

10g 栝蒌 30g 五味子 10g 炙甘草 10g 桂枝 10g, 上药研末口服, 1 日 3 次, 每次 9g。辨证若为肝郁气滞、肝阳上亢而血压高者, 去党参、栝蒌、桂枝减半, 加生龙骨 30g、生牡蛎 30g、牛膝 12g 以潜阳引血下行; 气虚闷痛加黄芪 30g、绞股蓝 15g; 气滞闷痛者, 加香附 12g、枳实 12g; 便溏者, 加炒白术 10g、山药 15g; 脉见结或代者, 倍用生脉散; 刺痛甚者, 加桃仁 10g、红花 6g、赤芍加量至 15g; 若面色苍白, 四肢厥冷者, 加人参 30g(两次冲服)、附子 9g。

记录每日心绞痛发作次数, 硝酸甘油用量及副反应。用药前后做常规 12 导联心电图及 24h 动态心电图(DCG)检查。根据 DCG 计算 24h 心肌缺血发作次数, 缺血持续时间及缺血总负荷[缺血时间(min)·ST 段压低数(mm)], DCG 诊断心肌缺血标准采用“1×1×1”, 即 ST 段水平型、下斜型压低: 幅度 ≥ 1 mm、持续时间 ≥ 1 min、并与前次缺血性发作间隔至少 ≥ 1 min。

结 果

1 疗效标准 按照 1979 年中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会评定标准及 1997 年上海会议制定的冠心病、心绞痛及心电图疗效评定标准进行评定。

2 心绞痛疗效 治疗组显效 18 例, 有效 13 例, 无效 4 例, 总有效率 88.6%; 对照组显效 15 例, 有效 11 例, 无效 9 例, 总有效率 74.3%, 治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

3 心电图改变 治疗组显效 8 例, 有效 16 例, 无效 11 例, 总有效率 68.6%; 对照组显效 5 例, 有效 12 例, 无效 18 例, 总有效率 48.6%, 治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 两组治疗前后心绞痛发作次数、持续时间及心肌缺血总负荷测定结果比较 见表 1。两组患者治疗后 24h 心绞痛发作次数、缺血持续时间、缺血总负荷均有所下降, 但治疗组下降明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后心绞痛发作次数、缺血持续时间及缺血总负荷比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	发作次数/24h	持续时间(min)	缺血总负荷(min·mm)
治疗 治疗前	5.7 $\pm$ 1.2	12.12 $\pm$ 4.03	59.12 $\pm$ 18.34
(35) 治疗后	1.8 $\pm$ 1.1* $\Delta\Delta$	3.76 $\pm$ 1.7* Δ	16.52 $\pm$ 8.09* $\Delta\Delta$
对照 治疗前	5.4 $\pm$ 1.6	11.34 $\pm$ 4.16	58.62 $\pm$ 6.54
(23) 治疗后	2.5 $\pm$ 1.3*	6.58 $\pm$ 4.36*	26.46 $\pm$ 3.83*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$; () 内数据为例数

讨 论 冠心病心绞痛中医学认为属“本虚标实, 气虚血瘀”, 特别是中、老年人, 肾气渐衰, 阳虚不能鼓舞五脏之阳, 致心气不足或心阳不振; 阴虚不能滋养五脏之阴, 致心阴内耗, 心阴亏损, 心阳不振, 气血运行不畅, 导致气滞血瘀, 心阳失运, 心脉阻滞。治疗以《素问·痹论》“心痹者, 脉不通”为机要, 在调补心阳与心阴的同时, 以温通血脉活瘀为主, 心脉通畅, 血流充足, 心肌得以润养, 诸证自然缓解。冠心通脉散根据以上特点, 选用具有益气养阴, 温通心络, 扩冠活血抗凝之品, 方中人参大补元气, 益心助运; 党参、当归、生地、麦冬甘温与甘寒相伍, 以补心气心阴之不足; 龙眼肉、五味子以甘酸之味, 温补心血安神安悸, 收敛心气之涣散; 桂枝、甘草(配人参)之辛甘温以温心阳通脉, 补心

阳而不燥; 丹参、赤芍、白芍协桂枝以活血通脉化瘀, 和营止痛; 栝蒌宽胸下气, 以开胸痹; 胸闷痰多、便秘者, 加薤白, 栝蒌加量, 以开胸化痰; 面色苍白, 四肢厥冷者, 重用人参、附子, 以大补心阳, 诸药合用, 共奏补心气, 养心血, 温通心络, 活血止痛之效。

结果显示, 本方具有扩张冠状动脉, 改善心肌细胞缺血、缺氧, 保护缺血心肌细胞损伤作用。本方临证按虚实、主次、缓急而兼顾同治, 疗效显著, 无明显不良反应及毒副反应, 值得临床推广应用。

(收稿: 2002-03-22 修回: 2002-06-10)

疏润任脉法治疗非细菌性前列腺炎临床观察

河北省中医院(石家庄 050011)

