

针刺联合射频治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床疗效观察

熊国根

(江西省南昌市男科医院 南昌 330001)

摘要:目的:探讨非药物治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床疗效。方法:将 300 例Ⅲa 型前列腺炎随机分成针射频组(针刺配合射频组)、针刺组及射频组。三组均于治疗前后按美国国立卫生院慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分以评定疗效。结果:针射频组与针刺组治疗前后积分统计学差异极其显著($P<0.01$),射频组治疗前后积分统计学差异显著($P<0.05$);针射频组与针刺组、针刺组与射频组在治疗后积分统计学差异显著($P<0.05$),针射频组与射频组治疗后积分统计学差异极其显著($P<0.01$)。针射频组与针刺组疗效统计学差异极其显著($P<0.01$),针射频组与射频组疗效统计学差异极其显著($P<0.01$),针刺组与射频组疗效统计学差异显著($P<0.05$)。结论:针刺联合射频治疗较单纯针刺与射频治疗效果好,是治疗慢性非细菌性前列腺炎的一种比较理想的方法。

关键词:针刺;射频;Ⅲa 型前列腺炎;NIH-CPSI

中图分类号:R 697.33

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.028

Ⅲ型前列腺炎,即慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(chronic pelvic pain syndromes, CPPS),是前列腺炎中最常见的类型,约占慢性前列腺炎的 90%以上,可分为Ⅲa 及Ⅲb 两种亚型,各占 50%^[1]。笔者在临床中发现,由于临床效果差,治疗方

法颇多。从 2009 年 1 月开始,借鉴外院先进经验,采用针刺联合射频治疗慢性非细菌性前列腺炎,取得了较好的临床疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 研究对象 选择我院前列腺科自 2009 年 1 月

明显少于对照组, $P<0.05$,两组有显著性差异;在平均愈合天数方面, $P<0.05$,两组有显著性差异,治疗组平均治愈天数明显少于对照组。

表 1 两组临床疗效比较 ($\bar{X}\pm S$) 例						
组别	n	治愈	好转	创缘水肿	术中平均出血量(mL)	治愈天数(d)
治疗组	43	43	0	1	3	9±2
对照组	43	43	0	7	32	19±3

3 讨论

混合痔是肛肠科常见病和多发病,传统手术方法不但手术时间长,术后伤口疼痛剧烈,易出现肛缘水肿、尿潴留,愈合时间长,遗留肛缘皮赘、肛管狭窄、排便困难等并发症^[2]。PPH 手术方法虽然能较好地克服以上弊病,但也存在价格昂贵、术中出血量较多且风险较大的缺点。RPH 术是继 PPH 术后出现的一种新的术式,该手术借负压抽吸痔上黏膜,术后不遗留疤痕,不破坏直肠或肛管正常结构与外观,可重复治疗,尤其适用于一次不能治愈的内痔或Ⅳ度内痔。其治疗原理与 PPH 术(痔上黏膜环切吻合术)相似,一般一次可套扎 3~5 个部位,保留肛垫组织,齿状线感受器无损伤,因此可减轻术后肛门疼痛及肛缘水肿的发生,配合内括约肌离断术可以减轻对手术后肛门排便的影响。本文结果显示,治疗组在术后并发症、术中出血量及平均愈合天数上均明显低于对照组,说明 RPH 术配合内括约肌离断术是一种理想的治疗混合痔的术式。

参考文献

[1]中华医学会外科学分会肛肠外科学组.痔诊治暂行标准[J].中华外科杂志,2003,41(9):699
[2]黄健庭.痔的近代概念[J].大肠肛门病外科杂志,2000,6(3):19
(收稿日期:2012-03-28)

膜脱垂严重者可于距第一个荷包缝合上 1 cm 处再做一荷包缝合。荷包缝合满意后置入开放至最大的吻合器,并使吻合器头部位于荷包线性水平的近端,先后收紧近、远端荷包缝线并打结。从吻合器的两个侧孔引出缝合线,并持续用力牵引该线,以使肠黏膜尽可能多的被拉至钉仓内。收紧吻合器,并击发。保持吻合器闭合状态 30~60 s 后开放吻合器,退至肛外。仔细检查吻合口,若有活动性出血或明显的渗血则以 3-0 肠线缝扎止血。同时在膝胸位 12 点放射状切口部位,离断部分内括约肌下缘,离断不超过 1.0 cm,厚度不超过 0.5 cm,以顺利通过二指中节为宜。术后,双氯芬酸钠栓 2 粒塞肛。

