

温针隔姜灸治疗良性前列腺增生30例临床观察

白琳, 陈赞, 沈志强, 程红亮

(安徽中医药大学第二附属医院, 安徽 合肥, 230012)

[摘要] 目的: 观察温针隔姜灸治疗良性前列腺增生的临床疗效。方法: 将良性前列腺增生患者60例随机分为2组, 每组各30例。治疗组采温针隔姜灸治疗, 对照组采用西药治疗。结果: 总有效率治疗组为96.7%, 对照组为70.0%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组国际前列腺症状(I-PSS)评分、生活质量指数(QOL)评分、前列腺体积、膀胱残余尿量治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 温针隔姜灸治疗前列腺增生有较好疗效, 能提高患者生活质量, 缩小前列腺体积, 降低膀胱残余尿量。

[关键词] 良性前列腺增生; 中医药疗法; 温针隔姜灸

[中图分类号] R277.573 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.03.033

良性前列腺增生(hyperplasia of prostate gland, BPH)是困扰中老年患者的常见病和多发病。该病属于中医学“精癰”“癰闭”等范畴, 临床表现为尿频、尿急、排尿困难呈进行性加重, 排尿无力, 尿程缩短, 尿不尽或淋漓^[1]。BPH的发病率随着年龄增长而递增, 50岁以后的男性有50%以上出现前列腺增生的症状^[2], 80岁以上患者接近90%, 迁延难愈。笔者采用温针隔姜灸治疗BPH 30例, 取得较好疗效, 并与采用非那雄胺片治疗的30例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年5月至2017年12月我院门诊及住院患者60例, 年龄50~80岁。将其随机分为2组, 每组各30例。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]制定。1) 临床表现: 排尿障碍, 尿频, 尿线细, 排尿无力甚则尿流中断, 尿末滴沥, 残余尿感, 严重者可伴有尿失禁或尿潴留; 2) 前列腺超声检查: 形态饱满、变圆, 各径线增大, 体积增大, 向膀胱腔凸出; 3) 膀胱残余尿量: 经腹部B超检查可以反应膀胱出口的梗阻程度; 4) 直肠指诊: 前列腺两侧叶扩大, 体积增大, 中等硬度, 表面光滑无结节, 有弹性, 中央沟变浅或消失; 5) 尿流率测定: 尿量 $> 150\text{ml}$, 最大尿流率 $< 15\text{ml/s}$ 。

1.3 纳入标准 1) 年龄50~80岁; 2) 病程3个月以上; 3) 未用药或已停药1周以上; 4) 生命体征平稳, 无重大疾患; 5) 神志清楚, 一般情况良好, 能配

合检查及治疗; 6) 知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 尿路结石、肿瘤、急慢性肾功能衰竭所导致的少尿或无尿; 2) 因尿道狭窄, 神经源性膀胱等原发疾病导致的排尿障碍; 3) 前列腺增生已引起严重泌尿系统感染; 4) 合并心、肺、肾功能不全。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用温针隔姜灸治疗。取穴: 中极, 关元; 操作方法: 嘱患者在治疗前先排空小便, 取仰卧位, 选用30mm $\times$ 50mm的针灸针。常规消毒后, 中极穴直刺0.5~1.0寸, 局部有酸胀感后捻转, 使针感向会阴方向放射; 关元穴以45°向下斜刺, 行捻转补法, 使产生酸胀感并向会阴方向放射。艾条切成2cm长的艾段, 老姜切成0.1cm厚的姜片, 在姜片的中间穿一小孔, 把穿有小孔的姜片从针柄的末端穿过, 使姜片贴于皮肤上, 将2cm长的艾段插在针柄顶端, 在艾段靠近皮肤一端将其点燃, 艾段徐徐燃烧, 使针和姜片变热, 此时, 患者即感到针刺部位温热感, 艾段燃完后, 除去灰烬。每穴连续灸3壮, 每天1次, 10d为1个疗程, 共治疗3个疗程, 疗程间间隔5d。

2.2 对照组 采用西药治疗。非那雄胺片5mg(杭州默沙东制药有限公司, 批准文号: 国药准字J20150143, 规格: 5mg/片)口服, 每次5mg, 每天1次。10d为1个疗程, 治疗3个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 国际前列腺症状评分(I-PSS): 轻度0~9分, 中度10~21分, 重度22~35分; 2) 生