李 波 江立军 柴 娟

慢性非细菌性前列腺炎(chronic non-bacterial prostatitis, GNBPI)属中医“精浊”范畴。笔者根据前列腺位于任脉的循行部位, 及结合前列腺胚胎发育时与苗勒氏管(Müller)的密切关系, 采用疏润任脉法治疗 CNBP 取得良好疗效, 现报告如下。

临床资料 本组 63 例 CNBP 均为我院男性科 2001 年 9 月—2002 年 6 月门诊患者。随机分为治疗组 33 例, 年龄 20~41 岁, 平均(28.6 $\pm$ 5.1)岁, 病程 0.5~36.0 个月, 平均(6.4 $\pm$ 8.1)个月; 对照组 30 例, 年龄 21~40 岁, 平均(28.3 $\pm$ 5.1)岁, 病程 0.5~37 个月, 平均(6.5 $\pm$ 7.9)个月。两组的年龄、病程比较, 差异无显著性($P > 0.05$), 全部患者取前列腺液(EPS)做镜检及细菌培养。培养阴性者为入选病例, 全部病例符合国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中“精浊”的诊断标准。

治疗方法 全部患者停用其他药物。治疗组采用疏润任脉法, 主要药物有龟板 10g 紫苑 30g 菟丝子 20g 归尾 15g 虎杖 30g 全蝎 3g 白薇 15g 地肤子 20g 等; 对照组采用活利湿法, 主要药物有穿山甲 10g 丹参 20g 赤芍 15g 泽兰 20g 王不留行 20g 蒲公英 20g 萆薢 15g 等。每日 1 剂, 水煎后分 2 次服, 共服药 4 周。治疗前后采用美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)量化症状积分, 并观察治疗前后 EPS 中 WBC 及 pH 值的变化。

统计学方法: 采用 t 检验和 χ^2 检验。

结 果

1 疗效标准 参考国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(南京: 南京科学出版社, 1994: 50)。治愈: 症状消失, 镜检正常; 有效: 症状及体征改善, 镜检好转; 无效: 症状、体征及镜检无改善。

2 两组疗效比较 治疗组治愈 20 例(60.6%), 有效 12 例(36.4%), 无效 1 例(3.0%); 对照组治愈 9 例(30.0%), 有效 18 例(60.0%), 无效 3 例(10.0%)。经卡方检验, 治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3 两组治疗前后 NIH-CPSI 积分及 EPS 中 WBC、pH 值比较 见表 1。两组治疗前比较差异无显著性($P > 0.05$), 服药 4 周后治疗组明显低于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后 NIH-CPSI 积分及 EPS 中 WBC、pH 值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NIH-CPSI 积分	EPS	
			WBC($\times 10^9/L$)	pH 值
治疗	33	治前 24.55 $\pm$ 2.79	19.60 $\pm$ 14.62	6.92 $\pm$ 0.23
		治后 10.45 $\pm$ 4.61 ^{*△}	8.67 $\pm$ 4.99 ^{*△}	6.50 $\pm$ 0.23 ^{*△}
对照	30	治前 23.53 $\pm$ 3.34	19.87 $\pm$ 8.87	6.92 $\pm$ 0.20
		治后 14.27 $\pm$ 6.87 [*]	11.6 $\pm$ 4.28 [*]	6.71 $\pm$ 0.17 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

讨论 CNBP 目前确切致病原因不明,多认为和手淫、性交中断、忍精不射等引起的盆腔充血以及局部免疫亢进有关。男子受性刺激后,欲念内生,煽动相火势张,致盆腔充血,性腺开始分泌,阴茎海绵体充血而勃起,相火上扰则脉促息急。六腑以通降为顺,精路亦然。如果男子性兴奋时不能正常疏泄,一方面相火内煽,扰动阴精,精液未泄却暗耗真阴;另一方面,排泄不畅,败精瘀阻致相火郁遏必煎灼阴液,久而久之,致真阴不足而形成任脉涩滞的病理机制。目前多认为 CNBP 的病机与湿热、瘀血有关。笔者认为湿热、瘀血为标,真阴不足为本,二者可同时存在。治疗上不仅要祛除病邪,更要恢复前列腺功能,此方以虎杖散为基础,虎杖破留血瘀结,通小便五淋;地肤子利浊而不伤阴;全蝎解毒通络,促进腺管舒缩功能,三者合用疏浚积邪。菟丝子、龟板、紫苑、当归大补阴血,滑以去着;白薇益阴清热,入任脉,故用之引诸药直达病位而取事半功倍之效。

前列腺炎时 EPS 中的 pH 值升高,pH 值反映了前列腺各种分泌产物的酸碱性质。两组治疗前无明显差异,而治疗后治疗组比对照组明显下降($P < 0.05$),说明疏润任脉法不仅可以治疗前列腺炎,而且可能对前列腺的分泌功能有一定的调节作用。

