

义 ($P > 0.05$)，但氟伐他汀组有 4 例因消化道不良反应退出观察。见表 1。

表 1 三组治疗前后血脂变化 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TC	TG	LDL-C	HDL-C
氟伐他汀	37				
治疗前		5.92 ± 1.25	2.39 ± 0.61	3.75 ± 0.83	0.97 ± 0.31
治疗后		3.90 ± 0.95	1.78 ± 0.65	2.40 ± 0.77	1.37 ± 0.38
低剂量脂必泰	41				
治疗前		5.90 ± 1.11	2.44 ± 0.58	3.71 ± 0.75	1.02 ± 0.22
治疗后		4.56 ± 0.91	2.11 ± 0.61	3.01 ± 0.71	1.25 ± 0.11
高剂量脂必泰	40				
治疗前		5.87 ± 1.26	2.31 ± 0.52	3.70 ± 0.82	1.01 ± 0.33
治疗后		4.00 ± 0.95	1.80 ± 0.73	2.43 ± 0.85	1.35 ± 0.39

3 讨论

脂必泰胶囊含有的红曲主要有降低总胆固醇、LDL 和 VLDL 的胆固醇升高 HDL 等作用；且山楂具有降低 TC 及升高 HDL/TC 比值作用，泽泻可干扰胆固醇吸收、分解和代谢，降低胆固醇和甘油三酯；白术益气健脾，缓解部分高血脂患者出现的气短、胸闷、头痛、头晕等症状。四者结合充分发挥

了祖国医学的魅力，脂必泰组无论是低剂量组及高剂量组均能明显降低 TC、LDL-C、TG 及升高 HDL-C^[3]。且本研究提示较低剂量组与较高剂量组在降脂方面差异有统计学意义。而较高剂量组与氟伐他汀组比较差异无统计学意义，而服用脂必泰组患者均未出现明显不良反应明显优于氟伐他汀组。血脂异常与心血管疾病密切相关，且我国血脂增高者逐年增加，尤其在我国北方地区更加显著，作为长期治疗手段，中药调脂则具有明显优势，中药降脂安全可靠，通过本研究得到证实，充分体现出中医药物在治疗方面的广阔前景^[4]。

参考文献

- [1] 张建军,程树生.脂必泰胶囊和阿托伐他汀调脂疗效对比.中原医刊,2004,31(13):37-38.
- [2] 许丹焰,舒君,黄全跃,等.脂必泰与阿托伐他汀疗效及安全性对比研究.中华内科杂志,2010,49(5):392-395.
- [3] 贾圣英,黄全跃,周祁娜.脂必泰与阿托伐他汀的调脂疗效及对血管内皮功能影响.临床心血管病杂志,2010,26(12):909-911.
- [4] 白家和.脂必泰与阿托伐他汀心血管调脂疗效的对比研究.中国现代药物应用,2010,4(24):24-25.

(收稿日期:2011-05-06)

(本文编辑:郝希春)

坦索罗辛治疗良性前列腺增生症 36 例报告

杨碧楠 李开来 温 宏

α 受体阻滞剂是良性前列腺增生的一线治疗用药。我们对 36 位良性前列腺增生 (BPH) 患者采用口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊治疗取得良好疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例 36 例，均为 2009 年 6~12 期间北京大学首钢医院确诊良性前列腺增生患者，年龄 66~82 岁，平均 72.6 岁。病程最短 2 年，最长 12 年，平均病程 7 年。患者均有不同程度的夜尿增多、尿频、尿急、排尿费力、尿线变细等下尿路梗阻和刺激症状。所有病例入组前均作 IPSS 评分、QOL 评分，作尿流率、直肠指诊、血 PSA、经直肠前列腺 B 型超声和泌尿系超声等常规检查，并计算前列腺体积和残余尿。完善相关检查排除神经源性膀胱、膀胱颈硬化症、前列腺癌、尿道狭窄等以及影响排尿的其它疾病。入选患者中合并有高血压者 6 例，冠状动脉粥样硬化性心脏病者 3 例，糖尿病者 1 例。

