

下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集本院 2007 年 8 月~2009 年 8 月 IBS 腹泻型门诊治疗患者,随机分为治疗组及对照组。治疗组 60 例,男 22 例,女 38 例,平均年龄(51.3±16.6)岁;对照组 60 例,男 25 例,女 35 例,平均年龄(50.2±17.1)岁。两组病程 2 个月~20 年。两组患者的一般资料经对比差异均无统计学意义($P<0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照国际罗马Ⅲ标准及《中医消化病诊疗指南》关于 IBS 腹泻为主型的诊断标准,经理化检查排除引起排便习惯改变的器质性疾病。

2 治疗方法

治疗组以自拟补脾止泻汤(蒲公英 30g,白花蛇舌草 15g,黄芪 30g,党参 15g,炒白术 10g,肉桂 10g,干姜 10g,半夏 10g,片姜黄 10g,茯苓 12g,陈皮 10g,山药 30g,炒扁豆 30g,砂仁 5g,丁香 6g,肉豆蔻 10g,赤石脂 30g,丹参 30g,川芎 10g,甘草 6g)为基础方,偏肝郁者加白芍 15g、防风 12g、木香 10g、枳壳 10g;脾肾阳虚者加乌梅 15g、黄连 6g、川椒 6g、细辛 3g、补骨脂 12g、炮附子 10g;脾胃湿热者加黄芩 10g、黄连 6g、石榴皮 15g、乌梅 15g、炮附子 10g、当归 10g、川椒 6g、细辛 3g。每日 1 剂,水煎分 3 次混匀后分 3 次口服,连服 4 周为 1 个疗程。对照组采用匹维溴胺 50mg,每日 3 次,思密达每次 3g,每日 3 次,米雅每次 80mg,每日 3 次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中医消化病诊疗指南》腹泻为主型 IBS,临床痊愈:临床症状、体征消失。显效:大便正常,腹痛与其他症状消失,短期无复发。有效:大便次数减少,腹痛与其他症状减轻。无效:症状未见改善。

3.2 治疗结果

治疗组临床痊愈 25 例,显效 22 例,有效 10 例,无效 3 例,总有效率 95.0%。对照组 60 例分别为 15 例、16

例、15 例、14 例、总有效率 76.7%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

IBS 腹泻型属于胃肠功能紊乱性疾病,不同于感染性腹泻和吸收不良综合征,又名“过敏性结肠炎”、“神经性结肠炎”、“激惹结肠”等。虽然腹泻,但不影响肠道吸收,患者往往并无体重下降、消瘦表现,个别患者反而肥胖,但大多伴有慢性胃炎。该病多由内伤情志,外感六淫,调养不当或禀赋不足等原因导致肝气郁滞,疏泄不利,肝脾不和,脾胃运化无权,升降失调,湿浊阻滞,肠道气机不畅,传导失司而发病。早期多属实证,女性多因郁怒伤肝,致肝郁气滞;男性多因饮食劳倦或内伤情志损伤脾胃。日久正气渐亏,发展为肝郁脾虚甚至脾肾阳虚等证。我们以参苓白术散为基础进行加味,四君平补脾胃之气,配以扁豆、薏苡仁、山药辅助白术、砂仁既可健脾,又能渗湿而止泻;黄芪补中益气,陈皮理气,二药提升下陷阳气,以求升清降浊,脾胃和调;肉桂、干姜、半夏、片姜黄、丁香、肉豆蔻温中行气,涩肠止泻;赤石脂涩肠止泻力强,蒲公英、白花蛇舌草清热解毒、消炎,川芎、丹参活血祛瘀、行气止痛,增加胃黏膜血流量,消除胃黏膜慢性炎症。若兼肝郁者痛泻药方(白术、白芍、防风、木香、枳壳)加味散肝疏脾、祛湿止泻;若脾肾阳虚者配以四神丸(乌梅、黄连、川椒、细辛、补骨脂、炮附子)加减,以温肾健脾,固涩止泻;脾胃湿热、寒热错杂、久泻不止者加乌梅丸(乌梅、黄芩、黄连、炮附子、当归、川椒、细辛、石榴皮)以清热燥湿,涩肠止泻。服药治疗同时还应注意情志、饮食、所处环境、生活规律的调节。西医对 IBS 尚缺乏特异性治疗,且容易复发,而中医药在此病的治疗上既能缓解肠道平滑肌痉挛,抑制肠道运动亢进状态,又能对抑制状态的肠道增加动力;对肠道吸收分泌功能也有双向调节作用,疗效好而且复发少,有着明显的优势。

