

两组均常规使用兰索拉唑汤溶片 30mg 口服, 1 次/日, 2 个月为 1 个疗程; 幽门螺杆菌(HP)阳性者加用果胶铋胶囊 100mg, 口服, 3 次/日, 盐酸左氧氟沙星片 0.2g 口服, 3 次/日, 阿莫西林胶囊(过敏者停用)1.0g 口服, 2 次/日, 维持 1 周。治疗组在此治疗基础上予自拟连蒲乌贝白及汤, 药物组成: 黄连 6g, 吴茱萸 3g, 蒲公英 15g, 乌贼骨 20g, 浙贝母 15g, 白及 15g, 八月札 12g, 瓦楞子(先煎) 25g。口苦便秘加制大黄、厚朴、黄芩、枳实; 脾虚便溏加茯苓、焦白术、砂仁; 气逆噎气或呕恶加旋覆花、代赭石、姜竹茹、豆蔻、沉香; 气滞腹胀加柴胡、枳壳、木香、延胡索; 湿热者加苍术、姜半夏; 阴虚者加沙参、麦冬、石斛、百合; 血瘀者加丹参、延胡索、没药; 镜下出血者加地榆炭、藕节炭、仙鹤草等。每日 1 剂, 2 个月为 1 个疗程。

1.3 疗效标准

治愈: 2 个月内诸症悉除, 胃镜复检溃疡疤痕或未见溃疡; 显效: 2 个月内症状明显好转, 且胃镜检查溃疡直径缩小 0.2cm 以上; 无效: 2 个月内胃镜检查无明显好转或治疗过程中又有新溃疡发作; 复发: 愈后 10 个月胃镜复检发现溃疡。

2 治疗结果

对照组: 治愈 37 例(72.5%), 显效 6 例(11.8%), 无效 8 例(15.7%), 治愈的 37 例患者停药后 10 个月胃镜复检, 复发 12 例(32.4%), 平均症状消除时间 18 天; 治疗组: 治愈 47 例(92.1%), 显效 3 例(5.9%), 无效 1 例(2.0%), 治愈的 47 例患者停药后 10 个月胃镜复检复发 6 例(12.8%), 平均症状消除时间 10 天。两组疗效比较具有统计学差异($P < 0.05$)。

3 典型病例

李某, 女性, 31 岁, 2007 年 3 月 31 日初诊, 上腹隐痛, 夜则加剧半年, 伴嘈杂噎气, 食后脘胀, 口苦便溏, 间歇自服胃康胶囊、雷尼替丁胶囊等, 症状时作时止, 平素嗜辣, 喜虑易郁。查体: 神可, 心肺无殊, 腹平软, 胃脘及偏右侧压之隐痛, 无压痛与反跳痛, 胆囊及阑尾点无压痛, 舌淡胖边有齿痕, 苔厚黄腻, 脉濡细。血生化及 B 超肝胆脾胰肾正常, 胃镜示: 十二指肠前壁侧可见一约 1.0cm×1.0cm 大小溃疡, 底平, 覆白苔, 周围充血水肿, 质软, 胃窦红白相间, 以红为主, 呈花斑样改变, HP 阳性。证属脾虚肝郁、湿热中阻之胃脘痛。嘱其注意节制饮食、调畅情志, 先予兰索拉唑肠溶片、果胶铋胶囊、盐酸左氧氟沙星片、阿莫西林胶囊常规四联抗 HP 治疗 1 周, 同时以黄连 3g、蒲公英 15g、炒黄芩 15g 清除中焦蕴热, 苍术 15g、茯苓 15g、砂仁(后下)6g 祛湿健脾助运, 使湿去热无

所依; 吴茱萸 3g 既抗溃疡, 又协八月札 12g、旋覆花(包煎)15g 疏肝降逆、调和气机; 浙贝母 15g、瓦楞子(先煎) 25g 化湿散结消瘀, 合收涩止血之乌贼骨 20g, 共奏制酸止痛之功, 加白及 15g 托毒生肌, 助乌贼骨谨防溃疡出血之虞。7 剂后, 腹痛顿除, 余症已减, 苔薄黄腻。复以前方去苍术加炒白芍 15g 柔肝和营, 以守胃喜润恶燥, 防燥药伤阴、热后伤津, 7 剂后诸症悉除, 遂更前方去砂仁、黄芩, 以免温燥伤津、苦寒折胃; 续以白术 15g 益气健脾固本, 没药 6g 活血化瘀、托毒生肌, 与白及同用活血止血、收涩敛疮, 力促溃疡愈合。

