

10 mg/次, 1次/12 h。治疗1周后, 阴道流血减少, 腰膝酸软等证无明显缓解。继续治疗第2个周期, 阴道流血干净, 仍感腰膝酸软, 夜尿频多。复查B超宫内早孕。P 43.22 μg/L、E2 1311.5 ng/L、CA125 36.33 kU/L、β-HCG 106.1 kU/L。出院后电话随访, 足月剖宫产1子, 体健。

参考文献:

[1] 胡萍芳, 杨爱平, 陈玉洁, 等. 先兆流产的常见病因及相关实验室指标[J]. 中国卫生检验杂志, 2015, 25(21): 3789-3792.  
[2] 许小凤, 朱蕴璞, 葛华, 等. 1315例早期先兆流产中医证型分布规律研究[J]. 江苏中医药, 2015, 47(5): 37-40.  
[3] 丰有吉, 沈铿. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 67-70.  
[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 中国医药科技出版社, 2002: 86-91.  
[5] 王东梅, 王宪, 李伟莉, 等. 胎动不安中医诊疗指南临床应用评价研究[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(4): 1320-1322.  
[6] 胥丽霞, 黄欲晓. 蔡连香补肾安胎方治疗先兆流产[J]. 北京中医药, 2017, 36(8): 719-721.  
[7] 李岩. 白芍及其化学成分的药理研究进展[J]. 职业与健康, 2015, 31(15): 2153-2156.

[8] 刘倩, 范颖, 梁茂新. 菟丝子潜在功能的发掘与利用[J]. 世界中医药, 2016, 11(10): 2156-2159, 2163.  
[9] 刘全裕, 冯珊, 张永红, 等. 红花桑寄生中的化学成分[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(21): 3956-3961.  
[10] 汪文来, 鞠大宏, 刘梅洁, 等. 续断有效成分药理学研究进展[J]. 中国医药导刊, 2015, 17(10): 1059-1060.  
[11] 张飘飘, 阎晓丹, 杜鹏程, 等. 阿胶的化学成分及其药理毒理学研究进展[J]. 山东医药, 2016, 56(9): 95-97.  
[12] 刘晓静. β-hCG和孕酮在早孕、早期输卵管妊娠和早期先兆流产诊断中的临床意义[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(8): 1219-1221.  
[13] 马琳琳, 梁琳, 吕爱明, 等. 孕早期首次雌二醇、黄体酮及β-HCG水平及其变化趋势对妊娠结局的预测价值研究[J]. 中国临床医生杂志, 2016, 44(2): 98-100.  
[14] 康程. 血清孕酮对于先兆流产患者保胎治疗的临床价值[J]. 中国临床医生杂志, 2015, 43(2): 79-80.  
[15] 裴颖. 血清孕酮检测在早孕先兆流产诊断中的临床应用价值[J]. 中国实验诊断学, 2015, 19(12): 2108-2109.  
[16] 夏蓉, 王宏宇. 血清CA125和孕酮监测对早期妊娠先兆流产结局的临床意义[J]. 广东医学, 2016, 37(1): 55-56.  
[17] 黄烨, 陈纬, 刁军成. Ca125、HCG、P对早期先兆流产患者妊娠结局预测的比较[J]. 重庆医科大学学报, 2016, 41(3): 253-256.

## 小建中胶囊联合三联疗法治疗幽门螺杆菌感染的临床疗效观察

李依洁<sup>1,2</sup>, 尹璐<sup>1,3</sup>, 瞿先侯<sup>1,3</sup>, 杨敏<sup>1,3</sup>, 张嘉鑫<sup>1,3</sup>, 苏晓兰<sup>1</sup>, 史海霞<sup>1</sup>, 杨俭勤<sup>1</sup>, 郭宇<sup>1</sup>, 朱佳杰<sup>1,3</sup>, 魏玮<sup>1\*</sup>

(1. 功能性胃肠病北京市重点实验室 中国中医科学院望京医院, 北京 100102; 2. 中日友好医院, 北京 100029; 3. 北京中医药大学, 北京 100029)