1.2 治疗方法 入选患者均给予盐酸坦索罗辛缓释胶囊 (哈乐，安斯泰来制药出品) 0.2 mg 口服，每晚睡前一次，治疗开始后每月底统计血压及心率，治疗 3 个月后对所有患者做 IPSS 评分、QOL 评分、残余尿量、最大尿流率 (MFR) 及经直肠前列腺 B 超测定前列腺体积。高血压患者继续口服非

α 受体阻滞剂类抗高血压药物。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 11.5 软件，数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用单因素方差分析和 q 检验。

2 结果

本组患者服用盐酸坦索罗辛缓释胶囊 1~15 d 后下尿路症状开始改善，治疗 3 月后，与治疗前相比较，患者 IPSS 评分由 (19.97 ± 5.88) 分下降至 (11.36 ± 5.30) 分；QOL 由 (3.58 ± 1.13) 降至 (2.14 ± 1.05) 分；残余尿由 (50.22 ± 22.43) ml 下降至 (33.67 ± 25.44) ml；最大尿流率由 (8.56 ± 3.76) mL/s 上升至 (13.92 ± 3.59) mL/s；此四项指标治疗前后比较均差异有统计学意义 ($P < 0.01$)；前列腺体积治疗前 (43.53 ± 13.02) ml，治疗后 (43.19 ± 13.08) ml，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗前、治疗后每月测定脉搏及坐位血压均无明显改变，无体位性低血压发生。

3 讨论

良性前列腺增生发病率随着年龄递增而显著增加，北京地区 60 岁以上老年人 BPH 发病率达 63.28%^[1]。目前普遍认为当患者生活质量受到下尿路症状明显影响的时候，药物治疗应该作为 BPH 的第一线治疗方法^[2]，大多数患者药物治疗能明显改善症状。目前治疗良性前列腺增生的药物主要有 3 大类： α 受体阻滞剂，如盐酸坦索罗新、盐酸特拉唑嗪等；5 α 还原酶抑制剂，如非那雄胺等；植物制剂，如普适泰等。 $\alpha 1$ 受体阻滞剂是治疗良性前列腺增生最常用的药物，

通过阻滞分布在前列腺和膀胱颈部平滑肌表面的肾上腺素受体,松弛平滑肌,达到缓解膀胱出口动力性梗阻的作用。由于 α_1 受体也广泛分布于周围血管中, α_1 受体阻滞剂阻断该受体后可使血管扩张,降低外周血管阻力从而容易导致体位性低血压等影响其临床应用。研究发现 α_1 肾上腺素能受体有三种亚型^[3],分别是 α_1A 、 α_1B 、 α_1D 。在前列腺和膀胱颈及后尿道的平滑肌存在的 α_1 受体90%以上为 α_1A 型,而 α_1B 肾上腺素能受体主要分布在人体大血管平滑肌上^[4]。坦索罗辛为高选择性 α_1A 肾上腺受体阻滞剂,可以选择性阻断膀胱颈、前列腺及被膜平滑肌 α_1A 受体,降低平滑肌张力,减少下尿路阻力,改善BPH的下尿路梗阻症状,而对周围血管影响较小。本组应用盐酸坦索罗辛治疗后患者排尿费力等下尿路梗阻及刺激症状较治疗前显著缓解,IPSS、QOL、MFR及残余尿均显著改善,对血压、脉搏无明显影响。那彦群等^[5]报告坦索罗辛治疗BPH在降低IPSS和提高尿流率方面优于特拉唑嗪(高特灵),而头晕、低血压等副反应发生明显低于特拉唑嗪。

综上所述,坦索罗辛作为高选择性 α_1A 受体阻滞剂,其

优点是快速及持久地改善BPH患者的下尿路症状,对血压的影响小,具有较高的心血管安全性。

参考文献

- [1] 于普林,郑宏,苏鸿学,等.中国六城市老年人前列腺增生的患病率及相关因素.中华流行病学杂志,2000,21(4):276-279.
- [2] 吴阶平.吴阶平泌尿外科学.济南:山东科学技术出版社,2004:1143-1170.
- [3] Hieble JP, Bylund DB, Clarke DE, et al. International union of pharmacology X recommendation for nomenclature of α -adrenoceptor: consensus update. Pharmacol Rev, 1995, 47:367-270.
- [4] Foglar R, Shibata K, Horie K, et al. Use of recombinant α -adrenoceptors to characterize subtype selectivity of drugs for the treatment of prostatic hypertrophy. Eur J Pharmacol, 1995, 288:201-204.
- [5] 那彦群,汪迪,金杰,等.选择性 α_1A 受体阻滞剂治疗良性前列腺增生症.中华泌尿外科杂志,1996,17(6):327.

