

化气布津;与茯苓、猪苓配伍化气利水。研究表明,白术能增强网状内皮系统的吞噬功能,升白细胞、促进细胞免疫功能。白术挥发油中有对癌细胞明显抑制作用的成分。微波热疗对腹水有加温作用,既有温阳之功,又利于水湿运化。

肿瘤热疗是通过加热灭活癌细胞的有效治疗方法,被加热的肿瘤细胞还具有免疫原性,可提高机体抗肿瘤的能力,其作用机制^[3]:①通过改变细胞膜通透性及损伤细胞而直接杀伤肿瘤细胞;②增强凋亡基因表达,促进肿瘤细胞凋亡;③抑制肿瘤细胞 DNA 和 RNA 的合成。微波热疗与化疗联合应用,可破坏癌细胞膜的稳定性,使其通透性增强,药物易进入癌细胞使细胞内达到较高药物浓度,提高化疗效果,对癌性胸腹水有较好的消退作用。微波热疗是根据近年治疗需要迅速发展起来的治疗手段,在治疗中产生有效的杀灭温度,尽可能不损伤正常组织,避免造成皮肤灼伤及脂肪过热。癌性腹水为晚期肿瘤常见并发症,腹腔化疗联合微波热疗能提高腹腔化疗效果,Fujimoto 等^[4]指出 42~43℃时可选择性损伤癌细胞,45~50℃损伤正常组织。多数癌细胞对热敏感,微

波热疗可提高癌细胞对化疗药物的敏感性,加重癌细胞损伤及抑制其生长。热疗能增加顺铂与癌细胞交联,抑制化疗后癌细胞 DNA 修复酶活性,提高腹腔化疗疗效。

综上所述,五苓散联合腹腔热化疗治疗晚期癌性腹水的治疗效果明显,能减轻毒副反应,改善患者生活质量。

参 考 文 献

- [1] 周际昌.实用肿瘤内科学[M].北京:人民卫生出版社,2000:75.
- [2] 李振,许德顺,王化洲,等.恶性肿瘤的化学治疗[M].北京:人民卫生出版社,1993:63.
- [3] 赵世俊.肿瘤热疗研究进展[J].国外医学临床放射学分册,2004,27(4):252-255.
- [4] Fujimoto S, Takahashi M, Mutou T, et al. Improved mortality rate of gastric carcinoma patients with peritoneal carcinomatosis treated with intraperitoneal hyperthermic Caepop-erfusion combined with surgery[J]. Cancer, 1997, 79(5): 884-891.

收稿日期 2014-06-28

修回日期 2014-08-05

补肾活血方治疗 BPH 合并膀胱过度活动症疗效观察

安文进¹ 裘顺安² 江少波² 孙洁²

1 浙江中医药大学 杭州 310053 2 浙江省中医院泌尿外科

关键词 补肾活血方;前列腺增生;膀胱过度活动症;逼尿肌不稳定;膀胱出口梗阻

良性前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)是年龄大于 40 岁的男性最常见的泌尿系疾病之一,年龄大于 80 岁的男性其病理性前列腺增生发生率达 90%以上^[1]。其最基本的病理改变是膀胱出口梗阻(bladder outlet obstruction, BOO)和膀胱逼尿肌功能改变。其中,继发于 BPH 的逼尿肌不稳定(detritsorinstability, DI)会引起 BPH 患者尿频、尿急等膀胱过度活动症(over active bladder, OAB)^[2]。继发于 BPH 的下尿路症状(lower urinary tracts symptoms, LUTs)严重影响患者生活质量^[3]。目前 BPH 合并 OAB 的药物治疗主要是联合使用 M 受体和 α 受体阻滞

剂,其有效率约为 80%。但存在不良反应较多,停药后复发等缺点,如口干等不良反应发生率在 20%以上^[4]。笔者在前期研究基础上,应用补肾活血方治疗良性前列腺增生症(BPH)合并膀胱过度活动症(OAB)患者疗效满意,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2012 年 10 月—2013 年 12 月在浙江省中医院泌尿外科门诊确诊为 BPH 合并 OAB 患者 50 例,采用计算机随机数法分为可多华组(组)、补肾活血方合可多华组(组),每组 25 例,两组年龄、病程、前列腺体积、残余尿、PSA 等资料比

基金项目 浙江省自然科学基金资助项目(No.LY12H27005)

通讯作者 孙洁, Tel: 18758204157 E-mail: annvent@126.com

较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n/例	年龄/岁	病程/年	前列腺体积/mL	残余尿/mL	PSA/(ng/mL)
组	25	68.7±3.6	12.4±3.1	48.5±5.7	38.5±2.7	2.8±1.1
组	25	69.7±4.4	11.9±2.8	46.6±6.2	39.8±3.4	3.2±1.5

