

口微红,晨起或长时间未排尿时,尿道口有分泌物之痼膜糊口,舌质淡红苔白或黄白,脉濡或濡数,治疗组 42 例,对照组 40 例;肾阴不足型:主要表现为尿道微痒、微痛,腰酸,舌淡红,脉细或弦细略数,治疗组 3 例,对照组 5 例。沙眼衣原体检测采用酶联免疫吸附试验,同时作淋菌、解脲及人型支原体、念珠菌、滴虫等检查,排除上述病原体感染,所有患者均为无合并症性单纯沙眼衣原体感染。

治疗方法 对照组:用罗红霉素,每次 150mg,每天 2 次,共用 7 天。治疗组:西药治疗与对照组相同,同时加用中药治疗。湿邪夹热型:以化湿清热为主,方用萆薢分清饮加减。组成:萆薢 30g 薏苡仁 30g 滑石 30g 旱莲草 20g 淮山药 15g 黄柏 12g 丹参 12g 防风 10g 甘草 5g;肾阴不足型:以滋养肾阴为主,兼化湿浊,方用六味地黄汤加减。组成:茯苓 30g 白花蛇舌草 15g 牡丹皮 12g 泽泻 12g 萆薢 30g 熟地黄 20g 旱莲草 20g 淮山药 15g 猪苓 15g 女贞子 10g 山茱萸 10g 蚕砂 10g。以上中药加水约 400ml,煎汁约 100ml,一次顿服,共 7 天。

结 果

1 疗效判断标准 停药两周后判定疗效。治愈:症状完全消失,沙眼衣原体检测连续两次阴性;显效:沙眼衣原体检测连续两次阴性,但症状未完全恢复;好转:沙眼衣原体检测阳性,症状有好转;无效:沙眼衣原体检测阳性,症状未见好转。

2 结果 治疗组治愈 40 例,显效 2 例,好转 3 例,治愈率为 88.89%,愈显率为 93.33%;对照组治愈 27 例,显效 4 例,好转 10 例,无效 4 例,治愈率 60.00%,愈显率为 68.89%。两组治愈率比较有显著性差异($\chi^2 = 9.870, P < 0.01$),两组愈显率比较亦有显著性差异($\chi^2 = 7.252, P < 0.01$)。

讨 论 近年来,非淋菌性尿道炎在我国发病人数有增加趋势。沙眼衣原体为非淋菌性尿道炎最多见的病原体。目前对沙眼衣原体感染的致病机制了解不够深入,持续性感染是沙眼衣原体的主要特征,有可能是引起沙眼衣原体慢性并发症的重要原因。本病在中医学中属热淋、白浊、精浊等范围,由外感秽浊之邪,败精阻滞,湿邪夹热而发,迁延日久,肾虚而湿浊未清。

常规方法为 3 天流质饮食,2 天清洁灌肠。这种方法已沿用多年,但 3 天的流质饮食,使被检者饥饿难耐,多次的灌肠使部分患者望而却步,尤其是结肠镜检查需要有一种快速的肠道准备方法。从 1990 年起,笔者采用番泻叶联合灌洗液口服,能使绝大多数患者在 2~3h 内完成肠道准备,现报告如下。

临床资料 从 1990~1998 年 12 月,快速肠道准备共 3880 例,其中纤维结肠镜检 3300 例,结肠手术 580 例,其中男性 2861 例,女性 1019 例,年龄 12~71 岁;平均 48 岁。

治疗方法 患者在检查前或手术前 3h 口服番泻叶(番泻叶 10g,沸水 300ml 冲服),检查前 2h 再口服灌洗液(灌洗液配方:氯化钠 6.5g,碳酸氢钠 2.5g,氯化钾 0.75g,蒸馏水 1000ml) 2000~3000ml。口服灌洗液的量根据患者的排便反应而定,当患者已开始腹泻时可以停服,70% 的患者口服 2000ml,如无便意,再服 1000ml。

结 果 3300 例纤维结肠镜检查,其中 23 例失败;580 例结肠手术,13 例失败。失败患者无腹泻或仅腹泻 1~2 次,粪便未排尽。其余病例(3844 例,占 99.1%)经结肠镜或手术证实:肠道内无粪渣、无粪水、结肠粘膜不充血,可以顺利完成镜检或手术。从口服番泻叶到解出大便平均 2h,以肛门解出大便—粪水—液体,最后解出的液体为清亮、无色的状态。

讨 论 纤维结肠镜检查和大肠手术对肠道准备要求高,肠镜的观测孔很小,如有粪渣很易阻住观测孔,使肠镜操作者不能完成检查和治疗。结肠手术要求肠道无粪便,否则术后易形成吻合口瘘、感染等并发症。目前常规的肠道准备是完全流质饮食 3 天加上每日灌肠 2 次,部分患者还要口服石蜡油等泻药,其缺点是长时间流质饮食和多次灌肠,增加患者的痛苦,灌肠也很难使升结肠、回盲部结肠达到清洁的要求。另一种常用的肠道准备为甘露醇法,20% 甘露醇 250ml 加 5% 葡萄糖注射液 500ml 口服,患者易接受,也能较快准备肠道,其缺点为甘露醇在肠道内经过细菌分解产生高浓度的氢气和甲烷,当在检查治疗中使用电凝、高频电刀时可能因电火花产生爆炸,因而受限。它的水解产物三羟甲基蒽醌和二羟甲基蒽醌对结肠粘膜有较强的化学性刺激作用。