1.3 统计学处理 计数资料用 Ridit 检验,计量资料用 t 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照《痔诊治暂行标准》:治愈:经治疗后症状、体征消失,无并发症;好转:经治疗后症状、体征改善;未愈:经治疗后症状、体征无变化^[1]。

2.2 观察指征 (1)手术疗效:术后肛门肿物消失,便后出血症状消失。(2)创缘水肿:术后 3 d 观察是否出现创缘水肿。(3)术后肛门狭窄:麻醉消失后大便是否变细,肛门是否容纳二指顺利通过。(4)手术后创口愈合时间。

2.3 两组疗效比较 见表 1。在疗效方面, $P>0.05$,两组治疗效果无显著性差异。在并发症方面,治疗组出现水肿情况明显低于对照组, $P<0.05$,两组有显著性差异;在术中出血量方面,治疗组平均出血量

~2011 年 12 月 300 例无尿路感染史慢性非细菌性前列腺炎患者,采用随机、分组、平行、对照的原则,将患者分为三组,针频组 100 例,针刺组 100 例,射频组 100 例。三组年龄、病程、NIH-CPSI 评分经统计学处理,无显著性差异,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据《男科学》^[2]和《前列腺炎》^[3]中美国国立卫生院关于Ⅲa 型前列腺炎的诊断标准:(1)无尿路感染史;(2)肛诊检查未发现异常;(3)前列腺液白细胞阳性及前列腺液培养阴性;(4)NIH-CPSI 报告积分。疼痛和不适评分 0~21 分,排尿症状评分 0~10 分,临床症状对生活质量的影响评分 0~12 分。报告总积分:轻症积分在 1~14 分,中等程度积分在 15~29 分,严重患者积分在 30~43 分。

1.2.2 中医诊断标准 根据《中药新药临床研究指导原则》(1997 年版)^[4]“中药新药治疗慢性前列腺炎(非特异性)的临床研究指导原则”中的湿热下注证、气滞血瘀证、肝肾阴虚证及肾阳不足证的中医辨证标准。

1.3 治疗方法 针刺组给予针刺治疗,射频组给予射频治疗,针频组给予针刺联合射频治疗。治疗期间,不允许加用止痛药或治疗本病的相关药物。三组均以 15 d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后,行 NIH-CPSI 评分以评定疗效。

1.3.1 射频治疗 仰卧位于治疗床上并暴露治疗部位,探头套上乳胶套表面涂上润滑剂,将探头从直肠缓慢插入 7~8 cm,直接对病变部位进行治疗。启动治疗装置,设置治疗参数,调节输出功率使温度在 42~43 ℃。整个治疗过程由计算机控制,每次治疗时间为 20 min。

1.3.2 针刺治疗 主穴选取中髎穴、会阴、水道、气海、关元、中极、太冲及阿是穴,气滞血瘀证加内关、蠡沟、委中;湿热下注证加阴陵泉、三阴交;肝肾阴虚证加照海、涌泉;肾阳不足证加肾俞、命门、太溪。平补平泻,留针 30 min。

1.4 观察指标 治疗前后行肛诊检查、前列腺液及前列腺液培养检查及 NIH-CPSI 评分。

1.5 统计方法 计量资料统计处理的结果用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,计量资料采用 *t* 检验。所得数据均用 SPSS15.0 统计软件包处理。

2 疗效观察

2.1 疗效评价标准 痊愈:症状评分较治疗前减少 90%以上,且前列腺液常规检查 WBC<10 个/HP。显效:症状评分较治疗前减少 60%~89%,且 WBC 较治疗前减少 50%~89%或 WBC<15 个/HP。有效:症

