

肾两虚证型中的证候特点;③汉密尔顿抑郁量表(HAMD)前17项 ≥ 18 分;④年龄 ≥ 60 岁,性别不限;⑤无其他神经精神疾病,无酒精及药物依赖和类似药物过敏史;⑥实验室检查:血常规、尿常规、心电图、肝功能、肾功能均无明显异常。

1.2 一般资料

观察病例均为2005年5月~2007年12月我院住院及门诊患者,随机分为治疗组 and 对照组,治疗组60例,男26例,女34例;平均年龄(64.6 ± 2.2)岁,平均病程(8.4 ± 7.2)个月,HAMD评分平均(26.32 ± 5.04)分,临床疗效总量表(CGI-SI)平均(4.23 ± 0.67)分。对照组60例,男27例,女33例,平均年龄(64.2 ± 2.4)岁,平均病程(8.6 ± 6.9)个月,HAMD评分(26.52 ± 4.90)分,CGI-SI评分(4.19 ± 0.75)分,两组临床资料比较差异无显著性($P < 0.05$),随访1年内病情复发标准符合入组标准①和②。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

两组患者氟西汀均以每日20mg开始,每晨1次服用,连服60日,不合并使用其他抗抑郁药物,可根据情况联合抗焦虑药物,出院后随访1年,每2个月由家属陪同复诊。对照组单纯用西药治疗。治疗组配合补肾解郁汤口服,方药组成:熟地黄10g,山药20g,山茱萸10g,巴戟天12g,肉苁蓉15g,杜仲15g,柴胡12g,枳壳10g,白芍15g,郁金15g,茯苓20g,远志12g,石菖蒲15g。每剂煎煮两次,头煎白天服,二煎在晚饭后服,每日1剂,连服60天。

2.2 观察方法

全部病例均于治疗前、治疗6周后、治疗1年后,分别观察患者临床症状、神经系统体征、中医证候变化等;治疗前后采用HAMD和CGI-SI^[7]测定其心理变化情况。用HAMD量表于治疗1年后再次评定;同时采用自制量表收集患者的一般资料和复发情况。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

根据HAMD和CGI-SI评分标准,以两组病例治疗前后积分变化判定疗效。

3.2 治疗结果

①两组治疗前后HAMD评分比较:治疗组60例,治疗前、治疗6周后、治疗1年后HAMD评分分别为:(25.31 ± 6.05)分、(10.51 ± 2.35)分、(10.21 ± 2.76)分;对照组60例,HAMD评分分别为(25.41 ± 5.08)分、(13.81 ± 4.49)分、(14.81 ± 4.91)分。两组治疗6周后、治疗1年后比较,治疗组分值明显低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。②两组治疗前后CGI-SI评分比较:治疗组60例,治疗前、治疗6周后CGI-SI评分分别为(4.33 ± 0.69)分、(2.34 ± 0.77)分;对照组60例,CGI-SI评分分别为(4.29 ± 0.81)分、(2.87 ± 0.93)分。两组治疗6周后比较,治疗组分值明显低于对照组($P < 0.01$)。

4 讨论

老年期抑郁症的病因既与机体老化特别是脑细胞的老年性退行性改变有关,也与老年人频繁遭受的精神挫折有关。符合中医的年老体衰、肝肾亏虚、髓减脑消的理论,频繁遭受的精神挫折使情绪波动,情志过极,而诱发病。从而说明了老年期抑郁的基本病机为肾虚肝郁。因此,本病的治疗,以补肾为主,

合以疏肝解郁,自拟补肾解郁汤加减治疗。方取熟地黄、山药、山茱萸补精益髓、巴戟天、肉苁蓉、杜仲辛温助阳之品,以鼓动精血蒸化,即“阳中求阴”、“气生精”之理也。给以柴胡、枳壳、白芍、郁金以疏肝解郁,佐以茯苓、远志、石菖蒲以益心安神。共奏补肾充脑、解郁安神之效,使肾精充足,上升于脑,养肝解郁,神定气消。

参考文献

- [1]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,1994:20-21.
- [2]张作记.行为医学量表手册[J].中国行为医学科学,2001,10(特刊):134-135.

