

异($P<0.05$)。提示治疗组较之对照组临床疗效更好。

3.2 临床症状积分比较

表 1 示,两组患者治疗前后临床症状积分比较表明

两组治疗后患者的疼痛、排尿症状及生活质量均较治疗前有改善($P<0.05$),但治疗组的改善状况优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后临床症状积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	疼痛		排尿情况		生活质量	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	12.36 $\pm$ 3.22	2.98 $\pm$ 2.02* Δ	6.25 $\pm$ 1.88	1.46 $\pm$ 1.15* Δ	8.62 $\pm$ 1.74	1.37 $\pm$ 1.25* Δ
对照组	12.28 $\pm$ 3.12	6.50 $\pm$ 2.11*	6.28 $\pm$ 1.88	2.95 $\pm$ 1.46*	8.52 $\pm$ 1.70	3.25 $\pm$ 1.66*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

3.3 EPS 量化观察比较

表 2 示,治疗后两组患者的 EPS 中 WBC 的数目减少,磷脂小体数目增加,同时治疗组的改善状况优于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后 EPS 量化评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	WBC 计数		卵磷脂小体	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	44	1.41 $\pm$ 1.11	0.59 $\pm$ 0.59* Δ	1.70 $\pm$ 1.09	0.64 $\pm$ 0.59* Δ
对照组	44	1.40 $\pm$ 1.08	0.98 $\pm$ 0.88*	1.62 $\pm$ 1.09	1.06 $\pm$ 0.66*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

3.4 前列腺指检体征比较

表 3 示,治疗后两组患者的前列腺指检体征的压痛和质地状况都得到改善,同时治疗组的改善状况优于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组患者前列腺指检体征评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	压痛		质地	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	44	1.48 $\pm$ 1.16	0.61 $\pm$ 0.56* Δ	1.70 $\pm$ 1.13	0.62 $\pm$ 0.59* Δ
对照组	44	1.40 $\pm$ 1.09	0.99 $\pm$ 0.67*	1.71 $\pm$ 1.13	1.03 $\pm$ 0.71*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

4 讨论

慢性前列腺炎中医古代并无此名,但病症论述却很多。如《素问·痿论》将类似疾病称之为“白淫”;《诸病源候论》称之为“尿精”;《证治要诀》称之为“精浊”。所以拟属于“淋病”、“精浊”、“白淫”、“血精”等范畴。究其发病

机理,首先决定于其脏象和解剖的实际位置。前列腺位于下焦,男子前阴总属于肝经;前阴所司功能,归责于肾经,古人称之为“精室”,似又归于奇恒之府;前阴主司生殖和水液代谢,即为水之出口,又易为水湿所伤,其又责之于脾之运化。所以其发病与肝、脾、肾三脏关系最为密切。

肝脾肾三脏功能失调是慢性前列腺炎发生的基础,湿热湿浊阻滞下焦,气滞血瘀,久病伤肾是其基本病机。其发病及转变常以湿热湿浊为起因和集中表现,以气血不畅,宗筋瘀滞为后继转变,而肝郁、脾虚、肾亏则隐匿为底。所以中医药治疗应本着其基本的病机转变而展开。有鉴于此,在继承李彪教授等前辈的学术思想的基础上,结合近 20 年的临床诊疗,确立慢性前列腺炎的治疗大法为清热通淋,活血导滞,同时兼以补肾扶脾。本次课题所选证型均为湿热壅滞,气滞血瘀型。自拟“通淋导滞汤”具有清热解毒、利湿通淋、活血化瘀、行气导滞的功效。方由清热解毒燥湿之黄柏、栀子、败酱草和利水通淋之石韦、土茯苓及活血祛瘀解毒凉血的牡丹皮、赤芍、桃仁、红花、水蛭、泽兰行气活血,通经导滞之王不留行、柴胡、枳壳、川楝子为主导,另酌加健脾补肾之山药为佐,以生甘草益气行水通淋为使,共奏清利通淋之功。

参考文献

[1]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:168-172.

