

等可致寒邪、气滞、血瘀、痰浊内生，脉络不通，不通则痛。参麦注射液源于《千金要方》之生脉散，是生脉散的衍变方，由人参、麦冬提取精制而成，具有益气固脱、养阴生津、养心、复脉之功效。有报道认为，该药具有强心及调节自主神经功能，可抑制平滑肌细胞膜 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性，从而促使 $\text{Ca}^{2+}$ 内流，增强心肌收缩力<sup>[4]</sup>。另有研究认为，其能清除自由基，稳定膜通透性，阻止心肌细胞内外离子分布的异常和心肌电生理特性的异常相关，从而减少心律失常发生<sup>[5]</sup>。因此在临床广泛用于心血管疾病的治疗。

本研究采用参麦注射液配合西医常规疗法救治急性左心衰竭，可扩张冠状动脉，增加冠状动脉的血流量，减少心肌耗氧量，从而保护心肌，提高机体抗缺氧能力。

## 参 考 文 献

- [1] 陆再英, 钟南山. 内科学. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 165-167.
- [2] 陈灏珠. 实用内科学. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 136-137.
- [3] 王蔚文. 常见疾病诊断依据与疗效判断标准. 长沙: 湖南科技出版社, 1999: 1-2.
- [4] 李勤, 刘宏, 李秉芝, 等. 参麦注射液的药理作用及临床应用. 医学综述, 2005, 11(12): 1142-1143.
- [5] 李萍, 熊凡, 富青, 等. 参麦注射液对抗大鼠心肌缺血再灌注性心律失常作用. 中国医院药学杂志, 2005, 25(9): 815-817.

(收稿日期: 2010-08-05)

(本文编辑: 樊红雨)

# 癃闭舒胶囊联合特拉唑嗪治疗慢性前列腺炎/慢性 骨盆疼痛综合征 50 例的临床研究

贺铁豪 张奇峰 黄宗轩 高国政

美国国立卫生研究院(National institutes of health, NIH)根据对前列腺炎的基础和临床研究情况,将前列腺炎分为IV型<sup>[1]</sup>,其中慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CP/PPS)是前列腺炎中最常见的类型,约占慢性前列腺炎的90%以上<sup>[2]</sup>。主要表现为长期、反复的骨盆区域疼痛或不适,持续时间可超过3个月,并伴有不同程度的排尿症状和性功能障碍,严重影响患者的生活质量。因其病因和发病机制目前尚不清楚,故难以取得较好的治疗效果。我院采癃闭舒胶囊联合特拉唑嗪治疗CP/PPS,取得较好疗效,现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料:100例患者均选自2009年10月至2010年7月我院门诊,均为男性。采用随机数字表法将100例CP/PPS患者随机分为两组各50例,治疗组年龄19~49岁、平均(32.18±6.74)岁;病程3~48月、平均(20.52±10.04)月;NIH慢性前列腺炎症状指数

(NIH-CPSI)评分10~37分、平均(24.40±6.15)分。对照组年龄22~47岁、平均(33.70±7.28)岁;病程3~54月、平均(22.48±12.54)月;NIH-CPSI评分11~33分、平均(24.40±5.66)分。两组患者在年龄、病程、病情方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 病例纳入及排除标准<sup>[3, 4]</sup>:(1)纳入标准:①年龄18~49岁,病程>3个月,2周内未服用其他治疗慢性前列腺炎的药物;②局部症状表现为会阴、睾丸、阴茎、肛门、小腹、腰骶等部位疼痛或不适,或排尿症状表现为尿频、尿急、排尿不尽,NIH-CPSI≥10分;③前列腺按摩液培养无菌生长;④支原体、衣原体培养均阴性。(2)排除标准:①急性前列腺炎或泌尿系统感染患者;②良性前列腺增生症、前列腺肿瘤、神经源性膀胱功能障碍、尿道畸形或狭窄、严重神经官能症患者;③严重肛门、直肠疾病患者;④合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者;⑤精神病患者;⑥参加其他临床试验或正使用与试验药相类似治疗作用药物者;⑦受试者不愿意参加试验或因不能禁酒、忌辛辣饮食等而不能配合治疗者。

1.3 治疗方法:对照组口服盐酸特拉唑嗪片(上海雅

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4246.2011.01.029

作者单位: 530021 南宁, 广西医科大学第一附属医院中医科

培制药有限公司,批号:国药准字 J20030056) 2 mg/次, 1 次/d,睡前服,首剂减半。治疗组在对照组治疗基础上加服癃闭舒胶囊(石家庄科迪药业有限公司,批号:国药准字 Z10960007),0.9 g/次,2 次/d,两组均治疗 4 周为 1 个疗程,治疗期间忌食辛辣肥甘之品,禁烟酒,适度性生活,不加用其他药物及物理疗法治疗。