加減毓麟湯治療精液遲緩液化症 180 例

張翠英¹ 高翠霞¹ 李巍巍²

- (1.河南省中醫藥研究院,450004;
- 2.河南省中醫學院2006級研究生)

精液遲緩液化症(SDL)是常見病、多發病,是引起男性不育的常見原因之一。近年來我們運用加減毓麟湯治療180例男性精液遲緩液化症,取得了滿意效果,並與糜蛋白酶等治療的50例進行隨機對照觀察,現報道如下。

1 臨床資料

1.1 一般資料

230例患者均為同居2年以上,性生活正常,未避孕而不育,女方婦科檢查未發現異常,且男方精液液化時間 $> 1h$,黏稠度增高,黏液絲長度 $> 2cm$;其中不育時間1~12年,平均4.8年;年齡23~45歲,平均33.7歲。採用隨機數字表法隨機分為治療組和對照組。治療組180例,年齡23~44歲,平均32.8歲;病程2~12年,液化時間 $1h$ 以上。對照組50例,年齡24~45歲,平均33.5歲;病程2~11年,液化時間 $1h$ 以上。伴有前列腺炎者114例,伴精索靜脈曲張者32例,無臨床症狀者36例,有尿道感染史者52例,包皮過長者32例。無症狀的36例精液常規檢查白細胞(WBC)0~12個/HP15例, $> (+)$ /HP14例, $> (++)$ /HP7例。診斷為慢性前列腺炎的114例中,前列腺液常規檢查,WBC $> (+)$ /HP36例, $> (++)$ /HP28例, $> (+++)$ /HP19例, $> (++++)$ /HP12例。兩組年齡分布、同居年限、治療前精液質量參數(包括液化情況、精子計數、精子活動率、精子活力)及精漿前列腺特异性抗原、酸性磷酸酶、檸檬酸、鋅的含量等資料經統計學處理,差異均無顯著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 診斷標準

診斷參照世界衛生組織(WHO)《不孕不育檢驗手冊》和《中西醫結合男科學》^[1]擬定:凡精液排出體外 $60min$ 以上不能液化,見精液黏稠如膠凍狀,甚至呈塊狀;中醫辨證屬於腎陽不足者。

3.1 療效評定標準

精液常規檢查在 $60min$ 以內完全液化者為顯效; $60min$ 以內不完全者為有效; $60min$ 以內不液化者為無效。

1.3 納入標準

年齡23~45歲,同居2年或2年以上,未採取避孕措施而女

方妇科检查未发现异常而未育的患者;经检查符合精液液化异常的诊断标准且能够坚持用药;无长期使用影响精液质量药物史者。

1.4 排除标准

先天性畸形、睾丸发育异常及输精管梗阻、无精子症、死精症及严重的少精子症;内分泌疾病、精神性及遗传性疾病;抗精子抗体、沙眼衣原体、解脲支原体、抗风疹病毒检查阳性者;不能坚持服药者。

2 治疗方法

治疗组应用中药加减毓麟汤(由生地黄、当归、太子参、麦冬、菟丝子、龟甲、肉苁蓉、橘核、怀牛膝、牡丹皮等组成)治疗,水煎服,每日1剂,分早晚2次温服,30日为1个疗程。偏重湿热者,加黄柏、泽泻;偏重肝肾阴虚者,加制首乌、女贞子、墨旱莲;偏重血瘀者,加延胡索、川楝子、三棱、莪术。对照组给予糜蛋白酶每次4000U,肌肉注射,每日1次;配合每次口服维生素C 0.3g,每日3次;葡萄糖酸锌颗粒每次70mg,每日3次。以30天为1个疗程。1个疗程后复查精液常规。

3 疗效观察

3.1 两组临床疗效比较

治疗组180例,显效138例,有效30例,无效12例,总有效率为93.3%。对照组50例,分别为19例、16例、15例、70%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.2 两组治疗前后精液参数变化比较

结果显示,治疗后两组精液液化时间均较治疗前缩短($P<0.05$ 或 $P<0.01$),精子活率和a级精子活率均较治疗前提高($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组与对照组比较,精液液化时间、精子活率和a级精子活率等指标的改善作用较明显,两组有显著性差异($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.3 两组治疗前后精浆参数变化比较

结果显示,治疗后两组精浆前列腺特异性抗原、酸性磷酸酶、柠檬酸的浓度均较治疗前明显提高($P<0.01$),且治疗组上述指标的改善优于对照组,与对照组比较,差异有显著性意义($P<0.01$)。

