

前列倍喜联合非那雄胺对BPH合并糖尿病患者IPSS、最大尿流率和生活质量的影响

谭成 叶云 蒋永宝 李涛

糖尿病与良性前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)均是临床常见的两种疾病,且多发于中老年人群,二者可共同发病。研究表明,糖尿病患者发生前列腺增生的概率是健康男性的2倍^[1]。研究发现,应用非那雄胺治疗可缩小中老年前列腺增生症患者前列腺体积,提高最大尿流率,改善生活质量^[2]。另有研究指出,前列倍喜可有效改善前列腺炎患者临床症状和相关指标,增强临床疗效^[3]。目前,有关非那雄胺联用前列倍喜对BPH治疗效果的临床研究报道并不多见。为此,本次研究通过分析非那雄胺与前列倍喜对2型糖尿病伴BPH患者临床疗效的影响,旨在为改善患者的治疗效果提供临床依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取宁波大学医学院附属医院2018年1月至2020年6月收治的86例2型糖尿病伴BPH患者,年龄30~75岁,平均年龄(55.81±6.68)岁;平均病程(9.97±2.61)年;体重指数(23.62±3.01)kg/m²。纳入标准为:符合2型糖尿病的临床诊断标准^[4];存在排尿困难、尿频症状,经彩超、直肠指诊、尿动力学检查确诊为BPH;最大尿流率低于15 ml/s,前列腺体积超过25 ml,国际前列腺症状评分(international prostate symptom score, IPSS)超过13分^[5]。排除标准为:对研究药物过敏;合并其它泌尿系统疾病;近期使用前列腺治疗药物;合并严重心肺功能异常、肝肾功能不全;合并传染性疾病、脑血管意

外、恶性高血压病史、肿瘤疾病、精神性疾病等;出现急性并发症如糖尿病酮症酸中毒等;失访或中途退出研究。本研究经我院伦理委员会批准通过,所有患者及家属均对本研究知情同意。所有患者随机分为对照组和干预组各43例。两组一般资料见表1,两组比较,差异均无明显统计学意义(P 均>0.05)。

表1 两组一般资料比较

一般资料	干预组	对照组
年龄/岁	54.87 ± 6.22	56.09 ± 7.15
病程/年	10.15 ± 2.58	9.84 ± 2.57
体重指数/kg/m ²	23.59 ± 2.88	23.68 ± 3.15
收缩压/mmHg	114.09 ± 10.48	115.87 ± 13.95
舒张压/mmHg	74.13 ± 7.07	72.56 ± 6.35
吸烟/例	15	13
冠心病/例	22	20

1.2 治疗方法 两组患者均行基础治疗,包括有关糖尿病的疾病知识健康宣教,指导患者进行低盐、低脂、优质低蛋白饮食,勿食刺激性食物,加强饮食控制,适当运动锻炼;给予降糖药口服和胰岛素治疗,严格控制血糖和血脂水平。在此基础上,对照组口服非那雄胺片(由杭州默沙东制药有限公司生产)5 mg,每日1次。干预组联合应用前列倍喜胶囊(由贵州太和制药有限公司生产)口服,每次6粒,每日3次。两组均连续服药3个月,嘱患者服药期间戒烟忌酒,规律作息,节制房事。

1.3 观察指标 ①分别于治疗前1 d和治疗后3个月测定两组患者空腹血糖(fasting blood glucose, FBG)和餐后2 h血糖(2-hour postprandial blood glucose, 2 hPG)水平;②通过iChemVELOCITY型尿动力学分析仪(由美国Beckman Coulter有限公司生

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.006.021

基金项目:宁波市科技创新2025重大专项(2019B10035)

作者单位:315000 浙江宁波,宁波大学医学院附属医院健康体检中心(谭成、蒋永宝),精神科(叶云),泌尿外一科(李涛)

通讯作者:李涛,Email:tansion85@hotmail.com

产)检测最大尿流率;采用国际前列腺症状评分(international prostate symptom score, IPSS)评价治疗前后前列腺症状;③采用 iE33 型彩色多普勒超声仪(由荷兰飞利浦公司生产)检测膀胱残余尿量和前列腺体积;④采用前列腺疾病公认的泌尿症状困扰评分(0~6分)了解患者对下尿路症状的主观感受,对该症状的受困扰程度和忍受程度^[6];⑤记录患者治疗期间不良反应的发生情况,如恶心、头胀、头晕、睾丸疼痛、过敏反应等。

前列腺体积(ml)=0.52×前列腺三径线(上下径、左右径、前后径)乘积。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 23.0 版统计学软件,计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示并采用 *t* 检验。设 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血糖水平的比较见表 2