1.2 入选排除标准 ①中老年男性(50~85岁);②有尿频、尿急、排尿困难等症状,国际前列腺症状评分(IPSS)≥8分;③B超证实前列腺增大,且前列腺体积>30mL;④B超证实有残余尿,且残余尿量<100mL;⑤膀胱过度活动症症状评分(OABSS)≥6分。排除标准:①前列腺特异抗原(PSA)>4ng/mL;②既往有前列腺、膀胱等手术史;③患有膀胱癌、膀胱或盆腔曾有过化疗史者;④神经源性膀胱者;⑤泌尿系感染者;⑥膀胱结石或尿道狭窄者;⑦意识不清,不能清楚表达意愿者。

2 治疗方法

所有患者停用前列腺增生及膀胱过度活动症药物 2 周。组予甲磺酸多沙唑嗪片(商品名:可多华),1次 4mg,每晚 1 次。组在服用可多华基础上,加用补肾活血方(熟地、淫羊藿、枸杞子、巴戟天、穿山甲、丹参、莪术、川芎等按 2 2 3 2 1 2:1:2 比例组成,其中基准量 1 为 5g,水煎剂),每次 200mL,每天早、晚各 1 次。两组均用药 3 个月。

观察指标:入组时及治疗 3 个月后,分别采用 IPSS、OABSS、生活质量评分(quality of life, QOL)评价患者情况。

统计学方法:应用 SPSS17.0 软件进行统计分析,计量资料均以($\bar{x}\pm s$)表示,采用配对 t 检验和两个独立样本 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 治疗结果

本组 50 例中出现轻微头晕 1 例,退出治疗,失访 1 例,实际观察有效病例 48 例,、组各 24 例。

3.1 两组治疗前后 IPSS 比较 治疗前两组 IPSS 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后较治疗前两组 IPSS 差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后组间比较,组较组明显减少($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 IPSS 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n/例	治疗前	治疗后
组	24	20.23±2.74	12.81±4.26*
组	24	19.53±2.65	9.52±3.31* [△]

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与组比较,[△] $P<0.05$

3.2 两组治疗前后 OABSS 比较 治疗前两组 OABSS 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后较治疗

前两组 OABSS 差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后组间比较,组较组明显减少($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 OABSS 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n/例	治疗前	治疗后
组	24	12.03±0.87	8.36±0.64*
组	24	11.94±0.83	5.78±0.88* [△]

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与组比较,[△] $P<0.05$

3.3 两组治疗前后 QOL 比较 治疗前两组 QOL 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后较治疗前两组 QOL 差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后组间比较,组较组明显减少($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后 QOL 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n/例	治疗前	治疗后
组	24	4.53±0.51	3.92±1.23*
组	24	4.72±0.46	2.67±0.72* [△]

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与组比较,[△] $P<0.05$

4 讨论

膀胱过度活动症是一种以尿急症状为特征的症候群,常伴有尿频和夜尿症状,可伴或不伴有急迫性尿失禁;尿动力学上可表现为逼尿肌过度活动,也可作为其他形式的尿道-膀胱功能障碍^[5]。膀胱出口梗阻(BOO)可导致不稳定膀胱,从而导致 OAB;其中大多由 BPH 引起的^[6-7]。BPH 引起的膀胱出口梗阻可能导致多种膀胱形态与功能改变^[8]。这些膀胱损害多与膀胱壁长期处于相对高压状态,膀胱壁的动脉受到压迫导致的膀胱缺血有关。虽然随后的排尿过程可以减轻膀胱组织的缺血缺氧状态,但是这种缺血一再灌注过程的反复发生反而加重膀胱损伤,最终表现为以尿频、尿急等为主要代表症状的膀胱过度活动症。研究发现 40%~60% 的 BPH 伴 BOO 患者合并 OAB 症状^[9],严重影响中老年男性生活质量。

中医认为,肾与膀胱相表里。膀胱储尿和排尿功能,依赖于膀胱的气化功能。若肾气不足,或气滞血瘀,传导失司,致固摄无权,膀胱失司,膀胱气化无根,就会出现各种储尿和排尿症状,诸如膀胱过度活动症的尿频、尿急、尿失禁等。前列腺增生的病机复杂,肾虚肝实可能是前列腺增生的基本病机^[10]。肾气亏虚,气化无力,则水津停聚,血运不畅,酿生湿热,聚生痰瘀,结滞肝经;肾气不足为虚,痰瘀湿热为实,故肾虚肝实、气滞血瘀可能为前列腺增生合并膀胱过度活动症的病机。

