

918 例慢性前列腺炎患者 EPS 检查与中医辨证的关系

李海松 韩富强

(北京中医药大学东直门医院 北京 100700)

摘要:目的:探讨慢性前列腺炎患者前列腺液中白细胞计数与中医辨证分型间的关系。方法:收集门诊病例 918 例,对患者进行辨证分型,同时记录前列腺液中白细胞计数情况,分析两者之间关系。结果:慢性前列腺炎患者前列腺液中白细胞计数在四个证型中分布有较大区别,但根据回归分析白细胞数由≤10/HPF 变化为>10/HPF,与湿热下注证呈负相关,与气滞血瘀证、肝肾阴虚证和肾阳虚证呈正相关。结论:前列腺液中白细胞计数对于中医证型辨证的价值不大,只能是中医证型判别手段的补充、参考。

关键词:慢性前列腺炎;中医辨证;EPS;白细胞计数

中图分类号:R 711.33 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2007)06-0032-02

慢性前列腺炎(Chronic Prostatitis, CP)属于中医“精浊”的范畴,是以排尿刺激症状和膀胱生殖区疼痛为主要表现的临床综合征,是成年男性的常见病,估计在全世界男性中的患病率为 9%~14%^[1],多发于 20~50 岁。在我国,有资料显示病理发病率为 24.3%^[2],严重影响患者生活质量。中医药治疗有一定优势,有学者提出“辨精论治、微观辨证”等理论,有人依据前列腺液(EPS)中白细胞(WBC)数量将慢性前列腺炎分为四型或五型,但因与传统中医理论有所抵触,引起不少争议,其中依据前列腺液生化检查结果判断证型争议最多。为探讨慢性前列腺炎患者前列腺液中白细胞计数与中医辨证分型间的关系,特对我院门诊的 918 例慢性前列腺炎患者进行了调查。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择东直门医院中医男科门诊 2006 年 10 月~2007 年 4 月患者 918 例,均符合 CP 西医诊断标准。年龄 20~50 岁,20~29 岁 449 例,占 48.91%,其中气滞血瘀证 417 例,占 92.87%,湿热下注证 344 例,占 76.61%,肝肾阴虚证 54 例,占 12.03%,肾阳虚证 73 例,占 16.26%;30~39 岁 335 例,占 36.49%,其中气滞血瘀证 303 例,占 90.45%,湿热下注证 246 例,占 73.43%,肝肾阴虚证 46 例,占 13.73%,肾阳虚证 77 例,占 22.98%;40~50 岁 134 例,占 14.60%,其中气滞血瘀证 104 例,占 77.61%,湿热下注证 90 例,占 67.16%,肝肾阴虚证 25 例,占 18.66%,肾阳虚证 57 例,占 42.54%。

1.2 方法 制定病例观察表,收集每个慢性前列腺炎患者的症状及其舌脉,根据《中药新药临床研究指导原则》(1997 版)中慢性前列腺炎^[3]的中医辨证标准辨证分型,统计各证型的分布频率。同时收集患者的年龄、EPS 中 WBC 计数(≤10/HPF 或>10/HPF),整理成表。调查数据用 SAS6.12 进行统计。

2 结果

2.1 中医证型分布频率 此次调查共收集病例 918 例,其中被诊断为湿热下注证+气滞血瘀证者 460 例(50.11%),湿热下注证+气滞血瘀证+肾阳虚证者 73 例(7.95%),湿热下注证 37 例(4.03%),湿热下注证+气滞血瘀证+肝肾阴虚证者 94 例(10.24%),气滞血瘀证+肾阳虚证者 82 例(8.93%),湿热下注证+肾阳虚证者 9 例(0.98%),气滞血瘀证者 90 例

(9.80%),湿热下注证+肝肾阴虚证者 6 例(0.65%),气滞血瘀证+肝肾阴虚证者 24 例(2.61%),肾阳虚证者 42 例(4.58%),湿热下注证+气滞血瘀+湿热下注证+肾阳虚证 1 例(0.11%)。见表 1。

表 1 918 例患者中医辨证结果 例		
中医证型	n	出现频率(%)
A+B	460	50.11
A+B+D	73	7.95
A	37	4.03
A+B+C	94	10.24
B+D	82	8.93
A+D	9	0.98
B	90	9.80
A+C	6	0.65
B+C	24	2.61
D	42	4.58
A+B+C+D	1	0.11
合计	918	100.01