4 讨论

十二指肠溃疡中医学多属“胃脘痛”、“胃脘痛”、“腹痛”等范畴,《东垣试效方·心胃及腹中诸痛门》曰:“夫心胃痛及腹中诸痛, 皆因劳役过甚, 饮食失节, 中气不足, 寒邪乘虚而入客之, 故卒然而作大痛。”临证研究, 从身心统一的整体观, 辨证施治、标本兼治的治疗观着手, 究其因, 不外乎虚、热、瘀、阻, 而素体脾虚为其本, 气滞、湿阻为其因, 久则气病及血、蕴(郁)而化热、热腐肉溃, 终致痼疾; 寒热错杂、虚实并见为其基本病理现象。笔者在临证中注重宣教生活起居、饮食情志的调摄, 加强锻炼, 四肢运动以利于健脾的同时以自拟连蒲乌贝白及汤, 用黄连取《珍珠囊》“其用有六:……去中焦湿热, 二也; 诸疮必用, 三也;……止中部见血, 六也。”伍《本草新编》“蒲公英泻胃火之药, 其气甚平, 泻火而不损土, 长期久服而无妨, 凡系阴阳火起, 俱可大剂服之。”二者相配调厚胃肠, 解食毒、散滞气、化热毒, 消恶肿痈疡; 浙贝母《名医别录》云:“疗腹中结实, 心下满……。”《本经逢源》称“浙产者治疔瘰, 喉痹, 乳难, 金疮, 风痉, 一切痈疡。”与乌贼骨俗称“乌贝散”, 加瓦楞子以增制酸止痛、收涩散结敛疮之功; 八月札调气散结, 疏利中枢, 善消恶肿; 少入吴茱萸, 既制黄连、蒲公英苦寒折胃, 又以疏肝下气和中, 正寓《本草经疏》“凡脾胃之气, 喜温而恶寒, 寒则中气不能运化, 或为冷实不消, 或为腹内绞痛, 或寒痰停积, 以致气逆发咳, 五脏不利。吴茱萸辛温暖脾胃而散寒邪, 则中自温, 气自下, 而诸证悉除。”《神农本草经》誉白及“主痈肿恶疮败疽, 伤阴死肌, 胃中邪气, 贼风……痼缓不收。”全方组合, 黄连、蒲公英苦寒以泻热, 八月札、吴茱萸辛开理气以散结, 白及、瓦楞子和乌贝散收涩制酸、托毒生肌以敛疮; 诸药合用, 辛开苦降, 收涩散结, 寒热并用, 调畅气机, 本着胃以通为用、以降为顺, 随证加减, 顾护脾胃。

* 浙江省浦江县人民医院(322200)

清热通淋活血导滞法治疗慢性前列腺炎 44 例

易 竞 阳*

慢性前列腺炎(Chronic prostatitis, CP)是男性的常见病, 据推测超过 50% 的男性在其一生中可能曾患过 CP, 是成年男性的常见病多发病。其临床特点是发病缓慢、病情顽固、缠绵难愈, 反复发作。为了探索慢性前列

腺炎患者中医辨证施治的规律, 针对 CP 临床表现特点, 选用清热通淋活血导滞法治疗 CP, 并进行系统临床疗效观察研究。

1 一般材料

1.1 临床资料

88 例均为 2006 年 3 月~2009 年 6 月我院男科门诊属于 CP 湿热血瘀患者。入选患者按时间顺序随机分为治疗组和对照组各 44 例,治疗组患者年龄 21~49 岁,平均 31.6 岁,病程 3~14 个月,平均 4.8 个月;对照组患者年龄 20~48 岁,平均 31.2 岁,病程 3~15 个月,平均 4.9 个月。两组患者在年龄和病程等方面比较,无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准、中医证候诊断标准、纳入标准、排除标准、观测指标、疗效评价等均依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]制定。

