

中医综合疗法治疗男性尿道炎后综合征 44 例临床观察

吴镛, 张天鹰, 孙慧

攀枝花市中西医结合医院中医男科, 四川 攀枝花 617000

[摘要] 目的: 观察中医综合疗法治疗男性尿道炎后综合征 (MPUS) 的临床疗效。方法: 将 88 例 MPUS 患者随机分为治疗组与对照组各 44 例。对照组采用西医常规对症处理。治疗组采用益气化瘀通淋汤口服及中药热熨神阙穴、少腹。疗程均为 4 周。观察尿道症状、会阴部症状及全身症状等改善情况。结果: 2 组治疗后尿道症状、会阴部症状、全身症状及总分均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 治疗组各项指标评分低于对照组, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。总有效率治疗组 100%, 对照组 77.3%, 治疗组优于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 益气化瘀通淋汤内服加中药热熨治疗 MPUS, 能减轻患者尿道症状、会阴部症状及全身症状, 临床疗效显著。

[关键词] 男性尿道炎后综合征 (MPUS); 益气化瘀通淋汤; 中药热熨

[中图分类号] R442.8 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0093-03

男性尿道炎后综合征 (MPUS) 是指淋病或非淋菌性尿道炎 (NGU), 经过多种抗菌药物治疗后已无尿道炎的临床及实验室客观依据, 但患者仍诉诸多症状和不适的综合征^[1]。主要临床表现为尿频、尿急, 性功能障碍以及患者精神不振, 失眠、健忘等症状。西医常规使用多种抗生素治疗, 但效果不佳, 成为临床上治疗难题之一^[2]。笔者采用益气化瘀通淋汤口服及中药热熨治疗本病取得了较好效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准^[1] 患者有尿道炎病史; 尿道炎经过治疗后病原体检测阴性; 尿液细菌检测阴性; 患者具有多种症状, 如尿道炎样症状、小腹部坠胀感、头晕、前列腺炎样症状、性欲降低以及精神症状等。

1.2 病例选择 符合上述诊断标准, 年龄 20~50 岁, 取得患者知情同意。并排除: 相关检测显示患者仍有病原体或者细菌, 仍被诊断为尿道炎或者前列腺炎者; 患者合并有其他严重疾病; 治疗期间不能坚持本研究用药者; 对大环内酯类药物过敏者禁用。

1.3 一般资料 选取本院 2011 年 7 月~2013 年 5 月收治的 MPUS 患者, 共 88 例, 随机分为治疗组与

对照组。治疗组 44 例, 年龄 23~47 岁, 平均 (36.8 ± 4.7) 岁; 病程 4~18 月, 平均 (6.4 ± 2.5) 月。对照组 44 例, 年龄 24~50 岁, 平均 (37.1 ± 5.2) 岁; 病程 3~16 月, 平均 (6.1 ± 2.9) 月。2 组患者一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 谷维素 20 mg, 每天 3 次, 口服; 维生素 B₁ 20 mg, 每天 3 次, 口服; 维生素 E 50 mg, 每天 3 次, 口服; 尿痛加盐酸黄酮哌酯 0.2 g, 每天 3 次, 口服; 精神症状明显者加多虑平 25 mg, 每天 3 次, 口服。

2.2 治疗组 益气化瘀通淋汤, 药物组成: 炒薏苡仁 30 g, 炒苍术、枸杞子、益母草、川牛膝、旱莲草各 15 g, 炒黄柏 10 g, 泽泻、淡竹叶各 12 g, 黄芪、山药各 20 g, 甘草 6 g。每天 1 剂, 常规水煎分 2 次服用。中药热熨, 药物组成: 黄柏、杜仲、艾叶、川芎 4 味打细粉, 取 250 g 同等量粗盐同炒, 以布包, 热熨神阙穴及少腹, 每次 30 min, 每天 1 次。连续使用 2 周。

