

- 医学影像学术研讨会论文集. 2012: 907-912.
- [5] 冯法博, 孙垂国, 陈仲强, 等. “揭盖式”胸椎管后壁切除术治疗单节段胸椎黄韧带骨化症的疗效及其影响因素[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2014, (7): 585-592.
- [6] 陈金春, 黄建华, 黄建武, 等. 绝经后骨质疏松症骨密度T值与腰椎椎体CT值的相关性[J]. 中医正骨, 2009, 21(9): 1-3.
- [7] 方勇, 薛卡明. CT下椎管内侧隐窝封闭治疗腰椎间盘突出症32例临床观察[J]. 河北中医, 2011, 33(4): 529-530.
- (责任编辑: 冯天保)

艾附暖宫丸内服外敷治疗虚寒血瘀型 良性前列腺增生症 44 例疗效观察

李飞鹏¹, 刘晓刚²

1. 平凉市中医院, 甘肃 平凉 744000; 2. 平凉医学高等专科学校, 甘肃 平凉 744000

[摘要] 目的: 观察艾附暖宫丸内服、外敷治疗虚寒血瘀型良性前列腺增生症的临床疗效。方法: 将88例患者随机分为2组, 治疗组44例采用艾附暖宫丸内服及药渣热敷中极穴治疗, 对照组44例给予非那雄胺片治疗, 于治疗前后行前列腺症状评分(IPSS)、最大尿流率(MFR)比较。结果: 治疗后治疗组有4例前列腺体积缩小。2组临床疗效比较, 经Ridit分析, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。治疗后2组IPSS评分降低、MFR值升高, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 且治疗组MFR值升高较对照组更显著($P < 0.05$)。结论: 艾附暖宫丸内服外敷能提高患者最大尿流率, 改善其临床症状。

[关键词] 前列腺增生症; 良性; 虚寒血瘀; 艾附暖宫丸; 内服; 外敷

[中图分类号] R697.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0113-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.054

前列腺增生症(BPH), 又称为前列腺良性肥大, 是中老年男性的常见病多发病, 以尿频、尿急、夜尿增多等膀胱刺激症状以及排尿困难、终末滴尿、尿潴留、充盈性尿失禁等梗阻症状为主要临床表现。日久不愈可并发尿路感染、膀胱结石、肾功能不全等多种并发症。随着社会经济的发展, 社会人口逐渐趋于老龄化, BPH发病率有逐年增高的趋势。本病致病因素较多, 病理机制复杂, 病程较长, 缠绵难愈。临床上, 笔者运用艾附暖宫丸内服及药渣中极穴热敷治疗虚寒血瘀型前列腺增生症, 临床疗效显著, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 BPH诊断标准: ①45岁以上男性, 排尿踌躇、尿等待、尿线变细、费时费力、排尿间断、尿频、夜尿增多等排尿困难症状。②肛门指诊: 前列腺增大, 中央沟变浅或消失。③B超检查: 前列腺增大, 质量>20g, 测定膀胱残余

尿量>10 mL。前列腺增生程度参照《黄家驷外科学》^[2]相关标准评定。中医虚寒血瘀证标准^[3]: 小便频数而清, 或点滴不爽, 或尿后余沥不尽, 或夜尿频多, 排尿费力, 小腹胀满疼痛, 面色苍白, 神气怯弱, 畏寒, 腰膝酸软无力或冷, 舌淡紫暗或有瘀斑、瘀点, 苔薄白, 脉沉细或迟涩。

1.2 纳入标准 凡符合本病诊断及中医辨证标准, 年龄>45岁, 能配合主诉者。

1.3 排除标准 ①<45岁的男性; ②尿路结石、前列腺癌、急性肾功能衰竭所致出现的少尿或无尿症状; ③神经源性膀胱、颈纤维化、尿道狭窄引起的排尿困难; ④淋病、尿路感染等引起的尿频; ⑤心脑血管、肝脏和造血系统等严重原发性疾病、难治性糖尿病及有糖尿病神经病变, 精神病患者; ⑥良性前列腺梗阻侵入性治疗性失败者; ⑦有盆腔手术或损伤者; ⑧对该药过敏; ⑨凡不符合纳入标准, 未按规定用药, 或合用其

