

按摩加针灸治疗前列腺增生症并尿潴留临床应用研究

★ 程肖芳 杨进标 罗菊珍 谢建 姜进平 陈宇锋 (广东省深圳市龙岗区横岗人民医院 深圳 518115)

摘要:目的:观察、评估中医按摩辅以针灸(非手术疗法)治疗中度前列腺增生症合并尿潴留的临床疗效。方法:把符合诊断标准的60例患者,随机分为中医手法按摩加针灸组(治疗组)34例,经尿道前列腺电切术组(对照组)26例。对治疗前后临床症状、国际前列腺症状评分、最大尿流率、残余尿量、前列腺体积、生活质量评估、治疗后6个月病情随访情况进行比较。结果:治疗组和对对照组临床疗效无统计学差异($P>0.05$);但治疗组生活质量评估术后和术后6个月比较均优于对照组($P<0.05$)。治疗后继发性症相比,治疗组优于对照组($P<0.01$)。结论:中医按摩辅以针灸治疗前列腺增生症并尿潴留与手术疗法比较疗效相当;而且与手术相比简单易行、损伤小、治疗后生活质量指数高、费用低,值得研究、推广。

关键词:按摩;针灸;前列腺增生;尿潴留;临床研究

中图分类号:R 256.53 **文献标识码:**B

良性前列腺增生(BPH)是老年男性常见疾病,尿潴留是BPH并发症之一。很多中度前列腺增生症(国际前列腺症状 I-PSS 评分8~19分)采用手术治疗,其损伤较大、手术后遗症较多、费用高。笔者在多年临床实践中,用中医手法按摩辅以针灸治疗中度前列腺增生症并尿潴留,并随访6个月,疗效确切,与手术疗法相比具有副作用小、经济安全、操作简便等优点。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组前列腺增生并尿潴留患者,均

为深圳市龙岗区横岗人民医院2006年3月~2007年7月的门诊和住院病人,共60例,按简单随机法分为中医按摩加针灸组(治疗组)34例,经尿道前列腺电切术组(对照组)26例。均有夜间尿频和进行性排尿困难等症状,治疗前急性尿潴留时间1~7天,平均3天。两组治疗前的年龄、病程、前列腺症状评分(I-PSS)、最大尿流率(Q_{max})、残余尿量(RUV)、前列腺体积(PV)、生活质量评估(QOLS)比较见表1;合并症情况比较见表2。两组病例比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

表1 两组病例基本情况比较

组别	总例数	年龄(岁)	病程(年)	I-PSS	$Q_{max}/ml \cdot s^{-1}$	RUV/ml	PV/ml	QOLS
治疗组	34	58.47 ± 9.81	3.39 ± 3.22	16.52 ± 1.96	8.56 ± 1.78	80.23 ± 20.06	27.80 ± 7.12	4.50 ± 0.73
对照组	26	60.64 ± 8.59	3.50 ± 3.37	16.48 ± 1.39	7.95 ± 2.93	85.23 ± 21.26	29.91 ± 8.70	4.47 ± 0.79

表2 两组病例合并症情况比较

组别	总例数	反复尿潴留	尿血	膀胱结石	肾功能异常	高血压	冠心病	糖尿病	脑梗塞
治疗组	34	2	3	1	4	13	6	2	0
对照组	26	4	2	2	5	10	3	1	1

1.2 诊断标准 依据卫生部《中药新药临床研究指导原则》良性前列腺增生的诊断标准^[1]

(1)所有病例均有尿频、尿急、排尿费力、尿线变细、无力、终末滴沥等症状,且前列腺症状评分(I-PSS)在8~19分之间。治疗前半个月内1~3次不等的急性尿潴留史。

(2)经直肠前列腺指诊有前列腺增生。

(3)经耻骨上前列腺B超检查证实有前列腺增

生,且 $20 ml < PV < 60 ml$; $Q_{max} < 15 ml/s$; $60 < RUV < 200 ml$ 。

1.3 排除标准 (1)膀胱颈挛缩;(2)异位前列腺;(3)苗勒管囊肿;(4)尿道狭窄;(5)前列腺癌;(6)前列腺结核;(7)神经性前列腺功能障碍;(8)曾做过前列腺手术;(9)未按规定疗程治疗,无法判断疗效,或资料不全等影响疗效判断者。