表 2 两组治疗前后血糖水平的比较/mmol/L

组别	FBG		2 hPG	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
干预组	6.59 ± 1.29	5.78 ± 0.33*	11.96 ± 2.18	7.68 ± 1.99*
对照组	6.85 ± 1.36	5.91 ± 0.46*	12.25 ± 1.96	7.97 ± 2.05*

注:*,与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

由表 2 可见,经治疗后,两组 FBG、2 hPG 水平均较治疗前均降低(t 分别=3.98、4.29、9.51、9.89, P 均 <0.05)。干预组治疗前、治疗后 FBG、2 hPG 水平与对照组比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.91、1.51、0.65、0.67, P 均 >0.05)。

2.2 两组治疗前后膀胱残余尿量和前列腺体积的比较见表 3

表 3 两组治疗前后膀胱残余尿量和前列腺体积的比较/ml

组别	膀胱残余尿量		前列腺体积	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
干预组	35.88 ± 8.73	19.14 ± 5.74*	45.73 ± 9.11	33.95 ± 7.61*
对照组	37.97 ± 9.14	21.09 ± 6.58*	44.98 ± 7.15	35.09 ± 8.55*

注:*,与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

由表 3 可见,经治疗后,两组膀胱残余尿量较治疗前均减少,前列腺体积较治疗前均缩小(t 分别=10.50、6.50; 9.82, 5.81, P 均 <0.05);干预组治疗前、治疗后膀胱残余尿量和前列腺体积与对照组比较,差异均无统计学意义(t 分别=1.08、1.46、0.42、0.65, P 均 >0.05)。

2.3 两组治疗前后最大尿流率和 IPSS 评分的比较见表 4

表 4 两组治疗前后最大尿流率和 IPSS 评分的比较

组别	最大尿流率/ml/s		IPSS 评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
干预组	8.57 ± 2.25	15.48 ± 2.63*#	19.74 ± 4.05	9.95 ± 2.16*#
对照组	9.43 ± 1.94	12.14 ± 3.04*	18.99 ± 5.14	15.87 ± 3.42*

注:*,与本组治疗前比较, $P<0.05$;#,与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表 4 可见,两组治疗前最大尿流率和 IPSS 评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=1.89、0.75, P 均 >0.05)。经治疗后,两组最大尿流率较治疗前均提高,IPSS 评分较治疗前均降低(t 分别=13.09、13.98; -4.92、-3.31, P 均 <0.05),且干预组治疗后最大尿流率较对照组明显提高,IPSS 评分较对照组明显降低(t 分别=5.45、-9.60, P 均 <0.05)。

2.4 两组治疗前后泌尿症状困扰评分的比较见表 5

表 5 两组治疗前后泌尿症状困扰评分比较/分

组别	治疗前	治疗后
干预组	3.62 ± 0.52	5.86 ± 1.14*
对照组	3.48 ± 0.39	5.08 ± 0.73

注:*,与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表 5 可见,两组治疗前泌尿症状困扰评分比较,差异均无统计学意义($t=1.41$, $P>0.05$),干预组治疗后泌尿症状困扰评分较对照组明显提高($t=3.78$, $P<0.05$)。

2.5 两组治疗期间不良反应的发生情况 两组治疗期间均未出现明显不良反应。

3 讨论

有研究报道,相比非糖尿病者,BPH 在糖尿病患者中的发病率明显升高,并且糖尿病的发生可造成 BPH 患者病程延长,前列腺体积增加,同时空腹血糖水平增高和高胰岛素血症是 BPH 进展性的高危因素^[7]。BPH 属于祖国医学“精癯”、“癯闭”的范畴,中医学认为肾主水液,司二便,与膀胱相表里。老年人群本身体弱、肾精亏损、肾气亏虚,脏腑机能活动减少,气血津液运行不畅,日久致痰并积于体内,瘀留于膀胱,进而使得膀胱的气化功能下降,水液的正常运行受阻,最终导致癯闭。因此,BPH 是一种本虚标实、虚实夹杂的病症,主要病理因素在于痰浊、邪毒。基于此,治疗基本原则应着重在于

消癥散结和温阳化气,主要治则在于消痰祛瘀、疏通隧道、补肾益精。研究认为,严格的血糖控制可明显抑制糖尿病患者前列腺体积的增长,减轻BPH的病情进展程度^[8]。另有体外实验指出,前列腺的生长需要胰岛素,且胰岛素样受体存在于前列腺的上皮细胞中,胰岛素可能通过信号转导机制而起到直接介导前列腺细胞的促有丝分裂的作用^[9]。所以,临床中对糖尿病伴BPH的患者需引起高度重视,在良好控制血糖水平的情况下选择更为安全、有效、经济的药物。

