

· 专题笔谈 ·

基于 UPOINT 对慢性前列腺炎中西医结合诊疗的思考

郭 军

慢性前列腺炎 (chronic prostatitis, CP) 是一种临床综合征,而非单一疾病^[1]。1995 年美国国立卫生研究院 (National Institutes of Health, NIH) 提出了前列腺炎的分类系统^[1,2],将前列腺炎综合征分为 4 类,Ⅰ类是急性细菌性前列腺炎;Ⅱ类是慢性细菌性前列腺炎;Ⅲ类为慢性盆腔疼痛综合征;Ⅳ类为无症状性前列腺炎。以慢性前列腺炎症状指数 (NIH-chronic prostatitis symptom index, NIH-CPSI)^[1,3] 来判断评估疾病的严重程度,极大地促进了临床诊疗水平。NIH-CPSI 将前列腺炎综合征的症状分为疼痛、下尿路症候群及对生活质量的影响。但该分类法过于笼统,不能充分反映 CP 的不同病因和临床表现的异质性,不足以进行个体化治疗。

2009 年,美国 Shoskes DA 等^[4] 提出并制定了前列腺炎表型分类系统——UPOINT,这是继 NIH-CPSI 之后的重要研究成果。UPOINT 将前列腺炎分为 6 个临床表型:排尿症状 (urinary symptoms, U)、社会心理 (psychosocial, P)、器官特异性 (organ specific, O)、感染 (infection, I)、神经/系统性 (neurological/systemic, N)、骨骼肌疼痛 (tenderness of skeletal muscles, T),并提出相应治疗方法^[4,5]。UPOINT 基于特定临床症状而设定,与中医辨证论治不谋而合,将两者结合,可提高临床疗效。

1 基于 UPOINT 的 CP 个体化治疗

1.1 U 排尿症状包括尿频,尿急和(或)夜尿、残余尿增多,排尿困难,尿流率 < 15 mL/s 并(或)呈梗阻模式,NIH-CPSI 排尿症状评分 > 4 分。

单一治疗方法或药物难以获得满意疗效,目前主张针对前列腺本身病变和排尿异常症状进行综合治疗。西医治疗时应注意维持膀胱与尿道功能的平衡,可加用 α 受体阻滞剂、非那吡啶及抗胆碱能药物。中医学认为排尿功能失调病位在膀胱,病机为膀胱气化失司、水道不得通调,强调协调膀胱、肾、肝、脾各脏腑之间的阴阳平衡。尿频、尿急、排尿困难多责之于肾,

肾阳不足则肾气不能蒸化水液,以温补肾阳固护肾气为治则,轻者可以饮食调节,药物可选用乌药、桂枝、肉桂等;重者应以温补肾阳为主,选用附子、干姜、炒白术等,同时加用生地、知母、石斛等养阴之品,以佐制诸药辛温之燥烈之性。此外,可以针刺关元、气海、足三里、三阴交等穴位运用补法以增强肾与膀胱的气化之能。

1.2 P 社会心理症状包括抑郁、社交困难、焦虑。

中医学认为精神情志异常多属肝气郁滞,肝气不舒则气机不能畅达,易致情绪低落而产生抑郁等异常表现;肝郁日久化火则易导致心烦易怒等焦虑表现。治疗上以疏肝解郁为治则,对于病情较轻可选用柴胡疏肝散、逍遥散或金铃子散等,常用药物有柴胡、白芍、香附、枳壳、郁金、荔枝核、川楝子、乌药、小茴香等。同时,还应重视心理上的疏导,配合心理咨询、认知行为治疗等。症状反复、病情较重者常因肝经气郁化火以致湿热蕴蒸肝胆,酿生痰浊,蒙蔽机窍,表现为神识昏蒙,时清时昧,时有谵语,应在疏肝解郁的基础上加用清热化湿、豁痰开窍之品,如礞石、远志、浙贝母等品。西药可加用抗抑郁药、抗焦虑药规律治疗。

1.3 O 器官特异性症状指前列腺特异性疼痛,包括直肠指检时前列腺触痛,前列腺液常规检查白细胞增高,血尿,下尿道梗阻。

西医认为前列腺痛病因和发病机制不清,可能与精神因素有关。中医学认为“不通则痛”、“不荣则痛”,该表型患者以肝气郁滞、气血不通为主;气血不通,湿热蕴结,易产生排尿不畅等的下尿道梗阻症状;“气有余便是火”,肝气郁久化火灼伤脉络,加之湿热积滞,损伤脉络,而见血尿发生。治疗时以清热利湿、疏肝行气、活血化瘀为治则,对于症状较轻者可选用八正散加用延胡索、五灵脂、蒲黄、三棱、莪术等行气活血之品,以及疏肝解郁之柴胡、郁金等,配合定期前列腺按摩。疼痛和梗阻症状严重时,宜选用少腹逐瘀汤加减,以桃仁、红花、桂枝、丹参、麝虫等行气活血化瘀,同时加用当归、生地等益阴血之品使活血而不伤正。此外,可结合 α 受体阻滞剂、植物制剂(如槲皮素、花粉萃取物)等治疗。

