

针灸防治宫颈癌术后尿潴留的研究进展

徐佳艺¹, 汪司右²

(1. 上海中医药大学, 上海, 201203;

2. 上海市针灸经络研究所, 上海, 200030)

[关键词] 宫颈癌; 尿潴留; 针灸; 综述; 学术性

[中图分类号] R273.733, R277.54⁺5.4

[文献标识码] A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.069

在世界范围内, 宫颈癌是女性第4位常见的恶性肿瘤^[1]。目前手术治疗是宫颈癌的重要治疗手段。对于Ⅰa、Ⅱb期的患者多主张采用广泛性子宫切除术加盆腔淋巴结清扫术, 但因其手术范围大, 易使神经丛损伤^[2], 故常并发各类下尿路功能障碍。而尿潴留是术后最常见的并发症, 西医目前对其并无明确的治疗手段, 常规处理包括间断开放留置导尿、膀胱护理、盆底功能锻炼等, 但效果欠佳。而针灸治疗因其独特的作用机制以及疗效显著等特点, 受到了研究者们的重视。现笔者从预防和治疗两方面将近年来针刺防治宫颈癌术后尿潴留的研究概况综述如下。

1 预防

1.1 针刺疗法 丁晓虹等^[3]将160例宫颈癌术后常规留置导尿患者随机分为2组, 治疗组从术后5d起加用头针针刺足感应区配合针刺双侧肾俞、膀胱俞、次髂穴治疗。结果: 治疗组拔管后尿潴留率、残余尿均低于留置导尿组, 从而肯定了针刺的预防疗效。洪媚等^[4]将50例术后留置导尿患者根据就诊顺序平均分为2组。治疗组术后7d于足三里、阴陵泉、关元等穴行针刺, 同时配合下腹部艾灸及双侧膀胱俞拔罐治疗。结果: 治疗组总有效率高于对照组。

1.2 电针

1.2.1 单用电针 胡慧等^[5]将60例患者按治疗时间均分成2组, 比较相同治疗针刺方法对术后15d及以上患者和术后7~14d患者预防尿潴留的疗效。结果: 拔除尿管术后7~14d, 患者恢复自主排尿的显效率优于15d以上, 提示术后尽早给予针刺治疗可促进膀胱功能恢复。叶需智等^[6]将107例术后留置导尿患者随机分为治疗组(74例)与对照组(33例)。治疗组术后4d起予电针治疗促进膀胱功能恢复, 取穴为中极、关元与双侧三阴交、足三里等, 选用连续波, 频率为3Hz。结果: 治疗组疗效更优。杨振杰等^[7]将120例术后留置导尿患者随机均分为4组, 比较对照组与肌注新斯的明组、直刺双侧阴陵泉穴组和斜刺双侧三阴交穴组预防尿潴留的疗效, 后2组采用1Hz连续波电针。结果: 阴陵泉组尿潴留发生率低于其他3组, 其他3组的组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。提示电针阴陵泉可防治术后尿潴留

的发生, 且阴陵泉穴与膀胱的联系比三阴交穴更密切。

1.2.2 电针配合其他疗法 彭秀娟等^[8]回顾性地分析了55例术后留置导尿患者, 将接受电针结合中频电疗法的患者作为观察组(26例), 未接受此疗法的作为对照组(29例)。结果: 尿潴留的发生率、膀胱功能恢复率观察组均优于对照组。曾朝阳等^[9]将180例患者随机均分成电针组、膀胱功能锻炼组及电针与膀胱功能锻炼联合治疗组, 电针取穴均为双侧维道与三阴交穴, 得气后接电针疏波刺激。术后5d开始治疗, 7d为1个疗程。结果: 联合治疗组恢复自主排尿率、膀胱症状等均优于其余2组。李京^[10]以数字随机法将68例患者分为2组, A组予康复训练(盆底肌肉与膀胱功能训练), B组同时配合针灸治疗, 取穴: 膀胱俞、关元、曲骨、三阴交等, 使针感传导至会阴部或大腿内侧后接电针。结果: B组的尿潴留发生率低于A组。提示康复联合针灸的疗效优于单纯治疗。杨敏等^[11]将60例患者随机分为2组, 对照组术前术后均行膀胱功能锻炼, 观察组术后5d加行针灸治疗, 得到了与李京学者相同的结果。

