

中西医结合治疗慢性前列腺炎 72 例

乔黎焱 郭汉林 李晓阳
(陕西省西安市中医医院 西安 710001)

关键词:慢性前列腺炎;中西医结合疗法

中图分类号:R 711. 33

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0039-03

慢性前列腺炎是青壮年最常见的疾病,作为一种社会—心理—躯体疾病正日益受到重视。其病因不是单一的感染,或单纯的其他单一病因引起,而轻度症状到重度症状的患者存在 LOH。

1.6 排除标准 (1)确诊属观察病例范围,但有器质性疾病者;(2)合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病者;(3)严重糖尿病、脑脊髓损伤、前列腺癌行放疗或外科手术治疗及服用相关药物者;(4)不符合纳入标准者,或未按规定用药、无法判断疗效,或资料不全等影响观察和安全性判断者。

1.7 治疗方法 采用经验方仙阳雄风汤,药物组成:鹿角胶 24g,淫羊藿、熟地、锁阳、枸杞、党参、菟丝子、仙茅各 15g,巴戟天 12g,当归、桃仁、红花、川芎、郁金、丹参各 10g,蜈蚣 3 条,炙甘草 6g。每日 1 剂,每日 2 次,30 d 为 1 个疗程,治疗 3 个疗程。

1.8 观查项目 (1)迟发性睾丸功能减退症状调查评分;(2)血清睾酮(T)检测在我院检验中心采用美国伯乐 550 型酶标仪,美国进口酶联免疫吸附试剂盒进行,所有样本做双管,取其均值。

1.9 统计学处理 本观察数据均用 ($\bar{X} \pm S$) 表示,用自身对照 t 检验比较治疗前后的变化。

2 结果

患者服药 3 个月以后,其问卷调查总评分治疗前后有显著性差异($P < 0.05$);血清 T 值治疗后升高明显($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 治疗前后 SILOH 评分、T 值的比较 ($\bar{X} \pm S$)				
项目	治疗前	治疗后	t	P
SILOH 评分 / 分	18.59 $\pm$ 4.69	24.61 $\pm$ 5.18	2.7243	0.0139
T 值 /nmol•L ⁻¹	13.73 $\pm$ 2.88	18.90 $\pm$ 3.57	4.9047	0.0022

3 讨论

随着我国人口老龄化的加快,在未来的 20 年中,中国 60 岁以上的老年人将超过 1.2 亿,老龄人口的增加,尤其是老龄男子的增加会带来一系列老龄男子健康及生活质量方面新的问题。迟发性睾丸功能减退就是随着男子年龄增大而出现的性欲低下、阴茎勃起功能障碍等一系列临床症状、体征。目前对 LOH 的西医治疗主要是补充睾酮。但补充睾酮存有潜在的治疗风险:可能会引起前列腺癌、良性前列腺增生。而中医药在治疗 LOH 方面有其

是多重因素综合所致。既有外在病原体感染,又存在神经内分泌、精神心理、免疫反应异常、盆腔相关疾病引起慢性盆腔静脉充血,并且与患者的性格、优势:首先中医调节男性生殖功能有着广泛的药理基础;其次有双向调节等优点,其作用是多途径、多环节、多靶点的综合效应^[2];同时中医药治疗患者容易接受。

根据中医药的特点,我院总结多年临床经验,研制出经验方仙阳雄风汤治疗 LOH。该方由仙茅、锁阳、淫羊藿、菟丝子、鹿角胶、巴戟天、枸杞、熟地、当归、川芎、桃仁、红花、丹参、郁金、党参、蜈蚣、炙甘草组成。中医认为,肾阳为一身阳气之根本,内寄命门肾火。若先天禀赋不足;或恣情纵欲,房事不节,肾精亏耗,阴损及阳;或早婚、手淫所伤太过;或久病失养;或误用苦寒伤阳,致肾阳亏损,命门火衰,宗筋失于温养,作强不能。再者,阴茎之兴举,有赖足够的血液充养宗筋。若肝失疏泄,气郁日久;或跌仆外伤,损及阴部;或邻近部位手术外伤;或痰湿、湿热、寒邪、败精久留;或局部病损等,均可使瘀血阻滞脉络,血液运行不畅,宗筋失养,软而不举,从而导致性功能障碍。方中仙茅、淫羊藿、锁阳补肾阳为君药;菟丝子、鹿角胶、巴戟天补肾助阳,枸杞、熟地、当归滋阴益精以阴中求阳,党参、炙甘草补气健脾,生化气血,以为肾之源,辅助君药加强补肾阳,共为臣药;蜈蚣通瘀达络,走窜之力最强,能祛瘀起痿,当归、川芎、桃仁、红花、丹参、郁金活血通络止痛,协助君臣活血祛瘀、通络起痿,共为佐药;炙甘草调和诸药以为使药。全方具有主治肾阳亏虚兼血瘀型性功能障碍的功效。

