

理气通络汤治疗良性前列腺增生症疗效观察

张来平¹, 袁岳鹏²

1. 陇东学院, 甘肃 庆阳 745000; 2. 庆阳市第二人民医院, 甘肃 庆阳 745000

[摘要] 目的: 观察理气通络汤联合非那雄胺、特拉唑嗪治疗良性前列腺增生症(BPH)的疗效。方法: 将124例患者随机分为2组各62例, 对照组予非那雄胺联合特拉唑嗪治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上加用理气通络汤治疗; 疗程均为12周, 检测2组患者治疗前后国际前列腺症状(I-PSS)评分、前列腺重量及残余尿量(RU)变化, 评定临床疗效。结果: 治疗后总有效率治疗组为91.94%, 对照组为82.26%, 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后治疗组I-PSS评分、前列腺重量、RU均较对照组改善明显, 2组比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。治疗组出现恶心、上腹部不适1例; 对照组出现低血压2例、谷丙转氨酶升高3例; 所有患者血常规、尿常规、肝肾功、出凝血时间等指标均正常。结论: 理气通络汤联合非那雄胺、特拉唑嗪治疗BPH疗效显著, 副作用相对较少。

[关键词] 良性前列腺增生症; 中西医结合疗法; 非那雄胺; 特拉唑嗪片; 理气通络汤

[中图分类号] R697*.32 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)09-0096-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.044

良性前列腺增生症(BPH), 亦称前列腺肥大, 其特征表现为前列腺的细胞、上皮、腺体和间质的非同步性生长和分化, 细胞增生, 导致前列腺增大, 是引起老年男性下尿路梗阻的常见病因之一。临床表现以尿频、尿急、排尿困难等下尿路症状(LUTS)为主。目前临床常用 α -受体阻滞剂如盐酸坦索罗辛、特拉唑嗪, 抗雄性激素药物如5 α -还原酶抑制(非那雄胺)等治疗。笔者采用自拟理气通络汤联合非那雄胺、特拉唑嗪治疗BPH, 取得了一定的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 BPH诊断标准参照《中国中西医结合男科学》^[1]中相关标准。中医诊断参考《中医男科临床治疗学》^[2]癃闭标准。男性45岁以上者, 夜间尿频, 排尿困难或发生急性尿潴留。

1.2 纳入标准 符合诊断标准, 年龄45~80岁; 前列腺直肠指诊示前列腺两侧叶扩大, 或中间沟消失, B型彩色超声检查 \leq 度者; 从未接受正规药物治疗; 未发生过急性尿潴留; 最大尿流率(Qmax)在15 mL/s以下(须排尿量 $>$ 150 mL); 经医院伦理委员会批准, 签订知情同意书。

1.3 排除标准 急性尿路感染、尿路狭窄、前列腺癌、前列腺结石及神经源性膀胱功能障碍等影响排尿的疾病; 低血压、肝肾及造血系统等原有严重原发性疾病。

1.4 一般资料 观察病例均来自2011年1月~2013年12月庆阳市第二人民医院泌尿科门诊的BPH患者, 共124例,

随机分为2组各62例。治疗组年龄50~85岁, 平均(61 \pm 10.5)岁; 病程2~15年, 平均5.6年。对照组年龄50~84岁, 平均(60 \pm 11.2)岁; 病程3~15年, 平均5.7年。2组一般资料经统计学处理, 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 予盐酸特拉唑嗪片(贵州威门药业股份有限公司生产), 每次1 mg, 每天1次, 睡前口服。非那雄胺(杭州默沙东制药有限公司生产), 每次5 mg, 每天1次, 口服。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用理气通络汤治疗。处方: 水蛭、三棱、桃仁、莪术、王不留行、五灵脂、川楝子、蒲黄、香附、乌药、荔枝核各10 g, 鸡内金、益母草各30 g, 橘核15 g, 穿山甲粉(冲服)3 g, 红花6 g。每天1剂, 水煎取汁300 mL, 分早晚2次口服。

2组疗程均为12周。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察2组患者治疗前后国际前列腺症状(I-PSS)评分^[1]、前列腺重量及残余尿量(RU); 评价临床疗效。I-PSS评分: 0~7分为轻度症状, 8~9分中度症状, 20~35分为重度症状。B型彩色超声检查计算前列腺重量=0.52 \times 三径线之乘积 \times 前列腺比重(1.05 g)。