1.3 灸法 盛红银等^[12]将53例术后留置导尿患者随机分为观察组(27例)和对照组(26例), 对照组予膀胱功能训练, 观察组加用自制艾盐包热敷神阙穴促进膀胱功能恢复。结果: 观察组膀胱恢复及导尿管留置时间均优于对照组。庄秀铭等^[13]将88例患者分为2组, 观察组术后7d起予膀胱功能锻炼, 干预组在此基础上于拔除尿管前予莱菔子熨烫疗法联合艾灸气海、中极、关元穴。通过对残余尿量的比较, 发现干预组尿潴留发生率优于对照组。钟雪^[14]将34例患者随机分为2组, 对照组术后5d口服坦索罗辛胶囊, 试验组在其基础上予热敏法治疗, 取穴: 膀胱俞、肾俞、关元等。结果: 试验组尿潴留发生率、排尿积分、残余尿量等均优于对照组。

1.4 针药结合 毛亮^[15]将73例术后留置导尿患者分为对照组(24例)和治疗组(49例)。对照组口服盐酸坦索罗辛胶囊及吡啶斯的明, 治疗组术后4d予3Hz连续波电针中极、关元与双侧三阴交等穴治疗, 同时加服健脾利尿的中药, 结果显示治疗组尿潴留发生率优于对照组。袁玲等^[16]将

第一作者: 徐佳艺, 女, 2016级硕士研究生, 研究方向: 电针阴部神经治疗排尿障碍的研究

通讯作者: 汪司右, 男, 研究员, 研究方向: 电针阴部神经治疗排尿障碍的研究, E-mail: wangsiyou1234@163.com

96例术后患者随机分为2组,对照组予盆底肌训练及心理疏导,观察组在此基础上联合针刺、艾灸治疗及清热除湿方冲洗会阴部。结果显示观察组残余尿量、尿路感染发生率均优于对照组。韦华荣^[17]将60例术后留置导尿患者随机均分为对照组和观察组。观察组术后7d针刺中极、关元、气海穴并予补法行针,同时配合通淋利尿的中药,结果显示观察组的残余尿量、尿潴留发生率更低。

2 治 疗

2.1 单纯针刺 沈志全^[18]将90例术后尿潴留患者按就诊顺序随机均分为3组。对照1组留置导尿并进行膀胱冲洗;对照2组在对照1组基础上加注新斯的明,治疗组在对照1组基础上增加针刺治疗,穴取百会、关元、太溪、列缺、水道、三阴交等。同时运用尿动力学检查配合残余尿量观察患者的疗效。结果显示治疗组尿动力学评估及残余尿量均优于其余2组,肯定了针刺治疗宫颈癌术后尿潴留的治疗作用。

2.2 电针配合其他疗法 卢秉慧^[19]将60例术后尿潴留患者随机等分为2组。对照组予常规治疗(诱导排尿配合口服吡啶斯的明),观察组予电针联合关元穴艾灸的方法,取穴:水道、阴陵泉、膀胱俞、地机等,使针感向会阴部传导。结果:观察组残余尿量优于对照组。羌曹霞等^[20]选取术后尿潴留患者70例并随机均分为2组。对照组予膀胱功能锻炼,治疗组加用针灸结合TDP治疗仪。结果:总有效率对照组为51.4%,治疗组为91.4%。提示针灸配合TDP治疗仪疗效比单一治疗更为显著。这个结论在吴菲远等^[21]对于58例术后患者的研究中也得到证实。

2.3 温针灸 姚文平等^[22]采用头针配合温针灸疗法治疗术后尿潴留患者15例,取穴:焦氏头针足运感区、三阴交、阴陵泉、水道、归来、太溪。5次为1个疗程。结果:2个疗程后治愈率为93.3%,1例无效患者继续治疗后其症状有所改善。Song X等^[23]将40例术后尿潴留患者随机均分为2组。对照组予诱导排尿法,治疗组予中极、足三里行温针灸。结果:总有效率对照组为70%,治疗组为95%,提示温针灸较诱导排尿法治疗术后尿潴留更为有效。

2.4 灸法 阮建国等^[24]将76例术后尿潴留患者随机分为3组。针刺组26例,太乙神针组24例,针刺、太乙神针结合组26例。针刺取八髎穴、关元、水道、足三里等,腹部穴位的针感应放射至会阴部,太乙神针采用实按灸法,选穴为:关元、气海、中极、水道,每穴灸7次。结果:针刺、太乙神针结合组总有效率明显高于其余2组。

2.5 针药结合 李乃杰等^[25]将80例术后尿潴留患者随机均分为2组。针药结合组在患者膀胱充盈有尿意时取中极、气海、阴陵泉、关元穴行针刺,同时经双侧足三里穴位注射东莨菪碱或新斯的明,并配合中药方进行治疗。与常规西医治疗组(导尿、盆底肌训练、低压灌肠)相比,针药结合组的总有效率、残余尿量均优于西医治疗组。梁慧等^[26]予补肾通利益气方、针刺三阴交、足三里、关元等穴及微波透药联合治疗术后尿潴留患者9例。结果:治疗1个疗程后患者