摘要: 目的 观察小建中胶囊联合三联疗法治疗幽门螺杆菌感染的临床疗效。方法 观察组以含小建中胶囊组成的四联疗法(小建中胶囊+阿莫西林+泮托拉唑+克拉霉素)治疗, 对照组以四联疗法(阿莫西林+克拉霉素+泮托拉唑+胶体果胶铋)治疗, 疗程2周, 分别观察Hp根除率和消化系统常见症状改善情况。结果 观察组和对照组总有效率分别为74.07%和76.92%, 两组差异无统计学意义( $P=0.53>0.05$ ); 症状程度积分总评分方面, 治疗前后和停药4周时总体评分差异均有显著统计学意义( $P<0.01$ ); 症状频率积分总评分方面, 治疗前后总体评分差异有显著统计学意义( $P<0.01$ ), 而停药4周时差异无统计学意义( $P=0.57>0.05$ )。结论 含小建中胶囊的四联疗法治疗单纯幽门螺杆菌感染性胃炎具有良好疗效, 可有效降低Hp根除率并改善患者整体症状的程度与频率。

关键词: 小建中胶囊; 幽门螺杆菌感染; 临床疗效观察

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2018)06-1443-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2018.06.049

收稿日期: 2017-12-05

作者简介: 李依洁(1989—), 女, 博士, 医师, 从事中西医结合防治脾胃病研究。E-mail: lyj.lyj.lyj@163.com

\* 通信作者: 魏玮(1963—), 男, 教授, 主任医师, 博士生导师, 从事中医药防治脾胃病的临床与实验研究。Tel: (010) 84739719, E-mail: sxxy@sina.com

幽门螺杆菌 (Helicobacter pylori, Hp) 感染是世界范围内关注的问题,其与消化系统疾病密切相关,甚至有研究发现其与胃癌前病变及相关炎症转化有关<sup>[1]</sup>。根据2010年中国Hp科研协作组<sup>[2]</sup>的调查显示, Hp总感染率在50%以上,其危险因素包括环境污染、不良生活条件、低教育及文化环境等。全球Hp京都共识意见推荐<sup>[3]</sup>使用三联疗法(质子泵抑制剂联合两种抗生素)或联合铋剂的四联疗法,但药物联用产生较多副作用,这始终困扰着一线医生<sup>[4]</sup>。目前,许多临床医生已尝试中西医结合对抗Hp感染相关性胃炎,利用中药扶正与祛邪并举的双重作用,加强机体保护力度、减少西药副作用、提高疗效<sup>[5]</sup>。魏玮教授临床治疗Hp感染多年,常以小建中胶囊联合治疗,疗效显著,经验丰富。本研究在前期治疗积累的同时,对小建中胶囊联合三联疗法的临床疗效进行分析。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 研究分析了2016年07月至2017年02月中国中医科学院望京医院Hp感染的门诊病人。其中31例为观察组以小建中胶囊联合标准三联疗法进行治疗、28例为对照组采用京都共识意见推荐的含铋剂四联疗法治疗;治疗过程中观察组脱落4例,对照组脱落2例,最终观察组有27例纳入统计,对照组有26例纳入统计。观察组中男性12人,女性15人,年龄20~70岁;对照组中男性8人,女性18人,年龄20~67岁。两组性别、年龄差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 纳入标准 (1) 经<sup>13</sup>C-呼气试验等诊断Hp感染,胃镜示非萎缩性胃炎,无糜烂、胆汁反流、溃疡、息肉等病变;(2) 年龄18~70岁,男女不限。

1.2.2 排除标准 (1) 治疗前2周内服用过抗生素、胃粘膜保护剂、抑酸药(PPI等)者;(2) 妊娠及哺乳期妇女;(3) 患者同时存在其他影响本研究评价的疾病,如胃部肿瘤或伴并发症者、严重肝病、心脏病、肾脏病、其他恶性肿瘤及酒精中毒疾患等;(4) 胃及十二指肠溃疡或有过胃部手术者;(5) 对本研究所用药物过敏者;(6) 在用研究药物前3个月内参加过其他药物研究;(7) 患者不能准确表达自己意愿,不能合作本试验者;(8) 有其它可能影响研究结果的因素或根据研究者判断不宜进行试验的患者。

1.3 治疗方法 对照组及观察组均给予标准三联方案,泮托拉唑每日早餐前服用40 mg,1天1次;阿莫西林胶囊1 000 mg/次,1天2次;克拉霉素片500 mg/次,1天2次。在此基础上,对照组加予胶体果胶铋胶囊,50 mg/次(3粒/次),1日4次;观察组加予小建中胶囊(朗致集团贵州太和制药生产),一次3粒,1天3次。疗程为2周。