注:A、湿热下注证,B、气滞血瘀证,C、肝肾阴虚证,D、肾阳虚证。

对中医证型及组合的出现频率进行统计发现,A 680 例,占 74.07%;B 824 例,占 89.76%;C 125 例,占 13.62%;D 207 例,占 22.55%。其中二证兼见者:A+B 460 例(50.11%),A+C 6 例(0.65%),A+D 9 例(0.98%),B+C 24 例(2.61%),B+D 82 例(8.93%)。三证兼见者中,A+B+C 94 例(10.24%),A+B+D 73 例(7.95%)。可见,CP 以湿热下注证、气滞血瘀证为主,且二证多合并出现;肾阳虚证、肝肾阴虚证比较少见,多为兼夹证。说明 CP 患者以湿浊、瘀血等邪实为主。

2.2 EPS 检查与证型 见表 2。

表 2 918 例患者 EPS 检查结果 例(%)				
WBC	湿热下注证	气滞血瘀证	肝肾阴虚证	肾阳虚证
≤10/HPF	563 (82.79)	708 (85.92)	115 (92.00)	188 (90.82)
>10/HPF	117 (17.20)	116 (14.08)	10 (8.00)	19 (9.18)

为明确生化检查结果与中医各证型间的关系,进行 Logistic 逐步回归分析。设 EPS 中 WBC 计数为 Y,取值分别为 1(WBC>10/HPF)、0(WBC≤10/HPF);各中医证型为 X,湿热下注型为 X1,气滞血瘀证型为 X2,肝肾阴虚型为 X3,肾阳虚型为 X4,各有是(1)否(0)两个水平。将各组数据录入,计算得以下结果。 $\chi^2=17.685$,Score 检验的 $P=0.0001$,模型引入有效。见表 3。

[7]Takayuki Asao, Hiroyuki Kuwano, Jun-ichi Nakamura, et al. Use of a Mattress Suture to Eliminate Dog Ears in Double-Stapled and Triple-Stapled Anastomoses[J]. Dis Colon Rectum,2002, 45(1): 137~139

(收稿日期: 2007-07-10)

[5]Griggen FD ,Knight CD. Results of the double stapling procedure in pelvic sursey[J].World sung,1992,16: 866~871

[6]邱辉忠,戚勇,桑新亭,等.应用双吻合器技术治疗直肠癌 120 例分析[J].中华普通外科杂志,1999, 14(4): 245~247

米非司酮治疗更年期功血的临床观察

方菁

(江西省南昌市第三医院 南昌 330009)

摘要:目的:观察小剂量米非司酮治疗更年期功血的疗效。方法:将 100 例更年期功血保守治疗的患者随机分为 2 组,I 组即在诊刮术后口服米非司酮 10mg,每日 1 次,服 1 个月 after 改服 5mg,每日 1 次,再连服 2 个月。II 组于诊刮术后服用妇康片 2.5 mg,8 h 1 次,止血后改为 2.5 mg,12h 1 次,3d 后减至维持量 2.5mg,每日 1 次,连服 20d 停药,之后每月月经第 5 天给予维持量 2.5mg,每日 1 次,连服 20d,共服药 3 个月,于治疗前及治疗后了解患者的止血效果、诱导闭经、贫血改善等情况。结果:I 组用药方法简单,无突破性出血,且有大多数人进入绝经期无复发,头晕、贫血大有好转;II 组治疗更年期功血效果肯定,但用药方法繁琐,且治疗过程中可出现突破性出血,易复发。结论:米非司酮是治疗更年期功血较为理想的药物。

关键词:米非司酮;更年期功血;诊刮术

中图分类号:R 711.75

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0033-02

更年期功能失调性子宫出血(简称功血),是指在更年期的妇女因卵巢功能逐渐减退,不能正常排卵引起的而非生殖

内膜切除或子宫切除,患者难以接受。我们对 50 例更年期功血患者应用小剂量米非司酮,治疗效果显著。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2004 年 10 月~2006 年 11 月在我院妇科门诊临床确诊为更年期功血患者 100 例,既往无心血管疾病等,酿湿生热,蕴结下焦,瘀阻精窍,故以实证为主。随着年龄的增长,肾精渐衰,这是正常的生理现象,反映在本病中即为虚实夹杂。因此,在临证治疗时应考虑患者的年龄特征,兼顾标本,辨别虚实。

