

口腔颊膜红肿,咽痛,咽部充血等,辨证论治为热毒内盛证,遂改变思路,从“热毒”论治。结合手足阳明经及足少阳胆经的循行路线,认为病位在阳明胃经和少阳胆经,故辨证属阳明热毒内盛,少阳枢机不利。方选五味消毒饮合小柴胡汤加减。五味消毒饮原为《医宗金鉴》治疗疔疮初起或痈疮疔肿的方剂,此处借其清泄阳明郁热^[4],配合小柴胡汤解少阳之火,两方合用共奏奇效。方中猫爪草和凤栗壳清解毒热,亦能活血散结开郁,使邪火无处可遁;佐以生姜、黑枣、炙甘草护中,且久病正气亦亏,加北黄芪补益中气;细辛升提阳气,又可治牙痛,乃仿李东垣内伤脾胃学说升阳散火之意。《内经》有云:“壮火食气”,东垣曰:“火与元气不两立”,均提示火热病需顾护脾胃之气。察患者舌苔厚腻难化,加用芳香化浊之品,如藿香、佩兰等。纵观全方,既清热解毒散火,又不忘顾护中焦脾胃之气,处方精准,故能获效神速,5年顽疾得以长期缓解。

三叉神经痛有“天下第一痛”之称,严重影响患者生活质量,甚至令患者有生不如死的感觉。西医多采用卡马西平、奥卡西平、苯妥英钠等药物治疗,能收到较好的止痛效果,但不良反应较多,用药时间长,给患者带来众多不便,部分患者因

疼痛或因担心药物依赖、副作用等出现心理障碍。中医可为本病提供有效的治疗方法,包括中药、针刺治疗等,当西药及西医其它方法无效或失效时,亦可发挥一定作用,但取效关键在于辨证准确。本病主要以疼痛为主,虽久病久痛有血瘀入络之嫌,日夜不得安眠,本应虚弱之象突显,但患者疼痛剧烈,考虑邪气有余,故运用清热解毒法。因此,在临床过程中,必须仔细辨证,审症求因,或加或减,制定合理的理法方药,才有可能取得良好的疗效。

[参考文献]

- [1] Krafft RM. Trigeminal neuralgia[J]. Am Fam Physician, 2008, 77(9): 1291-1296.
- [2] 贾建平. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013: 338-339.
- [3] 周仲瑛. “伏毒”新识[J]. 世界中医药, 2007, 2(2): 73-75.
- [4] 聂巧峰, 张毅, 黄时燕. 张毅老师清泄阳明法治疗痤疮经验体会[J]. 内蒙古中医药, 2014(36): 33.

(责任编辑:骆欢欢,郑锋玲)

◆文献研究◆

针灸治疗慢性前列腺炎临床研究进展

李深情, 李静, 钱丽欢, 陈思达, 梁沛华, 刘步平

广州中医药大学, 广东 广州 510006

[关键词] 慢性前列腺炎; 针灸; 治疗方法; 综述文献

[中图分类号] R697+.33 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 06-0249-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.111

慢性前列腺炎(Chronic Prostatitis, CP)是严重危害成年男性健康的常见泌尿生殖系良性疾病,国内有报道患病率46.63%^[1]。该病迁延难愈,容易复发,对患者健康的影响与近期心肌梗塞、前列腺癌近似^[2],已成为全球公认的严重公共卫生问题之一,急需对其防治策略进行探讨。目前,西医治疗尚难令人满意,中医药特别是针灸治疗优势突出。文献研究显

示,针刺治疗CP的疗效优于西药和中药^[3],是受到更多关注的热点领域。为掌握针灸治疗CP的近况,笔者对其近10年临床研究进行了综述。

1 针刺治疗

1.1 体针 金晓飞等^[4]治慢性非细菌性前列腺炎(Chronic Nonbacterial Prostatitis, CNP)和前列腺痛(Prostatodynia),

[收稿日期] 2015-12-18

[基金项目] 广东省科技计划项目(2010B031600268)

[作者简介] 李深情(1989-),男,硕士研究生,研究方向:针灸干预人类生殖研究。

[通讯作者] 刘步平, E-mail: lbp76@gzucm.edu.cn.