本研究根据仙阳雄风汤治疗肾阳虚兼血瘀型阴茎勃起功能障碍的特点,对治疗前后血清指标中的 T 值进行测定,结果显示仙阳雄风汤能显著提高中老年男性患者的 SILOH 评分值、T 值,对中老年男性迟发性睾丸功能减退的症状有明显的改善作用。提示中医药治疗 LOH 有广泛的治疗前景。

参考文献

[1]李江源,李小鹰,李明,等.血清游离睾酮水平和睾酮分泌指数随年龄老化而降低[J].中华男科学杂志,2006,12(6):555-558

[2]曾金雄.中老年男子雄激素部分缺乏与中药可能干预途径的探讨[J].中国中医药信息杂志,2003,10(5):3-5

(收稿日期:2008-10-21)

生活方式也有很大关系。因此,慢性前列腺炎是具有各自独特病因、临床特点和结局的一组疾病组成的临床综合征,所以治疗比较棘手,难治愈、易复发、见效慢、疗程长。我们采用中医辨证、分期治疗,并针对性应用抗生素,取得满意效果。现报告如下:

1 对象与方法

1.1 对象 病例入选标准符合 1995 年美国国立卫生研究院(NIA)制定的慢性前列腺炎诊断标准:症状指数评分 ≥ 4 分,或前列腺按摩液(EPS)中WBC ≥ 10 个/HP。全部病例均符合“中华人民共和国中医药行业标准”中精浊的诊断标准。(1)临床表现:小腹、会阴及睾丸胀痛不适,尿频、尿急,排尿或大便时尿道常有白色分泌物溢出,伴神疲乏力、头晕、腰酸痛、性欲减退、遗精、早泄、阳痿、不育等;(2)直肠指检:前列腺肿大并压痛;(3)实验室检查EPS:WBC >10 个/HP,卵磷脂小体减少。排除标准:合并有其他急性疾病,尿道狭窄,前列腺肿瘤,心血管、脑、肝、肾和造血系统严重疾病,糖尿病、慢性腹泻以及未按规定用药,无法判断疗效者。两组病例均为 2001 年 3 月~2006 年 12 月我院男科门诊患者,符合以上标准。治疗组 72 例,年龄最小 19 岁,最大 55 岁,平均 32.5 岁,病程最短 3 个月,最长 11 年,II 型 15 例,III 40 例,IV 型 17 例;对照组 64 例,年龄最小 20 岁,最大 55 岁,平均 32 岁,病程最短 3 个月,最长 10 年,II 型 14 例,III 型 34 例,IV 型 16 例。

1.2 方法 治疗组初中期以清热解毒为主,辅以祛瘀排浊,佐以温阳散寒之品,防湿遏伤阳。经验方:瞿麦、石韦、滑石、败酱草、红藤、赤芍、丹参、肉桂。中后期治以祛瘀排浊为主,辅以清热解毒,佐以温通之品以助血行。以桂枝茯苓丸加丹参、红花,若阴囊潮湿加龙胆草、泽泻;会阴部下坠、隐痛不适加乌药、香附子、川楝子;腰膝酸软冷痛加韭子、补骨脂、杜仲;尿道口滴白加车前子、石菖蒲;尿频、小腹胀满、卵磷脂小体减少者多为脾虚肾亏,加党参、山药、芡实、益智仁;若 WBC >10 个/HP,证属湿热下注加苡仁、黄柏;有脓细胞或含大量卵磷脂小体的巨噬细胞加鱼腥草、益母草;前列腺萎缩、质韧,前列腺液量少或不易挤出者加穿山甲、王不留行;前列腺压痛明显加乳香、没药、延胡索。对照组用前列安栓(国药准字 Z10980066,每粒 2mg),每晚睡前解大便后取侧卧位将药物塞入肛门 3~4cm。两组患者凡属慢性细菌性者口服洛美沙星 0.3g,2 次/d,连用 6 周。所有病例均在治疗前 1 周内停用一切针对慢