[收稿日期] 2013-10-10

[作者简介] 吴镛 (1972-), 男, 副主任医师, 主要从事中西医结合泌尿科临床工作。

2组疗程均为4周。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 记录尿道症状(尿频、尿急、尿痛、排尿不尽)、会阴部症状(会阴及腹股沟区疼痛、睾丸疼痛、阴茎疼痛、下腹疼痛、股部麻木、下肢无力)及全身症状(失眠、记忆力减退、头痛、头晕)。无症状为0分,轻度为1分,中度为2分,重度为3分。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0软件处理数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]并结合临床制定:临床痊愈:症状基本缓解,尿路感染症状消失,症状、体征评分减少 $\geq 95\%$;显效:症状有明显改善,症状、体征评分减少 $\geq 75\%$;有效:40% < 症状、体征评分减少 < 75%;无效:临床症状及各项体征评分减少 $\leq 40\%$ 。

4.2 2组治疗前后症状、体征评分比较 见表1。2组治疗后尿道症状、会阴部症状、全身症状及总分均较治疗前下降($P < 0.05$),治疗组各项指标评分低于对照组,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后症状、体征评分比较($\bar{x} \pm s, n=44$) 分

组别	时间	尿道症状	会阴部症状	全身症状	总分
对照组	治疗前	4.82 ± 1.27	4.65 ± 1.58	3.94 ± 1.43	12.85 ± 3.56
	治疗后	2.56 ± 1.25	3.18 ± 1.43	2.81 ± 1.19	7.26 ± 2.35
治疗组	治疗前	4.87 ± 1.31	4.72 ± 1.75	4.04 ± 1.27	13.05 ± 3.73
	治疗后	1.39 ± 0.73	1.25 ± 0.84	1.15 ± 0.63	3.39 ± 1.05

与治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组100%,对照组77.3%,治疗组优于对照组,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	44	12	13	9	10	77.3
治疗组	44	23	15	6	0	100

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

MPUS是患者尿道炎临床表现消失后出现的与之相关的一系列多系统的临床表现,是皮肤科及泌尿科门诊常见疾病,其发病机制尚不明确,临床治疗效

果欠佳,严重影响患者的生活和工作。临床上没有显著的针对性检测指标,细菌学培养是目前诊断的金标准,但其灵敏度较低,且耗时长,检测过程复杂,并不适合基层医院应用^[4]。有学者认为该病往往与患者的恐惧心理和长期使用抗生素有关。恐惧、焦虑、抑郁等精神和心理因素往往是患者就诊的主要原因;尿道黏膜长期处于感染和非感染性刺激状态导致黏膜的炎性改变,引发刺激症状,而长期、大量、多品种使用抗生素,其代谢物对尿道黏膜造成刺激,这些原因一方面客观造成尿道的刺激症状,另一方面造成患者认为局部有“菌”长期存在的心理影响,从而导致患者反复就诊^[5]。

中医学认为本病的病因病机是患者房事不洁,感湿热邪毒,下注于下焦,邪热居于下焦,久之必伤阴血,加之长期反复使用清热利水之药,伤人体阴精正气,而正气受损则余邪难尽,缠绵难愈;病久不除,也易致心情压抑,阴血暗耗心血,出现肝气不疏、心神不定的症状;湿热久留不去,影响厥阴疏泄,导致血脉瘀阻,因而呈现余毒未尽、气(阳)阴两伤、血脉瘀阻的病机特点。治疗上除化湿通淋之外,更要注重益气养阴,化瘀通络^[6-7]。

益气化瘀通淋汤中以炒薏苡仁、炒苍术、炒黄柏、川牛膝四妙利尿通淋,苍术、黄柏、薏苡仁均炒制,意在减弱寒性伤阳之弊,增加化湿之效。泽泻和淡竹叶泄热通淋。益母草配川牛膝活血祛瘀,从而畅通血脉。黄芪、山药、甘草3味以健脾益气,脾健则水湿自行。枸杞子、旱莲草二味以补肾阴。诸药合用共奏益气养阴、活血通络、化湿通淋之功。热熨方中杜仲、艾叶温阳散寒,盐黄柏滋阴降相火,川芎活血行气止痛。神阙为任脉上的阳穴,“脐通五脏,真气往来之门也,故曰神阙”,能温阳救逆、利水固脱,通过热熨此穴及少腹,热力和药力直达病所,能起到温经、活血、止痛功能。

本组结果显示,与西医常规治疗比较,益气化瘀通淋汤内服和中药热熨治疗MPUS,能减轻患者尿道症状、会阴部症状及全身症状,改善患者生活质量,总有效率达100%,临床疗效颇为显著,值得推广使用。

[参考文献]

- [1] 赵天恩,刘清英.男性尿道炎后综合征的研究进展[J].中国皮肤性病学杂志,2002,16(4):277-279.

