

中药方治疗慢性前列腺炎临床观察

张凯麟

天水市第一人民医院中医男科, 甘肃 天水 741000

[摘要] 目的: 观察自拟中药方加减方治疗慢性前列腺炎临床疗效。方法: 146例慢性前列腺炎患者, 随机分为观察组和对照组, 每组73例。对照组采用常规治疗方法, 左氧氟沙星, α 1-受体阻滞剂特拉唑嗪; 观察组在对照组治疗基础上加用自拟中药方治疗。1月为1疗程, 持续治疗2疗程。观察2组慢性前列腺炎患者前列腺液中白细胞计数(EPS-WBC), 慢性前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)及临床疗效。结果: 总有效率观察组90.41%, 对照组73.97%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组EPS-WBC计数及NIH-CPSI评分均显著下降, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后2组EPS-WBC计数、NIH-CPSI评分比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组EPS-WBC计数及NIH-CPSI评分均显著下降, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后2组EPS-WBC计数、NIH-CPSI评分比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 自拟中药方治疗慢性前列腺炎, 临床疗效显著, 可改善前列腺压痛等症状, 提高生活质量。

[关键词] 慢性前列腺炎; 中药方; 临床疗效

[中图分类号] R697+.33

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415(2016)03-0084-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.033

慢性前列腺炎(CP)是男科临床常见疾病之一, 以盆部疼痛伴不同程度排尿及性功能症状为主要临床表现的综合征, 常规的治疗为西医抗生素和受体阻滞剂的治疗, 但治疗效果不理想, 病情复发较为严重^[1]。笔者自拟中药方治疗慢性前列腺炎, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为2013年5月—2015年5月本院慢性前列腺炎患者, 共146例, 随机分为2组各73例。观察组年龄19~50岁, 平均(36.0±12.6)岁; 病程7月~4年, 平均(1.45±1.2)年。对照组年龄20~50岁, 平均(37.0±12.5)岁; 病程7月~4年, 平均(1.47±1.5)年。2组年龄、病程等方面比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 参照《现代前列腺病学》^[2]中对于慢性前列腺炎的诊断标准: ①症状: 主要表现为下尿路刺激症状以及炎性反应或反射性疼痛症状。存在不同程度的尿急、尿频、尿痛等; ②前列腺触诊。患者腺体质地饱满或呈现软硬不均, 局部按压有疼痛反应; ③前列腺液镜检; 前列腺液中白细

胞计数(EPS-WBC)≥10个/HP; ④细菌培养呈阴性。中医诊断标准: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]制定的诊断标准, 将患者分为湿热下注证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证、肾阳不足证。

1.3 纳入标准 均符合中西医对于慢性前列腺炎的诊断标准, 年龄20~60周岁, 在入院前2周内未服用过任何相关药物。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规药物治疗, 左氧氟沙星(北京紫竹药业有限公司生产)100 mg, 口服, 每天2次; α 1-受体阻滞剂特拉唑嗪(天津药业集团新郑股份有效公司)2 mg, 每晚1次, 1月为1疗程, 持续治疗2疗程, 并在治疗后随访1月。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用自拟中药方治疗, 处方: 当归、浙贝母、苦参、柴胡、枳实各10 g, 生黄芪20 g, 赤芍、路路通、酸枣仁、仙鹤草、百部、天花粉各15 g。湿热下注型, 加黄柏、薏苡仁、冬瓜仁; 气滞血瘀型, 加郁金、丹参、桃仁、川芎。水煎, 分早晚2次服用, 1月为1疗程, 持续治疗2疗程, 随访1月。

[收稿日期] 2015-08-23

[作者简介] 张凯麟(1962-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中医男科。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组CP患者EPS-WBC,慢性前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)^[4]及临床疗效。

3.2 统计学方法 运用SPSS13.0统计软件分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行t检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 临床治愈:临床症状,体征消失或基本消失,NIH-CPSI减少 $\geq 90\%$,EPS-WBC正常。显效:临床症状,体征明显改善,NIH-CPSI减少 $\geq 60\%$,EPS-WBC减少 $>60\%$ 。有效:临床症状,体征均有好转,NIH-CPSI减少 $\geq 30\%$,EPS-WBC $>30\%$ 。无效:中医临床症状,体征均无明显改善,甚或加重,NIH-CPSI减少 $<30\%$ 或无变化,EPS-WBC减少 $<30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组90.41%,对照组73.97%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	73	15	21	30	7	90.41 ^①
对照组	73	8	18	28	19	73.97

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组EPS-WBC计数及NIH-CPSI评分比较 见表2。治疗后2组EPS-WBC计数及NIH-CPSI评分均显著下降,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后2组EPS-WBC计数、NIH-CPSI评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组EPS-WBC计数及NIH-CPSI评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	EPS-WBC计数(个/HP)		NIH-CPSI评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	73	22.31 \pm 5.43	11.74 \pm 4.83 ^②	24.91 \pm 6.17	12.49 \pm 4.02 ^②
对照组	73	22.76 \pm 4.95	17.02 \pm 3.96 ^①	25.74 \pm 3.96	18.73 \pm 4.36 ^①

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

4.4 2组治疗前后疼痛评分及排尿评分比较 见表3。治疗后2组疼痛评分及排尿评分均显著下降,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后2组疼痛评分及排尿评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后疼痛评分及排尿评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	疼痛评分		排尿评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	73	9.71 \pm 2.64	2.65 \pm 1.52 ^②	3.17 \pm 1.57	1.62 \pm 1.22 ^②
对照组	73	10.20 \pm 2.79	3.38 \pm 1.97 ^①	3.46 \pm 1.66	2.28 \pm 1.34 ^①

