

引用:张朝德,汪自力. 健脾补肾活血汤联合盐酸坦洛辛缓释片治疗前列腺增生症 30 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2020,36(10):46-48.

# 健脾补肾活血汤联合盐酸坦洛辛缓释片 治疗前列腺增生症 30 例疗效观察

张朝德,汪自力

(成都大学附属医院,四川 成都,610081)

**[摘要]** 目的:观察健脾补肾活血汤联合盐酸坦洛辛缓释片治疗前列腺增生症脾肾气虚、痰瘀互阻证的临床疗效。方法:将 60 例前列腺增生症脾肾气虚、痰瘀互阻证患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。对照组口服盐酸坦洛辛缓释片治疗,治疗组在对照组基础上联用健脾补肾活血汤治疗。2 组均治疗 3 个月后进行疗效评定,并比较 2 组治疗前后的国际前列腺症状评分(IPSS)、生活质量指数(QOL)评分。结果:总有效率治疗组为 90.00%(27/30),对照组为 70.00%(21/30),2 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2 组 IPSS、QOL 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:健脾补肾活血汤联合盐酸坦洛辛缓释片治疗前列腺增生症脾肾气虚、痰瘀互阻证疗效确切,可显著改善患者症状、提高生活质量,且安全可靠。

**[关键词]** 前列腺增生症;脾肾气虚、痰瘀互阻证;中西医结合治疗;健脾补肾活血汤;盐酸坦洛辛缓释片

**[中图分类号]** R277.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.10.019

良性前列腺增生症是老年男性常见病、多发病,随着我国老龄人口的增加,前列腺增生症的发病率也不断上升<sup>[1]</sup>。由于老年患者伴有不同程度的基础疾病,手术治疗合并症多,危险性大,故非手术疗法越来越受到重视。笔者应用中西医结合治疗前列腺增生症脾肾气虚、痰瘀互阻证 30 例,并且

与采用西药治疗的 30 例作对照观察,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院门诊前列腺增生症患者 60 例,将其随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,年龄最小 50 岁,最大 75 岁,平均(64.46±8.29)岁;病程 11 个月至 17 年,平均(8.25±1.66)年;

**第一作者:**张朝德,男,医学硕士,主任医师,研究方向:前列腺疾病、性功能障碍、男性不育症等疾病的诊疗

出自《景岳全书》,主要功效为益气升提。本研究选择寿胎丸合举元煎加减治疗肾气亏虚型先兆流产,方中菟丝子平补阴阳、滋补肝肾、固精安胎,是补肾安胎之首选药物;桑寄生补肝肾、强筋骨、安胎元,为养血安胎之要药;续断补肝肾、调血脉,助菟丝子、续断补肝肾、固经脉;阿胶养血安胎,党参、黄芪、白术、山药益气安胎;甘草调和诸药。全方共奏补肾填精、益气养血、固冲安胎之效,联合黄体酮胶囊治疗先兆流产,能抑制子宫收缩,调节卵巢功能,平衡内分泌系统,从而达到保胎的效果<sup>[7]</sup>。

本研究结果显示,治疗组治疗后综合疗效及中医证候疗效总有效率均高于对照组( $P < 0.05$ ),且血清  $\beta$ -HCG 上升水平高于对照组( $P < 0.05$ ),说明治疗组临床疗效更佳,表明寿胎丸合举元煎加减联合黄体酮胶囊治疗肾气亏虚型先兆流产疗效较单

用西药治疗更明显,值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 刘方. 助孕丸治疗早期先兆流产临床疗效的回顾性研究[D]. 广州:广州中医药大学,2017.
- [2] 王魏. 寿胎丸加味联合黄体酮软胶囊治疗肾虚型先兆流产疗效观察[J]. 黑龙江中医药,2015,44(3):47-48.
- [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:2016-2017.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:254-256.
- [5] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社,2012:243.
- [6] 李婧,赵颖,罗颂平. 寿胎丸药理作用研究进展[J]. 新中医,2015,47(5):282-284.
- [7] 刘婷,侯莉莉. 寿胎丸加减联合西药治疗妊娠早期合并绒毛膜下血肿的先兆流产的疗效[J]. 中国妇幼保健,2016,31(7):1492-1494.

