

升阳举陷针法治疗中气下陷型良性前列腺增生 32例临床研究

冯鑫鑫 陈雷 张奕

(宁波市中医院针灸科, 浙江宁波 315000)

摘要 目的:观察升阳举陷针法治疗中气下陷型良性前列腺增生的临床疗效。方法:选择64例中气下陷型良性前列腺增生患者,按随机数字表法分为治疗组与对照组,每组32例。治疗组给予升阳举陷针法治疗,对照组予口服盐酸特拉唑嗪片治疗。2组患者均连续治疗8周后比较临床疗效及治疗前后国际前列腺症状评分(I-PSS)、最大尿流率(Q_{max})、残余尿(PVR)改变情况。结果:治疗组总有效率为87.5%,明显高于对照组的65.6%($P<0.05$)。治疗后2组患者I-PSS评分、Q_{max}、PVR均较治疗前明显降低($P<0.05$),治疗组上述指标明显低于对照组($P<0.05$)。结论:升阳举陷针法治疗中气下陷型良性前列腺增生有较好的临床疗效,可明显减轻前列腺症状,增大尿流率,降低残余尿,值得临床推广。

关键词 良性前列腺增生 升阳举陷 中气下陷 针刺疗法 隔物灸

中图分类号 R697.320.5 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2018)08-0054-03

基金项目 宁波市医学科技计划项目(2014A112);浙江省中医药科技计划资助项目(2012ZA115)

良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)是引起中老年男性下尿路症状最为常见的原因。目前现代医学对BPH的治疗方式主要为手术治疗和药物治疗两种,其中外科手术被认为是根治此病的首选治疗方法^[1],但因手术创伤较大及术后并发症较多使许多中轻度患者难以接受。药物治疗主要采用 α -受体阻滞剂、5 α -还原酶抑制剂、M受体拮抗剂、植物制剂等^[2],其中 α -受体阻滞剂是目前治疗BPH最为常用的一类药物,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能受体,松弛平滑肌,达到缓解膀胱出口动力性梗阻的作用,代表性药物如盐酸特拉唑嗪。虽然研究者在提高药物疗效、减少不良反应等方面获得了诸多突破,但某些药物疗效还不尽理想,加之其固有的不良反应,限制了临床应用^[3]。针灸疗法作为中医学的瑰宝,治疗前列腺疾病由来已久,且疗效显著^[4]。本研究笔者采用升阳举陷针法治疗中气下陷型良性前列腺增生,并与口服盐酸特拉唑嗪者进行疗效比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 64例良性前列腺增生患者均为2014年2月至2017年12月就诊于我院门诊的患者,按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组32例。治疗组年龄最小50岁,最大78岁,平均年龄

(62.42 ± 6.38)岁;病程最短4个月,最长10年,平均病程(4.08 ± 1.23)年。对照组年龄最小51岁,最大79岁,平均年龄(63.16 ± 6.75)岁;病程最短3个月,最长12年,平均病程(4.25 ± 1.45)年。2组患者年龄及病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2014版)》^[5]中良性前列腺增生诊断标准制定。50岁以上男性,有尿频、尿急、夜尿增加及急迫性尿失禁等膀胱刺激症状;或有排尿踌躇、费力、尿线变细、尿流无力、排尿时间延长、尿末滴沥等排尿梗阻症状;肛门指诊:两侧叶增大,光滑有弹性,中央沟变浅或消失;尿流率测定:最大尿流率 $<15\text{mL/s}$;残余尿量 $\geq 50\text{mL}$;前列腺B超检查:前列腺体积增大,重量大于20g。

1.2.2 中医诊断标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[6]制定。中气下陷证:小便欲解不出,神疲气短懒言,食欲不振,小腹坠胀,甚则脱肛,舌淡、苔薄白,脉濡细。

1.3 纳入标准 符合西医诊断标准;符合中气下陷证证型诊断标准;年龄在50~80岁之间;签署知情同意书。

1.4 排除标准 因前列腺癌、泌尿系结石、前列腺炎、膀胱肿瘤、神经原性膀胱功能障碍等原发性疾病导致的排尿障碍患者;患有严重基础疾病的患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 取穴:肾俞、膀胱俞、上髎、中脘、天枢、气海、足三里、神阙。操作:常规消毒,选用0.3mm×50mm无菌针灸针。患者先俯卧位,取肾俞、膀胱俞、上髎穴,用补法,使针感传到腰骶部和腹部,不留针;再仰卧位,取中脘、天枢、气海用补法,使针感向腹部及会阴部传导,足三里用补法,使针感向下肢传导,留针30min。留针期间,神阙穴用隔物灸,将食盐炒黄待冷放于神阙穴填平,上放置直径约1cm、高约0.5cm的艾柱,点燃,每次3壮。每周3次,连续治疗8周。