* 甘肃省武威市人民医院中西医结合科(733000)

加味龙胆泻肝汤内服、外敷治疗带状疱疹 120 例

张 蕊*

龙胆泻肝汤出自《医方集解》,本方具有泻肝胆实火、清湿热之功效;而带状疱疹是由水痘一带状疱疹病毒引起的急性疱疹性皮肤病,中医学称为“蛇丹”、“缠腰龙”、“缠腰火丹”、“蛇串疮”,民间称“生蛇”或“飞蛇”。笔者自 2005~2009 年,对带状疱疹患者采用加味龙胆泻肝汤内服、外敷治疗,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

①皮损多为绿豆(0.2cm)大小的丘疱疹,簇集成群,

疱壁紧张,基底色红,常单侧,沿神经分布,排列成带状。严重者皮损可表现为出血性,或可见坏疽性损害。皮损发于头面部者,病情往往较重。②皮疹出现前,常先有皮肤针刺样痛或烧灼感,可伴有周身轻度不适,发热。③自觉疼痛明显,可有难以忍受的剧痛,或皮疹消退后遗疼痛。

1.2 一般资料

120 例均为住院患者。男 62 例,女 58 例。年龄 15~80 岁,平均 47.5 岁,其中 15~20 岁 20 例,21~40 岁

30 例, 41~60 岁 40 例, 61~80 岁 30 例。发病部位胸、腹、背、腰部 90 例, 其他 30 例; 病程在 1~3 天 40 例, 4~6 天 50 例, 7 天以上 30 例。

1.3 治疗方法

①中药内服: 以泻肝胆实火、清三焦湿热的龙胆泻肝汤加减, 其组成方药: 龙胆草 10g、黄芩 10g、焦山栀 10g、柴胡 12g、生地黄 15g、车前子 10g、泽泻 10g、当归 12g、生甘草 6g、板蓝根 15g、大青叶 10g、玄参 20g、麦冬 20g、金银花 20g、焦麦芽 10g (1 日 1 剂, 1 日 2 次, 取 5~10 剂)。②中药外敷: 以清热解毒、利湿为主, 其组成方药: 龙胆草 20g、黄芩 20g、焦山栀 20g、柴胡 20g、板蓝根 20g、大青叶 20g、金银花 30g、玄参 30g、生甘草 20g (每剂水煎 1000ml, 温水, 约 41℃ 左右, 湿敷患处 15~20min, 1 日 2 次, 取 5~10 剂)。③配合西医治疗, 主要以抗病毒 (静脉滴注阿昔洛韦注射液)、营养神经 (静脉滴注三磷酸胞苷二钠注射液, 肌肉注射维生素 B1 注射液、维生素 B12 注射液) 5~7 天。

1.4 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》拟定。治愈: 皮疹消退, 无疼痛后遗症。显效: 疱疹枯萎 70% 以上, 疼痛缓解。好转: 皮疹消退约 30%, 疼痛明显减轻。无效: 皮疹消退不足 30%, 仍有疼痛。

2 治疗效果

120 例治愈。其中用药 5 剂痊愈者 10 例, 占 8.33%, 6~7 剂痊愈者 100 例, 占 83.33%, 8~10 剂痊愈者 10 例, 占 8.33%。治愈率为 100%。

