

- [4] 吕仁和. 糖尿病及其并发症中西医诊治学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 129.
- [5] 吴深涛. 脾不散精与糖耐量减低[J]. 中国医药学报, 2004, 19(8): 463-466.
- [6] 杨殿荣, 邢陆, 霍玉书. 中西药干预 IGT 的国内外现状[J]. 辽宁中医杂志, 2002, 29(12): 770-771.
- [7] 黄淑玲, 麦敏. 消瘴汤逆转糖耐量减低的临床研究[J]. 中国中医药科技, 2005, 12(2): 73-74.
- [8] 于健, 苏珂. 葛根素对 2 型糖尿病病人胰岛素病人胰岛素抵抗的影响[J]. 中国新药与临床杂志, 2002, 21(10): 585.
- (责任编辑: 骆欢欢)

补肾活血解毒法治疗良性前列腺增生症临床观察

杜义斌, 杨柏风, 冉滨, 李黔云

云南省中医医院, 云南 昆明 650021

[摘要] 目的: 观察补肾活血解毒法中药联合非那雄胺片治疗良性前列腺增生 (BPH) 的临床疗效。方法: 将 92 例患者随机分为 2 组各 46 例, 治疗组 (脱落 3 例) 予补肾活血解毒法中药联合非那雄胺片治疗, 对照组 (脱落 2 例) 单独口服非那雄胺片, 疗程均为 3 月。采用国际前列腺症状评分 (IPSS)、尿路梗阻评分、膀胱刺激评分、前列腺体积 (PV)、膀胱剩余尿量 (Ru)、治疗前后 6 月内发生急性尿潴留人次等指标评价其临床疗效。结果: 与治疗前比较, 治疗 3 月后治疗组患者 IPSS、尿路梗阻评分、膀胱刺激评分、Ru 均较治疗前减少, 差异有显著性或非常显著性意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。对照组 IPSS、尿路梗阻评分、Ru 均较治疗前减少, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组比较, 治疗组 IPSS、膀胱刺激评分、Ru 减少较对照组更显著 ($P < 0.05$)。2 组治疗前后 PV、发生急性尿潴留例次变化无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 补肾活血解毒法与非那雄胺联合应用可进一步提高 BPH 的治疗效果。

[关键词] 良性前列腺增生; 中西医结合疗法; 补肾活血; 解毒; 非那雄胺片

[中图分类号] R697⁺.33 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 01-0119-03

良性前列腺增生(BPH)是引起老年男性排尿障碍最为常见的一种良性疾病。5- α 还原酶抑制剂非那雄胺适用于治疗前列腺体积增大伴下尿路症状的患者, 其长期疗效已得到证实。但也尚有部分患者的下尿路症状不能获得较好缓解。笔者应用补肾活血解毒中药联合非那雄胺片治疗 BPH, 可明显改善患者相关症状, 结果报道如下。

1 临床资料

选取在本院诊治的 BPH 患者 92 例, 年龄 62~87 岁, 平均(76.6 \pm 12.6)岁。均经直肠 B 超确诊为

BPH。纳入标准: 年龄 \geq 60 岁, 国际前列腺症状评分(IPSS) \geq 13 分, 前列腺体积(PV) \geq 20 mL; 30 mL \leq 膀胱剩余尿量(Ru) \leq 200 mL。排除标准: 前列腺癌, 急性泌尿系感染, 神经性膀胱, 尿道狭窄, 严重心、肝、肾、肺功能障碍者。治疗期间不得新加用 α -受体阻滞剂。按就诊时间顺序随机分为 2 组各 46 例。治疗组年龄 62~87 岁, 平均(76.4 \pm 11.0)岁; 病程 6~15 年, 平均(9.4 \pm 4.0)年。对照组年龄 62~86 岁, 平均(75.5 \pm 12.0)岁; 病程 5~13 年, 平均(8.7 \pm 3.6)年。2 组患者的年龄、病程构成经统计学

[收稿日期] 2013-07-29

[作者简介] 杜义斌 (1968-), 男, 主任医师, 主要从事中西医结合老年病临床、科研及教学工作。

处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 非那雄胺片(保列治, 美国默沙东公司生产)5mg, 口服, 每天 1 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加服补肾活血解毒中药。处方: 怀牛膝、黄芪各 30 g, 淫羊藿、玄参、蒲公英各 20 g, 水蛭粉(分 3 次兑入药汤中口服)、虎杖、乌药各 15 g, 桂枝、桃仁各 10 g, 柴胡 5 g。每天 1 剂, 水煎取汁 300 mL, 每次服 100 mL, 每天 3 次。服 5 天停 2 天。

