

肾衰患者或肾衰模型的免疫功能；黄芪益气补脾，现代药理研究证明其能提高机体免疫力及抗氧化自由基作用；葛根升清阳，《本经》谓其能解诸毒，现代研究表明其所含异黄酮成分能扩张血管，改善血液循环；绞股蓝为近年新开发的中草药，含多种人参皂甙，有明显的降血脂作用；丹参活血化瘀，缓解血液高凝状态，现代研究显示，丹参能阻滞 α_1 -M 受体，扩张血管，增加肾血流量，提高肾小球滤过率，抑制免疫复合物反应及血栓素合成，拮抗微血管痉挛和血小板聚集，降低血粘度，减轻或消除肾血管壁的瘀塞，改善微循环，保护血管壁及肾小球基底膜，促进肾脏的排钠利尿。五药配伍，具有益气补肾、升清降浊、解毒化瘀的作用，甚合慢性肾衰的病机。此外，血之资生在脾，根资在肾，方中冬虫夏草补肾，黄芪补脾（气）精能化血，气能生血，脾肾具健，则血生有源，因此，益肾降脂胶囊又有一定的改善肾性贫血作用。

（收稿 2002-02-09 修回 2002-06-12）

前列栓治疗慢性前列腺炎的临床观察

河南中医学院医院（郑州 450008）樊学忠 刘建平
济源市肿瘤医院 张建波

慢性前列腺炎是临床常见病，我们根据前列腺的解剖学及临床特点，采用前列栓经肛门直肠给药，治疗慢性前列腺炎（湿热夹瘀证）患者 284 例，并用野菊花栓 156 例作对照组，进行临床对比观察取得较理想疗效，现报道如下。

临床资料 全部病例均符合慢性前列腺炎的诊断标准（吴阶平主编，泌尿外科，济南：山东科学技术出版社，1993：329—330）。临床表现均有不同程度的尿频、尿急、尿痛、尿道灼热、尿浊及下腰、少腹、会阴等部位疼痛的症状。经前列腺液镜检或细菌培养等，并按确诊顺序随机分为治疗组和对照组。治疗组 284 例，年龄 19~62 岁，平均 40.5 岁，病程 3 个月~18 年，其中性功能障碍者 155 例，不育症 32 例，排尿异常 171 例，局部疼痛 128 例，前列腺硬结硬化 95 例，镜检前列腺液白细胞每高倍视野多于 10 个者 144 例，卵磷脂小体减少或消失者 167 例。对照组 156 例，年龄 18~59 岁，平均 38.5 岁，病程 3 个月~16 年，其中性功能障碍 78 例，不育症 17 例，排尿异常 96 例，局部疼痛 83 例，前列腺硬结硬化者 73 例，前列腺液镜检白细胞高倍视野多于 10 个者 94 例，卵磷脂小体减少或消失者 89 例。两组年龄、病程及病情均具有可比性。

治疗方法 治疗组用前列栓，组成：水蛭 15g 桃仁 12g 西洋参 12g 琥珀粉 6g 车前子 30g 萆薢 15g 大黄 10g 红藤 40g 蒲公英 30g 黄柏 10g 薏苡仁 30g 川楝子 15g，每粒重约 2g，含生药材约 0.8g，本院制剂室提供，每晚睡前排空大便，取前列栓 1~2 粒，轻轻塞入肛门约 3.5cm 处。

对照组采用野菊花栓（北京第六制药厂生产），用法同上。两组均以 2 个月为 1 个疗程。治疗期间停止使用其他一切治疗前列腺炎的药物及方法。

结果

1 病情轻重分级标准以日本城代氏慢性前列腺炎に對す

る Cernilton の长期使用经验，泌尿纪要 1988；34：561 测定的评分标准为基础拟定，排尿异常计分法是将尿频、尿急、尿痛、尿道灼热及尿浊按轻、中、重不同程度分别计为 1、2、3 分。局部疼痛分为会阴生殖区、下腹耻骨上区及腰骶部 3 个区，依据每个区位的疼痛程度按轻、中、重分别计为 1、2、3 分，疼痛计分为各个区积分之和。而客观检查计分是将前列腺触痛、前列腺结节及镜检前列腺液白细胞计数按轻、中、重不同程度分别计为 1、2、3 分，EPS 细菌培养阴性计为 0 分，阳性计为 3 分。根据上述计分方法计算累积分数，按总积分的多少，作为病情轻重分级标准。分轻度 ≤ 10 分，中度 11~20 分，重度 > 20 分。

