

引用:董朋霞,杨兆钢,杨铭. 芒针治疗良性前列腺增生症下尿路症状33例[J]. 湖南中医杂志,2024,40(2):65-67.

芒针治疗良性前列腺增生症下尿路症状33例

董朋霞¹,杨兆钢²,杨铭²

[1. 苏州大学附属第四医院(苏州市独墅湖医院),江苏 苏州,215000;

2. 天津中医药大学第一附属医院,天津,300193]

[摘要] 目的:观察芒针治疗良性前列腺增生症(BPH)引起的下尿路症状的临床疗效。方法:将66例BPH患者随机分为治疗组和对照组,每组各33例。对照组予以常规针刺疗法,治疗组在对照组基础上加用芒针(秩边透水道)针法,配以补泻手法,2组均治疗1次/d,以6次为1个疗程,连续治疗2个疗程。观察2组治疗前后国际前列腺症状评分(IPSS)和生活质量指数(QOL)评分,并评价综合疗效。结果:最终纳入治疗组32例,对照组31例。总有效率治疗组为90.6%(29/32),高于对照组的71.0%(22/31),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组IPSS、QOL评分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:芒针(秩边透水道)疗法可改善BPH患者相关的下尿路症状,值得临床推广。

[关键词] 良性前列腺增生症;癃闭;下尿路症状;芒针;秩边透水道

[中图分类号] R277.57⁺3 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2024.02.015

中国自2000年起已步入老龄化社会^[1],且随着老龄化社会加重,良性前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)的患病率也逐渐上升。BPH一般发生在40岁之后,60岁发病率可超过50%,80岁时甚至高达83%,约有50%的BPH患者存在中重度的下尿路症状(LUTS)^[2],甚者可产生尿潴留、尿路感染、肾功能受损等,严重影响患者的生活质量^[3],给患者带来严重的经济和精神负担^[4]。目前治疗BPH主要有药物疗法和外科手术疗法,药物治疗采用 α -受体阻滞剂和5 α -还原酶抑制剂等^[5],手术治疗则包括开放性手术、经尿道腔镜手术、激光手术等^[6]。中医学将本病归属于“癃闭”“精癰”范围,在治疗方面,中医有其独特的方法和良好的疗效,其中针灸作为一种操作适应范围广、安全系数高、疗效显著、不良反应小的治疗手段,逐渐为国内外患者所接受。芒针作为针灸中的一种,以“定向深透,直达病所”为特点,在治疗泌尿生殖系统疾病方面有着良好的疗效。故本研究采用芒针(秩边透水道)治疗BPH,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年2月至2020年1月于天津中医药大学第一附属医院针灸科就诊的BPH患者66例,将其随机分为治疗组和对照组,每

组各33例。治疗过程中,治疗组1例因无法忍受针刺治疗而中止试验,对照组2例自行服用药物,均予以剔除,最终纳入治疗组32例,对照组31例。治疗组32例中,年龄48~75岁,平均67(58~73)岁;病程1~7年,平均3(2~4)年;体质量指数(BMI)21.1~34.6 kg/m²,平均25.3(23.4~26.5) kg/m²;前列腺体积17.36~173.37 ml,平均26.86(21.89~37.86) ml;国际前列腺症状评分(IPSS)评分9~27分,平均(17.00±5.14)分;生活质量指数(QOL)评分3~6分,平均4(3~5)分。对照组31例中,年龄48~78岁,平均62(59~68)岁;病程2~13年,平均3(3~4)年;BMI 21.3~36.5 kg/m²,平均24.8(23.4~26.1) kg/m²;前列腺体积16.17~65.98 ml,平均24.32(20.14~31.16) ml;IPSS评分10~26分,平均(17.19±4.03)分;QOL评分3~6分,平均4(3~5)分。2组患者年龄、病程、BMI、前列腺体积、IPSS评分和QOL评分等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合2014年版《中国BPH泌尿外科疾病诊断治疗指南》^[2]中关于BPH的诊断。临床症状:尿频、尿急、排尿困难、尿不尽等下尿路症状;直肠指诊:两侧叶增大、表面光滑、有弹性,中间沟变浅或消失;超声检查提示前列腺体积增大。

第一作者:董朋霞,女,硕士,医师,研究方向:针灸治疗神经系统及泌尿系统疾病

通信作者:杨铭,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针灸治疗神经系统及泌尿系统疾病,E-mail:852219547@qq.com

1.3 纳入标准 1)符合西医诊断标准;2)年龄45~80岁男性;3)过去2周内未接受 α -受体阻滞剂、5 α -还原酶抑制剂及中药等治疗;4)自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)反复尿路感染;2)有神经源性膀胱、尿道狭窄、膀胱肿瘤、前列腺癌;3)良性前列腺梗阻侵入性治疗失败;4)合并严重的心脑血管、造血系统、肝肾等原发性疾病和精神疾病;5)1个月内参与其他临床试验者。