非那雄胺具有与甾酮相类似的化学结构,可竞争性、选择性、特异性地阻滞Ⅱ型5 α -原酶的活性,抑制二氢睾酮的生成,从而可抑制甾酮转化为双氢睾酮^[10]。有研究报道,长时间应用非那雄胺可促使前列腺体积缩小20%~30%,提高尿流率,减轻临床症状的严重程度,改善患者尿道功能,同时可减少患者手术治疗的风险,增强临床疗效,亦可降低急性尿潴留的发生率^[11]。已有多项研究指出,非那雄胺用于BPH患者的临床治疗具有显著的疗效,可作为临床常用的一种安全、有效的治疗药物^[12-14]。前列倍喜胶囊属于苗药之一,其药物组分主要包括皂角刺、王不留行、蝼蛄、猪鬃草、刺猬皮等,具有活血化瘀、清利湿热、利尿通淋的作用^[15]。本次研究结果发现,经治疗后,两组膀胱残余尿量和IPSS评分较治疗前均减少,前列腺体积较治疗前均缩小,最大尿流率和泌尿症状困扰评分较治疗前均提高,且干预组治疗后IPSS评分、最大尿流率和泌尿症状困扰评分的改善较对照组更加明显。结果表明,非那雄胺联用前列倍喜可有效提高糖尿病伴BPH患者最大尿流率,降低IPSS评分,改善泌尿症状。此外,本次研究结果显示两组治疗期间均未出现明显不良反应,提示非那雄胺联用前列倍喜可作为治疗糖尿病伴BPH患者的一种安全的治疗方案。

综上所述,前列倍喜联用非那雄胺可有效提高糖尿病伴BPH患者最大尿流率,降低IPSS评分,改善生活质量。

参考文献

1 朱自强.良性前列腺增生最新研究进展[J].临床泌尿外科杂志,2019,34(5):409-412.

- 2 孙洁,李明,张婕,等.黄莪胶囊联合非那雄胺治疗中老年前列腺增生症疗效观察[J].中国药业,2019,28(11):87-89.
- 3 何伟,孙自学,王光策.磁振磁电治疗仪联合前列倍喜胶囊治疗慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征的临床疗效观察[J].中华男科学杂志,2020,26(5):452-456.
- 4 中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[S].中华糖尿病杂志,2018,10(1):4-67.
- 5 李一夫,李晓琳,张岩,等.国际前列腺症状评分的汉化与评价[J].全科医学临床与教育,2019,17(4):305-307.
- 6 郭燕芳,史静,王争,等.良性前列腺增生症患者生活质量量表的修订与考评[J].中国卫生统计,2008,25(3):260-263.
- 7 张春和,李曰庆,裴晓华,等.良性前列腺增生症中医诊治专家共识[J].北京中医药,2016,35(11):1076-1080.
- 8 Zeng XT, Weng H, Jin YH, et al. Association between diabetes mellitus and hypertension in benign prostatic hyperplasia patients[J]. Chin Med J (Engl), 2018, 131(9): 1120-1121.
- 9 Yang T, Zhou Y, Wang H, et al. Insulin exacerbated high glucose-induced epithelial-mesenchymal transition in prostatic epithelial cells BPH-1 and prostate cancer cells PC-3 via MEK/ERK signaling pathway[J]. Exp Cell Res, 2020, 394(1): 112145.
- 10 王仕钦,黄卫,黄辉虎,等.癃闭舒联合非那雄胺对老年前列腺增生患者残余尿量的影响[J].中国老年学杂志,2020,40(8):1675-1677.
- 11 熊效墨,李洪超,马爱霞.度他雄胺与非那雄胺用于良性前列腺增生患者的药物经济学评价[J].中国新药杂志,2019,28(7):891-896.
- 12 韩兵,刘兵.前列疏通汤联合非那雄胺治疗良性前列腺增生的临床疗效及对前列腺特异性抗原的影响[J].医学综述,2020,26(10):2047-2051.
- 13 苗向阳,罗旭.盐酸特拉唑嗪联合非那雄胺片对老年良性前列腺增生患者血清TNF- α 及PSA水平的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(5):1131-1133.
- 14 金露,全晶,代光成,等.影响BPH/LUTS患者 α 受体阻滞剂和5- α 还原酶抑制剂治疗效果的因素分析[J].临床泌尿外科杂志,2019,34(12):973-976.
- 15 何君伟,翁湘涛,曹家栋,等.前列倍喜胶囊联合用药对慢性前列腺炎的临床疗效和NIH-CPSI影响的Meta分析[J].世界中西医结合杂志,2018,13(6):770-775,878.

(收稿日期 2020-11-25)

(本文编辑 蔡华波)