阳膀胱经,意指膀胱经经气由此会合督脉阳气,主要功效为散发水湿、补阳益气,现代常用于

治疗前列腺炎、肠炎等。三阴交属于足太阴脾经,是足三阴经的交会穴,具有清热利湿、健脾安神、补益三阴的功效。

本研究结果显示,两组治疗后 NIH-CPSI 和 EPS 积分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),治疗组治疗后 12 周随访时 NIH-CPSI 明显低于对照组($P < 0.05$),治疗组 EPS 积分的降低程度明显大于对照组($P < 0.05$)。结果说明治疗组在降低 NIH-CPSI 方面的远期疗效更好。

参考文献:

- [1] BARTOLETTI R, CAI T, MONDAINI N, et al. Prevalence, incidence estimation, risk factors and characterization of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in urological hospital outpatients in Italy: results of a multicenter case-control observational study [J/OL]. J Urol, 2007, 178 (6): 2411-2415 [2007-10-15]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022534707020538?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.juro.2007.08.046.
- [2] KRIEGER J N, LEE S W, JEON J, et al. Epidemiology of prostatitis [J/OL]. Int J Antimicrob Agents, 2008, 31 (Suppl 1): S85-S90 [2007-12-31]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2292121>. DOI:10.1016/j.ijantimicag.2007.08.028.
- [3] CLEMENS J Q, MEENAN R T, O'KEEFE-ROSETTI M C, et al. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a managed care population[J/OL]. J Urol, 2006, 176(2): 593-596 [2016-08]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022534706007701?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.juro.2006.03.089.
- [4] LIANG C A, LI H J, WANG Z P, et al. The prevalence of prostatitis-like symptoms in China[J/OL]. J Urol, 2009, 182 (2): 558-563 [2009-06-13]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022534709008969?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.juro.2009.04.011.
- [5] 叶章群,曾晓勇.慢性前列腺炎诊疗进展[J].中华男科学,2003,9(7):483-488.
- [6] KRIEGER J N, HYBERG L, NICKEL J C. NIH consensus definition and classification of prostatitis[J]. JAMA, 1999, 282(3): 236-237.
- [7] 黄宇烽,李宏军.实用男科学[M].北京:科学出版社,2010:706-707.
- [8] 孙自学,张关婷.前列舒胶囊治疗慢性前列腺炎 160 例临床观察[J].山东中医药杂志,2002,21(11):648-649.
- [9] 彭煜泉,宁方.治疗非细菌性前列腺炎的临床观察[J].上海中医药杂志,2004,38(5):35-36.
- [10] 朱永方,元林.慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征的治疗进展[J].安徽医学,2012,33(1):117-119.

- [11] 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: 171-172.
- [12] 张朝德, 陈刚. 慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征的中西医药物治疗进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(12): 1539-1541.
- [13] CHOE H S, LEE S J, HAN C H, et al. Clinical efficacy of roxithromycin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in comparison with ciprofloxacin and aceclofenac: A prospective, randomized, multicenter pilot trial[J]. J Infect Chemother, 2014, 20(1): 20-25.
- [14] 张兆宏, 刘春雨. 慢性前列腺炎诊断与治疗进展[J]. 医学综述, 2009, 15(16): 2463-2465.
- [15] 叶刚, 池建平, 李英伦, 等. 针刺对慢性前列腺炎大鼠组织学及血清中 TNF- α 和 IL-6 的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(5): 1330-1331.
- [16] 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.
- [17] 王强, 张金喜. 针药结合治疗慢性非细菌性前列腺炎 58 例[J]. 上海中医药杂志, 2009, 13(6): 45-46, 62.
- [18] 刘力, 李晓陵, 王丰, 等. 基于 fMRI 技术对针刺作用机制的研究展望[J]. 中医药信息, 2014, 31(1): 80-83.
- [19] 江虹, 王培军, 赵小虎, 等. 功能磁共振成像观察补法、泻法针刺足三里穴对大脑作用的中枢机制[J]. 中国医学影像技术, 2010, 26(4): 635-638.
- [20] 刘洋, 李海松, 王彬, 等. 会阴穴外治慢性前列腺炎的述评[J]. 中国性科学, 2014, 23(12): 47-49.

(收稿日期: 2017-11-28; 编辑: 姚实林)

Clinical Effect of Acupuncture in Treatment of Chronic prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome

ZHANG En-qi, DAI Ning, CHEN Qiao, CHENG Yi

(The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China)

[Abstract] Objective To investigate the short- and long-term clinical effects of acupuncture in the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). **Methods** A total of 117 patients with CP/CPPS were randomly divided into treatment group with 60 patients and control group with 57 patients. The patients in the treatment group were given acupuncture at Shenshu, Zhongliao, Huiyang, and Sanyinjiao acupoints, and those in the control group were given minimal acupuncture at sham acupoints next to Shenshu, Zhongliao, Huiyang, and Sanyinjiao acupoints. Acupuncture was performed three times a week for 8 weeks in total. The National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) and expressed prostatic secretion (EPS) score were used to evaluate the clinical outcome. **Results** After treatment, the treatment group had a significantly better clinical outcome than the control group ($P < 0.05$). Both groups had significant reductions in NIH-CPSI and EPS score after treatment ($P < 0.05$), and the treatment group had a significantly greater reduction in EPS score than the control group ($P < 0.05$). The treatment group showed no significant change in NIH-CPSI from immediately to 12 weeks after treatment ($P > 0.05$), and the treatment group had a significantly lower NIH-CPSI than the control group at 12 weeks after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture at Shenshu, Zhongliao, Huiyang, and Sanyinjiao acupoints have good short- and long-term clinical effects in the treatment of CP/CPPS.

[Key words] Chronic prostatitis; Chronic pelvic pain syndrome; Acupuncture