1.5 剔除与脱落标准 1)不符合纳入标准但被错误选入;2)因各种原因未完成治疗周期并提前退出;3)自行服用其他治疗药物;4)因各种原因最终没有症状评价记录。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规针刺疗法。取穴:中极、关元、水道、太溪。针刺手法:针刺治疗前,嘱患者事先排尿,取仰卧位。采用0.30mm×75mm华佗牌一次性使用无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司),腧穴部位予以常规消毒后,中极、关元、水道进针1.5寸,均施平补平泻手法,以小腹产生酸胀为得气感,留针30min;采用0.25mm×40mm华佗牌一次性使用无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司),常规消毒后,太溪进针0.5寸,施平补平泻手法,留针30min。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加秩边透水道芒针法。取穴:秩边、水道。针刺方法:针刺治疗前,嘱患者事先排尿后取俯卧位,采用0.35mm×150mm环球牌一次性使用无菌针灸针(苏州针灸用品有限公司),腧穴部位予以常规消毒,针身与躯干矢状面呈20°夹角,双手进针,从秩边(髂后上棘内侧缘与股骨大转子内侧缘连线的上2/5与下3/5交点处)向水道穴方向刺入;根据患者身体形态差异,常规进针(115±15)mm;针感向会阴部、小腹放散,此为得气。施捻转手法1min,不留针。

2组均治疗1次/d,以6次为1个疗程,连续治疗2个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 IPSS评分 观察2组治疗前后的IPSS评分变化。该评分包含尿不尽、尿频、间断排尿、尿急、尿线变细、排尿困难、夜尿增多7个问题,每个分值0~5分,总分0~35分,其中0~7分为轻度,8~19分为中度,20~35分为重度^[2]。

3.1.2 QOL评分 观察2组治疗前后的QOL评分变化。QOL评分可了解患者目前LUTS水平的主观感受,总分为6分,分值越高,代表疾病对患者的困扰程度越严重^[2]。

3.2 疗效标准 显效:主要症状和体征大部分消失,IPSS积分减少≥60%;有效:主要症状和体征部分消失,IPSS积分下降≥30%、但<60%;无效:主要症状和体征无变化,甚至加重,IPSS积分下降<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 25.0进行数据分析,计量资料若为正态分布,则以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;偏态分布则用中位数和四分位间距M(IQR)表示,采用秩和检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 总有效率治疗组为90.6%,对照组为71.0%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表1 2组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	5(15.6)	24(75.0)	3(9.4)	29(90.6)
对照组	31	1(3.3)	21(67.7)	9(29.0)	22(71.0)
χ^2 值					3.946
P 值					0.047

3.4.2 2组治疗前后IPSS评分比较 2组IPSS评分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($P<0.05$)。(见表2)

表2 2组治疗前后IPSS评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	32	17.00±5.14	8.81±3.36 ^{ab}
对照组	31	17.19±4.03	10.58±3.44 ^a

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

3.4.3 2组IPSS各项评分比较 2组在尿频、夜尿增多两项上,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组IPSS各项评分比较[M(P25,P75),分]

组别	例数	尿不尽	尿频	间断排尿	尿急	尿线变细	排尿困难	夜尿增多
治疗组	32	2(0,3)	2(0,2)	2(1,2)	2(1,2)	0(0,0)	1(0,2)	2(1,2)
对照组	31	2(1,3)	2(2,3)	2(1,2)	2(0,2)	0(0,1)	1(0,2)	2(1,3)
Z值		-0.506	-2.407	-0.193	-0.036	-1.376	-0.007	-1.994
P 值		0.613	0.016	0.847	0.971	0.169	0.994	0.046

3.4.4 2组治疗前后QOL评分比较 2组QOL评分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($P<0.05$)。(见表4)

表4 2组治疗前后QOL评分比较[M(IQR),分]

组别	例数	治疗前	治疗后	Z值	P值
治疗组	32	4(3~5)	1(1~2)	-2.338	0.019
对照组	31	4(3~5)	2(1~3)		

4 讨 论

良性前列腺增生属于中医学“癃闭”“精癯”范围。1994年《中医病证诊断疗效标准》^[7]将“精癯”等同于“前列腺肥大、增生症”。癃闭的病位虽然在膀胱,但与肺、脾、肾、肝密切相关,基本病机为膀胱气化功能失常,主要证型有肾虚、血瘀、湿热等^[8]。现代医学对本病的发病机制尚未完全阐明,目前研究发现其可能与性激素、炎症因子、细胞凋亡等因素相关^[9-12]。针刺治疗BPH的机制尚不十分明确,范海青^[13]的研究表明:电针可以增强促凋亡因子(Bax)的基因表达,并且抑制抗凋亡因子(Bcl-2)的基因表达,从而抑制BPH。袁庆东等^[14]的研究发现,电针可以有效减少睾酮和雌二醇水平的提高,同时使一氧化氮含量和前列腺酸性磷酸酶活力下降,抑制BPH。

