

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 101.

葛根汤加减治疗神经根型颈椎病40例

王淑卿

(山东省莱阳市穴坊中心卫生院, 265219)

神经根型颈椎病是颈椎病各型中发病率最高的一种, 发病率约占60%~70%。笔者于2003年5月~2007年10月, 采用加减葛根汤煎剂内服, 配合颈椎牵引治疗神经根型颈椎病40例, 临床观察疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断与纳入标准

参照2002年颁发《中药新药临床研究指导原则》“中药新药治疗颈椎病临床研究指导原则”的标准^[1]。①多见于中老年人, 青壮年人若有损伤史、劳损史、颈部畸形或其他诱因等亦可发病。②多数为缓慢发病。若有颈部创伤史、过劳损史, 也可急性发作, 病程较长, 时轻时重, 可反复发作。③具有较典型的神经根性症状(麻木、疼痛), 其范围与颈神经支配的区域一致。④压颈试验或臂从牵拉试验阳性。⑤影像学检查显示颈椎曲度改变、不稳或骨赘形成, 钩椎关节骨质增生, 韧带钙化; 椎管矢状径狭窄。

1.2 纳入病例标准

①符合现代医学诊断标准者; ②年龄>30岁但<75岁。

1.3 排除标准

颈椎外病变(如胸廓出口综合征、肩周炎), 颈椎管狭窄, 颈椎及椎管内肿瘤, 伴有出血倾向的血液病, 骨关节结核, 骨髓炎及老年性骨质疏松及严重心脑血管肝肾功能异常者。

1.4 一般资料

将符合纳入标准的80例神经根型颈椎病患者。按照就诊顺序分为治疗组40例和对照组40例。治疗组40例中, 男22例, 女18例; 年龄31~75岁, 平均(42.5±4.3)岁; 病程6个月~11年, 平均(2.8±0.6)年。对照组患者40例中, 男25例, 女15例; 年龄30~73岁, 平均(41.3±3.9)岁; 病程4个月~13年, 平均(2.6±0.9)年。经统计学处理, 两组间性别、年龄、病程等差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①方药组成: 葛根20g, 白芍30~60g, 威灵仙10g, 桂枝10g, 甘草6g, 生姜9g, 大枣4枚。每日1剂, 加水800ml, 泡2小时, 煮沸后, 文火煎30分钟, 取汁200ml; 再加水300ml, 文火煎30分钟, 取汁200ml, 两次相兑, 分2次服。10天为1个疗程, 连续2个疗程。加减: 偏上肢麻木, 臂丛神经牵拉试验(+), 加羌活12g, 独活12g, 威灵仙12g, 木瓜12g, 桑枝12g; 偏头痛头晕、欲呕或呕吐者, 加天麻12g, 半夏12g, 藁本12g; 下肢无力、步履困难者, 加山茱萸12g, 龟甲胶12g, 鹿角胶12g。②颈椎牵引: 电脑牵引椅, 患者取坐位, 解开领口, 全身放松, 呼吸调匀, 颈前屈15°~20°; 套上颈牵引托行颈部牵引, 牵引重量从小剂量开始, 逐步缓慢增加, 以患者能承受舒适度为度, 最多不超过10kg, 每日1次, 每次20~30分钟。10天为1个疗程, 连续2个疗程。

2.2 对照组

①颈复康冲剂(河北承德颈复康药业集团有限公司); 每次

1~2袋, 每日2次, 饭后服用, 连服3周为1个疗程。②颈椎牵引: 同治疗组。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗颈椎病临床研究指导原则”的标准制定。临床痊愈: 颈痛、麻木或眩晕等症状、体征计分治疗后较治疗前减少 $\geq 95\%$ 。显效: 颈痛、麻木或眩晕等症状、体征计分治疗后较治疗前减少 $\geq 70\%$ 但 $< 95\%$ 。有效: 颈痛、麻木或眩晕等症状、体征计分治疗后较治疗前减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$ 。无效: 颈痛、麻木或眩晕等症状、体征计分治疗后较治疗前减少 $< 30\%$ 。