活质量指数(QOL)评分:轻度0~2分,中度3~4分,重度5~6分;3)前列腺体积;4)膀胱残余尿量。

3.2 疗效标准 参照文献[4]拟定。显效:症状明显改善,I-PSS和QOL评分降低 $\geq 90\%$,或I-PSS ≤ 7 分,QOL评分 ≤ 1 分,前列腺体积缩小 $\geq 60\%$;有效:症状有所控制,I-PSS和QOL评分降低 $\geq 60\%$,但 $< 90\%$,或7分 $< \text{I-PSS} \leq 13$ 分,1分 $\leq \text{QOL}$ 评分 ≤ 3 分,前列腺体积缩小 $< 60\%$;无效:临床症状无明显改善,I-PSS评分和QOL评分无改善,前列腺体积无明显变化。

3.3 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件进行数据分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为96.7%,对照组为70.0%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	18(60.0)	11(36.7)	1(3.3)	29(96.7) ^a
对照组	30	12(40.0)	9(30.0)	9(30.0)	21(70.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后I-PSS评分、QOL评分、前列腺体积及膀胱残余尿量比较 2组I-PSS评分、QOL评分、前列腺体积、膀胱残余尿量治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后I-PSS评分、QOL评分、前列腺体积及膀胱残余尿量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	I-PSS(分)	QOL评分(分)	前列腺体积(v/ml)	膀胱残余尿量(v/ml)
治疗组	30	治疗前	26.23 $\pm$ 4.12	5.13 $\pm$ 0.68	37.46 $\pm$ 9.13	34.63 $\pm$ 8.80
		治疗后	5.73 $\pm$ 3.81 ^{ab}	1.33 $\pm$ 0.80 ^{ab}	18.27 $\pm$ 7.51 ^{ab}	17.90 $\pm$ 6.33 ^{ab}
对照组	30	治疗前	25.63 $\pm$ 4.99	5.17 $\pm$ 0.79	38.85 $\pm$ 7.40	35.80 $\pm$ 7.40
		治疗后	15.20 $\pm$ 4.73 ^a	4.10 $\pm$ 0.85 ^a	29.05 $\pm$ 9.73 ^a	27.30 $\pm$ 6.75 ^a

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

4 讨论

BPH多发生于50岁以上中老年人,患者年龄越大,前列腺增生所表现出来的尿路刺激症状和梗阻症状则愈加严重^[5]。中医学中无BPH的概念,多数医家根据其排尿困难的临床表现,将其归属于“癃闭”范畴。“癃闭”之名,首见于《内经》。中医

学认为“正气存内,邪不可干;邪之所凑,其气必虚”,老年人肾中精气不断亏虚,肾气无法气化,无力推动,最后导致气滞血瘀,痰浊阻滞,发为癃闭。因此,本病以肾虚为本,血瘀、湿滞为标。

杜元灏等^[6]研究显示,在针灸治疗的461种疾病中,前列腺增生排名较前,有较好的疗效。针刺治疗BPH的优势主要体现在较高的总有效率和治愈率方面,能明显减少前列腺增生术后的并发症,同时缩短了住院时间^[7-9]。现代研究表明,艾灸对分布在前列腺周围的交感神经和副交感神经起到刺激作用,能收缩和扩张前列腺周围的血管,改善前列腺周围的血液循环,使前列腺组织的血供更加丰富,从而提高药物浓度,促进前列腺组织的药物吸收,排出致病因子,提高治疗效果^[10]。中极穴属于膀胱募穴,是最常用于治疗小便不利的穴位之一;关元穴为任脉与足三阴经交会穴,为小肠募穴,具有培元补气、温补肾阳的功效,常用于治疗男性泌尿系疾病。研究表明,针刺中极穴^[11]、关元穴^[12]能起到温肾益精、升清降浊、缓解前列腺增生症状、提高患者生活质量的功效。有研究显示,艾灸中极穴、关元穴能明显改善前列腺增生患者I-PSS^[13],治疗有效率可达91.3%^[14]。

温针隔姜灸疗法是将针刺和隔姜灸结合的中医学特色疗法,本研究显示温针隔姜灸法可有效改善前列腺增生患者的前列腺功能。有研究表明非那雄胺在使用6个月后改善前列腺增生患者的前列腺功能效果较显著^[15],对使用非那雄胺5年以上的前列腺增生患者仍有明显疗效,且无药物不良反应^[16]。在以后的研究中,需要更加深入,延长研究时间,扩大样本量,探求温针隔姜灸治疗前列腺增生的长期疗效和作用机制。

参考文献

- [1] 汪洋,王凌. 良性前列腺增生症治疗的研究进展[J]. 中国实用医药,2010,5(12):252-255.
- [2] Hoke GP, McWilliams GW. Epidemiology of Benign Prostatic Hyperplasia and Comorbidities in Racial and Ethnic Minority Populations[J]. American Journal of Medicine,2008,121(8):S3-S10.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:168.
- [4] 祁公任,陈涛. 前列腺增生症中医临床疗效评价标准的探讨[J]. 江苏中医药,1999,20(8):7-8.
- [5] 毛红蓉,邹燃. 温针灸治疗良性前列腺增生症的临床研究[J]. 湖北中医杂志,2013,35(7):69-70.
- [6] 杜元灏,李晶,孙冬伟. 中国现代针灸病谱的研究[J]. 中国针灸,2007,27(5):376-378.

