

1.2 一般资料

观察病例共60例,均来自门诊,随机分为2组。治疗组30例,年龄45~75岁,平均(56.70±7.86)岁;病程1~15年,平均(5.80±3.49)年;直肠指检(Rous标准)^[2]:前列腺Ⅰ度增生8例,Ⅱ度增生17例,Ⅲ度增生5例;国际前列腺症状评分(I-PSS症状评分):≤7分(轻度)5例,8~19分(中度)20例,20~35分(重度)5例;生活质量评估(QoL):≤3分4例,4~6分26例。对照组30例,年龄46~74岁,平均(56.87±7.65)岁;病程8个月~14年,平均(5.78±3.48)年;直肠指检:前列腺Ⅰ度增生9例,Ⅱ度增生17例,Ⅲ度增生4例;I-PSS症状评分:≤7分(轻度)6例,8~19分(中度)20例,20~35分(重度)4例;QoL:≤3分5例,4~6分25例。全部病例均有不同程度的尿频、尿急、排尿困难、尿有余沥、尿线变细等症状。两组病例年龄、病程、病情等经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组

采用自拟水蛭斑蝥汤治疗。处方:水蛭1g、冬虫夏草0.5g、斑蝥0.1g(均研末冲服),制大黄、炮穿山甲(先煎)各10g,川楝子、黄芪各15g,淫羊藿12g。随症加减:伴尿路感染者加菖蒲、瞿麦各15g,白花蛇舌草、白茅根各30g;血尿者加茜草、大蓟、小蓟各15g;腰痛甚者加杜仲、续断各15g。每天1剂,水煎取汁,再冲入水蛭、冬虫夏草、斑蝥,每日2次。1个月为1个疗程,共治疗2个疗程。

2.2 对照组

采用保列治(非那雄胺片,每片5mg,河南天方药业股份有限公司生产,国药准字H20030951)治疗,每次5mg,每日1次。1个月为1个疗程,共治疗2个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中有关标准制定。显效:症状基本消失,I-PSS症状评分<7分,QoL≤1分,直肠指检和B超前列腺检查接近正常或缩小40%以上,以上具备2项即可。有效:症状部分消失,QoL>1分且≤3分,I-PSS症状评分减少50%以下,直肠指检和B超前列腺检查缩小20%以上,以上具备2项即可。无效:症状缓解不明显,I-PSS症状评分、QoL评分及前列腺检查等各项指标均未达到有效指标。

3.2 2组临床疗效比较

治疗组30例,显效20例,有效8例,无效2例,总有效率为93.3%;对照组30例,分别为11例、9例、10例、66.7%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 2组治疗前后 I-PSS 症状评分、QoL 评分、前列腺体积变化比较

结果显示,治疗后2组 I-PSS 症状评分、QoL 评分、前列腺体积均有改善,与治疗前比较,差异有显著性意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);I-PSS 症状评分、QoL 评分治疗组与对照组治疗后比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。2组前列腺体积治疗后比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。

3.4 不良反应

2组治疗前后肝功能、肾功能、心电图均未见异常。对照组出现性功能障碍1例,乳房增大1例,皮疹6例,不良反应率为

26.67%;治疗组出现胃肠道反应2例,不良反应率为6.67%。治疗组不良反应率低于对照组。

3.5 两组复发情况比较

疗程结束半年后对两组显效、有效的48例患者随访,治疗组未见复发,对照组有4例复发。

4 讨论

自拟方水蛭斑蝥汤中水蛭善剔“精道、尿道之瘀血败精”,所含之水蛭素、抗血栓素能抗凝并促进局部微循环,有利于前列腺增生的消散;斑蝥破血散结,所含之斑蝥素具有提高机体免疫功能及抗肿瘤作用;大黄活血通瘀攻下,泻浊排毒使邪从肠道而出;川楝子行气活血止痛,泻膀胱之热,使邪由尿路而去;炮穿山甲性善走窜,能疏通脏腑气血、经脉、络道,活血祛瘀,软坚散结,并可引诸药直达病所。但破血通瘀药久服易耗伤气血,故配以黄芪益气补虚生血,《名医别录》谓:黄芪“能补丈夫虚损,利阴气,利尿”,故可缓解排尿不畅。诸药合用,益气活血化瘀,疏通脏腑气血经络,软坚散结,能使局部血循环增加,畅通前列腺管,软化纤维组织,具有抗增殖、消炎、改善微循环作用,从而能缓解前列腺增生引起的尿路梗阻症状。

参考文献

- [1]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第3辑)[S]. 1997:54-57.
- [2]张玉海,邵强,郭守文,等. 前列腺外科[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:119-127.

