

关节滑液中 TNF- $\alpha$  和 MMP-9 含量均低于对照组 ( $P < 0.01$ ), 提示针刀治疗膝骨性关节炎疗效显著, 其作用机制可能与抑制关节滑液中 TNF- $\alpha$  和 MMP-9 释放, 减轻软骨细胞外基质的降解有关。

#### [参考文献]

- [1] 张树勇. 膝关节骨性关节炎的中医研究概况[J]. 新中医, 2013, 45(4): 146-147.
- [2] 杨国峰, 曹新风. 针刀疗法治疗膝骨性关节炎疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(10): 790-792.
- [3] 中华医学会骨科学分会. 骨关节炎诊治指南(2007 年版)[J]. 中国临床医生, 2008, 36(1): 28-30.
- [4] 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: 349.
- [5] 宋朋飞, 阚卫兵, 袁琴, 等. 基质金属蛋白酶与骨关节炎的关系[J]. 广东医学, 2011, 32(20): 2736-2738.
- [6] 蒋太军. 骨性关节炎膝关节液及血清中 MMP-9、TNF- $\alpha$  水平检测及意义[J]. 西南国防医药, 2009, 19(4): 380-382.
- [7] 付砚禄. 基质金属蛋白酶-9 和白细胞介素-1 在骨性关节炎中的作用研究[J]. 中国基层医药, 2010, 17(10): 1375-1376.
- [8] 江锋, 陈巍, 马川, 等. 膝骨性关节炎患者关节滑液肿瘤坏死因子- $\alpha$  的表达及其临床意义[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(2): 246-247.
- [9] 姜宇明, 刘保新, 唐福宇, 等. 中药外洗配合小针刀治疗膝关节骨性关节炎 97 例[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 34(4): 583-584.
- [10] 郭帮富, 罗江, 霍敏姬, 等. 玻璃酸钠联合场效应加中药外敷治疗膝关节骨性关节炎疗效观察[J]. 新中医, 2012, 44(8): 90-91.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

## 针灸加中药外敷治疗良性前列腺增生临床研究

郑文华, 徐泽杰, 李锡主

玉林市中医院, 广西 玉林 537000

**[摘要]** 目的: 观察针灸加中药外敷治疗良性前列腺增生的临床疗效。方法: 将 164 例良性前列腺增生症患者随机分为治疗组和对照组各 82 例, 治疗组采用针灸加前列舒通散外敷治疗, 对照组采用口服前列康片治疗, 对比观察 2 组治疗效果。结果: 治疗后治愈率、总有效率治疗组分别为 36.59%、91.46%, 对照组分别为 13.41%、67.07%, 2 组比较, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ )。治疗后治疗组国际前列腺症状评分 (IPSS 评分)、最大尿流率 (Q<sub>max</sub>)、残余尿等指标改善, 与治疗前比较, 差异有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ); 对照组上述指标亦有改善, 与治疗前比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.02$ )。治疗组各项指标较对照组改善明显, Q<sub>max</sub> 组间比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ ); IPSS 评分、残余尿组间比较, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ )。治疗过程中 2 组均未见不良反应。结论: 针灸加中药外敷治疗良性前列腺增生安全有效。

**[关键词]** 良性前列腺增生; 针灸; 神阙; 关元; 前列舒通散; 中药外敷

**[中图分类号]** R697<sup>+</sup>.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0190-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.073

