

揠针埋针治疗ⅢB型慢性前列腺炎疗效观察※

● 万永生^{1*} 金冠羽² 欧阳洪根³ 邓龙生² 卢太坤^{2▲}

摘要 目的:观察揠针埋针治疗ⅢB型慢性前列腺炎的临床疗效。方法:将患者64例随机分为治疗组和对照组各32例,治疗组采用揠针埋针治疗,对照组口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊。两组均治疗4周后观察:治疗组总有效率为93.75%,对照组总有效率68.75%,两组总有效率比较, $P<0.05$,治疗组优于对照组;两组患者在疼痛不适、排尿症状及生活质量方面均较治疗前有明显改善, $P<0.05$,差异均有统计学意义;尤其是两组在治疗后改善疼痛不适方面比较, $P<0.05$,差异有统计学意义,治疗组优于对照组。结论:揠针埋针治疗ⅢB型慢性前列腺炎操作简单,安全省时,动态留针,依从性好,是治疗慢性前列腺炎行之有效的方法,值得临床应用。

关键词 揠针;埋针;前列腺痛;ⅢB型慢性前列腺炎

ⅢB型慢性前列腺炎即前列腺痛是中青年男性的常见病、多发病,该病病因病机尚不明确,临床表现为排尿异常及骨盆区疼痛等不适,且易反复发作,难于治愈,目前尚无非常满意的疗法。自2017年3月以来,笔者采用揠针埋针治疗ⅢB型慢性前列腺炎,取得了满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年3月至2018年8月厦门市思明区妇幼保健院中医科、厦门市妇幼保健院男科及厦门市中医院男科门诊患者64例,随机分为治疗

组与对照组。治疗组32例,年龄22~47岁,平均 (28.13 ± 3.02) 岁;病程9~156个月,平均 (8.20 ± 18.13) 个月;症状总评分 (24.97 ± 4.09) 分。对照组32例,年龄23~46岁,平均 (28.05 ± 3.26) 岁;病程8~144个月,平均 (8.15 ± 18.76) 个月;症状总评分 (24.98 ± 4.18) 分。两组患者在年龄、病程、病情等方面比较, $P>0.05$,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 参照1999年NIH关于ⅢB型慢性前列腺炎的分类诊断标准^[1]制定。有典型前列腺炎的相关症状,临床表现:(1)盆腔疼痛症状:下腹会阴部、耻骨上、阴囊、腰骶部或阴茎、肛门等部位疼痛;(2)排尿异常:尿频、尿等待、尿无力、排尿困难或排尿中断等。(3)神经官能症状:部分患者出现失眠、记忆力减退、精神抑郁等症状。所有患者经尿液培养、前列腺液培养均为阴性,同时行前列腺液(EPS)常规镜检WBC均小于10个/HP。

1.3 纳入标准 (1)符合NIH关于ⅢB型慢性前列腺炎诊断标准;(2)年龄在20~50岁的男性患者;(3)自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)年龄 <18 岁或者年龄 >50 岁;(2)合并泌尿系感染、膀胱肿瘤、前列腺肿瘤、肛门直肠疾病、神经源性膀胱、腰椎疾病、糖尿病及精神疾病等可能导致骨盆区域疼痛和排尿异常的疾病;(3)治

※基金项目 国家中医药管理局卢太坤名老中医药专家传承工作室建设项目[No.(2011)41]

*作者简介 万永生,男,医学硕士,福建省中医药学会男科分会委员。主要从事中医男科学的临床与科研工作。

▲通讯作者 卢太坤,教授,主任医师,博士研究生导师,全国第三批、第四批老中医药专家学术经验继承指导老师,全国名老中医传承工作室项目专家。研究方向:男科疾病。E-mail:ltk1234@163.com。

• 作者单位 1.厦门市思明区妇幼保健院(福建 厦门 316004);2.福建中医药大学附属厦门市中医院(福建 厦门 361009);3.厦门市妇幼保健院(福建 厦门 316003)

疗过程中自动退出者或其他原因未完成治疗疗程者。

1.5 中止病例标准 (1)服药过程中出现严重不良反应者;(2)受试者要求退出试验者;(3)入组后发现不符合纳入标准者。

1.6 治疗方法

1.6.1 治疗组 采用揠针埋针治疗。取穴:中脘、天枢、关元、中极、肾俞、八髎。在埋针进针和出针(取针)时采用呼吸补泻法。其中,中极、八髎、天枢三穴用呼吸泻法(即“吸气进针,呼气出针”);中脘、关元、肾俞三穴用呼吸补法(即“呼气进针,吸气出针”)。操作:穴位用 75% 酒精常规消毒,用消毒过的镊子夹起一次性使用的揠针(规格 0.25×1.3mm,北京中研太和医疗器械有限公司,苏械注准 20172270935),在上述消毒好的穴位上,分别采用呼吸补泻法将针刺入皮肤,然后按压胶布粘附固定。嘱患者每日按压胶布 3~5 次,每次约 1min,以患者耐受为度,两次间隔约 4~6h。每次埋针时间 2~3d,4 周为 1 个疗程。取针后,针眼处常规消毒。埋针过程中如出现剧烈疼痛,可适当调整位置,注意埋针处不宜沾水。