1.4 观察指标 分别记录观察组与对照组治疗前及治疗后停药1月复查的呼气试验值,对根除率进行统计分析。

记录观察组与对照组治疗前、治疗2周结束后及治疗后停药1月复查时的症状评分。由于Hp无特异性症状表现,目前亦无相关症状评价方法,本次研究参照功能性消化不良相关症状评分<sup>[6-7]</sup>,评价了两组患者在上腹痛、上腹烧灼感、反酸、上腹饱胀、早饱感、嗝气、纳差、恶心等8项消化系统常见症状方面的评分变化,包括程度和频率两方面。

症状程度评分标准0分为无症状;1分为轻度,症状轻微,需注意才能感觉到;2分为中度,自觉症状明显,但不影响工作生活;3分为重度,自觉症状明显,影响工作生活;4分为极重度,自觉症状很明显,严重影响工作生活。对单项症状和总积分(单项积分之和)进行治疗前后对比以计算改善率进行分析。改善率% = [(治疗前症状积分 - 治疗后症状积分) / 治疗前症状积分] × 100。

症状频度评分标准0分为不发作;1分为每周发作1 d;2分为每周发作2~3 d;3分为每周发作4~5 d;4分为几乎天天发作或持续发作。对单项症状和总积分(单项积分之和)进行治疗前后对比以计算改善率进行分析。改善率% = [(治疗前症状积分 - 治疗后症状积分) / 治疗前症状积分] × 100。

1.5 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件,计量资料采用t检验,计数资料采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 Hp根除率情况 观察组纳入27例,经治疗后有7例为阳性;根除率74.07%;对照组纳入26例,经治疗后有6例为阳性,根除率76.92%,采用卡方检验进行统计,两组差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

2.2 症状程度评分 结果见表1。

表1 症状程度评分 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间点	组别	上腹痛	上腹烧灼感	反酸	上腹饱胀	早饱感	嗝气	纳差	恶心	总评分
治疗前	观察组	0.70 ± 0.99	0.19 ± 0.56	0.59 ± 0.8	1.15 ± 1.23	0.33 ± 0.92	1.26 ± 1.16	0.33 ± 0.78	0.07 ± 0.27	6.5 ± 2.65
	对照组	0.69 ± 0.88	0.42 ± 0.64	0.85 ± 0.97	1.35 ± 1.06	1.12 ± 1.21	1.42 ± 1.17	0.65 ± 0.98	0.48 ± 1.00	9.43 ± 3.87
治疗2周	观察组	0.33 ± 0.55*	0.11 ± 0.32	0.33 ± 0.55*	0.41 ± 0.64*	0.11 ± 0.42	0.48 ± 0.64*	0.11 ± 0.42	0	3 ± 1.94*
	对照组	0.38 ± 0.57*	0.20 ± 0.41*	0.50 ± 0.91*	0.65 ± 0.75*	0.58 ± 0.70*	0.81 ± 0.80*	0.15 ± 0.46*	0.27 ± 0.72*	4.07 ± 2.03*
停药4周	观察组	0.44 ± 0.7	0.11 ± 0.42	0.33 ± 0.62	0.48 ± 0.7	0.07 ± 0.27	0.37 ± 0.56	0.15 ± 0.46	0	1.6 ± 1.5 <sup>△</sup>
	对照组	0.31 ± 0.47	0.19 ± 0.63	0.23 ± 0.65	0.50 ± 0.65	0.38 ± 0.5	0.42 ± 0.5 <sup>△</sup>	0.12 ± 0.43	0.15 ± 0.37	1.7 ± 1.58 <sup>△</sup>

注: \* 与治疗前相比差异有统计学意义( $P<0.05$ ), <sup>△</sup> 与治疗2周相比差异有统计学意义( $P<0.05$ )

观察组治疗前症状总积分为6.5 ± 2.65,治疗2周后降至3 ± 1.94,停药4周后降至1.6 ± 1.5,两者差异均有统计学意义( $P<0.05$ );对照组治疗前症状总积分为9.43 ±

3.87,治疗2周后降至4.07 ± 2.03,治疗后降至1.7 ± 1.58,较治疗前也均有统计学意义( $P<0.05$ )。两组治疗前后症状总积分比较,差异无显著性( $P>0.05$ )。停药四