2.2 对照组 采用口服盐酸特拉唑嗪片2mg(上海雅培制药有限公司,批号:6035148/340175U)每晚1次,连续服用8周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 国际前列腺症状评分(I-PSS)^[7]和最大尿流率(Q_{max})^[8]、残余尿(PVR)。国际前列腺症状评分(I-PSS)包括排尿不净感、排尿间隔、间断排尿、憋尿困难、尿线变细、排尿费力、尿液次数等7个指标,每项0~5分,根据症状的严重程度,分为轻(0~7分)、中(8~19分)、重(20~35分)三度。残余尿(PVR):超声波检查测量残余尿量^[8]。

3.2 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]拟定。显效:I-PSS评分较治疗前减少≥60%;有效:I-PSS评分较治疗前减少≥30%且<60%;无效:I-PSS评分较治疗前减少<30%。

3.3 统计学方法 数据输入Excel建库,统计学处理采用SPSS 17.0软件包,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间总有效率比较采用 χ^2 检验,治疗前后组内比较采用配对样本t检验,组间比较采用两样本t检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后I-PSS评分、Q_{max}、PVR比较 治疗前2组患者I-PSS评分、Q_{max}、PVR比较差异无统计学意义(P>0.05)。治疗后组内及组间比较见表1。

3.4.2 2组患者临床疗效比较 见表2。

4 讨论

良性前列腺增生在组织学上的表现为前列腺间质、腺体成分的增生,解剖学上的表现为前列腺增大,临床以膀胱出口梗阻和下尿

路症状为特征^[2],其发生是一个长期、缓慢、复杂的过程,具体形成机制尚不清楚,目前医学界较为公认的两个相关因素是:年龄增长和睾丸功能异常^[10]。随着男性年龄的增长,体内雄激素的水平逐渐降低,同时雌激素逐渐升高,血清中雄激素与雌激素的比率失衡,进而导致前列腺增生的发生^[11]。

中医学认为,气是维持人体生命活动最基本的物质,具有极强的活力,有升、降、出、入四种运动形式。气之为病或气滞,或气逆,或气虚,或气陷,或气脱,或气闭。脾胃乃后天之本,位于中焦,为气机升降运动的枢纽,在气的生成及维持气机调畅方面,发挥着至关重要的作用。脾胃居中,中气不足,脾失转输,清气不升,浊阴因之而难降,“癃闭”“淋证”等疾由是而作。《灵枢·口问》中提到的“中气不足,溲便为之变”,便是此理。中气下陷以气的无力升举为特征,李东垣创升阳举陷法来治疗气陷证,其中补中益气汤为升补下陷中气的代表方,辨证施治,多获良效。笔者以为针药本一家,帮助机体自我功能的恢复乃中医首要之道,创升阳举陷针法以升举下陷之阳气,其效彰彰。取肾俞、膀胱俞、上髎,施之补法以温肾壮阳,补火生土,强其脾胃运化之能;中脘、天枢、足三里施之补法以暖脾温中,复脾胃升降之功;气海乃为大气所归,犹百川之汇海者,施之补法以补充中焦不足之气;神阙居腹部正中,为阳居阴位,施熨灸而健脾胃、补元气。诸穴相配,施以补法熨灸,补中益气,升阳举陷,从而中气得充盈,脾胃运化功能得复,升降功能得司,诸症得消。

本研究表明,使用升阳举陷针法治疗良性前列腺增生临床疗效明显优于口服盐酸特拉唑嗪片,对患者I-PSS评分、Q_{max}、PVR也有更好的改善,可见升阳举陷针法治疗中气下陷型良性前列腺增生有较好的临床疗效,可明显减轻前列腺症状,增大尿流率,降低残余尿,值得临床推广并进一步探索其治疗机制。

表1 治疗组与对照组患者治疗前后I-PSS评分、Q_{max}、PVR比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	I-PSS(分)	Q _{max} (mL/s)	PVR(mL)
治疗组	32	治疗前	17.33±1.32	7.63±1.52	33.68±13.21
		治疗后	7.18±2.31 ^{***}	16.98±2.34 ^{***}	15.21±11.21 ^{***}
对照组	32	治疗前	17.43±1.38	8.32±1.78	34.21±12.68
		治疗后	12.16±2.25 [†]	11.01±2.93 [†]	23.45±13.21 [†]

