活血化瘀法对前列腺增生症血浆内皮素的影响

周虎　俞庆福

（解放军第九四医院中医科　江西南昌 330002）

关键词：前列腺增生症；血浆内皮素；中西医结合疗法；活血化瘀；桃红四物汤；保留灌肠；高特灵；癃闭舒

中图分类号：R697+.32　　文献标识码：B　　文献编号：1671-4040(2004)01-0021-02

良性前列腺增生症（BPH）是老年性常见病，应用 5α 原还原酶抑制剂和生长因子抑制剂有一定疗效，但价格昂贵，且有一定副作用，影响临床使用[1]。因此为了寻找一种新的治疗途径，探讨 BPH 是否存在内皮功能损害，活血化瘀法是否能改善 BPH 患者的血管内皮功能，我们对 136 例 BPH 患者进行临床对照研究。现报告如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　本组 136 例 BPH 患者主诉有排尿困难症状，经肛门指诊、B 超等检查确诊为 BPH 的患者，国际前列腺评分（EPSS）>13 分，剩余尿量（Ru）≥50mL，2 周内未服过其他治疗 BPH 药物，按简单随机化原则分为 2 组。对照组（A 组）68 例，年龄 50~69 岁，平均（56.2±8.8）岁；病程 3~8 年，平均（4.5±7.7）年。治疗组（B 组）68 例，年龄 49~67 岁，平均（55.9±6.6）岁；病程 2~9 年，平均（4.6±5.2）年。另选择体检健康人（作为参考值）20 例，年龄 50~70 岁，平均（56.9±6.2）岁。2 组年龄、病程、病情经统计学处理无差异（P>0.05），具有可比性。

1.2　治疗方法　A 组：服用高特灵 2mg，1 次 / 晚；癃闭舒 0.9g（石家庄科迪药业有限公司，批准文号：96-2-39 号），2 次 / d。B 组：在 A 组治疗基础上，每晚临睡前应用桃红四物汤（桃仁 12g，红花 9g，当归 9g，生地黄 9g，川芎 5g，赤芍 6g）加水 500mL，水煎 2 次，浓缩成 150mL，保留灌肠，8 周为 1 个疗程。

1.3　观察方法　治疗前后进行前列腺症状评分（IPSS）和生活质量评分（QOL）、Ru 测定及治疗前后各查 1 次血浆内皮素（ET）。为防止技术误差，所有检测都由专人操作。

1.4　指标改善率　以 Ru 减少≥30mL 或减少≥30%或 IPSS 评分降低≥25%为显著改善的判定标准。

1.5　统计学方法　计数资料采用 t 检验，计量资料采用 χ^2 检验，变量相关性采用 Logistic 回归分析检验。

2　结果

A 组改善率 81.8%，B 组改善率 95.4%，2 组改善率比较差异均有显著性（P<0.05）。治疗前 BPH 患者 ET（172.3±6.83）μg/L，水平明显高于健康体检组（51.1±6.62）μg/L，2 者比较差异非常显著（P<0.01）。治疗后 ET 水平 B 组降低优于 A 组（P<0.05），详见表 1。

表 1　A、B 2 组治疗前后血浆 ET 比较（$\bar{x}\pm s$）　μg•L^{-1}

组别	例数	治疗前	治疗后
A 组	68	72.1±6.56	5.86±6.85*△
B 组	68	73.4±6.59	52.4±6.36*

注：* 与本组治疗前比较，P<0.01；△与对照组比较，P<0.05。

3　讨论

中医学认为 BPH 病机为湿、热、瘀互结，而瘀是其中最重要原因之一。fsahik[2]研究发现：直肠下段的静脉丛与泌尿生殖静脉丛之间有 2~6 条小的痔生殖静脉相交通，这些交通支将直肠回流的静脉血液单向输送到前列腺周围的泌尿生殖静脉丛。近年从中西医结合角度探讨本病实质，认为 BPH 的病因虽然较复杂，但在病理方面却有共同点，即多种病因均可导致前列腺腺管、腺泡及间质充血、水肿，腺管阻塞、腺液滞留及间质纤维化，出现前列腺硬结和硬化。其临床症状与体征均提示本病多属中医血瘀证。近年来许多研究表明血瘀证的发生、发展与血管内皮的功能异常密切相关。目前较公认血管内皮细胞具有十分重要的生理效果，其结构及功能受损是临床多种疾病发生发展的病理基础，而 ET 作为血管内皮细胞损伤的特异性标志之一，具有强烈的收缩血管作用，引起局部血流的变异而产生疾病。本研究显示，患者血浆 BPH 水平较健康者明显升高，推断 BPH 患者可能存在内皮细胞的损伤，因此我们认为 ET 可作为 BPH 病理改变的一个参考指标。同时许多研究发现活血化瘀（或）和其他中医治法合用，可降低异常升高的血浆 ET 水平[3~5]。本研究显示：2 组治疗后 ET 水平降低有显著性差异，说明桃红四物汤能降低患者血浆中的 ET 水平，使受损的内皮细胞修复，从而改善前列腺间质纤维化。另外，2 组病例均未发现不良反应。

中西医结合治疗类风湿性关节炎 56 例

吴俊荣[1]　孟丽华[2]