4 讨论

一般认为,精液迟缓液化症精液中起液化作用的因子由前列腺分泌,而抗液化作用的因子主要来源于精囊。王琦等^[2]认为,精浆中的透明质酸酶、胰蛋白酶和柠檬酸等与精液的液化有关,慢性前列腺炎患者液化因子减少,加上细菌本身对精液所产生的凝集作用,从而导致精液不液化或液化时间延长。

精液迟缓液化,与中医典籍中所论“精稠”、“精热”、“淋证”、“白浊”、“精滞”等颇相似,常因相火旺盛、湿阻、痰滞、气郁、肾虚、气衰、精寒、血瘀所致。凡肾阳不足,肾阴阳失调,或湿热之阴邪,寒凝血瘀阻遏气机,均可致气化失常,而出现精液不液化。与慢性前列腺炎湿热瘀滞,久则肾虚的病机相似^[3]。治宜活血祛瘀、补肾益气、清热祛湿。加减毓麟汤中生地黄、麦冬、龟甲咸寒滋阴清热,甘酸化阴,以生阴精,化津液,清相火,使阴平阳秘;淫羊藿壮肾阳,温而不燥,可阳中求阴,则阴液易生;菟丝子、怀牛膝补肝肾,活血脉,并引诸药直达病所;薏苡仁、太子参健脾益气,祛湿化浊;当归、牡丹皮、橘核疏肝理气,活血化瘀,清热凉血,旺盛生机,又可避免生地黄、龟甲等药物滋腻滞脾。诸药相伍,共奏补肾阴,清相火,畅气血,祛浊邪之功。

参考文献

[1]何清湖,秦国政主编. 中西医结合男科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:279-281.
[2]王琦,吴传航,刘艳骄,等. 王琦男科学[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2001,353.
[3]王平,王侠,刘屹立,等. 慢性前列腺炎诊治及疗效评价(附600例报告)[J]. 中华泌尿外科杂志,2001,22(9):528-530.

“镇静六穴”配合背俞功能带刺血拔罐治疗抑郁性神经症 30 例

王 淑 敏

(河南省安阳钢铁公司职工总医院针灸理疗科,455004)

抑郁性神经症(DN)又称心境恶劣障碍。是一种以持久的心境低落状态为特征的神经症。笔者自2006年起与我院精神科联合,运用中国中医科学院广安门医院高立山主任的“镇静六穴”加减化裁,配合背俞功能带刺血拔罐治疗本病,取得了满意的治疗效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

①西医诊断标准:符合1994年《中国精神障碍分类与诊断标准》第2版(CCMD-2-R)的诊断标准^[1]。②中医诊断标准:因情志不舒,气机郁滞而致病,以抑郁善忧,情绪不宁,或易哭易笑为主症。中医辨证分型肝气郁结,气郁化火证。

1.2 纳入标准

符合抑郁性神经症的西医诊断标准,患者意识清醒,无失语,智能障碍,小学文化程度以上,能理解量表内容,年龄在18~65岁;近2周没有口服抗抑郁药者。

1.3 排除标准

合并有其他系统的严重疾病者;有耳廓感染及损伤者;内源性抑郁、神经衰弱、焦虑症、精神分裂症等能引起本病症状的疾病。

1.4 一般资料

60例患者均为我院精神科诊断的门诊患者。随机分为治疗组、对照组,每组各30例。其中治疗组男13例,女17例;年龄33~47岁,平均年龄(37.02±2.1)岁;病程3~10年,平均(4.73±2.36)年;其中肝气郁结21例,气郁化火者8例。对照组中男15例,女15例;年龄39~48岁,平均年龄(41.23±2.7)岁;病程6~12年,平均(3.87±2.13)年;其中肝气郁结22例,气郁化火7例。两组患者年龄、性别、病程等经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组

采用镇静六穴配合背部俞穴刺血拔罐法治疗。

镇静六穴取足三里、神门、迎香和耳神门、耳心穴、耳肺穴^[2]。治疗时患者取平卧位,皮肤常规消毒后,用0.35mm×40mm规格的毫针,针刺足三里、神门、太冲3穴,用捻转法进针,针刺约12.5~20mm,得气后不施以手法,耳上3穴应使针能立于耳上,谓之得气,不提插捻转,两耳交替进行。以上穴位宜平补平泻,每次留针30分钟,每日1次;起针后,再令患者翻