秩边透水道进针时,依次分别通过皮肤、浅筋膜、臀大肌、梨状肌、坐骨神经(骶丛)、坐骨大孔、盆丛神经,少数还可以穿过髂内血管及其分支间^[15]。周围神经分布为,浅筋膜内的皮神经多为臀上皮神经的Ⅱ支或Ⅲ支,针穿梨状肌的位置布有坐骨神经、臀上神经、臀下神经、股后皮神经、阴部神经;针入盆腔内神经布有骶丛、闭孔神经、盆丛神经^[16]。秩边针尖朝向水道可直达病所,直接刺激阴部神经来影响逼尿肌的收缩,也可通过影响交感神经和副交感神经来调节排尿功能。芒针因其自身长度优势,具有定向深透、气至病所的治疗特点。杨兆钢教授总结芒针治疗特点为“疏弹趋动,技巧术行”,在治疗神经疾患、前列腺疾患、胃脘疾患等方面有其独特的见解;邵铭熙教授运用芒针治疗急慢性损伤后导致的痛症^[17];薛明新教授将芒针与推拿手法相结合治疗骶髂关节紊乱症,提出“筋骨相因,首责之筋”^[18]。阎莉教授应用芒针针刺中脘穴治疗中医的痛证,疗效显著^[19]。郝重耀等^[20]在研究秩边透水道针法时总结到,该法不仅可应用于男性泌尿系统疾患,也可用于治疗妇科、产科的疾患。本次研究中,总有效率治疗组为90.6%,对照组为71.0%($P<0.05$),提示芒针组相较于常规针刺更能改善BPH患者的症状,起到了较好的治疗效果,为今后临床治疗提供了应用价值。

参考文献

- [1] 国家统计局. 2018年中国统计年鉴[M]. 北京:中国统计出版社,2018:2-9.
- [2] 那彦群,叶章群,孙颖浩,等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 2014版. 北京:人民卫生出版社,2014:245-266.
- [3] 张文武,梁美丹,李峰. 中西医结合治疗良性前列腺增生研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2023,25(1):216-220.
- [4] 顾佳敏,朱聪,訾豪,等. 1990—2019年中国良性前列腺增生疾病负担分析[J]. 解放军医学杂志,2021,46(10):984-988.
- [5] CSIKÓS E, HORVÁTH A, ÁCS K, et al. Treatment of benign prostatic hyperplasia by natural drugs [J]. *Molecules*, 2021, 26(23):7141.
- [6] 胡永涛,邹志辉,梁朝朝. 前列腺增生外科治疗新进展[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志:电子版,2021,15(1):84-88.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:52.
- [8] 郭俊,杜冠潮,赵丰,等. 基于VOSviewer与CiteSpace的良性前列腺增生中医药研究现状与趋势的知识图谱分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2021,23(6):1902-1908.
- [9] ASIEDU B, ANANG Y, NYARKO A, et al. The role of sex steroid hormones in benign prostatic hyperplasia [J]. *The Aging Male*, 2017,20(1):17-22.
- [10] DE NUNZIO C, PRESICCE F, TUBARO A. Inflammatory mediators in the development and progression of benign prostatic hyperplasia [J]. *Nature Reviews, Urology*, 2016,13(10):613-626.
- [11] 周硕明,朱自强,康健. 炎症小体与前列腺炎及代谢综合征所致良性前列腺增生关系的研究进展[J]. 临床泌尿外科杂志,2020,35(9):744-747.
- [12] 邓方明,顾方六,夏同礼,等. 人良性前列腺增生细胞增殖和凋亡状态的研究[J]. 中华外科杂志,1996(10):45-47.
- [13] 范海青. 电针对前列腺增生模型大鼠前列腺组织Bcl-2、Bax基因表达的影响[J]. 福建中医药,2015,46(3):54-55.
- [14] 袁庆东,肖向西,梁承,等. 电针用于治疗大鼠实验性前列腺增生症的机制研究[J]. 中国康复医学杂志,2008(6):532-534.
- [15] 刘宝贵,冀来喜,郝重耀,等. 秩边透水道针法治疗慢性前列腺炎的解剖学基础[J]. 中国针灸,2001(2):27-29.
- [16] 储开博,杨李旺,何丽清. “秩边透水道”穴周解剖关系及其治疗术后尿潴留机理探讨[J]. 中国中医药信息杂志,2009,16(4):98-99.
- [17] 冀斌. 邵铭熙教授芒针止痛疗法小结[J]. 南京中医药大学学报:自然科版,2002(6):360-361.
- [18] 周帅,薛明新. 薛明新运用芒针透刺结合后扳拔伸法治疗骶髂关节紊乱症经验[J]. 河北中医,2019,41(8):1132-1134,1140.
- [19] 窦海云,阎莉,傅立新. 阎莉教授芒针中脘穴治疗痛证经验[J]. 内蒙古中医药,2019,38(11):76-77.
- [20] 郝重耀,张天生,金晓飞,等. “秩边透水道”针法体系的临床应用与拓展[J]. 中国中医基础医学杂志,2015,21(11):1433-1434.

(收稿日期:2023-10-13)

[编辑:韩吟]