残余尿量均显著减少,随访显示所有患者均未复发。

3 小 结

宫颈癌术后尿潴留按其临床症状特点,归属于中医学“癃闭”范畴。其病机为肾与膀胱的气化功能失司,不能通调水道。病位在膀胱,与三焦、肾在病机转化和病理演变上有直接关联。针灸治疗宫颈癌术后排尿障碍具有双向调节的优势,根据近年来文献所述,可以归纳出其取穴多以腹部以及足阳明、足太阳、足太阴经相应的下肢腧穴为主,将其常用选穴进行概括后可得到其高频组方“中极、关元、气海、足三里、水道、秩边、三阴交、阴陵泉”^[27]。在治疗上采用近部取穴及本经与表里经配伍取穴可起到通利膀胱、化气行水的作用,从而促进膀胱排尿功能的恢复。

综上所述,在临床上运用针灸治疗宫颈癌术后尿潴留疗效确切,同时具有便捷、安全等特性,在宫颈癌根治术后配合针灸治疗能有效降低患者拔除尿管后尿潴留的发生率。同时运用针灸疗法也可减少术后尿潴留患者的残余尿量,促进膀胱功能的恢复,提高患者的生活质量。但在目前的研究中,未对不同分期、病程及手术方式宫颈癌术后的尿潴留患者进行临床疗效的区分观察。在治疗过程中对于何时开始配合针灸疗法、针刺的取穴、方向、针感的传导、留针时间、电针的频率等也没有进行详细的研究。故在今后研究过程中除了对其作用机理进行研究外,也可统一评价标准,筛选出具有可重复性且临床疗效好的治疗方案,以便于推广。

参考文献

- [1] 周晖,卢淮武,彭永排,等.《2015年NCCN宫颈癌临床实践指南》解读[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(3):185-191.
- [2] 沈仕姬.腹部穴位按摩预防宫颈癌术后尿潴留的护理效果观察[J].中西医结合护理(中英文),2016,2(6):8-10.
- [3] 丁晓虹,王潇,吕晓宇,等.头体联合针刺与治脊疗法预防性治疗宫颈癌术后尿潴留的临床研究[J].广州中医药大学学报,2015,32(6):1031-1034.
- [4] 洪媚,鲁才娟.针灸治疗宫颈癌术后尿潴留疗效观察[J].针灸推拿医学:英文版,2015,13(3):203-206.
- [5] 胡慧,谢占国,覃蔚岚,等.不同介入时期电针对宫颈癌术后膀胱功能恢复的影响[J].针刺研究,2013,38(1):64-67.
- [6] 叶需智,赵娜.针刺对107例宫颈癌根治术后患者尿潴留的影响[J].中医杂志,2014,55(18):1575-1577.
- [7] 杨振杰,肖学伟.电针阴陵泉、三阴交穴对宫颈癌根治术后尿潴留疗效对比研究[J].亚太传统医药,2016,12(22):83-84.
- [8] 彭秀娟,张永臣,杜广中,等.电针联合中频电疗法预防宫颈癌根治术后尿潴留26例临床回顾性分析[J].江苏中医药,2015,47(3):61-62.
- [9] 曾朝阳,周国平,谭琛.电针联合膀胱功能锻炼治疗子宫颈癌根治术后膀胱功能障碍临床研究[J].新中医,2014,46(8):143-146.
- [10] 李京.康复训练联合针灸预防宫颈癌术后尿潴留的效果观察[J].双足与保健,2017,26(9):49-51.

白色脂肪组织棕色化的研究进展

程 龙,张硕峰,马 丹,宋敬怡,孙建宁,董世芬
(北京中医药大学,北京,100029)

[关键词] 白色脂肪组织;棕色化;综述;学术性

[中图分类号] R259. 892 [文献标识码] A DOI:10. 16808/j. cnki. issn1003 - 7705. 2019. 02. 070

目前,全球大约 22 亿人超重,约占全球总人口的 1/3,其中约 7. 12 亿人(占全球总人口的 10%)是肥胖人群^[1]。肥胖主要是由于机体长期处于能量储存大于能量消耗的一种状态下所造成的体内白色脂肪组织与棕色脂肪失衡。白色脂肪组织的功能主要是将机体中过剩的能量以中性脂肪的形式贮存起来,以供机体需求时利用。棕色脂肪组织的主要功能是促进机体产热。近年来,随着对肥胖和相关代谢疾病的深入研究,发现棕色脂肪组织具有提高机体能量代谢的特殊生理功能,在维持体温和调控能量平衡方面发挥着重要的作用。棕色脂肪组织中含有一种位于线粒体内膜上的载体蛋白,即解偶联蛋白-1(Uncoupling protein 1, UCP-1)。UCP-1 可以将 H⁺ 从线粒体内膜渗漏到线粒体基质中,阻止 ADP 磷酸化形成 ATP,将能量以热能的形式散

