

月。病情轻、中、重度分级按照美国国立卫生研究院(NIH)慢性前列腺炎评价标准进行判断,其中疼痛和排尿症状共计0~31分,0~9分为轻度,10~18分为中度,19~31分为重度。治疗组轻、中、重度分别为17、28、5例,对照组为11、16、3例。两组年龄、病程及病情程度经检验差异均无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 病例选择标准:(1)具有尿路刺激症状(如尿频、尿急或尿不尽等)和盆腔疼痛或不适症状(会阴、耻骨上、肛周或大腿根部内侧等),直肠指检前列腺正常或压痛或触及炎性结节,前列腺按摩液(EPS)异常(WBC >10 个/HP,卵磷脂小体减少)。(2)尿常规镜检正常,中段尿及EPS细菌培养阴性。(3)病程在3个月以上。(4)凡年龄在18岁以下或55岁以上者,有严重原发性心、肝、肾、血液或严重影响其生存的疾病,过敏体质,合并有急性前列腺炎、慢性细菌性前列腺炎、前列腺增生症、前列腺肿瘤、尿道狭窄,可引起类似症状的其他相关性疾病(如尿道炎、附睾炎或精索静脉曲张)及严重神经官能症的患者不纳入本观察范围。

2 治疗方法

治疗组予解毒活血汤(自拟方):土茯苓30g,虎杖15g,草薢15g,车前子10g,王不留行10g,莪术12g,小茴香6g,川牛膝10g,益智仁10g,远志6g,石菖蒲6g,生甘草6g。加减法:尿路症状明显者,加蒲公英、石韦、木通;疼痛症状明显者,加延胡索、荔枝核、川楝子;神经衰弱症状明显者,加生龙骨、生牡蛎、夜交藤;性功能减退者,加仙茅、淫羊藿、蜈蚣;前列腺指诊有结节感者,加三棱、穿山甲。用法:每天1剂,水煎3次,前2次分早晚口服,第3次取汁,加芒硝15g溶解,于睡前趁热坐浴半小时。对照组予前列康片(浙江康恩贝制药股份有限公司生产,批准文号:国药准字Z33020303),用法:每次3片,每日3次。两组病例均治疗4周。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:使用NIH慢性前列腺炎症状积分指数(CPSI)评分标准:无症状保持4周以上而无复发者为临床治愈;分值减少15分以上者为显效;分值减少5~15分者为有效,症状分值减少 <5 分者为无效。治愈率加显效率为总有效率。

3.2 两组临床疗效比较:治疗组治愈21例,显效38例,有效6例,无效3例,总有效率为86.76%。对照组治愈7例,显效14例,有效5例,无效4例,总有效率为70%。经 χ^2 检验,两组治疗后疗效差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组症状指数积分比较:治疗组治疗前后疼痛或不适积分分别为(13.6 $\pm$ 1.97)分、(5.92 $\pm$ 1.74)分,对照组分别为(14.3 $\pm$ 2.04)分、(9.7 $\pm$ 2.41)分;治疗组治疗前后排尿不适积分分别为(7.9 $\pm$ 0.58)分、(3.4 $\pm$ 1.36)分,对照组分别为(8.2 $\pm$ 1.65)分、(5.6 $\pm$ 1.49)分。两组在改变CAP患者疼痛不适积分和排尿积分方面分别与治疗前相比,差异均有显著性意义($P<0.05$)。对治疗后两组的疼痛不适积分和排尿积分进行比较,差异亦均有显著性意义($P<0.05$),治疗组优于对照组。

3.4 两组治疗前后EPS中白细胞和卵磷脂小体含量的比较:治疗后两组EPS中白细胞的含量分别与治疗前相比较,差异

均有显著性意义($P<0.05$),且治疗后治疗组与对照组相比较,二者EPS中白细胞含量差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组优于对照组。治疗后两组EPS中卵磷脂小体的含量分别与治疗前相比较,差异均无显著性意义($P>0.05$)。相关资料略。

4 讨论

慢性非细菌性前列腺炎病因不明,解脲支原体、沙眼衣原体等可能是其致病原因,其他还可能与前列腺液淤滞、变态反应及自身免疫等因素有关。西医多采用抗生素、 α -受体阻滞剂等对症治疗,但由于男性前列腺特殊的解剖与生理特性,导致临床疗效欠佳。本病属中医“精浊”、“劳淋”、“白淫”等范畴。临床将本病分为湿热蕴结、气滞血瘀、肾虚等证型。我们认为,纵观前列腺炎的临床表现,湿热毒邪是本病的诱因,亦在疾病发展过程中占有主要地位,贯穿疾病全过程;气滞血瘀是在疾病发展过程中逐渐形成的,二者胶结,互为因果,使病情更为复杂,最终会导致脾肾亏损,病情缠绵难愈。方中土茯苓、虎杖、车前子功能清热利湿解毒,石菖蒲、草薢、远志能够化浊利湿开窍,王不留行、莪术、小茴香活血化瘀、行气止痛,川牛膝活血通经,兼能引诸药下行,直达病所。故诸药合用,共奏清热利湿解毒,行气活血止痛之功,而能使湿毒清,气血行。