PD), 秩边透水道为主, 湿热下注加关元、阴陵泉、丰隆, 气滞血瘀加气海、太冲、血海、三阴交, 肝肾阴亏加肾俞、肝俞、太溪、太冲, 肾阳不足加肾俞、命门、关元、气海, 配穴平补平泻, 均留针 30 min, 每天 1 次, 治疗 15 天为 1 疗程, 治疗 4 疗程。美国国家卫生研究院前列腺症状评分(NIH-CPSI)、前列腺液白细胞计数(EPS-WBC)均明显降低, 总有效率 89.23%, 优于中药坐浴治疗。王哲平等^[6]治气滞血瘀型 CP, 取秩边、水道、关元、中极、三阴交、血海、足三里, 秩边透水道至会阴部及尿道窄麻感, 不留针, 中极、关元针尖朝向会阴部, 其他腧穴常规针刺, 每周 3 次, 治疗 4 周, 总有效率 87.5%, 优于口服盐酸特拉唑嗪片治疗。黄金叶等^[6]治湿热瘀阻型 CNP, 取中极、大赫、足三里、三阴交、阴陵泉, 平补平泻, 留针 30 min, 每天 1 次, 治疗 7 天为 1 疗程, 疗程间休息 3 天, 治疗 3 疗程, EPS-WBC 和 NIH-CPSI 评分均显著降低, 总有效率 84%, 优于口服罗红霉素合紫苓胶囊治疗。

1.2 电针 张杰等^[7]辨治 CP, 取关元、中极、次髎、会阳, 气滞血瘀配太冲、血海、三阴交, 湿热下注配太冲、丰隆、阴陵泉, 阴虚火旺配太溪、肾俞、三阴交, 肾阳不足配肾俞、足三里、气海, 直刺 25~35 mm, 小幅提插捻转至针感传至会阴部、阴茎、睾丸, 予 1Hz 连续波电针 30 min, 每天 1 次, 治疗 8 天为 1 疗程, 疗程间休息 2 天, 治疗 3 疗程, 有效率 87.50%, NIH-CPSI、最大尿流率、平均尿流率、尿流率-尿道括约肌肌电图振幅值均明显改善, 优于口服司帕沙星片合舍尼通片治疗。陈鹏典等^[8]治 CNP, 以中极、归来、阴陵泉、三阴交、太溪、太冲为 A 组, 会阴、秩边、膀胱俞、次髎、阴陵泉、三阴交为 B 组, A、B 组穴位交替, 常规进针, 加疏密波电针, 治疗 8 周, 总有效率 96.88%, 优于药物组。杨明月等^[9]治 CP, 取白环俞、会阳, 白环俞直刺至针感放射到尿道或肛门, 会阳直刺至针感放射到会阴部, 白环俞接正极, 会阳接负极, 予 2.5 Hz 连续波电针 30 min, 隔天 1 次, 每周 3 次, 治疗 12 次, 并辨证口服中药, NIH-CPSI 改善, 优于单纯口服中药治疗。

1.3 芒针 付玮等^[10]治疗 CP, 用芒针秩边透水道, 并取气海俞捻转用补法, 气海、关元、归来、中极、太溪、太冲等平补平泻, 均留针 30 min, 同时 TDP 照射小腹部穴位, 每天 1 次, 治疗 10 次为 1 疗程, 疗程间休息 2 天, 治疗 2 疗程, 总有效率 96.67%, 优于男康片口服治疗。张学健^[11]治疗 CP, 用芒针秩边透水道, 使针感传至会阴部、睾丸或小腹部, 捻转 1 min, 留针 30 min, 并按摩前列腺, 总有效率 94.4%, 优于前列康片治疗。

1.4 蜂针 吕立国等^[12]治慢性盆腔疼痛综合征(Chronic Pelvic Pain Syndrome, CPPS), 选饲喂中药减毒的野生中蜂后, 取关元、曲骨、会阴、急脉、足五里、阴廉、阴茎根部 4 穴(阴囊与交股沟界的中点为上穴, 下 1 寸为下穴, 两侧同取)、

阴茎根部背侧, 每次 2~12 穴, 遵阿是取穴、循经取穴及循前列腺血流取穴, 每周 1~2 次, 总有效率 93.90%。

2 灸法治疗

2.1 悬灸 王伏声等^[13]治 CNP, 艾条悬灸关元, 距皮肤 3 cm, 每天 2 次, 每次 30 min, 治疗 4 周, 总有效率 90%, NIH-CPSI 疼痛不适、排尿、生活质量的评分均改善, 优于口服舍尼通合温水坐浴治疗。