性前列腺炎的药物及物理治疗,疗程结束后 1 周做门诊随访,EPS 检查并做 NIA-CPSI 症状评分评估。

1.3 疗效判定标准 临床近期治愈:症状消失(治疗后比治疗前评分减少 90%以上),前列腺触诊压痛消失,质地正常或接近正常,EPS 正常。显效:症状基本消失(治疗后比治疗前评分减少 60%~89%),前列腺触诊压痛和质地均有改善,EPS 检查 WBC 值较前减少 1/2 或 <15 个/HP。有效:症状减轻(治疗后比治疗前评分减少 30%~59%),前列腺触诊和 EPS 检查较前改善。无效:症状评分减少 29%以下或无变化,或加重,前列腺触诊及 EPS 检查无改善或加重。

2 结果

治疗时间最短 3 个月,最长 6 个月,结果见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)						
组别	n	临床近期治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	72	25(34.7)	30(41.7)	9(12.5)	8(11.1)	88.9
对照组	64	6(9.4)	15(23.4)	12(18.8)	31(48.4)	51.6

注:两组疗效经 χ^2 检验,治疗组有效率明显优于对照组, $P<0.01$,差异有显著意义。

3 讨论

中医学对本病的认识比较笼统,但对于病机的认识从以往偏重湿热转变为湿热瘀血并重。我们采用清热利湿、活血化瘀、补益脾肾相结合治疗本病取得较好效果,尤其是III型(慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征)疗效肯定,本组资料统计总有效率 88.9%。慢性前列腺炎早期以湿热为重,方中瞿麦、石韦、滑石清热,利湿,通淋;辅以败酱草、红藤清热,解毒,祛瘀;佐以肉桂温经散寒。若湿热证久治不愈常致热伤血脉,血热互结。因此在疾病中后期病因从偏重湿热之邪转变为湿热瘀血并重,清热利湿、活血化瘀则成为慢性前列腺炎辨证施治的基本法则。桂枝茯苓丸方中茯苓健脾利湿;赤芍、桃仁、丹皮、丹参、红花活血化瘀,止痛;桂枝温通经脉。现代研究认为清热解毒利湿之中药具有抗炎、抗病毒、抑菌等作用;活血化瘀类中药能增加前列腺组织血液灌流,改善血液循环,提高药物的渗透率,增加局部代谢产物的排泄,同时还能调节和提高人体免疫功能。另外,慢性前列腺炎病人以青壮年多见,肾气旺盛,正值性生活高峰期,房事过度,较易损伤肾精,加之长期应用清热解毒之中药和长期不规范应用抗生素,极易造成脾肾亏虚,因此,慢性前列腺炎是以脾肾亏虚为本,湿热瘀阻为标,标本兼顾,分期论治应贯穿该病治疗的全过程。

总之中药具有整体调节作用,不仅能缓解盆腔慢性充血、改善自觉症状、恢复自信能力、提高生活

复明片对青光眼术后视神经功能恢复的疗效观察

邓续旺¹ 袁灵梅¹ 贾洪亮²

(1 江西中医学院 2007 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 复明片; 青光眼术后; 视神经功能

中图分类号: R 775

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0041-02

我们在近几年临床工作中,应用复明片配合青光术后治疗,并取得一些临床经验。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所选 40 例 56 眼均为我院青光术后患者。其中男性 30 例, 女性 10 例; 年龄 40~75 岁, 平均年龄 57.5 岁; 原发性闭角型青光眼 37 例, 原发性开角型青光眼 3 例。