1.6.2 对照组 采用口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊治疗。盐酸坦索罗辛缓释胶囊(浙江海力生制药有限公司,国药准字 H20020623)睡前口服 0.2mg,日 1 次。连续服用 4 周。

两组均嘱患者不宜久坐,不宜长途骑车,要预防感冒,饮食规律,不宜饮酒及过食辛辣,少饮浓茶、浓咖啡等。

1.7 疗效评定标准 参照 NIH 慢性前列腺炎症状评分量表,对患者治疗前后疼痛不适、排尿症状及对生活质量的影响进行评分,评价其疗效^[1]。治愈:症状程度评分较治疗前减少 90% 以上;显效:症状程度评分较治疗前减少 60%~89%;有效:症状程度评分较治疗前减少 30%~59%;无效:症状程度评分较治疗前减少不足 30%。

1.8 观察指标 根据患者填写的 NIH 慢性前列腺炎症状评分量表,于治疗前、治疗 4 周后评价症状评分和生活质量评分并进行组间分析。

1.9 统计学方法 应用 SPSS16.0 统计软件进行数据处理,计数资料用卡方检验,计量数据资料结果以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验进行统计分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组治愈 12 例(37.5%)、显效 14 例(43.75%)、有效 4 例(12.5%)、无效 2 例(6.25%),总有效率为 93.75%;对照组治愈 12 例(25.0%)、显效 9 例(28.13%)、有效 5 例(15.62%)、无效 10 例(31.25%),总有效率为 68.75%。两组总有效率比较, $P < 0.05$,差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组疗效比较(例)

组别	例	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	12	14	4	2	93.75*
对照组	32	8	9	5	10	68.75

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后 NIH-CPSI 积分比较 经治疗 4 周后,两组患者在疼痛不适、排尿症状及生活质量方面均较治疗前有明显改善, $P < 0.05$,差异均有统计学意义;两组在治疗后改善疼痛不适方面比较 $P < 0.05$,差异有统计学意义,治疗组优于对照组。见表 2。

表 2 两组治疗前后 NIH-CPSI 评分情况($\bar{x} \pm s$, 分)

评分项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
疼痛不适	12.41±2.16	5.41±3.61*	12.37±2.04	6.68±4.52*
排尿症状	4.24±1.01	2.15±1.36*	4.19±1.43	2.67±1.54*
生活质量	8.31±1.22	3.72±2.41*	8.42±1.32	5.43±2.32*
CPSI 总分	24.97±4.09	11.01±6.82*	24.98±4.18	14.78±8.21*

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

3 讨论

Ⅲ B 型慢性前列腺炎(前列腺痛),祖国医学无此病名,根据其临床表现可归属于中医“精浊”“白淫”“劳淋”“腰痛”等范畴。前列腺痛以盆腔疼痛、排尿异常为主要症状。笔者认为该病是因饮酒、嗜食辛辣、长期精神抑郁焦虑不安、忍精不射等造成湿热下注、肝郁气滞、瘀血等阻塞精室(前列腺即狭义之精室^[2]),导致“不通则痛”;同时膀胱气化不利而出现排尿异常。或因素体禀赋不足,加之劳累、房事不节等造成脾肾亏虚,导致精室失养,“不荣则痛”;脾不升清,肾虚无力促进膀胱气化而出现小便不利。综上可知本病多因膀胱湿热、肝郁气滞、血瘀痰凝、脾肾亏虚而发,属于脾肾亏虚为本,湿热、气滞、血瘀为标之证,是本虚标实之证。据现代病理学研究,由于多种因素引

起前列腺充血,前列腺腺泡、腺管和间质均呈炎性改变,组织长期水肿、瘀血等引起腺管狭窄,使前列腺液排泄不畅,进而引发尿流动力学改变,故前列腺炎尤其是前列腺痛的病理改变符合中医理论“气滞血瘀,精络瘀阻”的病机^[2]。中医治法主要采用清热利湿、疏肝解郁、活血化瘀、滋阴降火等。针灸具有疏通经络、运行气血、活血止痛之功,临床上对各种痛症均有不同程度的治疗作用,故对前列腺痛亦有良效。本观察采用揠针埋针治疗ⅢB型慢性前列腺炎,治疗组患者治疗后疼痛不适、排尿症状及生活质量方面均较治疗前明显改善,且效果优于对照组。选择属于 α -受体阻滞剂的盐酸坦索罗辛作为对照组,现代医学研究表明盐酸坦索罗辛能够松弛泌尿系统平滑肌而缓解排尿困难、疼痛等症状,但应预防体位性低血压、头晕等副反应。