3.2 安全性指标 包括不良事件、血压、实验室检查血常规、尿常规、肝肾功、出凝血时间。

[收稿日期] 2014-03-19

[作者简介] 张来平(1959-), 男, 副教授, 主要从事内科教学和科研工作。

3.3 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件, 计量资料比较采用配对 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 痊愈: 排尿困难症状消失, 直肠指检或 B 超提示肥大的前列腺恢复正常; 显效: 排尿困难症状基本消失, 夜尿次数减半或减少至 2 次以下, 肛指或 B 超检查, 肿大的前列腺缩小 1 级, 残余尿减半, 或减少到 30 mL 以下; 好转: 排尿困难有不同程度的减轻, 夜尿减少 2 次, 但前列腺无明显改善; 无效: 临床症状无好转, 客观检查指标无改善。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 91.94%, 对照组为 82.26%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	有效率(%)
治疗组	62	12	39	6	5	91.94
对照组	62	6	28	17	11	82.26

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组 I-PSS 评分、前列腺重量、残余尿量变化比较 见表 2。治疗前 2 组 I-PSS 评分、前列腺重量、RU 比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。治疗后治疗组 I-PSS 评分、前列腺重量、RU 均较对照组改善明显, 2 组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。

表 2 2 组 I-PSS 评分、前列腺重量、残余尿量变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	I-PSS 评分(分)	前列腺重量(g)	残余尿量(mL)
治疗组	62	治疗前	11.5 ± 1.5	40.31 ± 4.92	30.0 ± 2.6
		治疗后	6.1 ± 0.3	17.56 ± 3.50	12.0 ± 2.6
对照组	62	治疗前	11.6 ± 1.3	40.29 ± 5.52	29.0 ± 3.1
		治疗后	8.3 ± 1.6	28.56 ± 3.42	16.0 ± 2.8

与对照组治疗后比较, ① $P < 0.05$

4.4 安全性评价 治疗组口服中药汤剂后出现恶心、上腹部不适 1 例, 经给予果胶铋、麦滋林治疗后症状消失。对照组出现低血压 2 例, 未停药, 给予补中益气丸治疗后好转; 谷丙转氨酶升高 3 例, 给予肝泰乐对症治疗后好转。所有患者血常规、尿常规、肝肾功能、出凝血时间等指标均正常。

5 讨论

BPH 是常见的、多发的男性老年病之一。前列腺是一个雄性激素依赖器官, 睾酮对前列腺的生长、发育、分化和发挥功能起到关键作用。人类前列腺从二十多岁出现的局灶性上皮

增生到近五十岁发展为结节状前列腺增生, 被认为是雄激素的结果。5 α -双氢睾酮(DHT)是参与此过程的主要雄激素。膀胱颈部平滑肌和前列腺基质及包膜分布有大量 α_1 受体, 此受体的活化使尿道压力增加, 尿路梗阻加重^[3]。目前临床常用盐酸坦索罗辛、特拉唑嗪等 α -受体阻滞剂, 抗雄性激素药物如 5 α -还原酶抑制剂(非那雄胺)等进行治疗, 有一定的疗效, 但是这些药物长期应用造成肝肾功能异常, 患者依从性差。

中医学认为, 本病属癃闭范畴, 其病机常虚实夹杂, 气滞血瘀是主要病机, 病理之关键在于血瘀^[4]。据此笔者治疗以活血化瘀为主, 兼以行气散结。理气通络汤方中三棱散血行气, 软坚消积; 莪术消除瘀痞, 二者共为君药。桃仁、红花为臣药, 破血散瘀, 活血养血, 使瘀血去新血生, 既可加强君药活血散瘀之力, 又有活血而不耗血动血之妙。佐药水蛭活血破血; 王不留行通血脉、除风痹; 五灵脂活血散瘀、通利血脉, 三药加强君臣药物活血散瘀之功; 川楝子入肝经疏肝气; 蒲黄活血祛瘀; 香附疏肝解郁、行气定痛; 穿山甲通经络、活瘀消肿, 以上四味药物加强君臣药物行气通络之功; 鸡内金通淋化石; 益母草、乌药温肝肾, 以助膀胱气化; 橘核、荔枝核行气散滞, 针对气滞疼痛而设。诸药合用, 则瘀血散, 气机畅, 肾与膀胱气化正常, 水道通, 小便自利。现代中药药理研究证实: 水蛭水煎剂有较强的抗凝作用, 能显著延长纤维蛋白的凝聚时间; 桃仁含扁桃甙, 有消炎、解毒、镇痛、滋润作用; 五灵脂有缓解平滑肌痉挛作用^[5]。观察表明, 治疗组临床疗效及对患者 I-PSS 评分、前列腺重量、RU 的改善均优于对照组, 提示中西医结合治疗 BPH 疗效显著, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 贾金铭, 周智恒. 中国中西医结合男科学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2005: 279-282.
- [2] 冷方南. 中医男科临床治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1994: 316.
- [3] 李银凤, 齐飞波. 坦索罗辛与特拉唑嗪分别与 5 α -还原酶抑制剂联用治疗前列腺增生的临床观察[J]. 新疆医学, 2010, 40(6): 48-49.
- [4] 陈和亮. 实用中医男科临床手册[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2006: 159-160.
- [5] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 318-341.

(责任编辑: 冯天保)