西医诊断标准:①症状:一为下尿路刺激症状,二为炎性反应或反射性疼痛症状。表现为不同程度的尿频、尿急、尿痛,尿不尽感,尿道灼热,于晨起、尿末或大便时尿道偶有少量白色分泌物流出,会阴部、外生殖器区、下腹部、耻骨上区、腰骶及肛门周围坠胀、疼痛。②前列腺触诊:质地:腺体饱满,或软硬不均,或有炎性结节,或质地较韧。压痛:可有局限性压痛。大小:可增大、正常或缩小。③前列腺液(EPS)镜检:WBC ≥ 10 个/HP;卵磷脂小体减少或消失。④精液检查:若前列腺液不能取得时,可取精液检查。但以镜检为准,白细胞计数 $>1\times 10^6$ /ml 为异常。⑤EPS 细菌培养:细菌培养阳性,结合有尿路感染史、反复细菌培养为同一致病菌者,可诊断为细菌性前列腺炎;细菌培养阴性者诊断为非细菌性前列腺炎。⑥Stamey 四杯法试验:住院患者应行 Stamey 四杯法试验以确诊慢性前列腺炎并鉴细菌性和非细菌性前列腺炎。根据 EPS 或 VB3 和 VB1 比较,至少有 1 个对数以上的差别者可诊断为前列腺炎。VB1 的菌数比 VB3 多时可考虑是前尿道的感染,VB1 和 VB3 菌数均少者,以 EPS 结果确诊。EPS 取不到时,将 VB3 的结果乘以 100,即为 EPS 值。⑦超声波检查:声像图明显异常:表现为前列腺大小正常或缩小,内部回声强弱不均,可见增强的光斑及结节回声,被膜回声增强、增厚、粗糙;声像图轻度异常:表现为前列腺大小正常或稍增大,其内部回声稍强或稍弱,被膜回声欠清晰。凡具备①和②、③中任何 1 项即可确诊。④、⑤、⑥、⑦项需要时可选做。

中医证候诊断标准:①湿热下注证。主症:尿频,尿急,尿痛。次症:尿道灼热,尿道白浊,阴囊潮湿,尿后滴沥,舌红苔黄或黄腻,脉滑。具备主症 2 项及次症 2 项者,即辨证成立。②气滞血瘀证。主症:会阴部,外生殖器区、下腹部、耻骨上区、腰骶及肛门周围坠胀,或以上部位疼痛。次症:尿后滴沥,尿刺痛,舌质黯或有瘀点瘀斑、脉弦或涩。具备主症 1 项及次症 2 项者,即辨证成立。

1.3 纳入标准

①符合西医诊断标准。②符合中医证候诊断标准。③根据各期临床试验目的以及本病特点,确定受试年龄范围。④签署知情同意书。

1.4 排除标准

①急性前列腺炎。②良性前列腺增生症、前列腺癌、

神经源性膀胱、尿道畸形或狭窄及严重神经官能症。③以局部疼痛为主要表现的患者,应注意排除下腹、会阴、腰骶等部位的其他病变。④合并有心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病,过敏体质或对多种药物过敏者。⑤无法合作者,如精神病患者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组:自拟通淋导滞汤(黄柏、栀子、石韦、土茯苓、败酱草、王不留行、牡丹皮、赤芍、柴胡、枳壳、桃仁、红花、水蛭、橘核、泽兰、川楝子、山药、生甘草),每日 1 剂,水煎服,每次 150ml,每日 3 次,服药期间忌饮酒和辛辣之品。连服 2 个月为 1 个疗程。对照组:前列解毒胶囊,口服,每次 4 粒,每天 2 次;加服氧氟沙星胶囊,每次 200mg,每日 2 次。连服 2 个月为 1 个疗程。

2.2 疗效标准

2.2.1 疾病疗效判定标准 ①临床控制:临床症状积分减少 $\geq 95\%$,前列腺压痛消失,质地正常或接近正常,EPS 检查连续 2 次以上正常。②显效:临床症状积分减少 $\geq 60\%$,②前列腺压痛及质地均有明显改善,③EPS 检查连续 2 次以上 WBC 计数较治疗前减少 $\geq 60\%$ 。③有效:临床症状积分减少 $\geq 30\%$,前列腺压痛及质地均有所改善,EPS 检查连续 2 次以上 WBC 计数较治疗前减少 $\geq 30\%$ 。④无效:临床症状积分减少 $<30\%$ 或无变化,列腺压痛及质地均无改善,EPS 检查连续 2 次以上 WBC 计数较治疗前减少 $<30\%$ 或无变化。

2.2.2 证候疗效判定标准 ①临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ 。②显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 60\%$ 。③有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 。④无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $<30\%$ 。计算公式为:〔(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分〕 $\times 100\%$ 。

2.2.3 症状指标 目前世界公认的美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数评分标准(NIH-CP-SI)对患者治疗前后的症状进行评分,计算出症状疗效指数进行疗效评价。

2.2.4 实验室指标 疗前后各进行 1 次前列腺液常规检查(EPS),观察前列腺液的 WBC 和卵磷脂小体数量的变化,并进行量化评分。

2.3 安全性评价

治疗前后各查 1 次血、尿、大便常规及肝、肾功能。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行处理。所得计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。计数资料用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 临床疗效比较

治疗组 44 例,临床痊愈 12 例,显效 13 例,有效 13 例,无效 6 例,总有效率 86.36%;对照组 44 例,临床痊愈 4 例,显效 10 例,有效 16 例,无效 14 例,总有效率 68.18%。治疗组和对照组临床疗效总有效率有显著差

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