疗效标准 临床治愈：症状消失，连续 2 次以上镜检前列腺液白细胞正常，卵磷脂小体增加总积分减少 $> 90\%$ ，触诊前列腺疼痛消失，质地恢复正常或接近正常，3~6 个月无反复。显效：症状基本消失，前列腺触痛消失，镜检前列腺液白细胞数连续 2 次以上较前减少 1/2，前列腺触痛及质地均有改善，总积分减少 70%~90% 者为显效。有效：症状减轻或部分消失，前列腺触痛轻微，镜检前列腺液白细胞数有减少，总积分减少 30%~69% 者为有效。无效：症状、前列腺触诊及镜检前列腺液白细胞数均无改善，总积分减少 $< 30\%$ 者为无效。

2 两组疗效比较 治疗组 284 例，临床治愈 156 例，好转 118 例，无效 10 例，有效率为 97.5%；对照组 156 例，临床治愈 28 例，好转 81 例，无效 47 例，有效率为 69.9%。两组疗效比较，经 Ridit 分析，差异有显著性（ $P < 0.01$ ），说明前列栓治疗慢性前列腺炎湿热夹瘀证疗效优于野菊花栓。

讨论 中医学认为慢性前列腺炎，多与湿、热、瘀等有关。我们在多年临床实践中选用水蛭、桃仁等重在活血通络化瘀散结，配车前子、萆薢、大黄等清热利湿，辅以西药参补益正气，提高机体免疫力，调整阴阳平衡。采用经肛门直肠给药，使药物可直接与病灶接触，在直肠壁保持较高的浓度，使肠粘膜吸收，迅速改善临床症状，以发挥整体治疗作用。并且局部用药起效迅速。药物不断刺激局部，疏通经络，有利于药物穿透直肠壁进入前列腺体内，改善微循环促进炎症吸收和前列腺体的分泌，减轻前列腺瘀血和水肿，从而达到治疗目的。

（收稿 2001-07-30 修回 2002-03-08）

中西医结合治疗非淋菌性尿道炎合并慢性前列腺炎患者 65 例

海军总医院中医科（北京 100037）江海身

我科近年来以中医药为主结合西药，治疗非淋菌性尿道炎合并慢性前列腺炎 65 例，取得了较好的疗效。兹报道如下。

临床资料

1 纳入标准（1）符合《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》中“精浊（慢性前列腺炎）”的诊断标准。如典型的临床症状，前列腺液 WBC > 10 个/HP，卵磷脂小体减少，前列腺触诊有压痛、结节等。（2）有不洁性交史，其后出现不同程度的尿道刺激症状，尿道口红热并有少量稀薄分泌物等。（3）前列腺液涂片并培养查淋球菌阴性，沙眼衣原体（CT）检测

及支原体培养有一项或两项阳性。

2 分组情况 95 例患者全部来自我科前列腺门诊,并均经过多种抗生素系统治疗而症状未缓解。随机分为两组,中药组 30 例,其中已婚 19 例,未婚 11 例;单纯支原体感染 12 例,单纯衣原体感染 10 例,两种混合感染 8 例;年龄 21~63 岁,平均 37.6 岁,病程 4 个月~8 年,平均 2.3 年。中西医结合组 65 例,其中已婚 43 例,未婚 22 例;单纯支原体感染 26 例,单纯衣原体感染 24 例,两种混合感染 15 例;年龄 22~64 岁,平均 38.1 岁;病程 4 个月~7.5 年,平均 2.1 年。两组资料经统计学处理,具有可比性 ($P>0.05$)。

治疗方法 中药组:采用自拟通淋舒利汤。基本方:玄参、黄柏、虎杖、怀牛膝、红藤、土茯苓、地肤子、竹叶、生甘草等。辨证论治:气滞血瘀、局部胀痛较重者,选加川楝子、元胡、吴茱萸、荔枝核、炮山甲、泽兰等;湿热蕴结、尿急、尿频、尿痛者,选加鹿含草、川萆解、鱼腥草等;阴虚火旺、口咽干燥者,选加鳖甲、知母、丹皮、肾阳虚损、腰膝酸冷者,去玄参、鳖甲、虎杖,选加制附片、巴戟天、仙灵脾、山萸肉等。每日 1 剂,1 个月为 1 个疗程,可连续服用 2~3 个疗程。中西医结合组:在服用中药的同时,于下列抗生素中任选 1 种(尽量避免与过去重复用药):夫妻(或与性伙伴)同时治疗。(1)美满霉素连用 14 天(2)阿奇霉素,(3)罗红霉素(4)克拉霉素(5)甲磺霉素胶囊,连服 10 天。

结果

1 疗效判定标准 临床痊愈:症状消失,支原体、衣原体转阴,前列腺液检查(连续 2 次)恢复正常。显效:症状基本消失,前列腺液检查白细胞明显减少或支原体、衣原体转阴。有效:症状明显减轻,前列腺液白细胞减少,支原体或衣原体未转阴。无效:症状变化不明显,支原体、衣原体未转阴,前列腺液检查变化不大。

