

· 临床报道 ·

通淋汤治疗高危前列腺增生疗效观察

王 蓉 龚 敏 张圣熙 张 耘 黄锦阳 林文耀 宋 旭 周磐石

高危前列腺增生症是指高龄良性前列腺增生症伴有心、脑、肺、肝、肾等一种及以上脏器合并症,此类患者手术风险增大,手术治疗受到限制^[1]。因此药物治疗,特别是中西医结合治疗方案越来越受到重视,成为高危前列腺增生主要治疗方法。笔者对高危前列腺增生患者采用中西医结合治疗,取得了一定的疗效,现报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 高危前列腺增生诊断参照《欧洲泌尿外科学会前列腺增生诊治指南》^[2],年龄 70 岁以上,有尿频、尿急、夜尿增多、排尿等待、尿线细、排尿费力等临床症状;肛门指诊:前列腺增大,质地中等硬度而有弹性,中央沟变浅或者消失;B 超检查:前列腺体积(V ,上下径 $\times$ 前后径 $\times$ 左右径 $\times 0.52$) $>25\text{ mm}^3$;最大尿流率($Q_{\max}$) $<15\text{ mL/s}$,国际前列腺症状评分(international prostate syndrome score, IPSS) ≥ 13 分,膀胱残余尿量(residual urine volume, R) $\leq 100\text{ mL}$ 。

2 纳入、排除及脱落标准 纳入标准:符合诊断标准;通过前列腺 B 超或 MRI、直肠指检、PSA、膀胱镜检查、前列腺穿刺活检等确诊为良性前列腺增生症,有一种及以上脏器合并症;签署知情同意书。排除标准:尿道狭窄、膀胱颈硬化、神经源性膀胱、间质性膀胱炎等疾病。脱落标准:无法完成试验和随访的患者。

3 一般资料 本试验经本院伦理委员会批准。选择 60 例 2011 年 1 月—2013 年 2 月就诊于上海市第七人民医院泌尿外科高危前列腺增生患者。年龄 70~93 岁,平均(79 ± 7)岁。病程 15~35 年,平均(21 ± 5)年。其中,合并原发性高血压病 43 例,冠状动脉粥样硬化心脏病 15 例,2 型糖尿病 12 例,肺气肿 9 例,肺心病 9 例,脑血管疾病 7 例,肾功能不全 5 例。将 60 例患者按照随机数字表分为西药组和中西医结合组(结合组),每组 30 例,两组患者年龄、病程、试验

前服药情况、IPSS、生活质量指数(quality of life, QOL)、 V 、 $Q_{\max}$ 、R 和血清前列腺特异性抗原(PSA)比较(表 1),差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组年龄、病程、试验前服药情况比较

组别	例数	年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$, 年)	试验前服药情况
西药	30	80 ± 7	21 ± 4	保列治 5 mg/天 + 盐酸坦罗辛 0.2 mg/晚
结合	30	80 ± 8	21 ± 6	保列治 5 mg/天 + 盐酸坦罗辛 0.2 mg/晚

3 治疗方法 西药组口服非那雄胺(保列治, 5 mg/片, 杭州默沙东制药有限公司, 批号: J20120071)5 mg/日加盐酸坦罗辛(必坦, 0.2 mg/片, 杭州康恩贝制药股份有限公司, 批号: H20050285)0.2 mg/晚, 饭后口服。结合组在西药组治疗基础上, 口服自拟通淋汤(组成:王不留行 30 g 水蛭 10 g 虻虫 10 g 肉桂 6 g 穿心莲 10 g)上药加清水 500 mL, 浸泡 2 h 后武火煮沸, 再以文火煎煮 20 min, 滤汁 150 mL, 再加清水 250 mL, 如法煎煮至 100 mL, 两汁混和, 分 2 次温服。西药与中药相隔半小时口服。两组治疗时间均为 3 个月。

4 观察指标及方法 观察治疗前后两组患者 R、 $Q_{\max}$ 、 V , 评价治疗前后两组 IPSS、QOL, 治疗前后采清晨空腹静脉血 3 mL, 电化学发光法检测 PSA。观察患者治疗前后血、尿常规、心电图及肝肾功能。

5 统计学方法 所有数据采用 SPSS 13.0 软件进行统计, 计量资料比较应用配对 t 检验及独立样本 t 检验, 计数资料比较应用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

结 果

1 两组患者均顺利完成试验和随访。

2 两组治疗前后 IPSS、QOL、R、 $Q_{\max}$ 、 V 及 PSA 比较(表 2) 与本组治疗前比较, 两组治疗后 IPSS、QOL、R 降低($P<0.05$), $Q_{\max}$ 升高($P<0.05$)。与西药组同期比较, 结合组治疗后 IPSS、QOL、R 降低($P<0.05$), $Q_{\max}$ 升高($P<0.05$)。

基金项目:浦东新区卫生系统优秀青年医学人才培养计划(No. ZQH2201602)