周后,观察组中患者总症状的改善率为75.38%,对上腹痛、上腹烧灼感、反酸、上腹饱胀、早饱感、嗝气、纳差、恶心症状的总有效率分别为37.14%、42.1%、44.07%、58.26%、78.8%、70.63%、54.54%、100%。观察组除上腹烧灼感、早饱感、纳差、恶心外,其余症状程度在治疗前后差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),停药1月与治疗2周时相比积分差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。对照组总症状的改善率为81.97%,各项症状有效率分别为55.07%、54.76%、72.94%、62.96%、66%、70.42%、

81.54%、68.75%,两组总症状的改善率比较差异无显著性( $P > 0.05$ )。对照组在治疗前后差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),停药1月与治疗2周时嗝气症状积分差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组之间各项症状程度分级,两组第2周与第4周的“早饱感”单项评分差异均有显著统计学意义( $P$ 值分别为0.005、0.007),第4周时“恶心”症状单项评分差异也有统计学意义( $P = 0.034$ )。

2.3 症状频率评分 评分结果见表2。

表2 症状频率评分 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间点	组别	上腹痛	上腹烧灼感	反酸	上腹饱胀	早饱感	嗝气	纳差	恶心	总评分
治疗前	观察组	0.73 ± 1.00	0.26 ± 0.86	0.69 ± 0.97	1.48 ± 1.60	0.41 ± 1.05	1.67 ± 1.59	0.41 ± 0.97	0.07 ± 0.27	5.67 ± 4.17
	对照组	0.69 ± 0.93	0.46 ± 0.71	1 ± 1.17	1.88 ± 1.61	1.35 ± 1.52	2.08 ± 1.67	0.85 ± 1.41	0.42 ± 0.90	8.73 ± 5.20
治疗2周	观察组	0.37 ± 0.63*	0.15 ± 0.46	0.41 ± 0.69	0.52 ± 0.94*	0.23 ± 0.86	0.56 ± 0.80*	0.22 ± 0.8	0	2.44 ± 3.075*
	对照组	0.42 ± 0.64*	0.19 ± 0.40*	0.54 ± 1.03*	0.92 ± 1.29*	0.69 ± 0.97*	1.04 ± 1.28*	0.31 ± 0.97*	0.27 ± 0.83	4.38 ± 3.65*
停药4周	观察组	0.41 ± 0.64	0.19 ± 0.79	0.41 ± 0.69	0.67 ± 1.04	0.19 ± 0.68	0.56 ± 0.97	0.26 ± 0.86	0	2.67 ± 3.11
	对照组	0.35 ± 0.56	0.23 ± 0.82	0.27 ± 0.83	0.62 ± 0.85	0.42 ± 0.58 <sup>△</sup>	0.58 ± 0.76	0.12 ± 0.43	0.15 ± 0.37	2.73 ± 3.11 <sup>△</sup>

注: \* 与治疗前相比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), <sup>△</sup> 与治疗2周相比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )

观察组治疗前症状总积分为5.67 ± 4.17,治疗2周后降至2.44 ± 3.08,停药4周后降至2.67 ± 3.11,治疗前后总体评分差异有显著统计学意义( $P < 0.01$ ),而停药4周时差异均无统计学意义( $P = 0.57 > 0.05$ );对照组治疗前症状总积分为8.73 ± 5.20,治疗2周后降至4.38 ± 3.65,治疗后降至2.73 ± 3.11,两者差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。停药4周后,观察组中患者总症状的改善率为52.91%,对上腹痛、上腹烧灼感、反酸、上腹饱胀、早饱感、嗝气、纳差、恶心症状的总有效率分别为43.84%、26.92%、40.58%、54.73%、53.66%、66.47%、36.59%、100%。观察组除上腹烧灼感、反酸、早饱感、纳差、恶心外,其余症状程度在治疗前后差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),停药1月与治疗2周时相比积分差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。对照组总症状的改善率为68.73%,各项症状有效率分别为49.28%、50%、72.93%、67%、68.89%、72.12%、85.9%、64.29%,除了恶心外,其余症状程度在治疗前后差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),停药1月与治疗2周时早饱感积分差异有统计学意义( $P < 0.05$ );总评分方面,治疗前后和停药4周时总体评分差异均有显著统计学意义( $P < 0.01$ )。采用方差分析两组之间各项症状频率分级,两组第2周与第4周的“早饱感”单项评分差异有统计学意义( $P$ 值分别为0.007、0.015)。