2.2 热敏灸 付勇等^[14]治 CP, 以点燃的纯艾在中极、命门、关元、阴陵泉、三阴交探察热敏化腧穴, 每天 2 次, 艾灸时间以热敏灸感消失为度, 共 5 天, 第 6 天开始每天 1 次, 连续 25 次, NIH-CPSI 改善优于非热敏腧穴悬灸。康明非等^[15]治 CP, 以点燃的纯艾在双侧天枢与中极构成区域及腰部双侧肾俞与次髎构成区域, 距皮肤 3 cm 行温和灸以探查热敏腧穴, 取热敏最强的 2 个穴位行艾条温和灸, 每天 2 次, 艾灸时间以热敏灸感消失为度, 治疗 10 天, 第 11 天开始每天 1 次, 连续 20 次, NIH-CPSI、EPS-WBC 改善优于传统灸量组和前列欣胶囊组。陈伊等^[16]治 CNP, 取关元、三阴交、肾俞、腰阳关、次髎、命门、会阴, 先回旋灸 2 min 温通局部气血, 继雀啄灸 1 min 加强敏化, 再循经往返灸 2 min 激发经气, 续温和灸开通经络, 至腧穴热敏化继续灸至感传消失, 每天 1 次, 治疗 30 天, 总有效率 100%, NIH-CPSI 改善优于温针灸关元、中极治疗及口服安美汀合左氧氟沙星治疗。

3 针刺合艾灸治疗

3.1 体针合雀啄灸 李世昌等^[17]治 CP, 取秩边、气海、中极、关元、三阴交、会阴、阴陵泉, 直刺, 提插捻转, 秩边至酸麻胀肿感放射至前阴, 气海、中极、关元至酸麻胀感放射至前阴, 三阴交至酸胀感, 秩边留针 10 min, 余穴留针 20 min, 每 10 min 行针 1 次; 再雀啄灸会阴穴至周围皮肤红润有痒感, 每天 1 次, 治疗 15 次为 1 疗程, 疗程间休息 3 天, 治疗 1 月, 总有效率 95%, 优于口服普乐安片。

3.2 温针灸 文翠芬^[18]治 CNP, 取三阴交、阴陵泉、关元、中极、秩边、肝俞、肾俞, 捻转补泻, 每穴行针 5~10 s, 且不留针, 随后取关元、中极、阴陵泉、三阴交, 捻转补泻, 每穴行针 5~10 s, 取长约 2 cm 的纯艾条套在关元、中极、阴陵泉、三阴交穴柄柄上点燃, 灸 3 壮, 每天 1 次, 治疗 1 月, NIH-CPSI 改善优于普适泰片。沈群等^[19]治 CNP, 取关元、气海、中极、肾俞、大肠俞、阴陵泉、三阴交, 前 3 穴行捻转泻法至针感传至阴茎或会阴部, 取长 2 cm 纯艾条套在针柄点燃, 温灸 3 壮, 余穴平补平泻, 每天 1 次, 治疗 10 次为 1 疗程, 疗程间休息 7 天, 治疗 3 月, 最大尿流率明显增加, EPS-WBC 明显减少, 总有效率 87.1%, 优于口服舍尼通片治疗。陈仲新^[20]治 CNP, 先取肝俞、肾俞、秩边, 直刺, 捻转补泻, 每穴行针 5 s, 至针感向腰部传导, 不留针; 再取关元、中极、阴陵泉、三阴交, 直刺, 捻转补泻, 每穴行针 5 s, 关元、中极要求针感向小腹、会阴部传导, 阴陵泉、三

阴交针感上传导,不留针,将艾条套在针柄尾部点燃,每穴3壮,每天1次,治疗1月,总有效率88.10%,NIH-CPSI改善优于上述穴位单纯针刺及口服舍尼通片。

4 其他疗法

4.1 刺络放血 宋世庆等^[21]治CNP,用7号针头,取至阴,点刺放血30滴,每天1次,左右交替,治疗10天为1疗程,总有效率91.9%。

4.2 刺络放血合拔罐 周红军^[22]治CP,取次髎、至阴,用三棱针,先点刺双至阴穴放血10滴,再点刺双次髎穴,大号火罐拔罐并留罐10min,每周1次,治疗4次为1疗程,治愈87.5%,总有效率100%。

4.3 耳穴贴压 王燕等^[23]治CP,取耳穴艇角(前列腺)、肾、肝、神门、心,配耳穴膀胱、三焦、耳尖、脾、交感、睾丸、尿道、内生殖器、外生殖器、盆腔、耳背肾、耳迷根等,每次5~6穴,交替使用,王不留行籽贴敷按压,并口服西药,病初隔日复诊,症状缓解后隔3天复诊,视病情调整穴位,总有效率85.72%,优于单纯口服西药治疗。