作者单位:上海中医药大学附属第七人民医院泌尿外科(上海 200137)

通讯作者:宋 旭, Tel: 021-58670561, E-mail: 1418855811@qq.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20170205.025

表 2 两组治疗前后 IPSS、QOL、R、Q_{max}、V 及 PSA 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IPSS(分)	QOL(分)	R(mL)	Q _{max} (mL/s)	V(mm ³)	PSA(ng/mL)
西药	30	治疗前	23 ± 6	4.4 ± 1.2	53 ± 12	8.9 ± 1.8	46 ± 9	3.5 ± 1.1
		治疗后	16 ± 7 *	3.6 ± 0.9 *	28 ± 10 *	11.9 ± 2.2 *	44 ± 9	3.3 ± 1.0
结合	30	治疗前	23 ± 6	4.5 ± 1.1	56 ± 11	9.2 ± 2.1	46 ± 9	3.6 ± 1.2
		治疗后	12 ± 5 *△	2.2 ± 0.9 *△	21 ± 11 *△	14.8 ± 1.8 *△	46 ± 9	3.4 ± 0.9

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组同期比较,△ $P < 0.05$

3 不良反应 两组均未发现明显不良反应。

讨 论

良性前列腺增生症是老年男性常见病、多发病,起病隐匿而缓慢。中医学认为本病属于“癃闭”范畴^[3]。盖闭者暴病,为溺闭,点滴不出,俗名小便不通是也。癃者久病为溺癃,淋漓点滴而出,一日数十次或数百次^[4]。

现代医学研究表明,前列腺增生的病因较复杂,多与老年内分泌腺功能紊乱、性激素平衡失调有关。随着年龄增长,血浆睾酮递减而雌激素浓度不变或增加,雄、雌激素比值改变而引起性激素调节紊乱。其病理改变主要以前列腺基质增生为主,而平滑肌成分在此病的病理生理过程中起着重要作用。前列腺平滑肌含有丰富的α₁-受体,该受体可增加前列腺平滑肌的张力,使前列腺体积增大,导致患者出现排尿梗阻症状^[5]。因此,本研究西药采用联合保列治和必坦,必坦是α-受体阻滞剂,它通过阻滞分布在前列腺和膀胱颈部平滑肌表面的α₁-受体,松弛平滑肌,达到缓解膀胱出口动力性梗阻的作用;保列治是5-α还原酶抑制剂,它通过抑制体内睾酮向双氢睾酮的转变,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^[6]。中医学认为,膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。夫主气化者,太阴肺经也。若使肺燥不能生水,则气化不及州都;脾湿不运,而精不上升,故肺不能生水;肾水燥热,膀胱不利;淡渗之品,分流水湿,前后分利,使水走膀胱而小便自利;或有气滞,不能通调水道,下输膀胱者,顺气为急;有大虚者,非与温补之剂,则水不能行。高危前列腺增生症最常见的证型是气血瘀滞证,因此,本研究采用我院全国名中医叶景华先生自拟的通淋方,针对病症,起到疏利气机,活血化瘀的作用。本方中王不留行为君药,行而不往,善行血脉,消肿散结;水蛭为君

药,破血、逐瘀、通经;虻虫为臣药,擅破逐瘀,消症散结,破瘀血;肉桂为佐药,温补肾阳,行气利水;穿心莲为使药,清热解毒,化湿止痢,抗感染。通过对60例患者3个月的疗效观察,发现两组治疗后IPSS、QOL、R、Q_{max}改善($P < 0.05$),结合组疗效优于西药组($P < 0.05$)。而两组治疗前后V和PSA都没有发生明显的改变($P > 0.05$),两组之间比较差异也没有统计学意义($P > 0.05$),这可能与观察的时间相对较短有关。

综上所述,高危前列腺增生治疗令患者、家属及医务人员棘手,对有循环、呼吸、内分泌等系统严重合并症的患者,若行手术其风险太大,患者需长期留置导尿或行膀胱造瘘术,定期换管,导致反复泌尿系感染、并发膀胱结石等,给患者带来了极大的痛苦。本研究运用中西医结合治疗方案发现对此类患者有较好的疗效,值得临床推广和进一步观察。

参 考 文 献

[1] 宋春生. 中西医结合治疗良性前列腺增生症的思路与方法[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(8): 747-749.

[2] Rosette J, Madersbacher S, Alivizatos G, et al. EAU Guidelines on benign prostatic hyperplasia[J]. Eur Urol, 2001, 40(3): 256-263.

[3] 周仲瑛主编. 中医内科学[M]. 第7版. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 366.

[4] 王庆琪主编. 内经临床医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 520-521.

[5] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2007: 1143.

[6] 李晓宝, 张进生. 良性前列腺增生诊治研究进展[J]. 中国微创外科杂志, 2008, 8(2): 186-188.

(收稿: 2013-07-23 修回: 2016-08-15)

责任编辑: 赵芳芳