状评分较治疗前减少 30%~59%,且 WBC 较治疗前减少 25%~49%。无效:症状评分较治疗前减少不足 30%或 WBC 较治疗前减少不足 25%。

2.2 结果

2.2.1 三组治疗前后 NIH-CPSI 评分比较 针频组与针刺组治疗前后积分统计学差异极其显著($P < 0.01$),射频组治疗前后积分统计学差异显著($P = 0.0103 < 0.05$);针频组与针刺组、针刺组与射频组治疗后积分统计学差异显著($P = 0.0416$ 、 $P = 0.0263 < 0.05$),针频组与射频组治疗后积分统计学差异极其显著($P = 0.002 < 0.01$)。见表 1。

表 1 三组治疗前后 NIH-CPSI 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分				
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	
针频组	100	25.45±5.31	17.20±6.16	
针刺组	100	24.43±3.89	19.32±6.11	
射频组	100	25.69±4.76	22.38±9.12	

2.2.2 三组疗效比较 针频组与针刺组疗效统计学差异极其显著($\chi^2 = 7.004$, $P = 0.008 < 0.01$);针频组与射频组疗效统计学差异极其显著($\chi^2 = 17.267$, $P < 0.01$);针刺组与射频组疗效统计学差异显著($\chi^2 = 4.456$, $P = 0.035 < 0.05$)。见表 2。

表 2 三组疗效比较 例						
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
针频组	100	12	20	60	8	92
针刺组	100	6	16	54	24	76
射频组	100	4	16	36	44	56

3 讨论

慢性前列腺炎属中医学“精浊”、“淋证”范畴,多发于中青年男性。CP/CPPs 中慢性非细菌性前列腺炎临床症状复杂多变,表现为尿频、尿不尽、排尿困难、下腹及腰骶会阴部疼痛、疲乏失眠、阳痿不育等^[5],但细菌培养阴性。抗生素治疗多数无效,只能作为辅助治疗。临床上治疗的方法颇多,如镇痛药、抗炎药、生物反馈、前列腺按摩、热水坐浴等,但临床疗效欠佳。近年来,应用物理治疗的方法,在很大程度上缓解了患者的症状,从而减轻心理压力。

前列腺局部为任督二脉、足厥阴肝经、足少阴肾经、足阳明胃经及足太阴脾经所过,所以慢性非细菌性前列腺炎的症状常表现为会阴及少腹疼痛不适、尿频、尿急、尿痛。水道为足阳明胃经穴,主治小便不利,《针灸甲乙经》云:“三焦约,大小便不通,水道主之。”气海、关元为任脉经穴,补益元气;太溪为足少阴肾经原穴,肾为水火之脏,生精,补益肾元;太冲是足厥阴肝经原穴,行气活血,理气止痛;三阴交为足三阴之会,补肾健脾疏肝。经脉所过,主治所及,诸穴合用,可以最大限度地改善局部血液循环,具有疏通经脉、行气活血、健脾祛湿、补益肝肾等作用^[6]。会阴穴为任、督、冲三脉之会,位于前后二阴之间,距离前列腺最近,功能通调二阴;中极穴

补肾活血汤治疗排卵障碍性不孕

李艳梅¹ 欧文² 王慧洁¹ 丘慧秋¹

(1 广东省肇庆市端州区人民医院 肇庆 526040; 2 广西中医学院第一附属医院 南宁 530023)

摘要:目的:探讨补肾活血汤治疗肾虚血瘀型排卵障碍性不孕症临床疗效。方法:将 62 例肾虚血瘀型排卵障碍性不孕症患者随机分为两组,治疗组 32 例运用补肾活血法,内服补肾活血汤治疗,对照组 30 例服用西药克罗米芬治疗,治疗 1 个月经周期为 1 个疗程,3 个疗程后综合判定疗效。结果:治疗组 32 例中,排卵 21 例,排卵率为 65.6%;对照组 30 例中,排卵 23 例,排卵率为 76.7%;两组排卵率比较无明显差异($P>0.05$)。治疗组妊娠率为 40.6%;对照组妊娠率为 23.3%;两组比较有显著差异($P<0.05$)。结论:补肾活血汤促排卵疗效肯定,补肾活血法通过改善卵巢功能及子宫内膜发育,提高患者妊娠率,是治疗肾虚血瘀型排卵障碍性不孕较理想的方法之一。