### 3 讨论

根据中华医学会消化病学分会发布的5次根除Hp感染相关共识报告,临床实施的根除方案从三联演变到四联、疗程从7d演变到10~14d<sup>[8-11]</sup>,其中四联疗法突出了铋剂的治疗作用,并纳入了根除的常规用药<sup>[12]</sup>。胶体果胶铋的作用原理在于形成减少胃酸刺激的胃黏膜保护层、加速黏膜损伤细胞的自我修复、干扰细菌代谢,从而起到杀灭Hp的作用<sup>[13]</sup>。然而作为非处方药,铋剂长期、反复使用,会导致神经系统中毒症状或肾衰竭的危险明显增加<sup>[14]</sup>;根据

文献报道,在根治过程中铋剂引起的不良反应也不仅仅局限在如口腔黏膜、色素沉着、腹痛、腹泻、黑便、厌食、恶心、呕吐、口腔金属味、便秘等的胃肠道反应,还可见嗜睡、失眠、乏力、头晕、头痛等神经系统症状和皮疹、皮肤瘙痒、发热、转移酶升高、单核细胞增多等其他系统的不良反应<sup>[15]</sup>。

小建中胶囊源于《伤寒论》经典名方小建中汤,具体成分包括桂枝、白芍、炙甘草、生姜、大枣五味,主治脾胃虚寒之证,其中桂枝、白芍驱寒温中,大枣补脾胃之虚,芍药养血补血<sup>[16]</sup>。有研究显示<sup>[17]</sup>,小建中胶囊在体外环境下,对Hp标准菌株和临床分离的敏感及耐药菌株均有抑菌作用,并表示其联合三联疗法根除Hp优于标准的三联疗法,在改善症状及缩短根除Hp时间方面有显著疗效<sup>[18]</sup>。

本实验采用小建中胶囊代替铋剂进行抗菌治疗,数据中单项症状评分差异体现了Hp患者症状的多样性,而总评分能一定程度上反应患者的整体改善效果和生存质量变化。结果表明,三联疗法联合小建中胶囊与联合胶体果胶铋在根除Hp和改善整体症状程度方面是等效的。但在单项症状方面,部分症状的改善效果仍存在差异,但在早饱感一项,小建中胶囊表现出对发病频率和程度的改善优势。考虑本次实验样本量较小、患有某单项症状患者人群更少,患者人群主要局限在北京望京等地区,预计下一步需扩大样本量的研究以减少相关偏倚,并继续挖掘小建中胶囊的治疗优势和作用机制,以更好地指导临床。

### 参考文献:

[1] Krisztina H, Zsolt T. Helicobacter pylori infection: New pathogenetic and clinical aspects [J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(21): 6386-6399.