(收稿:2002-07-09 修回:2002-10-25)

中药配合治疗非破裂型 异位妊娠疗效观察

浙江省嘉兴市王店人民医院(浙江 314011)

高金珠

2000 年 1 月—2001 年 6 月,笔者应用中药配合治疗非破裂型异位妊娠 24 例,取得较满意的疗效,现报道如下。

临床资料 住院确诊异位妊娠并符合药物治疗条件的 46 例患者,根据入院先后顺序随机分为两组,中药加氨甲喋呤(MTX)治疗组(简称治疗组)24 例,年龄(27.2 ± 4.7)岁,停经天数(42.3 ± 6.8)天,血人绒毛膜促性腺激素(HCG)为(1396.0 ± 128.2)IU/L,B 超提示异位妊娠包块(3.90 ± 1.3)cm。MTX 对照组(简称对照组)22 例,年龄(29.4 ± 2.3)岁,停经天数(41.7 ± 6.4)天,血 HCG 为(1387.0 ± 106.5)IU/L,B 超提示异位妊娠包块(3.85 ± 1.2)cm。所有病例均符合以下标准:(1)生命体征稳定,无明显腹腔内出血表现。(2)血 HCG < 2000 IU/L。(3)B 超检查异位妊娠包块 < 5 cm。(4)肝肾功能正常,WBC $> 4.0 \times 10^9/L$,PLT $> 10.0 \times 10^9/L$ 。

治疗方法 对照组:每天肌肉注射 MTX 20mg,共 5 天,为

1 个疗程。治疗组:MTX 用法同对照组,同时用中药治疗,基本方:当归 12g 三棱 12g 莪术 12g 炒赤芍 10g 紫草 30g 水蛭 5g 丹参 15g 天花粉 20g 红藤 20g,伴腹痛加乳香 10g 没药 10g,伴恶心纳差加陈皮 6g,每天 1 剂,水煎服,连用 7~10 天,为 1 个疗程。

两组患者用药后均严密观察生命体征及腹痛情况,每周复查血 HCG 及 B 超至正常,用药 1 周后复查血象,肝肾功能。用药 1 周后如症状缓解,但血 HCG 下降未超过 25%,可重复用药 1 次,继续监测以上指标,两组均用药 1~2 个疗程。有生育要求者治疗后 3~4 个月来院行子宫输卵管造影检查。

统计学方法:采用 t 检验及 χ^2 检验。

结果

1 疗效评定标准 成功:治疗后临床症状消失,盆腔包块缩小以至消失,血 HCG 恢复或接近正常。失败:临床症状加重需手术治疗。

2 两组成功率比较 治疗组成功率为 91.67% (22/24 例),对照组成功率为 81.82% (18/22 例),两者比较差异有显著性($P < 0.05$)。

3 两种治疗效果比较 在治疗成功病例中治疗组血 HCG 恢复正常时间为(20.5 ± 10.1)天,包块吸收消失时间为(25.0 ± 10.5)天;对照组分别为(29.5 ± 11.2)天、(38.5 ± 12.6)天,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。

4 两组药物副反应情况 治疗组治疗中出现胃肠道反应 5 例,口腔溃疡 1 例,白细胞总数及血小板轻度下降 3 例;对照组治疗中出现胃肠道反应 6 例,口腔溃疡 1 例,白细胞总数及血小板轻度下降 2 例,均未作特殊处理,1 周后恢复正常。

5 随访情况 治疗组有生育要求者 16 例,随访 12 例,在治疗后 3~4 个月行子宫输卵管碘油造影,输卵管通畅率为 75% (9/12 例)。

讨论 近年来异位妊娠发病率不断升高,随着快速敏感的血 HCG 检测技术及 B 超声像技术的发展,相当部分异位妊娠在早期即可获得明确诊断,为临床药物治疗异位妊娠创造了很好的条件。而异位妊娠保守治疗是否成功,杀胚是最关键的一步。西药 MTX 是目前国内外公认的有效杀胚药物,本研究 MTX 治疗成功率为 81.82%。中医学认为本病属血瘀少腹,不通则痛之实证,临床治疗以活血化瘀,杀胚消癥散结为主,中药紫草、莪术、天花粉、水蛭等能阻止滋养细胞及胚胎生长,致使胚胎死亡,并且在活血化瘀药物作用下,可使宫外孕包块缩小以至消失,两者相加明显提高成功率,本研究中药配合 MTX 治疗成功率达 91.67%。

从本研究资料可看出,中药加 MTX 组血 HCG 恢复正常时间、包块吸收时间均较单纯使用 MTX 组短,两种治疗药物副反应均很小,均不破坏输卵管壁组织及其本身的修复功能,为需保留生育功能的患者带来希望。故中药配合 MTX 治疗异位妊娠较单纯使用 MTX 效果显著,成功率高,为临床首选治疗方案,尤适于基层医院。

(收稿:2002-05-10 修回:2002-08-18)