疗程均为 3 月。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 对患者进行治疗前后 IPSS 评分; 对其中尿路梗阻症状(尿不尽、尿中断、排尿费力和憋尿困难)和膀胱刺激症状(尿频、尿急、夜尿)分别评分。由 B 超测定 PV, 计算公式为 $PV = 0.52 \times$ 前列腺前后径 \times 左右径 \times 上下径; Ru 由 B 超测定, 计算

公式为 $Ru = 0.75 \times$ 膀胱前后径 \times 左右径 \times 上下径。统计治疗前 6 月和治疗结束后 6 月内发生急性尿潴留例次。

3.2 统计学方法 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验进行统计学分析。计数资料采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组疗效指标治疗前后变化比较 见表 1。治疗过程中治疗组脱落 3 例(1 例自行加用 α -受体阻滞剂退出观察, 2 例失访), 对照组脱落 2 例(均为失访)。与治疗前比较, 治疗 3 月后治疗组患者 IPSS、尿路梗阻评分、膀胱刺激评分、Ru 均较治疗前减少, 差异有显著性或非常显著性意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。对照组 IPSS、尿路梗阻评分、Ru 均较治疗前减少, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后 2 组比较, 治疗组 IPSS、膀胱刺激评分、Ru 减少均对照组更显著($P < 0.05$)。2 组治疗前后 PV、发生急性尿潴留人次变化无显著性意义($P > 0.05$)。

表 1 2 组疗效指标治疗前后变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IPSS(分)		尿路梗阻评分(分)		膀胱刺激评分(分)		PV(cm ³)		Ru(cm ³)		发生急性尿潴留(例次)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	43	23.7 \pm 8.6	11.7 \pm 9.1 ^③	13.5 \pm 5.4	6.2 \pm 4.4 ^②	9.2 \pm 6.5	4.1 \pm 3.5 ^③	38.8 \pm 13.3	34.6 \pm 10.6	50.3 \pm 16.4	22.6 \pm 8.5 ^③	5	1
对照组	44	22.9 \pm 9.1	17.2 \pm 10.7 ^②	12.8 \pm 4.2	7.3 \pm 3.7 ^②	10.3 \pm 8.7	8.7 \pm 6.2	39.4 \pm 14.1	36.2 \pm 21.3	48.7 \pm 18.6	34.1 \pm 7.2 ^②	6	1

与治疗前相比较, ① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$; 与对照组比较, ③ $P < 0.05$

4.2 不良反应 治疗过程中, 治疗组和对照组各有 3 例发生轻微恶心, 未经处理自行消失。治疗组有 2 例出现口干症, 未经处理症状消失。对照组 1 例出现头昏, 未经处理而缓解。2 组治疗前后安全性指标未见异常。

5 讨论

组织学上 BPH 的发病率随年龄的增长而增加, 到 60 岁时大于 50%, 排尿困难症状也随之增加。大约 50% 组织学诊断 BPH 的男性有中度到重度下尿路症状^[1]。非那雄胺属 5- α 还原酶抑制剂, 通过抑制体内睾酮向双氢睾酮的转化, 进而降低前列腺内双氢睾酮的含量, 达到缩小前列腺体积, 改善排尿困难的治疗目的。临床试验证实了非那雄胺能缩小前列腺体积达 20%~30%, 改善患者症状评分约 15%, 并能将 BPH 患者发生急性尿潴留和手术预需要的风险降低 50% 左右^[2]。本次临床观察结果也证实, 经过非那雄胺治疗后, 2 组患者 IPSS、尿路梗阻评分、Ru 均

减少, 与治疗前比较, 差异有显著性或非常显著性意义。尽管 BPH 是引起中老年男性下尿路症状的主要原因, 但是因为 BPH 引起的下尿路症状存在梗阻性和刺激性两种因素, 前列腺体积的大小与梗阻性症状的相关性较刺激性症状强, 所以下尿路症状诊断 BPH 的敏感性只有 79%^[3]。这大概就是本次临床观察中非那雄胺片改善膀胱刺激评分不如尿路梗阻评分的原因。已有研究表明, 逼尿肌的过度活动是膀胱功能改变的重要表现, 是导致尿频、尿急、急迫性尿失禁等储尿期症状的主要原因^[4]。其次, 随着年龄的增加, 膀胱功能和其他非 BPH 因素改变同样可能导致下尿路症状和残余尿量增加。这些因素就是患者经过治疗前列腺体积已较前缩小, 但下尿路症状改善不满意的主要原因。