(收稿日期:2019-11-26)

国际前列腺症状评分 (IPSS) 结果显示病情轻度 9 例、中度 18 例、重度 3 例。对照组 30 例, 年龄最小 54 岁, 最大 74 岁, 平均 (65.72±7.94) 岁; 病程 1~18 年, 平均 (8.43±1.65) 年; IPSS 结果显示病情轻度 10 例、中度 17 例、重度 3 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

## 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《临床男科学》<sup>[2]</sup> 拟定。有尿频、尿急、夜尿增多、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; 经 B 超检查: 前列腺体积 (上下径×前后径×左右径×0.52) > 25 mm<sup>3</sup>。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup> 及《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup> 拟定脾肾气虚、痰瘀互阻证辨证标准。主症: 夜尿次数增多, 小便无力, 排尿困难; 次症: 腰膝酸软, 神疲乏力, 纳差腹胀, 大便稀溏, 舌暗淡、苔薄白, 脉细弱或涩无力。凡具备主症和次症项中的 2 项, 结合舌脉, 即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1) 符合上述西医诊断及中医辨证标准; 2) IPSS ≥ 13 分; 3) 膀胱残余尿量 ≤ 100 ml; 4) 年龄 50~75 岁。

1.4 排除标准 1) 过敏体质或对研究所用本药物过敏; 2) 患有神经性膀胱炎、膀胱颈狭窄、尿道感染、膀胱肿瘤和前列腺癌; 3) 有前列腺手术史; 4) 患有严重心、肺、肝、肾疾病, 低血压; 5) 2 周内接受过其他影响排尿的药物。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 采用西药治疗。口服盐酸坦洛辛缓释片 (昆明积大制药有限公司, 批准文号: 国药准字 H20051461, 规格: 0.2 mg/片), 每次 0.2 mg, 每天 1 次, 睡前服。

2.2 治疗组 在对照组基础上加服健脾补肾活血汤治疗。处方: 黄芪 30 g, 党参 15 g, 白术 15 g, 熟地黄 15 g, 山药 20 g, 山茱萸 15 g, 益智仁 20 g, 茯苓 15 g, 陈皮 10 g, 僵蚕 15 g, 肉桂 10 g, 浙贝母 10 g, 王不留行 12 g, 川牛膝 15 g, 桃仁 10 g。每天 1 剂, 水煎, 分 3 次内服。

2 组均治疗 3 个月。治疗期间禁酒及辛辣之品。

## 3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 中医证候积分。参照《中医量

化诊断》<sup>[5]</sup>, 主症按无、轻、中、重度分别计 0、2、4、6 分, 次症按无、轻、中、重度分别计 0、1、3、5 分。2) IPSS。要求患者回答在测量前 1 个月内是否有尿频、排尿困难、排尿中断、尿急等症状, 根据患者的得分评定病情, 0~7 分为轻度症状; 8~19 分为中度症状; 20~35 分为重度症状<sup>[6]</sup>。3) 生活质量指数 (QOL) 评分。对患者的生活质量进行评估, 该量表总评分 0~6 分, 满意程度与分数呈反比<sup>[7]</sup>。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup> 制定的方法对 2 组治疗前后中医证候进行积分。计算疗效指数, 疗效指数 = (疗前总积分值 - 疗后总积分值) / 疗前总积分值 × 100%。临床控制: 疗效指数 ≥ 90%; 显效: 疗效指数 ≥ 70%、但 < 90%; 有效: 疗效指数 ≥ 30%、但 < 70%; 无效: 疗效指数 < 30%。

3.3 统计学方法 采用 SAS 6.12 统计分析软件进行。组内前后差异采用配对 *t* 检验, 2 组治疗前后的差值比较采用 Wilcoxon 秩和检验。均采用双侧检验,  $P<0.05$  为差异有统计意义。

## 3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 90.00%, 对照组为 70.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较 [例 (%) ]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	12(40.00)	11(36.67)	4(13.33)	3(10.00)	27(90.00) <sup>a</sup>
对照组	30	2(6.67)	10(33.33)	9(30.00)	9(30.00)	21(70.00)

注: 与对照组比较, <sup>a</sup> $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 IPSS 及 QOL 评分比较 治疗前 2 组 IPSS、QOL 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。与治疗前比较, 2 组治疗后 IPSS、QOL 评分均降低, 与对照组比较, 治疗组治疗后 IPSS、QOL 降低, 组间与组内比较, 差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 IPSS 及 QOL 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	时间节点	IPSS	QOL
治疗组	30	治疗前	18.24±7.46	4.67±1.33
		治疗后	8.54±6.20 <sup>ab</sup>	2.60±1.16 <sup>ab</sup>
对照组	30	治疗前	18.64±7.20	4.47±1.36
		治疗后	11.67±7.14 <sup>a</sup>	3.75±1.36 <sup>a</sup>