1.4 I 感染症状指排除 NIH Ⅰ类及Ⅱ类前列腺

炎,革兰氏阴性杆菌或肠球菌阳性患者。

尽管此型 CP 存在致病菌,但非唯一致病原因,常存在多种其他致病因素。因此单纯应用抗生素治疗常使得临床疗效不满意,需结合患者具体情况联合用药。前列腺感染在中医学中属“精浊”范畴,多与湿热下注、火毒内蕴有关,湿热火毒内蕴为其基本病机。中医治疗以清热利湿解毒为治则,方选龙胆泻肝汤加减,对于尿道疼痛者可加用淡竹叶、金银花、连翘、生甘草等,感染症状较重者可加用山慈菇、白花蛇舌草、蒲公英等。

1.5 N 神经/系统性症状指腹部及骨盆以外部位的疼痛及其相关的临床表现,如慢性疲劳综合症、肠易激综合症、纤维肌痛。其发病与自主神经功能障碍、周围或中枢神经高敏相关。

中医学认为上述症状属气血化生不足、“不荣则痛”的表现,多辨证为脾虚不固。治疗以健脾益气养血为要,轻者予黄芪、党参、白术、升麻、柴胡、薏苡仁、败酱草等药;久虚生寒,病程较长者当加用小茴香、橘核、川楝子、延胡索、乌药、荔枝核、香附、沉香等温通类中药。病情较重者可以联合西药神经调节剂(如三环类抗抑郁药物、加巴喷丁)进行特异性治疗。

1.6 T 骨骼肌疼痛症状包括局部触痛,腹部及骨盆部的痉挛。

西医认为轻者可以配合盆腔的物理治疗和相关运动疗法,重者可联合骨骼肌松弛剂治疗。中医学认为多属卫气防御功能下降,感受邪毒、气血瘀滞而致。活血化瘀为主要治则,方可选用身痛逐瘀汤加减,药物选用丹参、桃仁、红花、延胡索、虻虫等活血化瘀之品;对于腹部及骨盆部的痉挛使用芍药甘草汤以柔筋缓急止痛。针灸则是治疗疼痛的有效方法,穴位选用以郄穴为主,如血海、地机、阴郄等。

2 基于 UPOINT 的 CP 相关研究

UPOINT 与 NIH-CPSI 之间具有一定相关性。有研究将 NIH-CPSI 与 UPOINT 进行比较,发现 U、P 或 N 分型将提高 NIH-CPSI 评分,其中 P、N 分型会增加 NIH-CPSI 中的疼痛评分, UPOINT 分型阳性率与 NIH-CPSI 评分呈正相关^[6]。另有研究发现 U、P 和 T 分型明显影响 NIH-CPSI 评分, P 分型独立地影响患者生活质量评分^[7]。此外,郑涛等^[8]研究发现, CP 患者中勃起功能障碍(erection disturbance, ED)发病率为 47%, P 是 CP 患者发生 ED 的独立危险因素。尽管 ED 在 CP 患者中很常见,但是尚无明确证据支持将它加入 UPOINT 子选项^[9]。U、P 是早泄的独立危险因素,随着 UPOINT 分型数目的增加,患者的早

泄诊断工具评分也随之上升,阴道内射精潜伏期越短^[10]。

基于 UPOINT 对 CP 患者进行个体化治疗疗效明显优于 NIH-CPSI^[11]。罗超等^[12]分别应用 UPOINT 和 NIH-CPSI 指导治疗 CP 患者,以 NIH-CPSI 评价治疗效果,根据 UPOINT 指导治疗 CP 患者临床有效率(87.50%)高于应用 NIH-CPSI 分类(61.67%),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

UPOINT 与中医学强调整体观念、辨证论治颇有相通之处。金明显等^[13]通过观察气滞血瘀型与非气滞血瘀型 CP 患者 UPOINT 分布差异时发现,两组 UPOINT 阳性因子个数均与 NIH-CPSI 评分呈正相关,阳性因子总体分布差异有统计学意义($P < 0.01$),气滞血瘀证对 O、T 分型的影响较大。陈伟杰等^[14]认为根据 UPOINT 的分类体系,归纳出与各个分型相对应的中医辨证论治方案,可使临床治疗有序并提高疗效。这些研究结果都促使了 CP 中西医结合诊治的完善。