3.2 两组临床综合疗效比较

对照组40例, 痊愈7例, 显效13例, 有效11例, 无效9例, 总有效率为77.5%; 治疗组40例, 痊愈12例, 显效15例, 有效10例, 无效3例, 总有效率为92.5%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

葛根汤方出自《伤寒论》, 方中葛根性味甘辛, 解肌治项背强痛, 疏筋解痉以利关节, 能改善头痛、头昏及肢麻的症状, 我们以葛根汤原方为主, 加大葛根用量, 《本草纲目》: “葛根乃阳明经药, 兼入脾经, 脾主肌肉”; 麻黄发散风寒; 桂枝既助麻黄发散风寒之力又有温经通络之效; 芍药苦酸微寒, 入肝经, 有柔肝止痛的作用, 柔肝使筋有所生, 肝有所养, 以通脉络、缓挛急、止疼痛, 加大白芍的用量则其补阴柔肝作用更强。白芍配甘草能解除中枢性及末梢性肌肉痉挛及因痉挛引起的疼痛。现代药理证实, 在颈椎病模型大鼠, 葛根汤下调退变椎间盘组织中PGE₂含量, 降低COX和PLA₂活性^[2], 提示下调PLA₂活性, 减少多种炎性介质的合成是葛根汤治疗颈椎病的机制之一。

参考文献

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 346.
- [2] 周军, 方素萍, 霍海如, 等. 葛根汤对退变颈椎间盘组织前列腺E₂及环氧合酶的影响[J]. 中国骨伤, 2002, 15(12): 724-726.
- [3] 周军, 方素萍, 霍海如, 等. 葛根汤对退变颈椎间盘组织磷脂酶A₂的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2002, 10(4): 12-14.

水蛭斑蝥汤治疗良性前列腺增生症30例

陈双彪 苏腾良 陈祖红 陈海燕 李嘉佃

(广西壮族自治区北海市人民医院中医科, 536000)

良性前列腺增生症(BPH)是一种极大影响中老年男性健康的常见病, 多发病。我们临床运用自拟水蛭斑蝥汤治疗BPH疗效颇佳, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

观察病例诊断均符合《中药新药临床研究指导原则》中有关标准^[1], 并排除神经原性膀胱功能障碍、尿道狭窄、前列腺癌等相关疾病。

1.2 一般资料

观察病例共60例,均来自门诊,随机分为2组。治疗组30例,年龄45~75岁,平均(56.70±7.86)岁;病程1~15年,平均(5.80±3.49)年;直肠指检(Rous标准)^[2]:前列腺Ⅰ度增生8例,Ⅱ度增生17例,Ⅲ度增生5例;国际前列腺症状评分(I-PSS症状评分):≤7分(轻度)5例,8~19分(中度)20例,20~35分(重度)5例;生活质量评估(QoL):≤3分4例,4~6分26例。对照组30例,年龄46~74岁,平均(56.87±7.65)岁;病程8个月~14年,平均(5.78±3.48)年;直肠指检:前列腺Ⅰ度增生9例,Ⅱ度增生17例,Ⅲ度增生4例;I-PSS症状评分:≤7分(轻度)6例,8~19分(中度)20例,20~35分(重度)4例;QoL:≤3分5例,4~6分25例。全部病例均有不同程度的尿频、尿急、排尿困难、尿有余沥、尿线变细等症状。两组病例年龄、病程、病情等经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组

采用自拟水蛭斑蝥汤治疗。处方:水蛭1g、冬虫夏草0.5g、斑蝥0.1g(均研末冲服),制大黄、炮穿山甲(先煎)各10g,川楝子、黄芪各15g,淫羊藿12g。随症加减:伴尿路感染者加菖蒲、瞿麦各15g,白花蛇舌草、白茅根各30g;血尿者加茜草、大蓟、小蓟各15g;腰痛甚者加杜仲、续断各15g。每天1剂,水煎取汁,再冲入水蛭、冬虫夏草、斑蝥,每日2次。1个月为1个疗程,共治疗2个疗程。