2 治疗方法

治疗期间均禁酒及辛辣之品,避免劳累、受凉。合并尿路感染则抗感染治疗。

2.1 治疗组 先进行中医手法按摩再进行针灸治

疗。

(1)患者侧卧。治疗医师洗手、带无菌手套,涂适量石蜡,反复刺激肛门,肛门收缩敏感性降低后,食指通过患者肛门进入直肠部,在直肠前壁触摸,当触及前列腺后叶和前列腺增生狭窄环、凹凸处,施以振动、按压、轻拨等手法。每次 5~10 min,每 3 天(即间隔 2 d)进行一次,3 次为一疗程。(2)针刺肾俞(双)、膀胱俞(双)、关元、气海、三阴交(双)、阴陵泉(双)、阴谷(双)、照海(双),予平补平泻手法,再以艾团于针柄燃烧。每次 20 min,每日 1 次,7 次为一疗程。

以上治疗 1 疗程后,休息 2 d 进行下一疗程,共 3 个疗程。

2.2 对照组 采用经尿道前列腺电切术(TURP)治疗。

连续硬膜外麻醉,患者取膀胱截石位,用 24、26F 尿道探子试扩张尿道后,插入电切镜。冲洗液为 5% 葡萄糖溶液,糖尿病患者则使用 4% 甘露醇溶液。采用单纯电环切,电切功率 120~160 W,电凝功率 60~80 W。然后,常规电切前列腺组织,一般先行 6 点处电切,长度为颈部至精阜。电切深度达膜层,使后尿道成一明显通道,然后沿顺时针和逆时针方向切除两侧叶,切达包膜,如为中叶增生入膀胱,则必须将中叶彻底切除。术毕冲洗膀胱并行被动排尿试验,以观察尿线粗细及是否损伤外括约肌,术后留置 20~22 F 三腔气囊尿管,根据尿液颜色决定是否膀胱冲洗。术后 3~5 d 拔除尿管。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较两组病人治疗前后临床症状、I-PSS、Qmax、RUV、PV、QOLS 改善情况;以及比较

表 4 两组治疗前后 I-PSS、Qmax、RUV、PV、QOLS 比较

分组	例数(例)		I-PSS	Qmax/ml·s ⁻¹	RUV/ml	PV/ml	QOLS
治疗组	34	治疗前	16.52±1.96	8.56±1.78	80.23±20.06	27.80±7.12	4.50±0.73
		治疗后	7.27±2.91	19.25±3.54	35.96±11.39	21.76±6.91	1.31±0.82
对照组	26	治疗前	16.48±1.39	7.95±2.93	85.23±21.26	29.91±8.70*	4.47±0.79
		治疗后	7.16±2.48	22.47±4.02	33.75±10.36	5.46±1.50	2.88±0.63 [△]

注:两组治疗前后组内比较,各项指标均为 $P<0.05$ 。与治疗组比较,* $P<0.05$;与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

4.2.3 治疗后随访 6 个月病情观察比较 治疗组治疗 3 个疗程后 2 例无效患者并发症仍和治疗前相同,无继发症状出现。对照组手术后继发出血 6 例,均在拔尿管后 1~4 周内出现,经尿道膀胱冲洗加电凝止血;出现尿道狭窄 2 例,再次接受了手术治疗;腺体残留或复发 4 例,其中 2 例因切穿包膜伤及静脉窦而被迫终止手术,术后 6 个月内再次行 TURP 术。两组治疗后继发症相比,治疗组优于对照组($P<0.01$)。

治疗后 6 个月的病情随访情况和 QOLS。

3.2 统计学分析 采用 SPSS 10.0 统计软件进行统计学分析。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验。

4 结果

4.1 疗效标准

依据《中药新药临床研究指导原则》(第三辑)所制订的标准拟定^[1]。

治愈:尿频、尿急、夜尿等膀胱刺激症状消失,排尿通畅。

好转:尿频、尿急、膀胱刺激症状减轻,夜尿次数明显减少,排尿基本通畅,尿线增粗。

无效:尿频、尿急、夜尿等膀胱刺激症状无改善或改善不明显,排尿仍然困难。

4.2 观察结果

4.2.1 治疗组治疗 3 个疗程与对照组手术后进行疗效比较 见表 3

表 3 两组临床疗效比较

分组	例数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	34	27	4	3	91.18
对照组	26	22	3	1	96.15

两组治愈率和总有效率分别比较,经卡方检验均为 $P>0.05$ 。

由表 3 可知两组治愈率和总有效率均较高,且无统计学差别。

4.2.2 两组治疗前后 I-PSS、Qmax、RUV、PV、QOLS 比较 见表 4。

从表 4 可知:(1)两组治疗前后自身比较各项指标均有显著性差异($P<0.05$),即两组疗效均较好。(2)治疗后组间比较,对照组 PV 优于治疗组($P<0.05$);治疗组 QOLS 与对照组比较有显著性差异($P<0.05$),即治疗组生活质量评估优于对照组。