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

3.5 不良反应 对照组出现轻度头昏 1 例, 治疗

组有胃部不适 1 例,均未影响患者继续服药,未做对症治疗。

#### 4 讨 论

前列腺增生症属中医学“癃闭”范畴。因年老阴阳气衰而致脾肾亏虚,脾为气血生化之源,脾虚则气的化源不足,导致气虚,气虚则推动无力,致血行瘀阻,形成气虚血瘀证。肾主水,年老肾虚则气化无力,影响膀胱气化,故产生本病。《景岳全书·积聚》云:“凡脾肾不足及气弱失调之人,多有积聚之病。”因此,脾肾亏虚、痰瘀内结是发病之关键。根据“气虚小便不利”“血瘀水道不利”,以及“坚者消之,结者散之”等理论,故以健脾补肾、化痰散结法治疗。

健脾补肾活血汤方中党参、黄芪、熟地黄、白术、山药、山茱萸、益智仁健脾益气、补肾化气,其中黄芪为补气之要药,有补中益气、升清降浊之功,且可推动血行,以消散血瘀。陈皮理气,防壅滞;茯苓利湿通淋;肉桂补肾阳,以助膀胱气化功能,可化气行水,且肉桂又能通利血脉,可协助活血药以祛瘀。麝香、王不留行、川牛膝、桃仁诸药能活血化瘀、通利血脉。现代药理证实,活血化瘀药具有改善微循环、抗血小板凝聚、促进纤溶、降低血黏度、改善局部充血水肿等作用,所以其在前列腺增生症的治疗上起着主要作用。桃仁善除膀胱之瘀;川牛膝活血益肾,引药直达病所,李中梓曰:“瘀血而小便闭者,牛膝、桃仁为要药。”虫类药麝香通络散结,增强活血化瘀之力;浙贝母消痰散结。诸药合用,共奏健

脾补肾、祛瘀散结之功。

盐酸坦洛新是一种高选择性 α1 受体阻滞剂,其缓解症状的作用机制在于其能阻断前列腺及膀胱内的 α1 受体,其对前列腺的相应作用表现为抑制平滑肌收缩,改善与排尿动力学相关的症状,提高最大尿流率;对膀胱的作用表现在抑制逼尿肌收缩,降低逼尿肌的不稳定性,从而缓解临床症状。

本观察结果表明,健脾补肾活血汤联合盐酸坦洛辛缓释片治疗前列腺增生症疗效确切,可显著改善患者症状、提高生活质量,且安全可靠。

#### 参考文献

[1] 顾方六. 现代前列腺病学[M]. 北京:人民军医出版社,2002:3212-3214.

[2] 郭应禄,胡礼泉. 临床男科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:1501-1503.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:44-45.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:168-172.

[5] 徐迪华,徐剑秋. 中医量化诊断[J]. 南京:江苏科学技术出版社,1997:57-72.

[6] BARRY MJ, FOWLER FJ JR, O LEARY MP, et al. The american urological association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement committee of the american urological association[J]. J Urol, 1992, 148(5):1549-1557.

[7] 史静琤,蔡太生,彭敏宁,等. 良性前列腺增生症患者专用生活质量量表的编制[J]. 中南大学学报:医学版,2005,30(1):28-31.

(收稿日期:2019-12-22)

(上接第 35 页)

#### 参考文献

[1] 吴斯华,戈焰,曾娟,等. 清胃祛湿颗粒联合铋剂四联治疗幽门螺杆菌阳性慢性非萎缩性胃炎的临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志,2019,27(4):260-263.

[2] NAGY P, JOHANSSON S, MOLLOY-BLAND M. Systematic review of time trends in the prevalence of Helicobacter pylori infection in China and the USA[J]. Gut Pathog, 2016, 8(1):8.

[3] 刘文忠,谢勇,陆红,等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学,2017,22(6):346-360.

[4] 奚肇宏,夏军权,滑永志. 中药治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的研究进展[J]. 南京中医药大学学报,2018,30(4):429-432.

[5] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 胃肠病学,2017,22(11):670-687.

[6] 张声生,唐旭东,黄穗平,等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.

[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:146.

[8] 郭红,钟毅,戈焰,等. 生胃方治疗脾虚湿热证 Hp 相关性消化不良临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志,2017,19(9):121-124.

[9] 何缤,项梅,潘军,等. 幽门螺杆菌感染相关性胃病与中医分型的相关性研究[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(8):171-173.

[10] 李景巍,王国桢,罗计计,等. 幽门螺杆菌相关性胃病中医体质与中医证型的关系研究[J]. 中国民族民间医药,2016,25(21):82-85.

[11] 李海源,范红艳. 蒲公英的药理作用研究进展[J]. 中国高新区,2018(7):189,191.

[12] 杨小红,陆锦,骆询,等. 黄芩、黄连和大黄对幽门螺杆菌抑菌作用的研究进展[J]. 中国药房,2015,26(14):2014-2016.

[13] 盖晓红,刘素香,任涛,等. 黄连的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药,2018,49(20):4919-4927.

(收稿日期:2019-12-09)