中西医结合治疗中老年男性部分 雄性激素缺乏综合征76例

王 奎 坤

(广东药学院临床医学院,510310)

自2006年3月以来,笔者对中老年男性部分雄性激素缺乏综合征(PADAM)患者在西药治疗的基础上佐以六味地黄汤加减治疗,观察其临床疗效及该疗法对患者国际勃起功能指数评分(IEEF)的影响,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准采用 PADAM 症状评分法结合睾酮测定,从性功能、精神心理、体能及心血管症状等方面综合评价来确立诊断^[1]。PADAM 症状自我评分表评分:体能症状+血管舒缩症状总分≥5分,或精神心理症状总分≥4分,或性功能症状总分≥8分;且血清总睾酮(T)检测<13.0nmol/L。ED 诊断标准采用 IIEF 标准:IIEF-5评分小于7分为重度勃起功能障碍,8~11分为中度勃起功能障碍,12~21分为轻度勃起功能障碍。中医证候诊断参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》中关于《中药新药治疗肾阴虚、肾阳虚证的临床研究指导原则》的诊断标准^[2]。

1.2 纳入标准

年龄在45~70岁的男性患者,符合上述诊断标准者,均可纳入研究。

1.3 排除标准

①合并糖尿病患者;②合并有严重的心、肝、肾、造血系统等疾病者;③前列腺癌、前列腺明显增生者,或前列腺特异性抗原

(PSA) $\geq 4 \mu\text{g/ml}$ 者;④精神病患者;⑤近期服用过其他相关药物者;⑥未按规定用药或资料不全,不能坚持治疗者。

1.4 一般资料

观察病例均为我院门诊就诊患者,入选病例共138例,按照就诊顺序将其分为2组。其中观察组76例,年龄(57.45 $\pm$ 7.54)岁;对照组62例,年龄(56.80 $\pm$ 6.97)岁。2组病例年龄等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

予十一酸睾酮胶囊口服,每次80mg,每日2次。同时予以六味地黄汤加减治疗。六味地黄汤处方:熟地黄24g,山茱萸12g,怀山药12g,泽泻10g,牡丹皮10g,茯苓10g。加减:盗汗者,酌加生龙骨、煅牡蛎;性功能减退明显者加巴戟天、菟丝子;心悸健忘、五心烦热严重者酌加牡蛎、龟甲、茯神、远志;早泄明显者,加金樱子、芡实等。每日1剂,水煎2次服。3个月为1个疗程。对照组十一酸睾酮胶囊口服,方法同观察组。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

采用PADAM症状评分法,显效:总积分下降 >80 ;有效:总积分下降30~80;无效:总积分下降 <30 。

3.2 2组临床疗效比较

观察组76例,显效29例,有效39例,无效8例,总有效率89.5%。对照组62例,显效21例,有效27例,无效14例,总有效率为77.4%。2组总有效率比较,观察组优于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.3 2组治疗前后症状评分比较

治疗前后观察组临床症状评分分别为(21.13 $\pm$ 3.45)分、(13.56 $\pm$ 3.21)分;对照组分别为(20.68 $\pm$ 3.16)分、(16.22 $\pm$ 4.74)分。2组均有不同程度降低,与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$);治疗后观察组症状评分改善更为显著,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.4 2组治疗前后 IIEF 评分比较

治疗前后观察组 IIEF 评分分别为(10.5 $\pm$ 4.2)分、(18.6 $\pm$ 6.9)分;对照组分别为(11.3 $\pm$ 5.1)分、(16.3 $\pm$ 7.4)分。2组均有不同程度增加,与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);但2组治疗后比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.5 2组治疗前后 T 值比较

治疗前后观察组 T 值分别为(8.89 $\pm$ 3.34) nmol/L、(13.55 $\pm$ 4.46) nmol/L;对照组分别为(8.56 $\pm$ 3.02) nmol/L、(10.50 $\pm$ 2.91) nmol/L。均有不同程度升高,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$);观察组 T 值升高更为显著,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4 讨论