4.2.4 治疗后随访 6 个月 QOLS 观察比较 见表 5。

表 5 治疗后 6 个月 QOLS 观察比较

分组	例数(例)	治疗前	治疗后 6 个月
治疗组	34	4.50±0.73	0.85±0.54*
对照组	26	4.47±0.79	1.20±0.60

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

5 讨论

良性前列腺增生症是男性老年性疾病,其危害

针刀治疗神经根型颈椎病 30 例临床疗效及影像学变化观察^{*}

★ 刘星 王柏阳 邵继满 祁本杰 (江西省中医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察针刀治疗神经根型颈椎病疗效。方法:将 60 例神经根型颈椎病患者随机分为针刀组 30 例和普通针刺组 30 例,观察治疗前后症状、体征和影像学改善情况。结果:针刀组在症状与主诉的缓解程度上及总体临床疗效的显愈率上优于普通针刺组,影像学变化两组无显著性差异。结论:针刀疗法适合于神经根型颈椎病的治疗。

关键词:针刀;神经根型颈椎病;影像学

中图分类号:R 245.31⁺9 **文献标识码:**B

笔者自 2005 年 8 月~2006 年 12 月用针刀治疗神经根型颈椎病取得了较满意的效果,同时观察影像学的变化,并与传统针刺疗法作临床对照,现介绍如下:

1 临床资料

神经根型颈椎病患者 60 例,其中男 28 例,女

32 例;年龄 28~60 岁,平均(45±7.6)岁;病程 4 周~12 年,平均(2.9±2.3)年。随机分为针刀治疗组(观察组)30 例和普通针刺组(对照组)30 例。两组患者在性别、年龄、病程、症状及体征等方面比较,差异无显著性意义。病例选择标准参照 1992 年《全国第二届颈椎病专题座谈会纪要》中神经根型颈椎病

^{*} 基金项目:江西省卫生厅中医药课题(040029)

性不仅在于产生的症状给病人带来痛苦,而且还有下尿路梗阻后所产生的全身性病理生理改变。但 BPH 却未必是进展性疾病,甚至病理变化不经治疗也会有所逆转,其梗阻症状也可能不再加重进而减轻。前列腺增生引起的排尿困难,主要为腺体结节增生对尿道的压迫所造成的机械性梗阻,此外,包膜及平滑肌的收缩与张力增加所出现的动力性梗阻也是重要因素。有的病人平时排尿症状并非很重,残余尿不多,出现急性尿潴留的症状仅是由饮酒、受凉、劳累、憋尿诱因等诱发而致^[2]。但中度 BPH 在国内以手术为首选治疗的倾向却比较严重,且技术良莠不齐,由此造成了患者损伤大、费用高、风险大、出现术后并发症等不良后果也越来越突出。因此,非手术治疗就显得格外重要。

我们采取中医手法按摩,食指通过患者肛门进入直肠部,触及前列腺,施以振动、按压、滑动等轻柔的良性刺激,使前列腺平滑肌松弛,从而使尿流率增加;并且通过对增生狭窄环、凹凸处的病灶进行手法治疗,使前列腺增生直接和间接狭窄环松弛、延长或中断,直接和间接凹凸处变小和消除,一方面解除了急性尿潴留的症状,另一方面对前列腺增生起到了

抑制和逆转的作用。

中医学认为,排尿障碍属“癃闭”范畴,病位在膀胱,而膀胱的气化调节与脾气的运输、肾气的开合、肝气的疏泄密切相关。本治疗组使用针灸疗法,旨在温肾填精,通络祛瘀,通调水道。经现代医学研究证实,针刺上述穴位可调节大脑皮层与内脏神经功能,从而促进膀胱逼尿肌收缩缓解膀胱内括约肌及尿道外括约肌的痉挛,使膀胱恢复排尿功能。在针刺过程中,我们认为必须得气,当针达到一定深度后,必须使患者有酸麻胀感,如果能使针感上行至会阴部及下腹部则效果最佳。

综上所述,我们采用中医手法按摩前列腺辅以针灸治疗中度前列腺增生症并尿潴留,经统计学分析疗效确切、与手术相比损伤小,生活质量较高,费用低廉,值得进一步研究和推广。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第三辑)[S]. 北京:人民卫生出版社,1997:54-57.
- [2] 郭应彪,胡礼泉. 男科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:1 494-1 500.

(收稿日期:2008-03-03)