

良性前列腺增生症针灸干预的临床研究*

★ 范洪力 指导:李灿东 (福建省厦门市第二医院 厦门 361026)

摘要:目的:观察针灸对前列腺增生症的疗效。方法:选择 40 例患者,以关元、归来、肾俞、三阴交为主穴针灸,辅以辨证配穴,依虚证、实证选择补泻手法,观察部良性前列腺增生症患者证素积分与 IPSS、QOL 评分、膀胱残余尿量、前列腺体积、最大尿流率等指标,进行针灸干预前后比较。结果:针灸可以干预证素积分,轻、中度良性前列腺增生症针灸干预前后,除 PV 外,I-PSS、QOL 评分、RU、Qmax 等均有明显改善。提示针灸不仅能以变良性前列腺增生症证候病理变化程度,而且客观指标也能得到改善。重度良性前列腺增生症针灸干预前后 I-PSS、QOL 评分、RU、Qmax、PV 等无明显改善。结论:针刺对本病轻、中度有效,证素积分作为中医疗效指标和证候转化量指标是可行的。

关键词:良性前列腺增生症;证素辨证;针灸;干预;临床研究

中图分类号:R 697+.31 **文献标识码:**A

手术治疗良性前列腺增生症效果大多良好,但一些不具备手术指征和难以接受某些药物治疗的患者,仍需要一种替代疗法。针灸对本病具有药物所不具备的特点,为此,本课题进行这方面研究探讨。

1 研究对象

41 例患者均系我院 2006 年 1 月~2007 年 1 月泌尿外科确诊的良性前列腺增生症病人,年龄 60~72 岁,平均 66 岁,病程平均 8 年。肾气不足、肾阳亏虚各 10 例,下焦瘀血 8 例,膀胱湿热 7 例、阴虚火旺 5 例。按病情轻重分级:轻度 18 例,中度 14 例,重度 8 例。

所有病例均符合以下诊断标准:西医诊断标准,主要参照第五届国际良性前列腺增生咨询委员会国际科学委员会推荐意见:老年男性下尿路症状的评估和治疗^[1];中医辨证诊断标准,根据有关文献制定^[2,3]。

2 治疗方法

(1) 针灸主穴:关元、归来、肾俞、三阴交。辨证选穴:肾气不足加针中极;肾阳亏虚加灸命门、关元、肾俞;下焦瘀血加针次髎、会阳、膀胱俞;膀胱湿热加针阴陵泉;阴虚火旺加针太溪。

(2) 针刺方法:取华佗牌针灸针 28 号,2.5~3.0 寸。

患者取仰卧位,于中极、归来、关元用 3 寸毫针向下斜刺 2.5 寸,行雀啄法使外感放射至尿道口、会阴及大腿内上侧;太溪、三阴交、阴陵泉,用 2.5 寸毫

针直刺 1~1.5 寸,行捻转补泻法,使针感沿下肢内侧放射。留针 30 分钟。

会阳、次髎、肾俞、膀胱俞针刺方法:患者俯卧位,会阳穴,用 2.5 寸毫针向外阴方向刺入约 1.5~2 寸,行捻转提插补泻法,外感传至外阴部位;次髎穴,取 2.5 寸毫针刺入约 1~1.5 寸,针感传至外阴部位,行捻转提插补泻法;肾俞穴、膀胱俞取 28 号 2 寸毫针刺入约 1~1.5 寸,行捻转提插补泻法,局部麻胀感,留针 30 分钟。

依证型要求,需要针刺腹背侧穴位,则依次取仰卧位、俯卧位,分别针刺留针 20 分钟。命门、关元用温和灸,灸 20 分钟。每日 1 次,6 次后休息 1 天,12 次为一个疗程,连续 2 个疗程。

3 观察方法

3.1 西医观察指标 国际前列腺症状评分(I-PSS)、生活质量指数(QOL)、B 超前列腺体积(PV)、残余尿量(RU)测定、最大尿流率(Qmax)测定。

3.2 中医指标 证素辨证:证素积分在四诊基础上,按中医方法进行辨证。为了使辨证更具客观性,尽可能减少人为因素干扰,我们参照“600 常见症状的辨证意义”^[4],以各症状要素积分和阈值法确定证候及各个辨证要素的权重。

3.3 统计学处理方法 计量资料数值以均数标准差表示($\bar{x} \pm s$)。计数资料用 χ^2 检验,计量资料方差齐者用 t 检验,计量资料方差不齐者用 t' 检验,多个实验组与对照组均数比较用单因素方差分析,所有

* 基金项目:厦门市卫生用科研发资金(2005-2008 年度)资助,课题编号:WSK0530。

数据用 SPSS10.0 统计软件处理。

4 结果

4.1 针灸干预前后 I-PSS、QOL 评分、PV、RU、Qmax 比较 见表 1。

表 1 针灸干预前后 IPSS、QOL 评分、PV、RU、Qmax 比较

项目	时间	轻度(n=18)	中度(n=14)	重度(n=8)
I-PSS	干预前	6.3±1.6	15.2±2.6	24.5±3.4
	干预后	3.8±1.1	9.1±2.7	23.6±2.9
QOL	干预前	3.2±0.6	4.6±0.2	5.1±1.1
	干预后	0	2.3±1.1	4.5±1.3
PV	干预前	20.6±5.3	50.3±15.2	86.8±22.1
	干预后	19.8±2.3	49.6±12.7	85.7±21.3
RU/ml	干预前	21.6±4.9	67.4±15.5	113.8±33.3
	干预后	11.2±2.5	31.8±5.6	111.7±32.2
Qmax/ml·s ⁻¹	干预前	15.8±6.8	13.9±4.5	10.4±3.5
	干预后	21.6±8.7	16.8±5.8	11.1±4.3