4.4 穴位贴敷 陈胜辉等^[24]治CP,取长强,用胶布将药饼(小茴香、台乌药、香附、赤芍、虎杖、鱼腥草、黄柏、麝香等分研末过120目筛,与陶土等分研匀,蜂蜜调和成饼)固定其上,每天更换1次,治疗30天,NIH-CPSI、EPS-WBC改善均优于非长强穴敷贴。曹忠民等^[25]治CP,取消痛贴(含黑胡椒、红花、生大黄、薄荷、丁香各0.5g,冰片0.3g),结合疼痛部位及临床表现,从中极、会阴、神阙、长强、气冲等选取穴位1~2个,将消痛贴贴敷在穴位上,隔天更换1次,治疗30天,总有效率84.04%。

4.5 穴位注射 李俊^[26]治CNP,取曲骨,用川参通注射液合2%利多卡因2mL注射,治疗5天,总有效率96.7%,优于静脉注射加替沙星治疗。

4.6 穴位埋线 贾天鹏^[27]治CP,取水分、气海、关元、曲骨、水道、归来,常规消毒,用9号穴位埋线针将0号2cm长的羊肠线推入上述穴位深部,保留15天,间隔2~3天,再埋线1次,保留15天,总有效率97.1%。马永等^[28]穴位埋线治疗湿热瘀阻型CPPS,取三阴交、曲骨、会阴、足三里、中极、肾俞,常规消毒,镊取长约1cm的“0”号羊肠线,在一次性埋线针前端穿入,左手绷紧穴位附近皮肤,右手持针刺入至酸困胀感,边推针芯,边退针管,保留2周,4周为1疗程,治疗2疗程,中医证候评分、NIH-CPSI等改善优于西药治疗。

5 问题与展望

CP病因多端,病机未明,证候复杂,迁延难愈,西医治疗缺乏特效药物和手段。针灸治疗CP历史悠久、简便效廉、操作容易、优势突出。针灸治疗CP的相关临床研究近年来发展迅速,多取膀胱经、肝经穴位,常用会阴、次髎、膀胱俞、白环俞、秩边、三阴交、中极、关元、肾俞等穴,多用邻近配

穴、远端配穴,取得较好效果,但仍存在一些不足,集中体现在样本量偏少、诊断标准和疗效标准不够统一规范、对照组多采用非针灸疗法、缺乏不同针灸治疗比较研究,不利于筛选形成最佳的针灸治疗方案,限制了CP针灸治疗的推广和应用。针灸治疗CP的临床研究,应进一步扩大样本量,制定并采用科学的诊疗标准和疗效标准、突出不同针灸疗法的比较研究、加强针灸治疗CP作用机制研究,尽快筛选形成针灸治疗CP的优化方案,并尽力探明针灸治疗CP的作用机理,加速针灸治疗CP的临床应用与推广。

[参考文献]

- [1] 刘步平. 广州地区大学生慢性前列腺炎患病率调查[J]. 中华流行病学杂志, 2007, 28(9): 890.
- [2] Nickel JC, Nigro M, Valiquette L, et al. Diagnosis and treatment of prostatitis in Canada [J]. Urology, 1998(52): 797-802.
- [3] 何渊, 夏春玲, 刘步平. 针刺治疗慢性前列腺炎 Meta 分析[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(1): 226-229.
- [4] 金晓飞, 冀来喜, 郝重耀, 等. 秩边透水道针刺治疗非细菌性前列腺炎和前列腺痛临床观察[J]. 新中医, 2012, 44(2): 92-94.
- [5] 王哲平, 黄建华, 冯鑫鑫, 等. 针刺疗法治疗气滞血瘀型慢性前列腺炎临床研究[J]. 浙江中西医结合杂志, 2014, 24(5): 413-414.
- [6] 黄金叶, 赵统兰, 姜守信. 针灸对型前列腺炎湿热瘀阻证患者 SIgA 的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(3): 288-290.
- [7] 张杰, 刘朝东, 丁燕, 等. 电针治疗慢性前列腺炎疗效观察及对患者尿道括约肌肌电图的影响[J]. 中国针灸, 2010, 30(1): 13-17.
- [8] 陈鹏典, 许云祥. 电针治疗慢性非细菌性前列腺炎 32 例[J]. 世界中医药, 2011, 6(3): 235-236.
- [9] 杨明月, 应荐, 李俊贤, 等. 电针白环俞、会阳治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(10): 913-915.
- [10] 付玮, 魏伯林, 杨德祥, 等. 芒针透刺治疗慢性前列腺炎 30 例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2006, 4(13): 250.
- [11] 张学健. 芒针透刺治疗慢性前列腺炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(10): 589-590.
- [12] 吕立国, 成永明, 陈志强, 等. 中医蜂针疗法配合中药辨证治疗慢性盆腔疼痛综合征 82 例的临床分析[C]. 中华中医药学会第十一届男科学学术大会论文集, 2011: 294-296.
- [13] 王伏声, 马乃麓, 李勇. 灸关元穴治疗慢性非细菌性前