3 小结与展望

CP 是令临床医师感到困惑与棘手的疾病,随着对 CP 病因病机研究的探索,人们已经认识到个体化的综合治疗方案的重要性, UPOINT 就是在这种理念下出现的。

中医师在运用 UPOINT 时,应充分发挥中西医结合的思路,以扶正祛邪治疗为主,运用中药治疗,适当选用西药,必要时可选用抗生素。在辨证论治中,参考《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南(试行版)》^[15]提到的病机演变规律:早期以湿热下注为主,中期湿热瘀阻为主,后期多伴脾肾亏虚,湿、热、瘀、滞、虚在各个阶段均可出现。同时还可采取一定预防措施,如调畅情志、少食辛辣刺激食物、多饮水、勤锻炼、少久坐等。

UPOINT 只是依据症状学来划分患者,并未探及 CP 深层机制,难免会将不同病因引起的症状归结入同一表型,或将同一病因引起的症状划分到不同的表型里,有待于进一步的研究与完善。

参 考 文 献

- [1] 叶章群,曾晓勇.慢性前列腺炎诊疗进展[J].中华男科学杂志,2003,9(7):483-488.
- [2] 姚飞翔,胡镜清.慢性前列腺炎临床常见中医证候类型和症状/体征的初步研究[J].世界中医药,2013,8(6):672-677.
- [3] Litwin MS, Mc Naughton-Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic

- prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network [J]. J Urol, 1999, 162(2): 369-375.
- [4] Shoskes DA, Nickel JC, Rackley RR, et al. Clinical phenotyping in chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: a management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes [J]. Prostate Cancer Prostatic Dis, 2009, 12(2): 177-183.
- [5] Nickel JC, Shoskes DA. Phenotypic approach to the management of the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome [J]. BJU Inter, 2010, 106(9): 1252-1263.
- [6] Hedelin HH. Evaluation of a modification of the UPOINT clinical phenotype system for the chronic pelvic pain syndrome [J]. Scand J Urol Nephrol, 2009, 43(5): 373-376.
- [7] Samplaski MK, Li J, Shoskes DA. Clustering of UPOINT domains and subdomains in men with chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome and contribution to symptom severity [J]. J Urol, 2012, 188(5): 1788-1793.
- [8] 郑涛, 张亚东, 陈鑫, 等. UPOINT 分类因子对慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征患者勃起功能的影响 [J]. 中山大学学报(医学科学版), 2015, 36(2): 237-240.
- [9] Arda E, Cakiroglu B, Tas T, et al. Use of the UPOINT classification in turkish chronic prostatitis or chronic pelvic pain syndrome patients [J]. Urology, 2016, 97: 227-231.
- [10] 程易, 戴宁, 陈乔. CP/CPPS 患者中 UPOINT 因子与早泄的相关性分析 [J]. 中国男科学杂志, 2016, 30(5): 24-27.
- [11] 秦素, 江永浩, 付招伦, 等. UPOINT 临床表型分类法在慢性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征诊治中应用研究 [J]. 中国男科学杂志, 2016, 30(2): 8-12.
- [12] 罗超, 程海川. UPOINT 系统在慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征患者中的应用价值 [J]. 现代仪器与医疗, 2017, 23(6): 38-40.
- [13] 金明昱, 袁少英, 覃湛, 等. 气滞血瘀证对慢性前列腺炎/盆腔疼痛综合征患者 UPOINT 因子表型分布的影响 [J]. 中国医药导报, 2017, 14(13): 96-99.
- [14] 陈伟杰, 江宁东, 张清, 等. 基于 UPOINTS 的中西医结合治疗慢性前列腺炎的规范化思考 [J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(4): 5-7.
- [15] 中国中西医结合学会男科专业委员会. 慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南(试行版) [J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(11): 1052-1056.

(收稿: 2017-08-14 在线: 2018-05-04)

责任编辑: 邱 禹

中国中西医结合杂志社微信公共账号已开通

中国中西医结合杂志社已经开通微信公共账号, 可通过扫描右方二维码或者搜索微信订阅号“中国中西医结合杂志社”加关注。本杂志社将通过微信不定期发送《中国中西医结合杂志》、*Chinese Journal of Integrative Medicine* 的热点文章信息, 同时可查看两本期刊的全文信息, 欢迎广大读者订阅。