[收稿日期] 2014-09-27

[作者简介] 李飞鹏(1973-), 男, 主治医师, 主要从事医学临床工作。

他与BPH相关药物,无法判定疗效或资料不全等因素影响疗效或安全性判断者。

1.4 一般资料 选择2012年2月—2014年4月在平凉市中医医院门诊确诊的BPH、中医辨证为虚寒血瘀型患者共88例,其中前列腺增生程度I度(0~7分)26例, II度(8~19分)47例, III度(20~35分)15例。所有患者随机分为治疗组和对照组各44例。治疗组年龄51~75岁,平均(62.6±13.7)岁;病程3~11年,平均(6.4±4.8)年;前列腺增生程度I度13例, II度23例, III度8例;国际前列腺症状评分(IPSS)(29.8±2.52)分,平均最大尿流率(MFR)(8.75±1.98)mL/s。对照组年龄52~76岁,平均(63.6±12.4)岁;病程1~12年,平均(6.2±5.1)年;前列腺增生程度I度13例, II度24例, III度7例;IPSS(30.3±2.71)分, MFR(9.16±2.28)mL/s。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予艾附暖宫丸汤剂内服外敷治疗。处方:艾叶、续断、白芍各9g,当归12g,川芎、香附、吴茱萸、肉桂各6g,熟地黄、黄芪各15g。每天1剂,水煎2次,共取汁600mL,分3次口服;药渣用布袋(如婴儿枕头大小)包裹,早、中、晚蒸热外敷于中极穴位处30min,疗程为2月。

2.2 对照组 口服非那雄胺片(杭州默沙东制药有限公司生产),每次5mg,每天1次,疗程为2月。

3 统计学方法

采用SPSS13.0统计软件分析,所有数据均以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料组间比较采用Ridit分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效:治疗后IPSS下降10分以上, MFR上升6mL/s以上;有效:治疗后IPSS下降5~9分, MFR上升2~5mL/s;无效:治疗后IPSS和MFR均无改善。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后治疗组有4例患者前列腺体积较治疗前缩小。治疗后2组临床疗效比较,经Ridit分析, $u=2.37$, 差异有统计学意义($P<0.05$), 治疗组疗效优于对照组。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	44	25	15	4	90.91
治疗组	44	26	18	0	100

4.3 2组治疗前后IPSS、MFR比较 见表2。治疗后2组IPSS评分降低、MFR值升高,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);且治疗组MFR值升高较对照组更显著($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后IPSS、MFR比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	IPSS(分)	MFR(mL/s)
治疗组	44	治疗前	29.8±2.52	8.75±1.98
	44	治疗后	23.3±4.11 ^①	14.06±2.36 ^{①②}
对照组	44	治疗前	30.3±2.71	9.16±2.28
	44	治疗后	23.1±3.31 ^①	12.65±1.71 ^①

与同组治疗前比较, ① $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.05$

5 讨论

现代医学对BPH的发病机制研究颇多,但病因至今仍未阐明。目前已知前列腺增生必须具备有功能的睾丸及年龄增高两个条件。近年来也注意到吸烟、肥胖及酗酒、性功能、家族、人种及地理环境对BPH发生的关系。相关研究表明,通过比较检测血液流变学指标发现健康人与BPH患者有显著差异,认为瘀血是BPH的病理变化之一,这与中医学理论是相一致的。中医学认为,肾司二便,膀胱主藏溺,气化则行,故BPH病位在肾与膀胱。该病早期多属肾虚为主的劳淋范围,当病势发展到以排尿困难为主时则属癃闭范围,晚期则为肾脏虚损至极,浊阴大量内聚为患。中医学认为,本病患者多为年届七八,“精少,肾脏衰”,或先天禀赋不足,或后天调摄失宜,致使肾阳衰惫,气化失司,温煦无力,日久则痰湿内酿,血行瘀滞,败精不化,痰湿、瘀血、败精结聚于前列腺,从而发为本病。故本病病机以肾阳亏虚为本,瘀血、湿痰、败精互结为标,其中尤以阳虚血瘀为主,本虚标实贯穿于本病始终。

艾附暖宫丸原用于血虚气滞、下焦虚寒所致的妇科疾病,具有温阳散寒、理气止痛之效。笔者在临床实践中遵循《内经》“谨守病机”“异病同治”之大法,使用该方治疗虚寒血瘀型前列腺疾病收到显著疗效。方中艾叶、肉桂、吴茱萸均为辛苦温热之品,能温肾祛寒除湿;配以黄芪、续断益气温阳补肾;合以四物(当归、熟地黄、芍药、川芎)补血和血化瘀;兼用香附行气开郁散结。诸药合用,可温阳补肾,理气养血,化瘀散结。中极穴为任脉经气所发,能调理任脉、温补肾气。药穴合用,共奏温阳补肾、理气养血、化瘀散结之效,正切合本病病机特点,故临床疗效较为显著。

[参考文献]

- [1] 顾方六. 良性前列腺增生症的诊断和治疗[J]. 中华外科杂志, 1999, 37(4): 251-254.
- [2] 吴阶平. 黄家驷外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 1075.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第1辑[S]. 1993: 171.

(责任编辑: 冯天保)