- 列腺炎的临床观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, (15): 617- 618.
- [14] 付勇, 章海凤, 张波, 等. 热敏灸治疗慢性前列腺炎不同灸位 30 例[J]. 江西中医学院学报, 2012, 24(3): 34- 36.
- [15] 康明非, 章海凤, 付勇, 等. 热敏灸治疗慢性前列腺炎不同灸量方案的临床疗效评价[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(1): 125- 127.
- [16] 陈伊, 张庆. 膻穴热敏化艾灸法治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床观察[J]. 现代诊断与治疗, 2008, 19(5): 280- 281.
- [17] 李世昌, 赵黎. 针刺与艾灸治疗慢性前列腺炎疗效分析[J]. 四川中医, 2011, 29(11): 112- 113.
- [18] 文翠芬. 针灸治疗慢性非细菌性前列腺炎的 168 例疗效观察[J]. 中外医学研究, 2011, 9(26): 38- 39.
- [19] 沈群, 陆菁. 针灸治疗慢性非细菌性前列腺炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(7): 569- 570.
- [20] 陈仲新. 温针灸为主治疗慢性非细菌性前列腺炎疗效观察[J]. 中国针灸, 2009, 29(4): 275- 278.
- [21] 宋世庆, 赵树玲. 点刺放血治疗慢性非细菌性前列腺炎 62 例[J]. 中国针灸, 2010, 30(9): 744.
- [22] 周红军. 次髎、至阴穴刺血治疗慢性前列腺炎 32 例[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(10): 871.
- [23] 王燕, 魏若晶, 朱国栋, 等. 常规药物辅助耳穴贴压治疗慢性前列腺炎的临床研究[J]. 医学研究与教育, 2014, 31(6): 36- 40.
- [24] 陈胜辉, 陈伊, 姚文亮, 等. 长强敷贴治疗慢性前列腺炎疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 37(2): 229- 231.
- [25] 曹忠民, 温建余, 鲁明. 皮肤透药法治疗非炎症性盆痛综合征 94 例[J]. 陕西中医, 2010, 31(3): 322- 323.
- [26] 李俊. 川参通注射液穴位注射治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2011, 22(3): 683- 684.
- [27] 贾天鹏. 穴位埋线治疗慢性前列腺炎 68 例临床观察[J]. 甘肃中医, 2011, 24(5): 48- 49.
- [28] 马永, 王祖龙, 孙自学, 等. 穴位埋线治疗湿热瘀阻型慢性盆腔疼痛综合征疗效观察[J]. 中国针灸, 2014, 34(4): 351- 354.

(责任编辑: 刘淑婷)

中药治疗淋巴瘤的实验研究进展

代兴斌¹, 黄燕², 孙雪梅¹

1. 南京中医药大学附属医院, 江苏 南京 210029; 2. 南京中医药大学, 江苏 南京 210029

[关键词] 淋巴瘤; 中药材; 蟾酥; 砒霜; 实验研究

[中图分类号] R286 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 06-0252-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.112

近 40 年来, 中草药治疗淋巴瘤做了大量的研究, 取得了一定的成绩。通过综述近年中药治疗淋巴瘤的相关实验研究文献, 笔者发现夏枯草、黄芩、蟾酥、雷公藤、砒霜、金花茶、郁金/姜黄、牡丹皮、通关藤、附子、青蒿等单味中药或中药单体及中药复方等在体外实验中均显示出抗淋巴瘤作用。上述中药抗淋巴瘤的主要机制在于细胞毒性、免疫调节、抗血管新生、去甲基化等, 体现了中药抗淋巴瘤的多途径、多靶点优

势。努力发掘中药宝库, 研发天然抗淋巴瘤药物, 渐成为淋巴瘤治疗领域的研究热点, 具有广阔的前景。传统化疗药物存在疗效不确切、毒副作用大、价格昂贵等问题, 随着一批疗效确切、不良反应小的天然抗癌药物的应用, 探索新型天然抗肿瘤药物是目前肿瘤研究领域的热点。笔者将文献报道的中医药抗淋巴瘤的实验研究进行回顾分析, 重点总结药物的种类、作用效应及相关机制。

[收稿日期] 2016-01-20

[作者简介] 代兴斌 (1981-), 男, 博士, 主治医师, 研究方向: 血液系统疾病。