[2] 张万岱, 胡伏莲, 萧树东, 等. 中国自然人群幽门螺杆菌

- 感染的流行病学调查[J]. 现代消化及介入诊疗, 2010, 15(5): 265-270.
- [3] Kentaro S, Jan T, Ernst J K, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis[J]. Gut, 2015, 64(9): 1353-1367.
- [4] 胡伏莲. 幽门螺杆菌根除失败的原因分析和处理策略[J]. 现代消化及介入诊疗, 2010, 15(2): 108-112.
- [5] 林根友, 肖兆群, 陆维宏. 中西医结合补救治疗幽门螺杆菌感染的临床研究[J]. 中国现代医生, 2013, 51(18): 93-96.
- [6] 杜文贞, 魏良洲. 六味安消胶囊对功能性消化不良患者胃排空的影响[J]. 中国现代医生, 2009, 47(24): 95-96, 98.
- [7] 杜文贞, 于天霞. 六味安消胶囊对功能性消化不良患者心电图的影响[J]. 实用医技杂志, 2007, 14(1): 53-55.
- [8] 中华医学会消化病学分会. 幽门螺杆菌若干问题的共识意见[J]. 胃肠病学, 2000, 5(1): 5-7.
- [9] 中华医学会消化病学分会. 幽门螺杆菌共识意见(2003·安徽桐城)[J]. 胃肠病学, 2005, 10(S): 126-127.
- [10] 中华医学会消化病学分会. 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告[J]. 专家评说, 2008, 6(3): 13-18.
- [11] 刘文忠, 谢勇, 成虹, 等. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2012, 17(10): 618-625.
- [12] 蒋晓玲, 袁蕙芸. 我国幽门螺杆菌感染处理共识推荐的铋剂四联方案根除率分析[J]. 胃肠病学, 2014, 19(9): 531-536.
- [13] 岂春风. 胶体果胶铋胶囊临床疗效及药理毒理研究[J]. 黑龙江中医药, 2008(4): 47.
- [14] 曾艳. 铋剂毒性的动物实验研究[D]. 北京: 中国人民解放军医学院, 2015.
- [15] 刘芳勋, 张晶, 张华, 等. 铋剂在幽门螺杆菌根除中的不良反应及预防[J]. 临床药物治疗杂志, 2014, 12(5): 59-62.
- [16] 李健琳, 范晨, 王琦. 小建中汤联合抗幽门螺杆菌治疗脾胃虚寒型消化性溃疡的临床效果分析[J]. 中医临床研究, 2016, 8(10): 80-82.
- [17] 刘东升, 王友华, 王森, 等. 小建中胶囊对幽门螺杆菌体外抑菌作用的研究[J]. 实用药物与临床, 2017, 20(3): 262-264.
- [18] 熊娜. 小建中胶囊联用PPI三联在Hp根除中的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2016, 8(11): 79-80.

## 通前络汤联合前列舒通胶囊用于慢性前列腺炎的临床评价

丛志承<sup>1</sup>, 求旦旦<sup>2</sup>

(1. 浙江医院泌尿外科, 浙江 杭州 310013; 2. 浙江省中医院泌尿外科, 浙江 杭州 310006)

**摘要:** 目的 探讨通前络汤联合前列舒通胶囊用于慢性前列腺炎的临床评价及对白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、干扰素- $\gamma$ (IFN- $\gamma$ )的影响。方法 选择浙江医院及合作医院2015年9月~2016年9月收治的106例慢性前列腺炎患者,按治疗方式分为对照组与治疗组,每组53例,对照组采用前列舒通胶囊治疗,治疗组基于对照组加以通前络汤治疗,比较两组临床疗效,慢性前列腺炎症状指数评分(NIH-CPSI)、IL-8、TNF- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 、尿流动力学及不良反应。结果 治疗组总有效率高于对照组90.57%比73.58%( $P < 0.05$ )。治疗组NIH-CPSI及尿流动力学均优于对照组( $P < 0.05$ )。治疗组IL-8、TNF- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 低于对照组(3.42 $\pm$ 0.47)、(16.08 $\pm$ 2.54)、(12.54 $\pm$ 1.57) $\mu$ g/L比(7.61 $\pm$ 0.96)、(29.72 $\pm$ 3.63)、(21.87 $\pm$ 2.72) $\mu$ g/L( $P < 0.05$ )。两组不良反应比较无差异( $P > 0.05$ )。结论 通前络汤联合前列舒通胶囊用于慢性前列腺炎的临床效果肯定,能够降低IL-8、TNF- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ ,并能利于尿流动力学的改善。

**关键词:** 慢性前列腺炎; 通前络汤; 前列舒通胶囊; 白细胞介素-8; 肿瘤坏死因子- $\alpha$ ; 干扰素- $\gamma$

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2018)06-1446-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2018.06.050

慢性前列腺炎是一种常见泌尿科疾病,多发生于20~40岁青壮年,且发病率较高,有非细菌性及细菌性之分,其中非细菌性前列腺炎是由免疫反应异常、神经内分泌因素等所致,并以盆腔慢性疼痛及尿道刺激为主要表现,病

原体感染是细菌性前列腺炎的主要诱因,伴尿急、尿痛、尿滞留等下尿路感染症状<sup>[1]</sup>。基础研究报道,慢性前列腺炎发生发展与系列细胞因子有着紧密联系,是病情进展的主要因素<sup>[2]</sup>。药物治疗是慢性前列腺炎的常用疗法,西医

收稿日期: 2017-10-17

作者简介: 丛志承(1988—),男,硕士,住院医师,主要研究尿路结石、膀胱肿瘤、前列腺增生等泌尿外科常见疾病。Tel: 13145911232, E-mail: summer690@163.com