（1 山东中医药大学 2002 级研究生　济南 250014；2 山东省莱芜市中医院　莱芜 271100）

关键词：类风湿性关节炎；中西医结合疗法

中图分类号：R 593.22　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2004)01-0022-01

自 2001 年 3 月以来，采用中西医结合方法治疗类风湿性关节炎，取得满意疗效。现总结如下：

1　临床资料

本组患者 56 例，随机分 2 组：中西医结合治疗组 36 例，女 32 例，男 4 例，年龄 15~75 岁，病程 0.5~15 年；西药治疗对照组 20 例，女 18 例，男 2 例，年龄 15~70 岁，病程 0.5~10 年。全部病例均符合 1987 年美国风湿病协会类风湿性关节炎诊断标准，均定期进行血常规、血沉、类风湿因子定量检查。

2　治疗方法

2.1　治疗组　在西药治疗基础上用中药自拟方加减治疗。自拟方由雷公藤 15g（先煎）、青风藤 30g、红藤 15g、黄柏 15g、公英 12g、白芍 12g、金银花 15g、土茯苓 30g、甘草 6g 组成。水煎服，日 1 剂。1 个月为 1 个疗程。加减：若患者处于急性期，热象明显，关节红肿热痛，加板蓝根、连翘、猫爪草、两头尖；若肿甚，加蜂房、夏枯草以软坚散结；若患者关节怕冷发凉，加适量细辛；若患者无关节肿胀，可加活血通络之品如川芎、牛膝、红花、丹参；若病程日久，可用穿山甲；若疼痛部位以上肢为重加桑枝、白芷，偏下肢加木瓜、牛膝；阴雨天加重者加独活、防风、荆芥；若久病服药伤胃加木瓜、佛手、毕澄茄。

2.2　对照组　联合用药：（1）NSAIDs 类药物如扶他林、奈普生、萘丁美酮、芬必得、消炎痛、莫比可等以消炎止痛；（2）SAARDs 类药物如 MTX、CTX、雷公藤多甙、柳氮磺胺吡啶、羟基氯喹、青霉胺、爱若华；（3）内脏受累严重及急性期糖皮质激素合理应用及局部关节腔注射；（4）其它药物：补钙及其它改善软骨环境微循环药物。1 个月为 1 疗程。

3　疗效观察

2 个疗程后观察治疗效果。治疗组完全缓解（症状消失，血沉、类风湿因子定量降至正常）9 例；基本缓解（症状基本消失，血沉降至正常，类风湿因子定量控制在较低水平）15 例；部分缓解（症状好转，关节肿胀消失，类风湿因子定量较前明显降低）10 例；无效 2 例：总有效率 94%。对照组完全缓解 4 例，基本缓解 6 例，部分缓解 4 例，无效 6 例，总有效率 70%。2 组比较有显著差异（$P < 0.05$）。

5　讨论

中西医结合治疗类风湿性关节炎见效快，减少了非甾体类物及激素药物的用量，不良反应少，一般 1 个月后可逐渐撤 NSAIDs 类药物，而单纯应用西药治疗 2 个月后方可逐渐撤 NSAIDs 类药物。

中医认为本病属热痹范畴，病变在肌肉关节，风、寒、湿、热、毒皆可致病，特别是湿、热、毒三者，故治疗以清热解毒、化湿通络为主，方中雷公藤、青风藤、红藤活血通络，黄柏清热利湿，白芍缓急止痛、公英、金银花以清热解毒、土茯苓清热祛湿散结，甘草调和诸药。现代药理研究表明雷公藤、青风藤、白芍等中药具有调节机体免疫功能作用，诸药合用，可改善关节微循环，减少软骨破坏，降低西药毒副作用，促进中西药疗效相加。

值得一提的是，因类风湿性关节炎患者多长期用药，多有苦寒败胃而致胃弱现象，故用药时应注意应用既能祛风湿又有和胃作用的药物如毕澄茄、小茴香、木瓜、佛手等。在类风性关节炎患者急性期关节红、肿、热、痛明显时，少量应用活血药物可促进炎症吸收，但若一味追求活血通络，大量应用活血药物会增加炎性渗出，不利于消除症状，减轻肿胀。久病患者，应用穿山甲多有殊效。

（**收稿日期**：2003 - 11 - 03）

参考文献

[1]俞庆福，周虎，涂怀军，等.前列消煎保留灌肠治疗前列腺增生症的临床研究 [J]. 现代诊断与治疗，2001，12(6)：321~322

[2]Shafit A.Anal submucosal injection:a new route for drug administration.VI.Chronic prostatitis:a new modalitg of treatment with report of 11 cases[J].Urologg,1991,37(1)：61

[3]张子新,焦克荣,曾定平.内皮素在原发性高血压发病中的探讨[J].中国医科大学学报，1995，24(3)：253~255

[4]周虎，俞庆福.忍冬藤对慢性乙型病毒性肝炎血浆内皮素的影响[J].临床军医杂志,2002,12(6)：25~26

[5]孙玉清.前列腺外科[M].北京：人民出版社，2001.341~465

（**收稿日期**：2003 - 10 - 08）