良性前列腺增生(BPH)又称前列腺肥大, 是老年男性常见病、多发病, 也是一直困扰老年男性和影响

其生活质量的疾病之一。本病发病年龄大都在 50 岁以上, 随着我国老龄化社会的到来, 发病率呈逐年上

**[收稿日期]** 2013-09-19

**[作者简介]** 郑文华 (1959-), 男, 主任中医师, 研究方向: 男科疾病及疑难杂症。

升趋势。据统计,50岁男性出现前列腺增生症候群者占23%,而60~80岁时占78%。目前,西药治疗本病主要采用激素疗法、受体阻滞剂5-还原酶抑制剂等,但由于前列腺组织结构特殊,前列腺包膜为脂质膜,其阻挡作用使药物不易达到病灶,或不能达到有效浓度<sup>[1]</sup>,导致药物治疗本病效果不理想。也有采用激光、热疗、支架、球管抗张等治疗,效果也不满意。至于被公认为根治前列腺增生的手术治疗,因患者高龄因素使手术有一定的局限性。2007年1月~2011年12月,笔者采用针灸加中药外敷治疗老年BPH取得满意疗效,结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选择164例来自本院男科门诊患者,在征得患者知情同意的情况下,随机抽样分为2组各82例。治疗组年龄50~72岁,平均64.8岁;病程1.0~20.5年,平均8.6年。对照组年龄51~74岁,平均65.4岁;病程1.5~21.2年,平均8.8年。2组患者年龄、病程等经统计学处理,差异均无显著性意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.2 病例选择 诊断标准依据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>制定:开始尿频,夜尿次数增多,渐有排尿困难,淋漓不尽,严重时可有尿闭或小便失禁;本病多见于老年男性;直肠指诊:前列腺增大,质硬,中央沟变浅或消失;B超检查:前列腺大小较正常增大,膀胱残留尿量 $> 60$  mL,最大尿流率(Qmax) $< 15$  mL,国际前列腺症状评分(IPSS) $\geq 13$ 分。排除标准:有前列腺癌、神经源性膀胱、尿道狭窄及膀胱肿瘤者;有前列腺手术者;有严重心、肺、肝、肾疾病者等。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 针灸治疗:主穴取肾俞、膀胱俞、中极,配穴取关元、水道。肾俞、关元用补法,水道用泻法,中极、膀胱俞用平补平泻法。每天1次,留针30 min,1月为1疗程。中药外敷治疗。协定处方前列舒通散:菟丝子18 g,淫羊藿、赤芍各15 g,丹参、白芷各20 g,三棱45 g,皂角刺25 g,大黄、五倍子各30 g,桂枝12 g,牛膝9 g。上药共研细末,装于消毒瓶密封备用。用法:每晚于睡前取药6 g以淡盐水适量调成糊状分别敷脐、关元穴,盖上消毒纱布后用胶布固定,再将热水袋置于上面熨烫15~30 min。每天1次,每次敷贴6~8 h,1月为1

疗程。

2.2 对照组 口服前列康片(普乐安,浙江康恩贝制药公司生产),每次4片,每天3次,1月为1疗程。

## 3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察2组治疗前后IPSS评分、膀胱残留尿量、Qmax等变化;观察治疗期间不良反应;治疗前后检查血、尿、大便常规,肝肾功能、心电图等各1次。

3.2 统计学方法 采用SPSS10.0软件进行统计分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,用 $t$ 检验,计数资料用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>制定。治愈:症状消失,排尿通畅,前列腺检查正常或明显缩小,无残余尿,或IPSS改善 $> 90\%$ ;显效:症状明显改善,排尿好转,残余尿减少 $60\% \sim 90\%$ ,或IPSS改善 $60\% \sim 90\%$ ;有效:症状有所好转,排尿略有改善,残余尿减少 $20\% \sim 50\%$ ,或IPSS改善 $20\% \sim 50\%$ ;无效:治疗前后症状、体征无变化,残余尿及IPSS均无变化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为91.46%,对照组为67.07%,2组比较,差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ );治愈率治疗组为36.59%,对照组为13.41%,2组比较,差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例数				总有效
		治愈	显效	有效	无效	
治疗组	82	30(36.59)	28(34.14)	17(20.73)	7(8.54)	75(91.46)
对照组	82	11(13.41)	31(37.81)	13(15.85)	27(32.93)	55(67.07)

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.3 2组治疗前后疗效指标比较 见表2。治疗后治疗组IPSS评分、Qmax、残余尿等指标改善,与治疗前比较,差异均有非常显著性意义( $P < 0.01$ );对照组上述指标亦有改善,与治疗前比较,差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。治疗组各项指标较对照组改善明显,Qmax组间比较,差异有显著性意义( $P < 0.05$ );IPSS评分、残余尿组间比较,差异均有非常显著性意义( $P < 0.01$ )。

4.4 不良反应 治疗过程中2组均未见不良反应。治疗前后查血、大小便常规及肝肾功能、心电图等均正常。

表2 2组治疗前后疗效指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	n	IPSS评分(分)	Qmax(mL/min)	残余尿(mL)
治疗组	治疗前	82	21.43 ± 5.67	8.68 ± 2.37	62.27 ± 4.19
	治疗后	82	8.28 ± 2.33	16.52 ± 4.36	10.33 ± 2.24
对照组	治疗前	82	20.79 ± 6.37	8.39 ± 2.24	61.81 ± 5.39
	治疗后	82	15.86 ± 2.76	12.47 ± 2.23	34.46 ± 4.29