朝夕互补法治疗老年虚性便秘 56 例

江苏省金坛市中医院(213200)

尹国平 王 跃

便秘在老年人中发病率较高,其中多数为虚性便秘(包括血虚秘、气虚秘、阳虚秘、阴虚秘)。自2003年6月~2005年5月,我们采用“朝夕互补法”治疗老年人慢性虚性便秘患者56例,取得良好效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择:观察病例均来自2003年6月~2005年5月便秘专科门诊患者,均经严格检查排除消化道器质性病变,均属功能性便秘范畴。

1.2 纳入标准:(1)大便量少,质硬,排出困难。(2)排便困难合并一些特殊证候群:如长期用力排便,直肠胀感,排便不完全感。(3)7天内仅排便2~3次。(4)经检查消化道无器质性病变存在。(5)经中医辨证符合脾肾两虚、气血不足型。

1.3 一般资料:观察病例共112例,随机分为两组,治疗组56例,男性30例,女性26例;年龄55~80岁,平均(65 $\pm$ 8.1)岁,病程1~25年。对照组56例,男性27例,女性29例;年龄51~79岁,平均(64 $\pm$ 7.8)岁;病程1~24年。两组患者年龄结构均呈近似正态分布,一般资料经统计学处理,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组:用补中益气丸和参苓白术散加减组成补脾润肠方。药物组成:党参10g,茯苓10g,生白术10g,炙黄芪15g,柴胡6g,升麻10g,当归10g,何首乌10g,杏仁10g,陈皮10g,枳壳10g,瓜蒌子10g,用10剂加工成丸药,每日早晨内服6~8g。用左归饮加减组成补肾润肠方。药物组成:熟地黄20g,山茱萸

12g, 山药 12g, 肉苁蓉 30g, 当归 10g, 枸杞子 10g, 生黄芪 15g, 鹿角胶 12g, 蜂蜜 10g, 用 10 剂量加工成丸药, 每晚服 6~8g, 以 10 天为 1 个疗程, 共服 1~3 个疗程。

2.2 对照组: 内服中成药麻仁丸, 每次 6~8g, 每日 2 次, 10 天为 1 个疗程, 共 1~3 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准: 参照中华医学会外科学会《便秘诊疗暂行标准》中便秘的疗效标准。治愈: 自觉症状消失, 大便软, 排出爽快, 大便每日 1 次或两日 1 次, 临床体征消失。好转: 自觉症状好转, 大便软, 排出欠爽快, 大便每日 1 次或两日 1 次, 临床体征基本消失。未愈: 自觉症状无好转, 临床体征无改善。

3.2 治疗结果: 治疗组 56 例, 治愈 38 例, 好转 17 例, 未愈 1 例, 总有效率为 98.2%; 对照组 56 例, 治愈 20 例, 好转 18 例, 未愈 18 例, 总有效率为 67.9%。治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

“朝夕互补法”是明朝著名医学家薛己所创。他以“治病必求其本”的观点立论, 既继承了李东垣的脾胃理论, 又遥承了王冰、钱乙的肾命水火学说。他认为脾胃为五脏之根蒂, 一方面注重调理脾胃, 以培后天; 又认为肾阴肾阳为脏腑阴阳之根本。肾命为治疗疾病的根本之脏, 另一方面注重滋补肾命, 以滋化源。他在《明医杂著·补阴丸论》中指出: “症属形气病, 气俱不足, 脾胃虚弱, 津血枯涸而大便难耳, 法当滋补化源。”他认为“若朝宽暮急, 属阴虚; 暮宽朝急, 属阳虚; 朝暮皆急, 阴阳俱虚也。”因而对于阴阳虚证的治疗, 应当采用不同的朝夕用药配合, 以图达到阴阳平衡之目的。我们应用朝夕互补法根据人体一天之中阳气消长进退, 以及自然界昼夜晨昏阳气变化规律来决定用药, 朝用健脾方, 培补脾土, 调理脾胃。选用党参、黄芪、白术健脾益气助运, 当归、何首乌补血润肠, 杏仁、枳壳、瓜蒌子润肺宽肠下气, 脾胃功能得到加强, 则气血生化有源。暮用补肾润肠方, 滋补肾命, 以滋化源。选用熟地黄、山茱萸、山药、肉苁蓉补肾阴, 温肾阳, 润肠通便, 黄芪、当归补气补血, 枸杞子补益肝肾, 鹿角胶补肾填精, 蜂蜜甘缓润肠。诸药合用, 使精气互生, 阴阳互济, 增水行舟, 大便自然畅通, 实为治病求本之法, 从根本上治疗老年虚性便秘。

自拟化石安胃汤治疗植物性胃石症 45 例

东北农业大学医院 (150030)