BPH 是老年病, 多在老年期逐渐显露症状而被发现。笔者认为, 此期老年人生理上处于低水平下的阴阳平衡, 容易出现阴阳失调。就脏腑而言, 该病的

病机主要是脾肾阳虚、肺肾气虚兼阴虚为本；瘀血、郁毒为标。中医药治疗应以补肾调阴阳，活血、解毒、散郁为法。治疗方中怀牛膝、黄芪、淫羊藿补肾益精、益气活血；玄参滋阴清热、解毒散结，兼制约方中部分药物的温燥之性；水蛭、桂枝、桃仁、乌药活血化瘀、通阳行气；蒲公英、虎杖解毒消痈；柴胡与乌药相配疏肝解郁、兼能升阳，与怀牛膝配伍，一升一降，调畅气机。全方共奏补肾益气、活血行气、解毒消痈之功，标本兼治，适用于治疗 BPH 引起的相关症状。该方联合非那雄胺片治疗 BPH，结果患者的 IPSS、膀胱刺激评分、Ru 减少较对照组更显著，推测原因可能是方中某些中药成分对膀胱功能(稳定性、顺应性、感觉等)施加了有益的影响，其确切机理值得进一步研究。当然，IPSS 评分是患者对 BPH 疾病的主观感受，有可能同客观指标不一致，这也是我们在分析结果时要注意的。

[参考文献]

- [1] Mc Gonnell JD, Roehrborn CG, Baustita OM, et al. The longterm effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia[J]. N Engl J Med, 2003, 349(25): 2387- 2398.
- [2] 那彦群, 孙光, 叶章群, 等. 中国泌尿外科疾病诊断指南(2009 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 103- 119.
- [3] 田野, 邵强, 宋健, 等. 北京多中心社区良性前列腺增生患病率调查: BPC- BPH 研究结果[J]. 中华泌尿外科杂志, 2010, 31(3): 194- 198.
- [4] 张鹏, 武治津, 杨勇, 等. 逼尿肌活动过度对良性前列腺增生患者的影响分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2010, 31(1): 49- 51.

(责任编辑: 冯天保)

中药联合米非司酮治疗子宫肌瘤疗效观察

裘丽俊

杭州市滨江区浦沿街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310053

[摘要] 目的: 观察米非司酮联合理气活血中药组方治疗子宫肌瘤的临床疗效。方法: 将 98 例患者随机分为 3 组, 米非司酮组 33 例予米非司酮治疗; 中药组 32 例予理气活血中药组方治疗; 联合用药组 33 例予米非司酮联合理气活血中药组方治疗。疗程均为 90 天, 观察各组用药前后子宫肌瘤大小和体内激素水平变化。结果: 治疗后各组患者子宫体积和子宫肌瘤体积均较治疗前缩小 ($P < 0.01$); 联合用药组子宫体积、子宫肌瘤体积较其他 2 组缩小更明显 ($P < 0.05$)。治疗后各组患者 FSH、P、LH、 E_2 、PRL 均较治疗前降低, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 联合用药组与米非司酮组比较, 血清 P、LH、 E_2 水平降低更为显著 ($P < 0.05$); 联合用药组与中药组比较, 血清 FSH、P、LH、 E_2 水平降低更为显著 ($P < 0.05$)。结论: 中药组方联合米非司酮治疗子宫肌瘤, 临床疗效确切。

[关键词] 子宫肌瘤; 中西医结合疗法; 理气活血; 米非司酮

[中图分类号] R711.74

[文献标识码] A

[文章编号] 0256- 7415 (2014) 01- 0121- 03

子宫肌瘤是女性生殖系统常见疾患, 据报道, 育龄妇女子宫肌瘤的发病率高达 20%~25%。本病的

发生、生长与女性雌激素水平密切相关, 目前治疗以子宫切除术和激素治疗为主。近年来, 笔者采用米非

[收稿日期] 2013-09-05

[作者简介] 裘丽俊 (1979-), 女, 主治医师, 主要从事全科医学临床工作。