前列腺是男性重要腺体,具有分泌、排泄前列腺液等功能。其在功能上类似五脏六腑的“腑”,而中医学认为六腑“以通为用”。《素问·五脏别论》曰:“六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也”。因此针对前列腺痛“不荣则痛”“不通则痛”的病机,在治疗上应着眼于一个“通”字,“以通为补”。故而对于前列腺痛这一虚实错杂、本虚标实之证,应当通补兼施。基于此,笔者选取中脘、关元、天枢、中极、肾俞、八髎六穴。其中中脘为八会穴之“腑会中脘”,能通调六腑之病症。天枢穴既是足阳明胃经重要腧穴,又是大肠募穴,具有和胃健脾、理气调肠的功效。中极穴位于小腹部,临近膀胱和前列腺,又是膀胱募穴,乃膀胱经气聚集之处。《针灸甲乙经》云:“脐下疝,绕脐痛,冲胸不得息,中极主之……小腹与脊相控暴痛,时窘之后,中极主之。”故中极穴有促进膀胱气化、清热利湿之功。关元穴为肝、脾、肾三阴与任脉之会穴,又是小肠之募穴,主管胞宫精室,为任、督、冲一源三岐之源,是男子藏精、女子藏血之处,统摄元气之所,有大补元气,通补五脏六腑之功。中脘、关元、天枢四针即俗称的“腹四针”,四穴合用既可以补益肾气,健脾和胃,又可以清热通腑,活血化瘀,疏利气机^[3]。肾俞穴的位置是在第十四椎(即第二腰椎)的棘突下方两旁各一寸半,左右各有一个穴位,有补肾固精、利腰膝、清热利湿之功。八髎穴在骶骨后孔处,名为上、次、中、下髎。《素问·骨空论》云:“腰痛不可转摇,急引阴卵,刺八髎与痛上,八髎在腰尻八间”,李氏等总结八髎穴有理下焦、健腰膝的作用。^[4]总之,肾俞、中极合用补肾利尿,利于膀

胱气化,从而改善尿急尿频等症状;八髎理下焦改善盆腔周围的气血循环,起到缓急止痛的作用。综上所述,通过埋针中极、天枢、八髎作用直达病所以祛邪,取中脘、肾俞、关元扶正固本,攻补兼施,标本兼治,可有效针对前列腺痛的病机。且埋针于前腹部、后腰骶部,前后对应,属于盆腔疼痛前后反应区域,符合《内经》前后对应取穴法,加强了治疗效应。故以上诸穴合用可以疏通经络、通利脏腑、化瘀止痛,从而减轻前列腺局部瘀血和水肿,促进病变组织的康复。

揠针属于皮内针疗法,又称埋针法,是依据浅刺法和针刺留针发展而来。揠针疗法的中医理论基础主要是十二皮部理论、卫气理论和留针法。《灵枢·本藏》曰:“卫气者,所以温分肉、充肌肤,肥腠理,司开合者也。”疾病的发生可以通过病邪侵入肌表,致使卫外功能失常,可经皮部-络脉-经脉-腑脏的传变而逐渐深入。因此通过揠针等方式刺激浅表皮肤,可调节卫气,激发调动皮部与十二经脉、络脉乃至脏腑气血的沟通和内在联系而发挥治疗作用。针对“痛则不通”,揠针针刺可以疏通气血,使气血调和,解除前列腺痛的疼痛症状。现代医学认为揠针刺入穴位的皮肤及皮下组织可以直接刺激神经末梢,激活神经-内分泌-免疫网络的调控,从而产生整体调节治疗作用^[5]。关于留针,《灵枢·始终》曰:“久病者邪气入深,刺此病者,深内而久留之。”《针灸大成》也提出“病滞则久留针”。研究表明长久留针产生持续刺激,经神经-内分泌-免疫复杂网络等传导整合,发挥对靶器官的作用,从而产生针刺效应^[5]。前列腺痛多病程长而缠绵,病情复杂多变,用揠针通过“静以久留”,延长了针刺刺激的作用时间,从而达到治疗目的。

传统针刺留针时间多为30~60分钟,并且需要保持特定的姿势,不能随意改变体位,对于目前快节奏生活的人们来说不愿意花费很多时间、精力,而且传统针刺往往需要有酸麻胀痛的针感才能取效,对于害怕针刺疼痛的人常难于接受。揠针埋针操作简单,安全省时,动态留针可累积效应。因揠针埋针几乎无痛感,因此患者依从性好,是治疗慢性前列腺痛行之有效的办法。

参考文献

- [1] Nickel JC. Prostatitis: Lessons from the 20th Century [J]. BJU INT, 2000, 85 (2): 179-185.

(下转第56页)