1 中国人民解放军济南军区青岛第二疗养院(266071);

2 中国人民解放军 401 医院

益肾清淋方配合西药治疗Ⅲ型前列腺炎 65 例临床观察

尹国良* 熊前荣* 肖翠云* 朱庆伟* 张剑波* 刘新美*

慢性非细菌性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征(CAP/CPPS)是美国国立卫生研究院(NIH)所提出的前列腺炎分类方法中的Ⅲ型,是中青年男性常见病,约占慢性前列腺炎的 90%~95%^[1]。本病的致病因素复杂,病程长,易反复发作。临床上治疗方法虽多,但效果均不甚理想。我们自 2007 年 3 月~2009 年 3 月采用益肾清淋方配合坦索罗辛治疗 CAP/CPPS 患者 65 例,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男科门诊患者 123 例,年龄 19~50 岁,平均 32.5

岁,病程 3 个月~5 年,已婚 87 例,未婚 36 例。根据 NIH 的慢性前列腺炎症状评分(CPSI),9 分以下为轻度;10~18 分为中度;19 分以上为重度。本组 123 例,其中中度 57 例,重度 66 例,症状评分 10~36 分,平均 23.6 分。前列腺炎液检查 WBC7~29 个/HP(平均 18.3 个/HP),全部观察病例经前列腺炎液细菌培养(4 杯法)均为阴性。利用随机数字表将符合纳入标准的病例随机分成治疗组 65 例,对照组 58 例。治疗组与对照组年龄、婚姻状况、病程、病情程度、症状积分、前列腺炎白细胞计数(EPS-WBC)均无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

符合Ⅲ型前列腺炎的西医诊断标准,除外有神经源性膀胱、尿道狭窄、良性前列腺增生、前列腺癌、泌尿系感染、结核、结石等影响排尿的其他疾病的患者,严重的糖尿病、心血管疾病及肝肾功能不全者,精神病患者、炎性肠道疾病患者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组:益肾清淋方(由杜仲、续断、牛膝、马鞭草、路路通、刘寄奴、水蛭、石韦、车前草、川楝子、延胡索、木香、炙黄芪等组成)每日 1 剂,水煎取汁 300ml,分 2 次温服,连服 30 天为 1 个疗程。另同时服用坦索罗辛(哈乐)0.2mg,每天 1 次,口服,连服 30 天为 1 个疗程。

对照组:坦索罗辛(哈乐)0.2mg,每天 1 次,口服,连服 30 天为 1 个疗程。

2.2 观察指标

表 1 两组患者治疗前后 NIH-CPSI 评分及 EPS-WBC 计数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	疼痛与不适(分)	排尿症状(分)	生活质量(分)	总评分(分)	WBC 计数(个/HP)
治疗组	治疗前	65	10.49±3.53	6.73±2.91	8.77±2.31	25.99±6.30	16.30±10.17
	治疗后	65	5.72±3.47*△	3.97±2.35*△	3.63±2.31*△	13.32±5.97*△	9.73±4.57*△
对照组	治疗前	58	10.47±3.16	6.68±2.89	8.67±2.23	25.82±6.25	16.20±10.18
	治疗后	58	7.78±3.65*	4.33±2.49*	5.46±2.51*	17.57±5.53*	12.86±5.76*