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

5 讨论

慢性前列腺炎是男性生殖系统中的常见病,病因较为复杂,与病原体感染、神经内分泌失调、免疫学因素、精神心理因素、物理化学刺激及氧化应激因素等相关,在临床中具有发病缓慢、病程长及迁延难治的特点,因而对患者的身心影响较大^[5]。前列腺炎由于其较为特殊的解剖位置,其腺管细长且弯曲,开口处的口径细小且与尿道呈直角进入尿道,这种结构对于引流来说是较为不利的,且恰好适宜尿道微生物在此大量繁殖,导致前列腺炎的发生。此外,由于前列腺上皮有脂膜的存在,使得药物并不容易从血浆弥散到前列腺细胞中,使得常规治疗较为困难。近年来,随着人们生活水平的提高和生活习惯的改变,慢性前列腺炎的发病率也逐年上升,治疗过程复杂漫长。

慢性前列腺炎归属中医学淋浊、精浊范畴。常见的致病原因为忍精和感染。感染多因脾肺素虚、性交不洁、包皮过长等原因引起;忍精则因青壮年手淫、遗精、惊恐等而引起^[6]。临床表现为肛检前列腺肿大及前列腺的压痛明显等,易引起大便干结、尿频、尿急、尿痛、脉弦滑数、舌质黄腻等。慢性前列腺炎西医治疗以抗生素为主,但治疗效果并不显著。笔者在西医常规治疗基础上加用中药方治疗,临床疗效显著。中药方以清热利湿,行气止痛为主,方中当归活血止痛,苦参清利湿热,浙贝母散结消肿,柴胡疏肝解郁,枳实行气消结,丹参、桃仁化瘀行滞,路路通、冬瓜仁、天花粉、薏苡仁则清利湿热、消肿利尿,仙鹤草、花粉能够清热解毒抗感染,甘草调和诸药。全方共奏清热利湿,行气止痛之功。

本观察显示,采用自拟中药方治疗慢性前列腺炎临床总有效率观察组90.41%,对照组73.97%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组EPS-WBC计数及NIH-CPSI评分均显著下降,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后2组EPS-WBC计数、NIH-CPSI评分比较,

差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组EPS- WBC计数及NIH- CPSI评分均显著下降,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后2组EPS- WBC计数、NIH- CPSI评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。因此,中药方能够在最大程度上改善了患者前列腺压痛的症状,减轻患者疼痛,促进患者早日康复。

[参考文献]

[1] 施晓霞,张中,蒋聿瑛,等.慢性前列腺炎患者健康促进生活方式调查及影响因素分析[J].中国现代医生,2015,12(16):74-76.

- [2] 顾方六.现代前列腺病学[M].北京:人民军医出版社,2003:536,541.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [4] 武立新,梁朝朝,唐智国,等.前列腺液WBC计数与临床症状的相关分析[J].中华泌尿外科杂志,2006,27(3):194-196.
- [5] 夏同礼.现代泌尿病理学[M].北京:人民卫生出版社,2002:477-480.
- [6] 张畅,李琳,陈波,等.自拟湿热消汤治疗A型慢性前列腺炎的临床疗效观察及对前列腺液炎症因子的影响[J].中国中医药科技,2015,22(2):139-140.

(责任编辑:马力)

海藻消癭汤联合甲巯咪唑片治疗甲状腺功能亢进临床观察

王君俊

浙江普陀医院六横院区外科,浙江 舟山 316131

[摘要] 目的:观察海藻消癭汤联合甲巯咪唑治疗甲状腺功能亢进的临床疗效。方法:将80例甲状腺功能亢进患者,随机分为2组,对照组给予单纯甲巯咪唑治疗;实验组在对照组治疗基础上给予海藻消癭汤治疗。结果:2组治疗前证候积分比较,差异无统计学意义($P < 0.05$);治疗后2组证候积分均有下降,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后实验组证候积分低于对照组,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后证候总有效率实验组92.5%,对照组62.5%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后临床总有效率实验组92.5%,对照组70.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:甲巯咪唑联合海藻消癭汤治疗甲状腺功能亢进,疗效显著,安全性高。

[关键词] 甲状腺功能亢进;甲巯咪唑;海藻消癭汤

[中图分类号] R581.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2016)03-0086-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.034

甲状腺功能亢进症(简称甲亢)是临床多发疾病,尤其在目前生活节奏加快、压力大的情况下,其发病率逐年增高,多见于女性,起病缓慢,以20~40岁最多见^[1-2],是由于甲状腺本身或以外的各种因素导致四碘甲状腺原氨酸(T₄)和三碘甲状腺原氨酸(T₃)分泌异常增多,造成机体各系统的兴奋性增高和新陈代谢加快的疾病的总称。笔者以甲巯咪唑联合海藻消癭汤治

疗甲状腺功能亢进,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为本院2013年8月—2014年12月甲状腺功能亢进患者,共80例。随机分为2组,每组40例,对照组女25例,男15例;年龄21~63岁,平均(39.63±4.68)岁;病程3~11月。实验组女28例,男12例;年龄20~60岁,平

[收稿日期] 2015-09-22

[作者简介] 王君俊(1963-),男,主治医师,研究方向:中西医临床。