1.4 疗效判定标准:前列腺液(EPS)中白细胞(WBC)及卵磷脂小体(SPL)数量与症状严重程度无相关性,不适合作为慢性前列腺炎的诊断及疗效评价的指标,慢性前列腺炎的诊断和疗效评价应该以临床症状为主<sup>[5]</sup>。因此,本实验应用NIH-CPSI<sup>[6]</sup>对患者治疗前后进行评分。治愈:无症状保持 4 周以上而无复发或症状分值减少≥90%;显效:分值减少 15 分以上或较治疗前减少 60%~89%;有效:分值减少 5~15 分或较治疗前减少 30%~59%;无效:症状分值减少<5 分或较治疗前减少在 30%以下。以治愈、显效和有效病例计算总有效率。

1.5 统计学方法:采用SPSS13.0 软件进行统计学分析,数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示。组内治疗前后积分比较用配对t检验,两组间治疗前后积分比较用独立样本t检验,组间总有效率比较用 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

治疗组失访 2 例,最终完成 48 例;对照组失访 3 例,最终完成 47 例。治疗组 3 例、对照组 5 例发生与药物相关的不良反应,表现为不同程度的头痛、头晕、恶心、心悸、体位性低血压等,未停药自行缓解。两组治疗后 NIH-CPSI 评分均显著下降( $P<0.05$ ),两组治

疗后 NIH-CPSI 评分,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。疗效观察显示治疗组临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

## 3 结语

慢性前列腺炎属中医“精浊”、“劳淋”范畴。其临证多为虚实兼夹之症,病因病机可归结为湿热、瘀滞与肾虚,三者并存并贯穿整个疾病过程。湿热是其发病之关键,症见下焦湿热症状(尿频、尿痛、尿后余沥、滴白、尿分叉、尿线细或无力不适等);“瘀滞”可由久病入络,或湿热淤滞下焦,致精气不利,气滞血瘀,症见局部疼痛或不适(如会阴、肛周、下腹腰骶、腹股沟及睾丸阴茎疼痛或不适);“肾虚”可因年龄增长,或房事过度,伤肾损精,可见虚弱或神经衰弱症状(尿道口滴白、头晕眼花、腰膝酸软、阳痿遗精、失眠多梦等)。治疗当标本同治,清热利湿、活血止痛、补肾固精。

$\alpha$ 受体阻滞剂在治疗CP/CPPS中应用较为广泛,特拉唑嗪(terazosin)可不同程度的改善患者的排尿症状、疼痛及生活质量指数等<sup>[7]</sup>。癃闭舒胶囊为纯中药制剂(含补骨脂、益母草、金钱草、海金沙、山慈姑和琥珀等),具有清热通淋、温肾化气、活血化瘀、散结止痛的功效,全方味少而精,清热通淋而无寒凉伤中之忧,温补收涩敛邪之虑。临证用之于尿频、尿痛、尿道滴白、会阴胀痛等。

本研究表明,癃闭舒胶囊联合特拉唑嗪治疗CP/CPPS,优于单纯使用特拉唑嗪治疗,但由于病例总数及观察时间有限,癃闭舒胶囊联合盐酸特拉唑嗪治疗CP/CPPS 长期疗效尚待进一步研究。

表 1 两组治疗前后 NIH-CPSI 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	疼痛症状评分	排尿症状评分	生活质量评分	NIH-CPSI 总评分
治疗组	48				
治疗前		12.48±3.79	4.54±1.74	7.38±2.16	24.40±6.15
治疗后		6.17±3.86 <sup>ab</sup>	2.79±1.75 <sup>a</sup>	4.63±2.18 <sup>ab</sup>	13.58±6.94 <sup>ab</sup>
对照组	47				
治疗前		12.45±3.28	4.81±1.99	7.15±1.90	24.40±5.66
治疗后		8.26±3.53 <sup>a</sup>	2.70±1.91 <sup>a</sup>	5.62±2.20 <sup>a</sup>	16.57±6.70 <sup>a</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P<0.05$

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	48	6(12.5)	11(22.9)	20(41.7)	11(22.9)	77.1% <sup>a</sup>
对照组	47	4(8.5)	6(12.8)	17(36.2)	20(42.6)	57.4%

