

〔文章编号〕 1007-0893(2021)07-0136-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.066

非那雄胺与 M 受体拮抗剂治疗前列腺增生伴膀胱过度活动症的效果观察

杨东明 杜少雄 甘均才

(惠州市中医医院, 广东 惠州 516001)

〔摘要〕 目的: 探讨非那雄胺与 M 受体拮抗剂治疗前列腺增生 (BPH) 伴膀胱过度活动症 (OAB) 的临床效果。方法: 在惠州市中医医院 2018 年 4 月至 2019 年 9 月期间诊治的 BPH 伴 OAB 患者中选取 108 例作研究对象, 均予以药物治疗, 并按给药方案不同分组: 将单纯使用 M 受体拮抗剂治疗者设为对照组, 将使用非那雄胺与 M 受体拮抗剂治疗者设为观察组, 每组 54 例, 比较两组 BPH 伴 OAB 治疗效果以及不良反应发生率。结果: 治疗后, 观察组国际前列腺症状评分 (IPSS)、膀胱过度活动症评分 (OABSS) 均低于对照组; 两组患者均出现轻度口干、眼干、头晕等症状, 而观察组不良反应发生率低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 非那雄胺与 M 受体拮抗剂治疗 BPH 伴 OAB 的疗效显著, 安全可靠。

〔关键词〕 前列腺增生; 膀胱过度活动症; 非那雄胺; M 受体拮抗剂

〔中图分类号〕 R 697.3 〔文献标识码〕 B

前列腺增生 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 作为一种前列腺良性病变, 属于老年男性常见病, 往往表现为尿频、血尿、排尿困难等^[1]。而膀胱过度活动症 (overactive bladder, OAB) 指的是以急迫性尿失禁、尿急、尿频等症状组成的一组综合征, 也是确定膀胱不稳定的必要条件^[2]。BPH 患者多合并 OAB, 早期以尿频为主要临床症状, 先表现为夜间尿频, 而随着病情进展可出现白天尿频症状, 排尿困难症状也呈现进行性发展, 出现血尿症状后, 患者可因前列腺黏膜上毛细血管充血, 在膀胱因充盈与收缩机制牵拉时, 出现破裂出血表现, 加重患者病情, 应积极治疗。目前, 临床上对于本病患者主要采取药物治疗, 其中非那雄胺、M 受体拮抗剂作为常规治疗药品, 在老年 BPH 伴 OAB 治疗中的安全性已经证明, 但单一使用时疗效欠佳^[3-4]。近几年来, 联合应用已经药物治疗的必然趋势, 因而笔者尝试在 BPH 伴 OAB 治疗中联合应用非那雄胺、M 受体拮抗剂, 取得理想效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在本院 2018 年 4 月至 2019 年 9 月期间诊治的 BPH 伴 OAB 患者中选取 108 例作研究对象, 以治疗方案为分组标准。对照组 54 例单纯口服 M 受体拮抗剂治疗: 年龄为 55~75 岁, 平均年龄为 (67.8±3.1) 岁; 病程 1~6 年, 平均病程为 (3.1±0.1) 年; 观察组 54 例应用 M 受体拮抗剂联合非那雄胺治疗: 年龄为 56~75 岁, 平均年龄为 (67.9±3.4) 岁; 病程 1~5 年, 平均病程为 (3.3±0.4) 年;

两组患者年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 患者均主诉存在尿频、尿急以及血尿等症状, 前列腺体积增大, 结合体格检查、B 超等检查综合诊断为 BPH 伴 OAB; 患者对本研究所用药物无过敏史; 用药时积极配合。

1.1.2 排除标准 合并低血压、肿瘤、泌尿系结石; 因尿道狭窄等疾病引起排尿困难者; 合并活动性结核、血液系统疾病者。

1.2 方法

对照组: 口服酒石酸托特罗定片 (南京美瑞制药有限公司, 国药准字 H20000602), 每次 2 mg, 每日 2 次。观察组: 在上述给药基础上, 口服非那雄胺片 (天方药业有限公司, 国药准字 H20040519), 每次 5 mg, 每日 1 次。

两组均坚持给药 3 个月。

1.3 观察指标

参考国际前列腺症状评分 (international prostate symptom score, IPSS) 量表^[6]、膀胱过度活动症评分 (overactive bladder syndrome score, OABSS) 量表^[7]评估患者治疗效果, IPSS、OABSS 评分越高, 表示 BPH、OAB 症状越重。统计两组患者的不良反应发生率, 主要包括头晕、口干、眼睑水肿等。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

〔收稿日期〕 2021-01-15

〔作者简介〕 杨东明, 男, 副主任医师, 主要从事泌尿外科各疾病的诊断和治疗工作。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的 IPSS、OABSS 比较

治疗后, 观察组 IPSS、OABSS 均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后的 IPSS、OABSS 比较
($n = 54, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	IPSS	OABSS
对照组	治疗前	19.5 ± 1.7	9.8 ± 2.4
	治疗后	11.6 ± 1.2	6.5 ± 1.3
观察组	治疗前	19.3 ± 1.9	9.4 ± 2.1
	治疗后	7.5 ± 0.9 ^a	4.0 ± 1.2 ^a

与对照组治疗后比较, ^a $P < 0.05$

注: IPSS — 国际前列腺症状评分; OABSS — 膀胱过度活动症评分

2.2 两组患者不良反应发生率比较

两组患者均出现轻度口干、眼干、头晕等症状, 而观察组不良反应发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率比较 ($n = 54, \text{例}$)