针刺结合盆底康复治疗 治疗慢性盆腔疼痛综合征40例总结

杨海峰

(河南省商丘市第一人民医院,河南 商丘,476100)

[摘要] 目的:观察针刺联合盆底康复治疗治疗慢性盆腔疼痛综合征的临床疗效。方法:将慢性盆腔疼痛综合征患者80例随机分为2组,每组各40例。对照组采用针刺治疗,治疗组在对照组治疗基础上结合盆底康复治疗。结果:总有效率治疗组为97.5%,对照组为77.5%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组盆腔功能障碍发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针刺结合盆底康复治疗慢性盆腔疼痛综合征有较好疗效,可有效缓解疼痛,降低盆腔功能障碍的发生率。

[关键词] 盆腔疼痛综合征;针刺疗法;盆底康复疗法

[中图分类号] R271.913.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.03.034

慢性盆腔疼痛综合征是指持续超过半年,非周期性且采用镇静类药物治疗无效的慢性盆腔疼痛,是妇科临床上发病率较高的疾病之一。该病的发病因素较为复杂,临床表现为腹部疼痛、背部疼痛等,反复发作、久治不愈,对患者的日常生活和工作产生严重影响^[1-2]。笔者采用针刺联合盆底康复治疗治疗慢性盆腔疼痛综合征40例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院2012年11月至2016年11月收治的慢性盆腔疼痛综合征患者80例,随机分为2组,每组各40例。治疗组中,年龄24~46岁,平均 (32.07 ± 5.42) 岁;病程1~7年,平均 (3.21 ± 0.84) 年。对照组中,年龄23~45岁,平均 (32.12 ± 6.04) 岁;病程1~6年,平均 (3.47 ± 0.96) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照相关文献^[3]拟定。表现为持续半年以上背部疼痛或下腹部疼痛,且无规律性;周期性发作超过3个月以上。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)排除其他疾病引起的疼痛;3)签署知情同意书;4)通过我院伦理委员会批准。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用针刺治疗。取穴:足三里、关元、三阴交、中极、归来、气海。穴位皮肤消毒后,采用1~2寸毫针进行针刺治疗,得气后留针30min,留针期间每间隔10min行针1次。每天1次,连续治疗10d为1个疗程,共治疗4个疗程。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加盆底康复治疗。患者采取站位、坐位或平卧位,吸气时收缩肛门,控制时间约5~10s;呼气时放松肛门。如此反复收缩,每天3次,持续治疗12周为1个疗程,共治疗4个疗程。

作者简介:杨海峰,男,副主任医师,研究方向:针灸治疗学

- [7] 吴晓敏,杜元灏,李丹,等. 针灸治疗良性前列腺增生的临床证据[J]. 针灸临床杂志,2012,28(5):47-50.
- [8] 程肖芳,杨进标,罗菊珍,等. 按摩加针灸治疗前列腺增生症并尿潴留临床应用研究[J]. 江西中医学院学报,2008,20(2):52-54.
- [9] 樊晓明,诸葛智径. 手术结合芒针治疗前列腺增生症临床观察[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(14):1899.
- [10] 张周良,李斌,刘树林,等. 艾灸对血液流变性影响的研究[J]. 中国血液流变学杂志,2004,14(4):554-555.
- [11] 孔浩,张育军. 针刺中极穴治疗中小体积前列腺增生80例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2017,33(9):111-112.
- [12] 应海舟,黄芳. 曲骨、关元针刺配合艾盒灸治疗良性前列腺

增生症临床观察[J]. 浙江中医药大学学报,2018,42(5):397-400.

- [13] 田丙生,王从安. 单纯艾灸治疗中老年前列腺增生的疗效观察[J]. 求医问药,2012,10(2):608-609.
- [14] 刘川. 艾灸治疗良性前列腺增生临床疗效观察[J]. 中国实用医药,2014,9(30):243-244.
- [15] 李晓京,魏艳红. 非那雄胺治疗良性前列腺增生症的安全性及疗效评价[J]. 中国医院用药评价与分析,2016,16(2):58-62.
- [16] 桑琦,孙丽娜,成显黔. 长期应用非那雄胺治疗良性前列腺增生临床疗效分析[J]. 中国医学创新,2015,12(17):141-144.

(收稿日期:2018-08-29)