注:与本组治疗前比较, #P<0.05;与对照组治疗后比较, **P<0.01。

表2 治疗组与对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	15(46.9)	13(40.6)	4(12.5)	87.5*
对照组	32	11(34.4)	10(31.2)	11(34.4)	65.6

注:与对照组比较, *P<0.05。

基于影像学区域定位不同类型腰椎间盘突出症的腹针疗效敏感性分析

李永津 伍慧媚 林涌鹏 陈博来

(广州中医药大学第二附属医院、广东省中医院, 广东广州 510120)

摘要 目的:基于影像学区域定位探讨不同类型腰椎间盘突出症(LDH)对腹针疗法的敏感性。方法:回顾性分析我院2011年10月至2013年10月应用腹针疗法治疗的各种不同类型腰椎间盘突出症患者105例,根据影像学区域定位将不同突出类型LDH分为中央型65例、旁中央型30例和极外侧型10例,比较3组患者治疗前后视觉模拟评分法(VAS)评分、日本矫形外科学会(JOA)评分的变化情况,并评估JOA改善率。结果:3组治疗后腰部及下肢VAS评分、JOA评分均较治疗前改善($P<0.01$, $P<0.05$),其中中央型和旁中央型的改善程度均优于极外侧型($P<0.01$, $P<0.05$);治疗2个疗程后,中央型和旁中央型患者的JOA改善率均优于极外侧型($P<0.01$)。结论:基于影像学区域定位的不同类型LDH对腹针疗效敏感性存在较大差异,中央型和旁中央型LDH对腹针疗效的敏感性优于极外侧型,在缓解患者腰腿痛症状、改善神经功能方面疗效更优。

关键词 腰椎间盘突出症 分型 腹针 疗效敏感性 回顾性研究

中图分类号 R681.53 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)08-0056-03

基金项目 广东省中医药局项目(2011182)

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是由于椎间盘发生退行性变,或外力作用引起纤维环破裂,导致椎间盘的髓核突出,压迫神经根和(或)马尾神经而引起相应症的一种临床常见病。据国内外最新文献报道,超过80%的腰椎间

盘突出症可通过保守治疗获得缓解^[1-2]。常用的保守疗法有药物内服外敷、牵引、理疗、针灸及推拿等,其中腹针疗法临床应用广泛,其疗效明确,并发症较少,患者满意度高^[3-5]。我们在临床实践中发现,基于影像学区域定位不同类型腰椎间盘突出症

参考文献

[1] 夏术阶,薛松.良性前列腺增生症的微创治疗进展[J].现代泌尿外科杂志,2012,17(2):110.
 [2] 中国中西医结合学会男科专业委员会.良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)[J].中华男科学杂志,2017,23(3):283.
 [3] 陈雷,冯鑫鑫,张奕.针灸治疗良性前列腺增生临床研究[J].中华中医药学刊,2014,32(6):1304.
 [4] 王玉琳,阮振旭,李微,等.电针疏密波治疗良性前列腺增生22例临床观察[J].江苏中医药,2018,50(1):53.
 [5] 那彦群,叶章群,孙颖浩,等.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2014版)[M].北京:人民卫生出版社,2013:250.
 [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:138.
 [7] 张祥华,王行环,王刚,等.良性前列腺增生临床诊治指南[J].中华外科杂志,2007,45(24):1705.
 [8] MADERSBACHER S, ALIVIZATOS G, NORDLING J, et al.EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and

follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines)[J]. Eur Urol, 2004, 46(5):550.
 [9] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:146.
 [10] HOMMA Y, GOTOH M, YOKOYAMA O, et al.Outline of JUA clinical guidelines for benign prostatic hyperplasia[J]. International Journal of Urology, 2011, 18(11):743.
 [11] LA VIGNERA S, CONDORELLI R A, RUSSO G I, et al.Endocrine control of benign prostatic hyperplasia[J]. Andrology, 2016, 4(3):405.
 第一作者:冯鑫鑫(1985—),男,医学硕士,主治中医师,研究方向为针灸治疗临床常见疾病。
 通讯作者:陈雷,本科学历,主任医师。
 nbcl612112@126.com

修回日期:2018-06-15

编辑:吴宁