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

表 2 两组患者疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	65	11(16.9)	50(76.9)	4(6.1)	61(93.8)
对照组	58	5(8.6)	40(69.0)	13(22.4)	45(77.6)

4 讨论

Ⅲ型前列腺炎的特点是骨盆区疼痛和不适、各种排尿异常和性功能异常,无明显感染迹象,前列腺液细菌培养阴性。由于其病因及发病机制的复杂性和症状的多样性,至今尚无明确而统一的治疗方案。综合治疗是治疗的主要原则,改善症状是治疗的主要目的。目前Ⅲ型前列腺炎的治疗方法较多,主要以肾上腺素能 α 受体阻滞剂和抗生素为主,但效果均不甚理想。Ⅲ型前列腺炎以病程长、骨盆区疼痛和不适为主要特点,符合中医久病必虚,久病必瘀的病理特征。由此,我们充分发挥中医学的特点,采用扶正祛邪、攻补兼施的法则,组成益肾清淋方,方中杜仲、续断、牛膝补益肝肾、活血行瘀;马鞭草、刘寄奴、路路通、水蛭活血止痛,利水逐瘀;石韦、车前草清热利尿通淋;延胡索、川楝子、木香行气疏肝止痛;黄芪益气利尿解毒。诸药合用共奏益肾活血行瘀、清热利湿通淋、行气疏肝止痛之功,既益气补肾而不留邪,又行瘀清利而不伤正,从而达到标本同治的目的。药理研究表明,活血

分别于治疗前、1 个疗程结束后对两组患者评价 NIH-CPSI,包括疼痛与不适,排尿症状,生活质量评分和总分 4 部分以及 EPS-WBC 计数,并观察不良反应发生情况。

2.3 疗效判定标准

按 NIH-CPSI 评分标准判定疗效:症状分值减少 <5 分者为无效,分值减少 5~15 分者为有效,分值减少 >15 分者为显效,总有效率为有效率与显效率之和。

3 治疗结果

表 1 示,两组治疗前后与治疗前比较均有统计学差异,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$),主要表现在改善患者的疼痛与不适方面治疗组优势明显。两组都能有效降低前列腺液白细胞计数,而且治疗组较对照组效果明显。表 2 示,治疗组显效率、总有效率均较对照组有统计学差异($P<0.05$)。

化瘀药可改善前列腺微循环,促进药物渗透腺壁及弥散,促进炎症分泌物吸收,清除炎症反应,从而减轻前列腺充血、水肿,促进腺管通畅,对改善患者的疼痛症状效果明显。大量临床报道证实,运用活血化瘀中药治疗慢性前列腺炎,确能提高临床疗效^[2]。补益脾肾药能提高机体免疫,增强网状内皮系统吞噬功能,促进炎症吸收^[3],防止病情反复。 α 受体阻滞剂用于治疗Ⅲ型前列腺炎正日益受到关注,因其能缓解肌肉紧张和痉挛,松弛前列腺和膀胱颈部的平滑肌,保持正常的尿流率,从而改善下尿路症状和疼痛^[4],尤其能有效改善尿频、尿急等排尿症状。

参考文献

- [1]郭应禄,李红军.前列腺炎[M].2版.北京:人民军医出版社,2007:63-134.
- [2]尹国良,熊才良,梅梅,等.淋尔清合剂治疗慢性前列腺炎的临床研究[J].湖北中医杂志,2001,23(12):5.
- [3]尹国良,刘旭生.黄春林治疗前列腺炎经验[J].中医杂志,2001,42(1):19.
- [4]孔良,白强,黄铁晨,等. α -受体阻滞剂和抗抑郁药联合治疗Ⅲ型前列腺炎[J].中国男科学杂志,2008,22(6):44-45.

* 湖北省鄂州市中心医院(436000)