3.2 EPS 中 WBC 数量与中医辨证 从调查来看,慢性前列腺炎患者前列腺液中白细胞计数在四个证型中分布有较大区别,如在湿热下注证和气滞血瘀证中白细胞数 >10/HPF 分别为 17.20%和 14.08%,而在后两者中均低于 10%。依据 EPS 中 WBC 数量进行中医辨证似有较大可行性。

然而根据回归分析结果,可以看出白细胞数由≤10/HPF 变化为 >10/HPF,与湿热下注证负相关,标准回归系数为 -0.163622<0,OR 值为 0.508<1;与气滞血瘀证、肝肾阴虚证和肾阳虚证正相关,其标准回归系数均大于 0,OR 值均大于 1。这与张氏和常氏的经验有所不同。这可能与以下几种因素相关:(1)患者多以兼挟证型出现,其体征和生化检查结果可以认为是多种证型的综合结果。而 Logistic 逐步回归分析有助于排除各个因素间的相互作用,得出的结果更具有甄别意义。(2)白细胞数 >10/HPF 对某些证型确实有提示意义,但特征性不强,从逐步回归分析结果可以看出后三个证型的标准回归系数和 OR 值区别不大。(3)调查病例数仍然较少,需要继续积累。

总之,中医证候的概念寓意较深,信息量较大,其主要特征为定性描述和动态变化,其复杂性、模糊性和不确定性较为明显,很难从微观的角度寻找诊断某一证候的实验指标。本研究进一步证实,部分实验室指标对于中医证型诊断的价值不大,只能是中医证型判别手段的补充或参考。

参考文献

[1]张子扬,彭煜,孙凌云,等.中西医结合治疗慢性前列腺炎 30 例[J].上海中医药杂志,2001,35(4):36~37
[2]胡志萍,龚光明,王旺胜.常德贵治疗慢性前列腺炎经验[J].四川中医,2005,23(5):4~5
[3]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.50

(收稿日期:2007-07-10)

3 讨论

近年不少男科专家依据经验提出“辨精论治”、“微观辨证”等理论,丰富了临床理论。其中不少医家将白细胞数纳入辨证体系。如张氏等^[1]将本病分 4 型:(1)湿热型:EPS 脓细胞多;(2)血瘀型:EPS 脓细胞少;(3)脾气虚型:EPS 脓细胞少;(4)肾阴虚型:EPS 卵磷脂小体明显减少。常氏^[2]则分 5 型论治:(1)湿热下注型:白细胞(+~++)或有脓细胞;(2)气滞血瘀型:白细胞(+~++),卵磷脂小体减少;(3)肺脾气虚型:白细胞基本正常,卵磷脂小体减少;(4)阴虚火旺型:白细胞基本正常,卵磷脂小体减少;(5)气虚湿热型:白细胞(+~++),卵磷脂小体减少,前列腺液培养阴性。从上可以看出所有医家各自临床经验有所不同。现在临床中应用的国家标准有国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]和《中药新药临床研究指导原则》均未将前列腺液中白细胞计数纳入慢性前列腺炎诊断标准。可见这种理论未得到大多数医生的认可,本次流行病学调查有助于检验这种理论。

3.1 CP 证型分布 CP 临床证型十分繁杂,绝大多数是复合证型,即由两种或两种以上基本证型构成。从基本证型的统计看,气滞血瘀 824 例,占 89.76%;湿热下注 680 例,占 74.07%,是临床最常见证型,肾阳虚和肝肾阴虚较为少见。出现频率最高的证型组合是湿热下注+气滞血瘀(50.11%),一部分患者再以三证夹杂,湿热下注+气滞血瘀+肾阳虚(7.95%),湿热下注+气滞血瘀+肝肾阴虚(10.24%)。说明 CP 以肾虚为发病之本,多由于湿热下注,膀胱气化不利,湿浊黏腻,阻塞精道血脉,导致气滞血瘀,湿热瘀血为发病之标。湿热、瘀血、肾虚是其基本病机,因此,清利湿热,活血化瘀,兼以补肾温阳是治疗 CP 的大法。青年男性相火偏旺,所愿不遂或性生活不规律;或饮食不节,过嗜烟、酒及辛辣厚味