补肾活血方以补肾活血法为原则,方中熟地黄、枸杞子、淫羊藿、巴戟天等平补肾中阴阳以益肾气,

穿山甲、丹参、川芎、莪术等活血化瘀以消瘀散结,丹参、川芎与穿山甲、莪术同用,既能活血破瘀,又能养血生新,使之祛邪而不伤正,扶正而不助邪。活血化瘀、益肾养血药物能显著改变血液流变性、降低血浆黏度、加速血液循环、改善微循环和局部充血水肿,具有抗缺氧、抗凝、溶纤、抗纤维化的作用,可使增生的前列腺软化和缩小^[11-12],改善逼尿肌缺血缺氧状态,保护膀胱功能。我们前期研究发现,补肾活血汤可以通过明显降低 BPH 大鼠膀胱组织内胶原沉积,尤其能明显降低弹性更差的胶原在膀胱内的沉积率,下调缝隙蛋白 43(Cx43)的过度表达而抑制逼尿肌的不协调收缩等途径保护膀胱功能^[13-14]。

本研究结果显示,单用可多华治疗,虽能明显改善排尿困难等排尿期症状,但对膀胱过度活动症症状改善有限;而联合补肾活血方则能在改善排尿困难等梗阻症状的同时,明显改善尿频、尿急等储尿期症状,有效治疗 BPH 伴发的 OAB。

参 考 文 献

- [1] Alan J. Wein. 坎贝尔-沃尔什泌尿外科学[M].北京:北京大学医学出版社,2009:2221.
- [2] Shahab N, Seki N, Takahashi R, et al. The profiles and patterns of detrusor overactivity and their association with overactive bladder symptoms in men with benign prostatic enlargement associated with detrusor overactivity[J]. Neurourol Urodyn, 2009, 28(8): 953-958.
- [3] 罗启占, 张晓波, 陈雄, 等. 坦索罗辛联合非那雄胺对老年前列腺增生症患者的焦虑及睡眠的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2013, (2): 58-59.
- [4] Steven A, Claus G, Eric S, et al. 托特罗定与坦索罗辛对有下列尿路症状及膀胱过度活动症的男性患者的治疗作用[J]. 美国医学会杂志中文版, 2007, 26(2): 67-76.
- [5] 葛京平, 龚隽, 马宏青, 等. 蔡嘧地尔治疗良性前列腺增生伴膀胱过度活动症的临床观察[J]. 中华男科学杂志, 2008, (10): 927-930.
- [6] 金锡禹, 宋波. 临床尿动力学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 165-166.
- [7] 赵军, 贺大林, 刘润明, 等. 良性前列腺增生相关的膀胱痉挛病因分析及治疗[J]. 中华男科学杂志, 2005, 11(4): 275-277.
- [8] 刘保兴, 陈国宏. 金匱肾气丸治疗良性前列腺增生症合并逼尿肌不稳定 17 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2013, (2): 180.
- [9] Knutson T, Edlund C, Fall M, et al. BPH with coexisting overactive bladder dysfunction - an everyday urological dilemma[J]. Neurourol Urodyn, 2001, 20(3): 237-247.
- [10] 周安方, 曹继刚. 肾虚肝实是前列腺增生的基本病机探析[J]. 中医药学刊, 2004, (8): 1373.
- [11] 齐放. 化瘀法治疗前列腺增生所致的癃闭[J]. 北京中医, 1998, (1): 51.
- [12] 吴光明, 魏秋英. 清热利湿化痕法治疗前列腺肥大 33 例[J]. 湖南中医杂志, 1993, 9(3): 37.
- [13] 孙洁, 李秋芬, 田代志, 等. 补肾活血方对 BPH 模型大鼠膀胱逼尿肌缝隙连接蛋白表达的影响[J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(11): 2501-2503.
- [14] 孙洁, 李秋芬, 田代志, 等. 补肾活血方对前列腺增生模型大鼠膀胱胶原沉积的影响[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(2): 315-317.

收稿日期 2014-05-22

修回日期 2014-07-20

腹壁切口疝开放式腹腔内修补术与腹膜前修补术对比研究

高国栋¹ 王 平¹ 马晨霞¹ 张方捷¹ 杨 翀²

1 杭州市第一人民医院肝胆外科 杭州 310000 2 杭州市红十字会医院外科

关键词 切口疝; 补片; 开放式腹腔内修补术; 腹膜前修补术

手术修补是腹壁切口疝唯一可靠的治疗方法。根据补片植入的方式可分为开放手术和腹腔镜手术。本文就目前临床较常采用的腹腔内修补术与腹膜前修补术进行比较, 对其临床疗效、术后疼痛、手术时间、医疗费用等进行评价。选取杭州市红十字会

医院 2004 年 1 月—2011 年 12 月采用开放式腹腔内修补术与腹膜前修补术治疗的 56 例腹壁切口疝患者的临床资料进行分析, 报道如下。

1 临床资料

本组 56 例患者接受开放式切口疝修补术, 根据