2 疗效 中药组 30 例,临床痊愈 10 例(33.33%),显效 11 例(36.67%),有效 6 例(20%),无效 3 例(10%),总有效率 90%。中西医结合组 65 例,临床痊愈 38 例(58.46%),显效 16 例(24.61%),有效 8 例(12.31%),无效 3 例,总有效率 95.38%。两组总有效率比较,差异无显著性 ($P>0.05$);两组临床治愈率比较,差异有显著性 ($\chi^2=5.18, P<0.05$)。

两组治疗中均未出现明显不良反应。

讨论 非淋菌性尿道炎在西方世界居性传播疾病之首,在我国则仅次于淋病,而且有逐年上升,日趋严重之势。在治疗上,由于抗生素的过用与滥用,许多专家都认同目前已进入了抗生素耐药的新阶段。从总的趋势看,方法越用越多,疗程越用越长,剂量随之增大,疗效反而逐渐下降。该病如迁延不愈,可以合并慢性前列腺炎,则治疗难度更趋加大。慢性前列腺炎是青壮年男子的多发病。通过多年的临床探索,笔者认为本病的病机是相火偏旺,克伐肾阴,精不内守,败精瘀阻精道,进而酿生湿热。基本处方中玄参、黄柏滋阴清相,治病之源;虎杖、牛膝、红藤活血化痰,并可入下焦精室,疏通精道;土茯苓、地肤子、竹叶清热祛湿解毒,疏利水道;生甘草清热解毒,调和诸药。

由于到我科就诊的患者大都经过多种抗生素的反复治疗,此时再单用抗生素已难取效,而改用中医药治疗,或中药与西药

结合治疗,依然可取得较好的疗效。治疗结果表明,中药与西药有一定的协同作用,可以提高本病的治愈率。

(收稿 2002-04-15 修回 2002-06-18)

中药 2 号口服液联合转移因子治疗 口腔扁平苔藓患者 50 例

湖南省邵阳市中心医院口腔科(湖南 422000)

朱群强 杨华 周芳

中南大学湘雅医学院附属第一医院 翦新春

中南大学湘雅医学院附属第二医院 凌天牖

自 1997 年以来,笔者利用自制中药 2 号口服液联合转移因子治疗 50 例口腔扁平苔藓,并与单纯注射转移因子治疗 50 例患者进行对照,效果显著,现报道如下。

临床资料 经临床及病理切片确诊为口腔扁平苔藓 100 例,随机分为治疗组与对照组。治疗组 50 例,男性 37 例,女性 13 例,年龄 26~65 岁,平均 45.1 岁;病变位于颊粘膜及龈粘膜 29 例,腭和牙龈 11 例,舌 8 例,唇部 12 例;病程 1~11 年,平均 6 年。对照组 50 例,男性 33 例,女性 17 例,年龄 29~69 岁,平均 45.6 岁;病变位于颊粘膜及龈粘膜 26 例,腭和牙龈 12 例,舌 16 例,唇 6 例;病程 2~9 年,平均 5.5 年。病理切片检查:100 例患者均有上皮过度或不全角化,颗粒层增厚,棘层肥厚,少数萎缩变薄;上皮钉突形成,基底层液化变性,表皮下致密带状淋巴细胞浸润。实验室检查:血常规检查 84 例均在正常范围,16 例白细胞计数偏高。

治疗方法 两组患者均行腋窝淋巴结注射转移因子,每次 2mg,每周 2 次,连续用药 3~6 个月。治疗组在注射转移因子的同时,口服中药 2 号口服液(每毫升口服液相当于生药 1g),每次 10ml,每日 3 次,连续用药 3~6 个月。中药 2 号基本方剂组成:鱼腥草 30g,车前草 30g,藿香 15g,川芎 15g,茯苓 15g,泽泻 15g,葛根 20g,丹参 15g,蒲公英 20g。

结果

1 疗效评价标准 治愈:无自觉症状,糜烂愈合、充血及白纹消失,病理切片显示粘膜组织正常。显效:症状明显减轻,糜烂基本愈合,白纹消退 $>2/3$,病理切片示粘膜组织有个别炎性细胞浸润。有效:症状自觉减轻,白纹消退 $<2/3$,病理切片示粘膜组织有少许炎性细胞浸润,棘层水肿。无效:治疗前后症状无变化甚至加重,病理切片示粘膜组织上皮过度角化或不全角化,有淋巴浸润带。

2 疗效比较 治疗组 50 例,治愈 42 例(84%),显效 6 例(12%),有效 2 例(4%)。对照组 50 例,显效 2 例(4%),有效 15 例(60%),无效 33 例(66%)。两组比较差异有显著性 ($U=3.03, P<0.01$)。

3 两组患者治疗前后 Ig、补体 C₃ 测定值比较 见表 1。两组治疗前比较差异无显著性 ($P>0.05$)。与治疗前比较,两组治疗后 IgG、IgM、IgA 均有显著升高 ($P<0.01$),而补体 C₃ 差异无显著性 ($P>0.05$)。