失。此外,白色脂肪组织在受到某些刺激后(如冷刺激^[2]、运动^[3]、β3-肾上腺素受体激动剂^[4]等),会呈现典型棕色脂肪细胞的表征,如胞内出现许多散在的小脂滴、线粒体数目增多、棕色脂肪的标志基因(如 UCP-1)表达水平增多等,这一过程称为“脂肪棕色化”。本文就脂肪棕色化过程中起主要作用的转录因子、生长因子、鸢尾素综述如下。

1 转录因子

1.1 过氧化物酶体增殖物激活受体 过氧化物酶体增殖物激活受体(Peroxisome Proliferator-activated Receptors, PPARs)是一类由配体激活的核转录因子Ⅱ型核激素受体超家族的一员。PPAR 受体共有 3 个亚型,分别是 α、β 以及 γ,其中以 PPAR γ 的研究最为深入。PPAR γ 广泛分布在哺乳动物的脂肪组织、血管平滑肌组织、心肌组织中^[5]。

基金项目:国家自然科学基金资助项目(编号:81503287)

第一作者:程龙,男,硕士研究生在读,研究方向:中医药防治心脑血管疾病的研究

通讯作者:董世芬,女,副教授,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治心脑血管疾病的研究,E-mail:tedong4444@gmail. com

- [11] 杨敏,杨智蓉,田昌英. 康复训练联合针灸预防宫颈癌术后尿潴留的效果观察[J]. 当代护士:下旬刊,2015(2):68-70.
- [12] 盛红银,黄珍珍,蔡一波,等. 艾盐包热熨神阙穴对广泛性子官切除术膀胱功能恢复的临床观察[J]. 浙江医学教育,2016,15(6):22-24.
- [13] 庄秀铭,潘小佳,缪海燕,等. 莱菔子烫熨疗法联合艾条灸预防宫颈癌术后尿潴留的临床观察[J]. 海峡药学,2016,28(4):122-123.
- [14] 钟雪. 热敏灸防治根治性子官切除术后尿潴留的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2015.
- [15] 毛亮. 针药结合治疗宫颈癌根治术后尿潴留 49 例观察[J]. 浙江中医杂志,2015,50(10):752.
- [16] 袁玲,王秀娣,张晶. 中医综合调护法应用于宫颈癌术后尿潴留的临床研究[J]. 新中医,2014,46(5):164-166.
- [17] 韦华荣. 中西医结合治疗宫颈癌术后尿潴留 30 例[J]. 河南中医,2014,34(7):1394-1395.
- [18] 沈志全. 针刺治疗宫颈癌术后尿潴留的临床疗效观察[D]. 石家庄:河北医科大学,2015.
- [19] 卢秉慧. 电针结合艾灸治疗宫颈癌术后尿潴留的临床观察[J]. 内蒙古中医药,2016,75(13):134.
- [20] 羌曹霞,郭小燕. 针灸配合 TDP 治疗仪治疗宫颈癌根治术后尿潴留 35 例[J]. 河南中医,2016,36(3):529-530.
- [21] 吴菲远,杨文静,卓晓云. 针灸配合 TDP 治疗仪治疗宫颈癌根治术后尿潴留的疗效及安全性[J]. 深圳中西医结合杂志,2017,27(10):27-28.
- [22] 姚文平,李明,阮强. 头针配合温针灸治疗宫颈癌术后尿潴留 15 例[J]. 中国针灸,2016,36(2):145-146.
- [23] Song X, Yu X, Huang G. Warm Needling Moxibustion at Zhongji (CV 3) and Zusanli (ST 36) for Urinary Retention after Gynecological Surgery[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2014,12(6):379-382.
- [24] 阮建国,徐天舒,李明,等. 太乙神针联合针刺治疗宫颈癌术后并发尿潴留临床研究[J]. 亚太传统医药,2014,10(11):79-80.
- [25] 李乃杰,李文慧. 中药结合针灸在妇科恶性肿瘤实施广泛子宫切除术后并发尿潴留治疗中的有效应用[J]. 中外医疗,2017,36(7):10-12.
- [26] 梁慧,王云启,王乐行,等. 中药内服联合针刺及微波透药治疗宫颈癌术后顽固性尿潴留 9 例[J]. 安徽中医药大学学报,2015,34(4):46-49.
- [27] 韩凤娟,张靓裕. 从通论证针灸治疗宫颈癌广泛子宫切除术后尿潴留的配穴规律[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(22):47-49.

(收稿日期:2018-02-26)