临床研究认为,对PADAM患者给予十一酸睾酮药物治疗有效,但补充睾酮的同时也伴有安全性问题,如肝功能损害、脂质代谢紊乱、前列腺增生等,长期应用会对心血管造成严重损害,并与前列腺癌有相关性。六味地黄丸具有调整阴阳、补肾填精的功效。方中以熟地黄为主药,滋补肾阴、填精益髓,辅以山茱萸补益肝肾,涩精敛汗,以山药健脾补肺,固肾益精,配以泽泻除热渗湿,泻肾降浊,祛肾之火,泄膀胱之热,通利小便;牡丹皮清泻肝火,凉血散瘀,除骨蒸之热;茯苓渗水利湿,使浊水下泻,排出体外。配伍组方形成了“三补三泻”、相反相成之势,治疗肝肾阴虚之症极为有效,并且补而不腻。

参考文献

- [1]郭应禄,李宏军.男性更年期综合征[M].北京:中国医药科技出版社,2005:96-105.
[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:382-390.

单纯性肥胖症患者血管内皮功能障碍的中药干预研究

仝小林¹ 毕桂枝² 段 军³ 赵 昱⁴
陈 良¹ 董 柳¹ 李红皎¹

(1.中国中医科学院广安门医院,100053; 2.首都医科大学燕京医学院; 3.中日友好医院; 4.北京民航总医院)

肥胖与脂质异常血症、高胰岛素血症等密切相关,严重者可导致动脉粥样硬化、高血压等心脑血管疾病。研究表明,血管内皮功能障碍是上述病变的启动环节,是引起成人动脉粥样硬化的独立高危因素^[1]。血管内皮具有调节血管舒张收缩、抗动脉粥样硬化和抗血栓功能,早期干预对预防心脑血管疾病具有重大意义。此研究探索通络类中药干预单纯性肥胖患者内皮功能障碍的应用价值。

1 临床资料

选择单纯性肥胖内皮功能障碍者65例,随机分为2组:治疗组32例,男15例,女17例;平均年龄(43.38 $\pm$ 6.76)岁;平均体重指数为(29.0 $\pm$ 2.97)。对照组33例,男16例,女17例;平均年龄(44.21 $\pm$ 7.02)岁;平均体重指数为(28.87 $\pm$ 2.88)。两组患者一般情况差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 给药方法

治疗组给予辛香疏络2号(桃仁、三七等)胶囊口服,每次5粒(3g),饭前服,每日3次。对照组给予安慰剂胶囊口服,每次5粒(3g),饭前服,每日3次。治疗期间注意观察患者的临床症状变化,两组均治疗12周。

2.2 血管内皮功能测定

用目前国内外评价血管内皮功能最常用的方法,即用彩色多普勒超声对反应性充血(血流介导)引起的肱动脉管径的变化进行测定^[2]。方法:患者仰卧位,探头置于右侧肘上2~15cm处,二维清楚显示肱动脉内径(DO),于心室舒张期(同步心电图显示R波时)测定其基础内径后,将血压计袖带置于肘下,充气加压至300mmHg,4分钟后放气,每10秒记录一次DO,测量出肱动脉最大舒张内径,即反应性充血时DO。反应性充血时内径用相对于基础内径变化的百分率表示。以DO扩张10%作为内皮功能正常($\geq 10\%$)与异常($< 10\%$)的分割点。

3 疗效观察

3.1 治疗前后两组患者 DO、肱动脉舒张率(FMD)变化比较

治疗组32例,治疗前后DO分别为(4.19 $\pm$ 0.65)mm、(4.26 $\pm$ 0.54)mm;对照组33例DO分别为(4.25 $\pm$ 0.50)mm、(4.26 $\pm$ 0.52)mm。治疗组FMD治疗前后分别为(6.50 $\pm$ 2.39)%、(12.56 $\pm$ 3.72)%;对照组分别为(6.53 $\pm$ 2.19)%、(6.23 $\pm$ 2.47)%。治疗组FMD治疗后较治疗前有明显改善($P < 0.01$)。

3.2 两组治疗前后内皮素(ET)、一氧化氮(NO)含量比较

治疗组32例,治疗前后ET含量分别为(57.86 $\pm$ 10.39)ng/L、(44.25 $\pm$ 10.08)ng/L;对照组33例,分别为(58.15 $\pm$