4.2 针灸前后病位证素积分变化 针灸干预后,经多变量方差分析,良性前列腺增生症病人间病位证素肾、肝、脾积分变化均有非常显著性差异, $F=10.45$ 、 $F=8.99$ 、 $F=8.71$, $P<0.01$ 。针灸干预后良性前列腺增生症病人间病位证素膀胱积分变化有显著性差异, $F=6.7$, $P<0.05$ 。心、肺病位证素,针灸干预后, $F=3.93$ 、 $F=0.19$,未见显著性差异, $P>0.05$ 。

4.4 针灸前后实证病性证素积分变化 经多变量方差分析,针灸干预后良性前列腺增生症病人间实证病性证素湿、气滞、血瘀、热积分改变均有非常显著性差异, $F=11.23$ 、 $F=33.86$ 、 $F=7.91$ 、 $F=13.75$, $P<0.01$ 。

4.5 针灸前后虚证病性证素积分变化 经多变量方差分析,针灸干预后良性前列腺增生症病人间虚证病性证素气虚、阳虚积分变化有非常显著性差异, $F=36.98$ 、 $F=10.34$, $P<0.01$ 。针灸干预后良性前列腺增生症病人间虚证病性证素阴虚积分变化有显著性差异, $F=4.78$, $P<0.05$ 。虚证病性证素血虚,针灸干预后,未见显著性改变, $F=0.002$, $P>0.05$ 。

5 讨论

本课题根据临床证候研究的结果,提出运用“补肾壮阳、健脾祛湿、化瘀”立法治疗良性前列腺增生症,进行证素积分和西医相关指标针灸干预前后比较研究。

根据中医理论,在文献研究基础上,结合我们的临床经验,本课题选择关元、中极、肾俞、命门、膀胱俞、阴陵泉、三阴交、太溪等特定穴配归来、会阳、次髎作为针灸干预良性前列腺增生症临床研究处方。关元与命门同水平,二者前后相配,补益元气,温经散寒。命门、肾俞及足少阴之输穴与原穴太溪上下相配,温肾壮阳,温朱天之本,壮元阴元阳之根。膀

胱募穴中极和背俞穴膀胱俞,俞募配穴,振奋膀胱气化功能,通利小便。归来、会阳、次髎化瘀通经、调畅气机。本研究结果表明,针灸干预前后良性前列腺增生症病人间病位证素肾、脾积分变化均有非常显著性差异($P<0.01$),膀胱积分变化有显著性差异($P<0.05$);针灸干预前后良性前列腺增生症病人间虚证病性证素气虚、阳虚积分变化均有非常显著性差异($P<0.01$),阴虚积分变化有显著性差异($P<0.05$);针灸干预前后良性前列腺增生症病人间实证病性证素湿、气滞、血瘀、热积分改变均有非常显著性差异($P<0.01$)。肝、心、肺、血虚等证素积分针灸干预前后改变均无显著性差异($P>0.05$)。针灸干预后肾、脾、湿、虚、瘀等证素积分显著减少,说明“补肾壮阳、健脾祛湿、化瘀”立法正确。针灸干预后,膀胱、气滞、热等证素积分也显著减少,说明针灸的作用是多方位的。

本研究证实,针灸可以改善良性前列腺增生症的中医多种证的病理变化。采用证素积分的方法可以作为量化指标判断疗效,这是中医针灸疗效评价的一种新尝试。

本研究通过最大尿流率、膀胱残余尿量等量化指标以及 I-PSS、QOL 评分的观察,发现本疗法对轻中度良性前列腺增生症有效。推测针灸可以纠正良性前列腺增生所导致的尿路梗阻和膀胱顺应性改变。

重度良性前列腺增生症针灸干预前后 I-PSS、QOL 评分、RU、PV、Qmax 无明显改善。尽管病例数太少,也提示针灸干预是有限的。

针灸疗效的获得既是腧穴的特殊治疗作用,也是针灸刺激效应的结果。针灸疗法是通过刺激人体体表一定部位,输入干预信息,作用于人体本身的自动控制系统来获效的,所以针灸干预是有限的。

总之,针灸干预轻、中度良性前列腺增生症有效,证素积分作为中医疗效指标和证候转化量化指标是可行的。

参考文献

- [1] 顾方六. 现代前列腺病学[M]. 北京:人民军医出版社,2002,49-50.
- [2] 王存选. 前列腺增生症的中医诊断和疗效标准设想[J]. 辽宁中医杂志,1998;25(6):258-259.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:49.
- [4] 朱文锋. 中医主症鉴别诊断学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2000:316-331.

(收稿日期:2009-01-10 责任编辑:周茂福)