(收稿日期:2011-05-06)

(本文编辑:郝希春)

布地奈德粉吸入剂吸入治疗儿童哮喘 68 例临床分析

张映波 陆 荣

支气管哮喘是小儿最常见的气道慢性炎症性疾病,抗炎、对症治疗是哮喘最基本的治疗。为早期消除支气管的炎症,具有抗炎及抑制介质释放作用的激素吸入治疗已成为关键^[1]。我们应用布地奈德粉吸入剂吸入治疗68例哮喘患者,效果显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象 68例哮喘儿童均来自2003年2月至2008年2月海盐县人民医院哮喘专科门诊及儿科病房,诊断符合中华医学会儿童哮喘的诊断标准^[2]。其中男性42例,女性26,男女之比为1.6:1。年龄5~14岁,平均年龄7.5岁。病程最短1.5年,最长6年,平均3.2年。其中轻度22例,中度43例,重度3例。

1.2 方法 68例中42例首次吸入即为布地奈德粉吸入剂(普米克都保,AstraZeneca AB生产,批号:20030583),其余患儿原吸入布地奈德气雾剂或丙酸氟替卡松气雾剂,因疗效不十分理想或药源中断等原因而换用布地奈德粉吸入剂。由专科医生指导每个患儿正确掌握药物吸入方法和呼气峰流速仪使用方法,治疗前测定峰流速值(PEF)作为基础PEF。首诊吸入剂量为200~600 $\mu\text{g}/\text{d}$,在发作急性期可氧气驱动雾化吸入布地奈德溶液联合 β_2 受体激动剂、抗胆碱药物(沙丁胺醇溶液及异丙托溴铵溶液),重者可同时口服或静脉注射糖皮质激素2~5d,有夜间发作者短期加服长效 β_2 受体激动剂,同时监测PEF,如PEF正常,半年以上无哮

喘急性发作,且能正常参加体育活动后可进一步将布地奈德干粉剂减量至最小剂量维持,平均量为100~200 $\mu\text{g}/\text{d}$ 。

1.3 疗效判定 临床控制:症状体征完全消失,治疗后PEF比基础值增加>35%;显效:症状体症显著减轻或消失,PEF增加20%~35%;好转:症状体症明显减轻,发作次数明显减少,PEF增加10%~20%;无效:症状体症无明显减轻,发作次数无明显减少,PEF增加<10%。

2 结果

随访1年后,68例患儿中临床控制20例(占34%),显效32例(占43%),好转16例(占22%)。

3 讨论

哮喘的本质为慢性气道炎症,因此,治疗不仅仅限于急性发作期,而是要着眼于慢性阶段性的控制,研究表明吸入糖皮质激素后对控制症状,降低气道反应性和预防肺功能进行性损伤有重要意义^[3]。

布地奈德粉吸入剂吸入后10%的药物进入肺内后约80%在肝脏内被首次代谢^[4],具有明显的抗过敏、抗炎作用,可阻止白三烯、前列腺素、血栓素等诱发介质的释放,抑制血小板激活因子的生成,从而预防和抑制了气道的炎性反应及痉挛,同时可降低组胺及乙酰胆碱引起的气道高反应性,抑制运动诱发哮喘。布地奈德粉吸入剂直接作用于气道,起效迅速,其对气道炎性细胞局部选择性很高,组织存留时间较长,抗炎作用强。吸入布地奈德后FEV₁、PFFR等肺功能指标明显改善,能较好地控制哮喘发作,改善临床症状,提高患者的生活质量^[5-8]。

吸入布地奈德气雾剂正常情况下可有8%~9%到肺