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$ , ② $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.05$ , ④ $P < 0.01$

## 5 讨论

BPH 属于中医学癃闭、精癃、淋浊等范畴。《素问·宣明五气》谓：“膀胱不利为癃，不约为遗溺。”《类证治裁·闭癃遗溺》亦谓：“闭者小便不通，癃者小便不利，遗溺者小便不禁。”《素问·五常政大论》曰：“其病癃闭，邪伤肾也。”中医学认为，本病病位在肾和膀胱，属肾虚，膀胱气化失常多见。笔者认为，本病多因年老体弱，或久病体虚，劳损肾精，肾气衰微，膀胱气化无力而致小便不利；并因肾虚、体虚，加之气虚无力推动血运而致血瘀；或膀胱湿浊久而化热入络，或饮酒食腻，湿热内生，流注前阴，致湿热瘀滞、瘀血败精阻塞尿窍而致<sup>[3]</sup>。现代研究认为，老年人、肾气、肾阳亏虚，不能鼓动气血运行，出现瘀滞，阻滞水液正常排泄，导致本病发生<sup>[4]</sup>。故临床上治多以补肾化气行水、活血化瘀、清热利湿为法。有实验研究显示，益肾补气通瘀法治疗前列腺增生症，可以明显改善症状，大大改善患者下尿路梗阻情况<sup>[5]</sup>。对照组采用的前列康片其成分为油菜花花粉，主要功效为补肾固本，用于治疗本病有一定的效果。治疗组采用针刺肾俞具有补肾壮阳之功；关元为任脉经穴，也有培补下元之效，二穴均能温阳化气行水，助膀胱气化。膀胱俞助膀胱气化，清热利尿。而中极为膀胱募穴，有培补下元、助气化，利膀胱之功。配膀胱之背俞穴，俞募相配，疏通膀胱，促进气化，利小便。水道有清热活血、祛瘀通络之效。诸穴合用，共奏补肾温阳、化气行水、活血通络之功。外敷前列舒通散，方中菟丝子、淫羊藿补肾温阳，助膀胱气化行水；赤芍、丹参、三棱、大黄、皂角刺活血化瘀散结，赤芍、大黄兼能清热利下；牛膝

引血下行，补肾活血；桂枝温阳利水，有助于尿液排泄；五倍子、白芷收敛止痛，化湿浊。中药外敷神阙、关元二穴，是内病外治之法。关元穴是《针灸甲乙经》中有条文记载的治疗前列腺病的有效穴位。《针灸大成》有“神阙穴主百病”的记载。且经现代研究表明，神阙穴在解剖上具有皮肤壁薄、渗透性强、敏感性高、含有大量微小毛细血管、吸收力迅速等优势，药物分子较易通过神阙处的角质层，迅速弥散入血，从而作用于全身<sup>[6]</sup>。由于前列腺腺体微循环障碍，药物不易透过前列腺上皮脂膜，进入腺体组织，导致药物难以奏效。而现代研究证明，活血化瘀中药可扩张血管、抗凝，改善微循环，抑制结缔组织增生，促进纤维组织吸收；而白芷含有白芷酸毒素、挥发油、白芷酸等，具有强烈渗透性；再配合活血化瘀药敷神阙、关元穴通过经络促进局部血液循环，抑制前列腺腺体组织增生，并使前列腺增生的组织缩小变软而起效。观察表明，治疗组可显减轻前列腺增生患者的症状，显著改善患者膀胱残留尿量、Qmax、IPSS 评分等指标，疗效优于对照组，且无明显毒副作用，值得进一步研究及推广使用。

## [参考文献]

- [1] 鲁献斌. 慢性前列腺炎的治疗思路[J]. 北京中医药大学学报, 2002, 21(4): 74.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 49-50.
- [3] 徐泽杰. 中药内服外敷治疗前列腺增生症 82 例[J]. 湖北中医杂志, 2003, 25(3): 22.
- [4] 陈双彪, 陈祖红, 苏藤良, 等. 水蛭斑蝥汤治疗良性前列腺增生症 30 例疗效观察[J]. 新中医, 2006, 38(1): 44-45.
- [5] 陈铭, 王峻, 彭战英, 等. 益肾补气通瘀法治疗良性前列腺增生症 63 例[J]. 四川中医, 2005, 23(11): 51.
- [6] 廖展梅, 徐泽杰. 加味补阳还五汤治疗冠心病合并前列腺增生症临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2006, 28(11): 24.

(责任编辑: 冯天保)