杜 秋 梅

近几年来, 笔者应用自拟化石安胃汤治疗植物性胃石症 45 例, 取得满意疗效, 并与用吗丁啉、碳酸氢钠和保和丸治疗的 23 例进行对比观察, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 两组 68 例均系门诊经胃镜检查确诊病例。治疗组 45 例, 男 18 例, 女 27 例; 年龄 16~68 岁, 平均年龄 39 岁; 病程 1 小时~2 个月; 病史中有进食山楂者 23 例, 进食柿子或柿饼者 16 例, 进食黑枣者 6 例; 既往有慢性胃炎史 13 例, 胃溃

疡史 6 例。对照组 23 例, 男 8 例, 女 15 例; 年龄 18~65 岁, 平均 37.8 岁; 病程 1 小时~1.5 个月; 病史中有进食山楂者 13 例, 进食柿子或柿饼者 8 例, 进食黑枣者 2 例; 既往有慢性胃炎史 7 例, 胃溃疡史 3 例。两组在临床资料各方面无明显差异, 具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 临床表现: 全部病例均有不同程度的上腹部疼痛, 呈持续性或阵发性绞痛或胀痛, 餐后胃痛加重, 饱胀, 食欲下降, 查体上腹部压痛 (+), 部分病例上腹部可扪及包块。其伴随症状, 治疗组伴泛酸烧心 16 例, 嗝气 11 例, 恶心呕吐 10 例 (其中呕吐咖啡色物 3 例), 黑便 8 例。对照组泛酸烧心 9 例, 嗝气 5 例, 恶心呕吐 4 例 (其中呕吐咖啡色物 2 例), 黑便 3 例。

1.3 胃镜检查: 胃腔内均见有黄色、黄褐色或棕褐色近椭圆形或不规则结石, 表面不光滑, 质地较硬, 最大者 $13\text{cm} \times 10\text{cm} \times 6\text{cm}$, 最小者 $4\text{cm} \times 3\text{cm} \times 2\text{cm}$, 其中 11 例为多发胃石, 胃石部位多在胃底或胃体部。胃黏膜均有充血、水肿, 部分伴局部小片状糜烂, 其中 18 例并发胃溃疡 (包括治疗组 13 例, 对照组 5 例), 单发或多发, 以胃体、胃角、胃窦部多见, 溃疡面积 ($1.0 \sim 1.6$) $\text{cm} \times (0.5 \sim 1.2) \text{cm}$ 。

2 治疗方法

2.1 治疗组基本方: 鸡内金粉 30g (冲服), 金钱草 30g, 芒硝 10~20g (冲服), 煅瓦楞、茯苓、炒白术各 20g, 三棱、莪术、姜半夏各 15g, 大黄 10g (后下), 木香 10g, 甘草 5g。辨证加减: 脾胃湿热加瓜蒌、黄连; 肝郁气滞加柴胡、枳壳; 气虚加党参、黄芪; 脾胃虚寒加制附子、炮姜; 胃阴亏虚去茯苓、白术、半夏、大黄, 加沙参、麦冬、玄参、玉竹, 三棱、莪术减量; 腹痛重, 加白芍、延胡索; 泛酸重, 加乌贼骨; 嗝气重, 加赭石、旋覆花; 恶心呕吐重, 加藿香、竹茹; 胃溃疡加白及、乌贼骨, 三棱、莪术减量; 呕吐咖啡色物或黑便者, 加槐花、地榆。每日 1 剂, 水煎服。

2.2 对照组: 吗丁啉片 20mg, 每日 3 次口服; 5% 碳酸氢钠液 100ml, 每日 2 次口服; 保和丸 1 丸, 每日 2 次口服。并发胃溃疡者, 用甲氧咪胍片 0.2g, 每日 3 次饭后服, 睡前加服 0.4g。

两组疗程均为 1 周, 且治疗期间不加其他方法治疗。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准: 治愈: 胃结石所致症状、体征消失, 胃镜复查胃腔内无结石; 好转: 胃结石所致症状、体征明显减轻, 胃镜复查胃石体积缩小或数量减少; 无效: 胃石所致症状、体征无缓解, 胃镜复查胃石无变化。

3.2 结果: 治疗组治愈 44 例, 好转 1 例, 总有效率 100%; 对照组治愈 4 例, 好转 9 例, 无效 10 例, 总有效率 56.52%。两组治愈率及总有效率比较差异均有显著性 ($P < 0.01$), 治疗组疗效明显优于对照组。

胃镜复查显示, 治疗组全部病例胃黏膜充血水肿及局部小片状糜烂消失, 13 例并发胃溃疡者溃疡面积明显缩小 (继续口服促进溃疡愈合中药而愈)。对照组 4 例治愈病例胃黏膜充血水肿及局部小片状糜烂消失, 9 例好转病例胃黏膜改变减轻, 而 10 例无效病例中, 胃黏膜改变 6 例, 无变化 4 例, 有加重趋势; 5 例胃溃疡病例中, 1 例溃疡面积缩小, 2 例无变化, 2 例加重。

3.3 副作用: 治疗组服药初期出现大便次数增多, 大便稀溏,