组别	口干	眼干	眼睑水肿	头晕	发生率/%
对照组	2	3	4	5	25.93
观察组	1	1	1	2	9.26 ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

3 讨论

BPH 的病理机制是后尿道黏膜侧叶或者中叶平滑肌组织、腺组织、结缔组织出现了混合性圆球状结节, 突入膀胱或尿道中, 压迫膀胱颈或尿道, 引发尿道梗阻; OAB 作为一组以尿急为主要临床表现的症候群, 多与 BPH 同时存在, 以尿频、急迫性尿失禁为主要症状, 对患者日常生活、社交等均带来不良影响。目前, 临床上对于 BPH 伴 OAB 的具体病因尚未阐明, 而就目前认知水平而言, 本病与患者年龄增长、睾丸功能减退密切相关, 且近期有学者经研究发现^[8], 吸烟、肥胖、酗酒、人种、地理环境以及家族史也可能是引发本病的高危因素。

现阶段, 药物治疗方法为治疗本病的理想手段, 具有安全性高, 容易被患者接受等优势, 其中 M 受体拮抗剂为常规治疗药品。BPH 发作时, 组织内 D 交感神经受体含量异常升高, 而交感神经受刺激后, 副交感神经后神经元可释放乙酰胆碱, 乙酰胆碱结合 M 受体后可引起平滑肌收缩, 促进前列腺包膜、腺体收缩, 加重前列腺尿道压力, 最终引发尿梗阻。因此, 应用 M 受体拮抗剂是治疗本病的最直接方法, 笔者选择 M 受体拮抗剂——酒石酸托特罗定片治疗, 其可拮抗神经递质作用, 促使膀胱颈、前列腺平滑肌松弛, 从而有效缓解梗阻。然而, 单纯使用 M 受体拮抗剂治疗本病的疗效有限, 且本品本身存在一定副作用, 常见如口干、眼睑水肿、头晕等, 有必要联合其他药品, 在优化治疗效果的同

时, 缩短 M 受体拮抗剂使用疗程, 减少给药不良反应。

BPH 的重要发病因素之一, 即打破了依赖于雄激素的前列腺组织凋亡、增殖平衡。前列腺属于附属性腺器官, 其生长取决于性激素调控 (以雄激素为主), 前列腺对于雄激素依赖、反应性可保持终身, 由此可知雄激素对前列腺组织及其功能的重要意义。经分析, 前列腺包膜、组织内含丰富的 5 α -还原酶, 其可将雄激素睾酮转化成二氢睾酮, 增强对于前列腺产生的生物效应, 而 BPH 即上述作用过度发挥所致。非那雄胺作为一种 5 α -还原酶抑制剂, 可与 5 α -还原酶进行特异性竞争, 阻断双氢睾酮合成, 从而抑制 BPH。同时, 非那雄胺还可诱导前列腺细胞凋亡, 减少前列腺组织内血管形成, 降低前列腺上皮之间黏附功能, 进一步强化对 BPH 的治疗作用。IPSS 量表、OABSS 量表作为评估 BPH 与 OAB 病情的评价工具, 客观性、科学性均可保障, 治疗后, 观察组 IPSS、OABSS 均低于对照组 ($P < 0.05$), 可见非那雄胺联合 M 受体拮抗剂治疗本病的临床效果更佳, 这与两种药品从不同途径抑制 BPH、减轻尿道梗阻症状的作用机制相关。另外, 给药安全性也是医师、患者考虑的重要问题, 而结果提示: 观察组选择联合给药方案, 不良反应发生率低于对照组, 推测非那雄胺的应用, 调节了雄激素, 增强了治疗作用, 加速了起效进程等有关, 具体原因有待进一步探索。

综上所述, 非那雄胺与 M 受体拮抗剂方案可兼顾 BPH 伴 OAB 患者治疗有效性、安全性。

〔参考文献〕

- (1) 李茹, 胡威威, 陈丽曼, 等. 替米沙坦联合非那雄胺治疗高血压并发良性前列腺增生的效果以及对血压、IPSS、Qmax、前列腺总体积和残余尿量的影响 (J). 河北医科大学学报, 2018, 39(4): 383-386.
- (2) 殷波, 杨勇, 孙菊元. 非那雄胺与多沙唑啉联合应用对老年良性前列腺增生夜尿症状的影响 (J). 解放军预防医学杂志, 2017, 35(7): 793-795.
- (3) 管斯斯, 张文娟, 刘玮, 等. 非那雄胺对老年良性前列腺增生合并原发性高血压患者炎症因子影响及临床疗效 (J). 重庆医学, 2018, 47(35): 105-107.
- (4) 邓广鹏, 万跃平. 非那雄胺联合经尿道前列腺等离子电切术治疗前列腺增生的疗效及对患者生活质量的影响 (J). 广西医科大学学报, 2017, 34(7): 1091-1093.
- (5) 华伟, 习明, 万颂, 等. 非那雄胺联合特拉唑嗪治疗前列腺增生的效果观察 (J). 中国当代医药, 2018, 25(13): 76-78, 97.
- (6) 陈化磊, 卓小岸, 车宪平, 等. 活血化瘀方联合西医疗法治疗前列腺增生症疗效及对血浆内皮素的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2017, 26(21): 2287-2289.
- (7) 朱圣煌, 胡军全, 李彤, 等. 经尿道前列腺电切术与经尿道双极等离子电切术治疗良性前列腺增生的效果观察 (J). 中国当代医药, 2017, 24(34): 61-64.
- (8) 张璟, 蒋燕. 前列腺自助按摩器临床疗效观察 (J). 中国保健营养, 2016, 26(26): 93.