1.2 入选标准 患者均术前应用了 1~3 种降眼压药, 现已行抗青光眼手术治疗。目前视力: 光感~1.2。眼压: 2~15mmHg (眼压测量用 Goldmann 眼压计), 平均 (8.61 ± 3.66) mmHg。患者均用 Humphrey 自动视野计, 检测 2 次以上, 视野结果均存在不同程度的缺损, 视野范围: 管状 ~30°。青光眼诊断参照 1987 年全国青光眼学组所推荐的标准。排除标准: 合并有视网膜色素变性等眼部疾患及颅脑疾患者。

1.3 治疗方案 术后 1 周, 检查患者视力、视野、眼压, 眼部无明显术后并发症, 除眼部术后点抗生素滴眼液外, 未用其他治疗药物。给予复明片 1.5g, 3 次/d, 口服, 观察服药后视力、眼压、视野效果。

2 疗效观察

经复明片治疗后, 观察期最长达 6 个疗程, 最短 2 个疗程 (30d 为 1 个疗程)。

2.1 疗效标准 服药后, 患者视力能提高国际标准视力表 2 行以上者或由光感达到 0.02, 并视野有 5°~10° 改善者为显效; 视力仅提高 1 行或视野有 5°~10° 改善者为有效; 视力、视野无改善者为无效。

2.2 治疗结果 40 例 56 眼中显效 35 眼, 占 62.5%; 有效 12 眼, 占 21.4%; 无效 9 眼, 占 16.1%; 总有效率为 83.9%。

3 典型病案

夹某, 女, 68 岁, 退休工人, 因左眼视力下降并伴左眼球胀痛 2 年余, 在他院已确诊为慢性闭角型质量, 而且健脾益肾的中药可调节前列腺的功能, 活血化瘀、清热利湿之中药又可改善前列腺液和尿液的代谢, 提高尿流率, 增强患者的抗病能力, 抑制病原微生物的生长、繁殖, 减少复发。另外, 及时、规

青光眼, 经点用 1~2 种降压药物, 眼压未见下降, 并且视力进一步下降。于 2008 年 3 月在我院门诊以慢性闭角型青光眼收治入院。手术前视力为 0.1, 眼压为 26mmHg, 视野鼻侧象限性缺损, 鼻侧缺损范围达 30°。手术后第 10 天给予复明片治疗, 连服 2 个疗程后回院复查视力、视野和眼压, 复查视力为 0.3, 鼻侧视野缺损范围 15°, 眼压为 14mmHg。停药 1 星期后, 再继续服药 2 个疗程, 回院复查视力、视野和眼压, 视力为 0.4, 鼻侧视野缺损范围 15°, 眼压为 13mmHg。

4 讨论

青光眼不仅是眼科常见病、多发病, 而且是眼科急重症之一, 致盲率较高。其引起视力下降、视野缺损的病因是复杂的、多方面的, 并和全身疾病有着密切的关系, 尚有部分患者病因不明, 如属急性闭角型青光眼, 则发病急剧, 视力可数日内迅速下降, 甚至失明。目前普遍接受的有关青光眼视功能损害的机理主要有视神经纤维受压 (机械学说) 和视乳头的供血不足 (血管学说) 或两者联合作用所致。而视网膜神经节细胞 (retin ganlion cells RGCs) 的慢性进行性丢失是青光眼最主要的病理生理学特征。一般认为, 高眼压、缺血等原发性损伤因素首先引起敏感性视网膜神经节细胞的崩解死亡, 崩解产物致使躲过原发损伤的视网膜神经节细胞进入凋亡程序而最终丢失, 它是青光眼患者视神经病变进展的最主要因素。对于本病治疗目前主要是通过药物和手术控制眼压治疗及视神经药物保护治疗。但眼压控制稳定后由于长期高眼压, 视神经慢性缺血缺氧, 使轴索渐渐丢失, 引起视功能仍有继续下降发展的可能。随着对青光眼发病机理的深入研究, 视神经视网膜血液灌注被认为是青光眼视神经损害的最重要因素之一, 故改善视神经视网膜血流灌注并加强视神经保护越来越受重视。

中医学把视神经、包裹视神经的鞘膜及血管统范、合理、长疗程应用抗生素也是不可取代的重要治疗。所以, 目前对本病的治疗我们认为以中、西医结合, 取长补短, 常可获得满意效果。

(收稿日期: 2008-09-04)