2.2 对照组

采用保列治(非那雄胺片,每片5mg,河南天方药业股份有限公司生产,国药准字H20030951)治疗,每次5mg,每日1次。1个月为1个疗程,共治疗2个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中有关标准制定。显效:症状基本消失,I-PSS症状评分<7分,QoL≤1分,直肠指检和B超前列腺检查接近正常或缩小40%以上,以上具备2项即可。有效:症状部分消失,QoL>1分且≤3分,I-PSS症状评分减少50%以下,直肠指检和B超前列腺检查缩小20%以上,以上具备2项即可。无效:症状缓解不明显,I-PSS症状评分、QoL评分及前列腺检查等各项指标均未达到有效指标。

3.2 2组临床疗效比较

治疗组30例,显效20例,有效8例,无效2例,总有效率为93.3%;对照组30例,分别为11例、9例、10例、66.7%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 2组治疗前后 I-PSS 症状评分、QoL 评分、前列腺体积变化比较

结果显示,治疗后2组 I-PSS 症状评分、QoL 评分、前列腺体积均有改善,与治疗前比较,差异有显著性意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);I-PSS 症状评分、QoL 评分治疗组与对照组治疗后比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。2组前列腺体积治疗后比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。

3.4 不良反应

2组治疗前后肝功能、肾功能、心电图均未见异常。对照组出现性功能障碍1例,乳房增大1例,皮疹6例,不良反应率为

26.67%;治疗组出现胃肠道反应2例,不良反应率为6.67%。治疗组不良反应率低于对照组。

3.5 两组复发情况比较

疗程结束半年后对两组显效、有效的48例患者随访,治疗组未见复发,对照组有4例复发。

4 讨论

自拟方水蛭斑蝥汤中水蛭善剔“精道、尿道之瘀血败精”,所含之水蛭素、抗血栓素能抗凝并促进局部微循环,有利于前列腺增生的消散;斑蝥破血散结,所含之斑蝥素具有提高机体免疫功能及抗肿瘤作用;大黄活血通瘀攻下,泻浊排毒使邪从肠道而出;川楝子行气活血止痛,泻膀胱之热,使邪由尿路而去;炮穿山甲性善走窜,能疏通脏腑气血、经脉、络道,活血祛瘀,软坚散结,并可引诸药直达病所。但破血通瘀药久服易耗伤气血,故配以黄芪益气补虚生血,《名医别录》谓:黄芪“能补丈夫虚损,利阴气,利尿”,故可缓解排尿不畅。诸药合用,益气活血化瘀,疏通脏腑气血经络,软坚散结,能使局部血循环增加,畅通前列腺管,软化纤维组织,具有抗增殖、消炎、改善微循环作用,从而能缓解前列腺增生引起的尿路梗阻症状。

参考文献

- [1]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第3辑)[S].1997:54-57.
- [2]张玉海,邵强,郭守文,等.前列腺外科[M].北京:人民卫生出版社,2001:119-127.

中西医结合治疗中老年男性部分 雄性激素缺乏综合征76例

王 奎 坤

(广东药学院临床医学院,510310)

自2006年3月以来,笔者对中老年男性部分雄性激素缺乏综合征(PADAM)患者在西药治疗的基础上佐以六味地黄汤加减治疗,观察其临床疗效及该疗法对患者国际勃起功能指数评分(IEEF)的影响,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准采用PADAM症状评分法结合睾酮测定,从性功能、精神心理、体能及心血管症状等方面综合评价来确立诊断^[1]。PADAM症状自我评分表评分:体能症状+血管舒缩症状总分≥5分,或精神心理症状总分≥4分,或性功能症状总分≥8分;且血清总睾酮(T)检测<13.0nmol/L。ED诊断标准采用IEEF标准:IEEF-5评分小于7分为重度勃起功能障碍,8~11分为中度勃起功能障碍,12~21分为轻度勃起功能障碍。中医证候诊断参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》中关于《中药新药治疗肾阴虚、肾阳虚证的临床研究指导原则》的诊断标准^[2]。

1.2 纳入标准

年龄在45~70岁的男性患者,符合上述诊断标准者,均可纳入研究。

1.3 排除标准

①合并糖尿病患者;②合并有严重的心、肝、肾、造血系统等疾病者;③前列腺癌、前列腺明显增生者,或前列腺特异性抗原