- [2] 黄广兰. 奥美拉唑三联疗法治疗尿道炎后综合征 72 例疗效观察[J]. 岭南皮肤性病科杂志, 2007, 14(4): 231-232.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 陈忠, 谢剑, 宫证. 男性尿道炎后综合征 126 例[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(4): 851-852.
- [5] 李振守, 李慧芳, 胡亚东, 等. 中西医结合治疗性病性尿道炎后尿道综合征 76 例临床分析[J]. 实用诊断与治疗杂志, 2007, 21(2): 42-43.
- [6] 王万春, 严张仁. 加味四逆散治疗淋病后及非淋菌性尿道炎后综合征 40 例疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(5): 604.
- [7] 罗建华. 中西医结合治疗淋病后综合征 83 例[J]. 中国临床医生杂志, 2005, 33(5): 391-393.
- (责任编辑: 马力)

中药灌肠联合山莨菪碱治疗急性胆绞痛临床观察

孙毅

杭州市余杭区良渚卫生服务中心, 浙江 杭州 311113

[摘要] 目的: 观察疏肝利胆中药灌肠联合山莨菪碱治疗急性胆绞痛的临床疗效。方法: 将急性胆绞痛患者 75 例随机分为 2 组, 观察组 40 例给予疏肝利胆中药灌肠联合山莨菪碱治疗, 对照组 35 例仅给予山莨菪碱治疗, 用药后 30 min 采用视觉模拟评分评价其疗效, 并观察起效时间。结果: 2 组用药后止痛疗效比较, 差异无显著意义 ($P > 0.05$)。观察组镇痛起效时间优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 疏肝利胆中药灌肠联合山莨菪碱可有效改善胆绞痛, 且起效快。

[关键词] 急性胆绞痛; 山莨菪碱; 疏肝利胆; 中医疗法

[中图分类号] R575.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0095-02

急性胆绞痛是普通外科常见临床急腹症之一, 是由于胆石症、胆囊炎等引起胆道括约肌痉挛收缩所致, 该病症发病急、病情重, 及时止痛是治疗关键环节之一^[1]。笔者采用疏肝利胆中药灌肠联合山莨菪碱治疗急性胆绞痛, 取得较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2012 年 7~12 月本中心诊治的急性胆绞痛患者 75 例, 随机分为 2 组, 观察组 40 例, 男 18 例, 女 12 例; 年龄 28~53 岁, 平均 (39.7 ± 7.1) 岁。对照组 35 例, 男 20 例, 女 15 例; 年龄 33~55 岁, 平均 (43.1 ± 6.7) 岁。2 组性别、年龄、病情程度经统计学处理, 差异均无显著性意义

($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择 既往有胆囊结石、胆囊炎病史, 突发右肩背部放射痛、恶心呕吐、发热, 无黄疸、神志不清等严重并发症, 1 h 内未使用其他镇痛药。排除妊娠、哺乳期妇女, 18 岁以下者, 冠心病、心肌炎或肝肾功能不全者。

2 治疗方法

2.1 观察组 在胆绞痛发作时, 给予山莨菪碱 100 mg, 即刻肌肉注射; 同时给予疏肝利胆中药复方, 处方: 柴胡、白芍各 20 g, 金钱草 50 g, 枳实、枳壳各 15 g, 郁金、大黄、延胡索各 10 g, 水煎, 取汁 250 mL 灌肠给药。

2.2 对照组 胆绞痛发作时, 仅给予山莨菪碱 100

[收稿日期] 2013-11-04

[作者简介] 孙毅 (1976-), 男, 主治医师, 主要从事普外科工作。