3 讨论

本病是由水痘一带状疱疹病毒引起的急性疱疹性皮

肤病, 其病原体为水痘一带状疱疹病毒, 具嗜神经和皮肤特性, 可长期潜伏于脊神经后根神经节的神经元内, 当细胞免疫功能减退, 亦即人体抵抗力降低时导致本病; 是临床上常见的皮肤病, 主要表现为皮肤上出现成簇水疱, 身体单侧带状分布, 痛如火燎。本病有自限性, 但部分患者仍可出现较重的临床症状及后遗症, 故迅速改善症状、缩短病程是解决该病的关键。中医学认为其发病机理为情志内伤, 肝气郁结, 久郁化火, 熏于肌肤; 脾胃湿热内蕴, 溢于皮肤; 外感湿热火毒之邪蕴积肌肤, 内外因合并侵犯肝、胆、脾、胃等经脉, 邪毒壅滞, 营卫不和。中医辨证大多属于实证、湿热证。本病中医的治疗原则为清肝泻胆, 清胃泻火, 清利湿热, 调和气血, 通络止痛。龙胆泻肝汤功效泻肝胆实火, 清三焦湿热。本方证是由肝胆实火或湿热所致, 故以龙胆草泻肝胆实火, 除下焦湿热, 为君药; 黄芩、栀子苦寒泻火, 协助龙胆草以清肝胆湿热, 共为臣药; 车前子、泽泻协助龙胆草清利湿热, 引火从小便而出; 肝藏血, 肝有热则易伤阴血, 故用当归活血, 生地黄养血益阴, 柴胡疏畅肝胆, 共为佐药; 甘草为使药, 一可缓苦寒之品防其伤胃, 二可调和诸药。加金银花、大青叶、板蓝根可解外感湿热火毒之邪, 增效抗病毒之力; 玄参苦寒咸、养阴生津、启肾水以滋肠燥, 而麦冬甘寒、增液润燥, 共养阴增液、使肠燥得润, 大便得下, 为增水行舟之计。各药合用, 泻中有补, 降中寓升, 祛邪而不伤正, 泻火而不伐胃, 配伍严谨, 既能泻肝火、清湿热, 解外感湿热火毒之邪, 又能养阴血。因此使肝火泻, 湿热清, 则诸症自解。

* 兰州军区解放军第一医院中医皮肤科 (730050)

益气活血醒脑方治疗中度血管性痴呆 79 例

沈世豪*

血管性痴呆 (Vascular Dementia, VD) 是由于缺血性或出血性卒中或缺血缺氧性脑损害引起的获得性智能障碍综合征, 以记忆、认知功能缺陷为主, 或伴有语言、视觉、空间技能及情感或人格障碍的获得性智能持续性损害的一种疾病, 是脑血管病后的主要并发症。血管性痴呆属于中医“呆病”、“痴病”、“善忘”等范畴。我们采用益气活血醒脑方辨证治疗中度血管性痴呆, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

160 例 VD 患者, 均为来自我中心 2006 年 10 月~2008 年 10 月的门诊及住院患者, 将其随机分为治疗组 79 例, 对照组 81 例。治疗组男 45 例, 女 34 例; 年龄 62~87 岁, 平均 (78.52 ± 8.23) 岁; 病程 2 个月~10 年; 文化程度: 文盲 6 例, 小学 30 例, 中学 38 例, 大学 5 例。对照组男 46 例, 女 35 例; 年龄 60~82 岁, 平均 (76.24 ± 7.13) 岁; 病程 1 个月~10 年; 文化程度: 文盲 5 例, 小学 34 例, 中学 38 例, 大学 4 例, 两组在性别、年龄、教育程度

等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

入选病例按 NINDS/AIREN1993 年制订的 VD 诊断标准^[1]作出 VD 的诊断, 通过简易智力状态检查量表和日常生活自理能力量表 (ADL) 等的检测, 筛选出中度 VD 患者作为研究对象。伴有意识障碍、谵妄、精神病、失语、或严重妨碍神经心理测试的感觉运动损害以及伴有解释全部记忆和认知缺损的系统性疾病或其他脑病 (如 AD) 均排除。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 采用益气活血醒脑方治疗, 药物组成: 黄芪、党参、当归、巴戟天、远志、淫羊藿、丹参、制附子、全蝎、水蛭、土鳖虫、熟地黄, 诸药加水煎煮取汁分装小袋, 每袋 125ml, 每日早晚服 1 次, 每次 1 袋, 3 个月为 1 个疗程, 连服 2 个疗程。

对照组: 给予服用哈伯因 0.1mg, 每日 2 次, 疗程同