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$

参 考 文 献

[1] Krieger JN, Nyberg LJ, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA, 1999, 282: 236-237.  
 [2] Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, et al. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study. J Urol, 2002, 168 (3): 1048-1053.  
 [3] 谢建兴, 胡海棠, 肖冬妮, 等. 前列安栓治疗慢性前列腺炎(湿热瘀血壅阻证)的安全性和有效性的III期临床试验. 中华男科学杂志, 2009, 15 (11): 1049-1052.  
 [4] 涂响安, 王文卫, 赵亮, 等. 前列安通联合甲磺酸多沙唑嗪

控释片治疗III型前列腺炎 45 例. 广东医学, 2008, 29 (10): 1608-1610.  
 [5] 陈国宏, 李兰群, 王传航, 等. 慢性前列腺炎症状评分与前列腺液白细胞及卵磷脂小体数量相关性分析. 中国性科学, 2009, 18 (2): 17-24.  
 [6] 戴继灿. 介绍美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI). 中国男科学杂志, 2000, 14 (1): 62.  
 [7] Cheah PY, Liong ML, Yuen KH, et al. Terazosin therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, placebo controlled trial. J Urol, 2003, 169 (2): 592-596.

(收稿日期: 2010-10-26)

(本文编辑: 樊红雨)

## 黄连解毒汤配合外用双黄散治疗复发性口腔溃疡 30例疗效观察

冯焕敏 刘波 岳文江

复发性口腔溃疡 (recurrentoralulcer, ROU) 为临床常见的溃疡性口腔黏膜疾病, 具有周期性反复发作及自限性等特点。近年来虽进行了较深入的研究, 但病因尚未明确。本研究采用黄连解毒汤配合外用双黄散为主治疗复发性口腔溃疡取得满意疗效, 现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料: 全部病例均选自2009年1月至2010年1月我科门诊患者, 均符合复发性口腔溃疡的诊断标准<sup>[1]</sup>。按随机数字表法将全部患者随机分为两组各30例, 治疗组中男性18例、女性12例; 年龄42~61岁、平均(49.5±6.48)岁; 病程1~8年、平均(5.0±3.5)年, 其中溃疡类型中轻10例、中18例、重2例。对照组中男性15例、女性15例; 年龄41~60岁、平均(48.5±6.68)岁; 病程1~7年、平均(5.5±3.3)年, 其中溃疡类型中轻9例、中18例、重3例。两组在性别、年龄、病程、病情方面比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

1.2 临床诊断标准<sup>[1]</sup>: 初起时为细小红点, 伴有灼热不适感, 然后逐渐扩大为直径2~3 mm的溃疡、疼痛明

显, 周期性发作, 溃疡发作频次>1次/月, 未次溃疡发作时间≤4 d。

1.3 病例纳入及排除标准: (1)纳入标准: ①符合复发性口腔溃疡的临床诊断标准; ②病程1~8年; 溃疡发作频次≥1次/月, 未次溃疡发作时间<2 d; ③3个月内未使用皮质类固醇、免疫抑制剂。(2)排除标准: 凡不符合病例纳入标准者均予以排除。

1.4 治疗方法: 对照组口服西米替丁, 初期400 mg/次, 3次/d, 症状减轻后200 mg/次, 3次/d; 维生素C 100 mg/d。治疗组在对照组治疗基础上口服黄连解毒汤(黄连10 g、黄柏15 g、栀子12 g、肉桂6 g, 细辛3 g, 生地黄30 g, 生薏仁30 g, 煅龙骨30 g、煅牡蛎30 g, 1剂/d, 水煎服)及外用双黄散(大黄50 g、硼砂20 g、没药30 g、黄连10 g, 烘干, 共为细末, 取适量直接撒于溃疡面上, 3次/d)。两组均治疗14 d为1个疗程, 连用2个疗程。两组均于溃疡发生40 h内接受治疗。

1.5 疗效判定标准<sup>[2]</sup>: ①显效: 溃疡发作频次及溃疡数目减少; ②有效: 溃疡发作频次减少, 但溃疡数目无变化, 或溃疡发作频次无变化但溃疡数目减少。③无效: 溃疡发作频次与溃疡数均无变化。

1.6 统计学方法: 采用SPSS13.0软件包进行统计学分析。计量资料采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用t检验; 计数资料采用 $\chi^2$ 检验。  $P<0.05$  有统计学意义。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4246.2011.01.030

作者单位: 157000 黑龙江省牡丹江医学院附属第二医院五官科