关键词:不孕症;排卵障碍;补肾活血汤

中图分类号:R 711.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.029

排卵障碍是女性不孕症的主要原因之一,促排卵是排卵障碍性不孕症的主要治疗方法,传统促排卵西药克罗米芬促排卵率可达 80%~85%,但妊娠率仅 20%左右^[1],这可能由于其抗雌激素样作用,可影响宫颈黏液的清亮度使之黏稠不利精子穿过,并影响子宫内膜发育不利于受精卵着床,故而虽然促排卵率较高,但受孕率较低。中医药治疗不孕症强调系统性、整体性治疗,有其独特的优点和优势,我们采用补肾活血汤治疗肾虚血瘀型排卵障碍性不孕症,取得较好效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 观察病例共 62 例,年龄 22~40 岁的育龄妇女,均为肇庆市端州区人民医院和广西中医学院第一附属医院门诊病例,随机双盲分两组。治疗组 32 例,发病年龄最小 22 岁,最大 40 岁,平均 27.5 岁;原发性不孕症 19 例,继发性不孕症 13

例;不孕年限最短 2 年,最长 8 年,平均不孕年限 4.30 年。对照组 30 例,发病年龄最小 21 岁,最大 40 岁,平均 28.3 岁;原发性不孕症 17 例,继发性不孕症 13 例;不孕年限最短 2 年,最长 7 年,平均不孕年限 4.52 年。两组病人年龄、病程、病情等方面比较相似。

1.2 诊断标准

1.2.1 排卵障碍性不孕症的诊断标准 参照《中医妇科学》、《妇产科学》、《中华妇产科学》中无排卵诊断标准:(1)基础体温(BBT)连续记录单相型曲线和异常双相型曲线 3 个月以上;(2)阴道脱落细胞涂片检查无周期性变化;(3)宫颈黏液结晶检查无椭圆体出现;(4)月经来潮 12 h 子宫内膜检查无分泌期变化;(5)B 超监测无成熟卵泡及有成熟卵泡而无排卵征象。以上 5 项中具备 2 项者可诊断为无排卵。

为足三阴经交会穴、膀胱经募穴,功能益肾兴阳;并根据不同证型辨证论治,共奏活血通经止痛、益肾调阴阳之功。现代研究表明^[2],针刺可缓解前列腺炎所致的会阴部不适。此外,针刺阿是穴镇痛机理已明确,它刺激了盆丛内的交感神经与副交感神经,调整其紊乱的功能,引起一系列生理生化的改变,最终达到治疗的目的。射频治疗,既可提高前列腺体的温度,扩张血管,加速腺体的血液循环,提高腺体局部代谢,增强白细胞的吞噬功能,促使前列腺腺管的脓栓液化、炎性物质排出,使腺管通畅,促进腺体水肿及炎症的消退,同时可降低神经末梢的兴奋性,使肌肉松弛。故其改善盆腔疼痛的效果突出。

尽管针刺与射频对治疗慢性前列腺炎、改善慢性非细菌性前列腺炎的症状均有一定的疗效,但单独应用仍有各自的局限性,而针刺与射频同步进行治疗时,具有协同治疗作用,既提高了抗菌和免疫能力,又起到了消炎、止痛的理疗作用,使疗效显著

提高。通过对三组治疗慢性前列腺炎的疗效进行比较和评价,我们认为针刺与射频联合治疗较针刺、射频单独治疗慢性非细菌性前列腺炎治疗效果好的方法。

参考文献

[1]Chaeffer AJ,Knauss JS,Landis JR,et al.Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis:the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study[J].J Urol,2002,168(3):1 048-1 053
[2]郭应禄,胡礼泉.男科学[M].北京:人民卫生出版社,2004.1 485-1 488
[3]郭应禄,李宏军.前列腺炎[M].第 2 版.北京:人民军医出版社,2007.63
[4]中华人民共和国药监局.中国新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2004.168-172
[5]刘桂东,侯冬梅,魏洪.针刺理疗并用治疗慢性非细菌性前列腺炎[J].针灸临床杂志,2009,25(6):56
[6]鲍毅梅,骆芳,魏建华,等.针刺配合天灸治疗Ⅲ型慢性前列腺炎 40 例[J].中国针灸,2011,31(6):571-572
[7]杉本佳史,刘大水(摘),郭恒岳(摘).电针治疗慢性骨盆痛综合征所致的会阴部不适[J].国际中医中药杂志,2007,30(1):14

(收稿日期:2012-02-24)