

患者椎旁的肌肉组织以及韧带进行剥离,对患者椎板、小关节和黄韧带进行切除,并将突出的髓核摘除,手术治疗对患者造成的创伤极大,同时患者术后并发症较多,如腰椎不稳等。而对患者采用非手术方式的保守治疗则可以在起到良好治疗效果的基础上减少患者受到的创伤。

保守治疗包括非药物治疗和药物治疗两种,采用的丹参注射液具有祛风通络、温经散寒以及活血止痛的功效。而所有患者采用的推拿手法属于保守治疗腰椎间盘突出症较为有效的方法之一,该法选取患者适当的体位以及穴位,特定部位采用不同手法,对其进行良性刺激,从而起到降低痉挛、活血止痛的作用,缓解神经血管的压迫;对患者的淋巴管进行挤压,通过神经系统扩张淋巴管,对损伤组织产生的病理水肿以及产物进行吸收和消除<sup>[4]</sup>,从而改善了局部组织的营养以及代谢功能;同时对患者采用的抖腿、斜扳、按抖以及屈膝屈髋等方式可让患者的下关节突发生松动,使神经根管容积扩大,从而使神经根移位,使得小关节粘连松解,复位髓核,使椎间盘空间力学重新处于平衡状态。在研究中发现斜扳手法能够使椎板出现位移,使患者的关节突之间得以大幅度松动,从而使椎间孔形态发生变化,缓解了神经根的粘连以及受压情况<sup>[5]</sup>。而采用针灸治疗则

是通过对人体的十五络脉、奇经八脉进行刺激,对患者起到治疗效果,人体中的经络有联络脏腑、运行气血、濡养周身、沟通腰窍和抗御外邪的功效。因此,采用中医正骨联合温针灸及中药治疗是最佳的保守治疗方式<sup>[6]</sup>。

本研究结果显示,观察组总有效率为 96.2% (50/52);对照组总有效率为 82.7% (43/52),两组比较差异显著, $P<0.05$ 。进一步说明了针对于腰椎间盘突出症患者而言,采用中医正骨联合温针灸及药物治疗能够进一步提升整体疗效,缩短治疗时间,临床效果显著,值得推广应用。

#### 参考文献

- [1]罗萍.中医正骨联合温针灸及中药治疗腰椎间盘突出症的临床效果分析[J].中外医学研究,2012,10(36):32-33
- [2]戴俊峰.温针灸联合正骨及药物治疗腰椎间盘突出 55 例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(22):74-75
- [3]傅丽超.温针灸配合中药治疗寒湿型腰椎间盘突出症 40 例[J].南华大学学报:医学版,2008,36(4):519-520
- [4]张文美.温针灸联合中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症的效果观察及护理[J].光明中医,2014,29(12):2653-2654
- [5]谢平金,胡伟雄,廖璐.中药配合温针灸治疗腰椎间盘突出症体会[J].中国民间疗法,2014,22(9):53-53
- [6]谈辉.针灸治疗腰椎间盘突出所致坐骨神经痛临床疗效的系统评价[D].成都:成都中医药大学,2012

(收稿日期:2015-07-09)

## 针刺配合敷贴对经尿道前列腺电切术术后膀胱痉挛的影响

张洪军

(辽宁省凤城市中医院泌尿外科 凤城 118110)

**摘要:**目的:观察针刺配合敷贴对经尿道前列腺电切术术后膀胱痉挛的影响。方法:选取我院 2014 年 3 月~2015 年 3 月收治的 100 例行经尿道前列腺电切术的前列腺增生患者作为本次研究的对象,随机分为观察组与对照组,每组 50 例。对照组在术后采用镇痛泵持续镇痛 48 h 治疗,观察组在术后 6 h 采用针刺配合敷贴治疗,对比两组治疗方法对膀胱痉挛的影响。结果:治疗后两组患者膀胱痉挛的发生率和膀胱痉挛的疼痛程度比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:对行经尿道前列腺电切术的前列腺增生患者采用针刺配合敷贴的方法对术后膀胱痉挛有显著的临床效果,有效降低了膀胱痉挛的发生率和疼痛程度,值得推广应用。

**关键词:**前列腺增生;经尿道前列腺电切术;膀胱痉挛;针刺;敷贴

中图分类号:R697.32

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.026

前列腺增生是一种临床常见的泌尿科疾病,多发于中老年男性。临床治疗中经尿道前列腺电切术是常用的治疗方法,该方法具有术中出血少、创伤小和恢复快等特点<sup>[1]</sup>。而膀胱痉挛是经尿道前列腺电切术的一种常见并发症,有研究显示,发病率为 20%~75%,发病率较高<sup>[2]</sup>。本文选取我院 2014 年 3 月~2015 年 3 月收治的 100 例行经尿道前列腺电切术的前列腺增生患者作为本次研究的对象,其中采用针刺配合敷贴的方法在治疗膀胱痉挛上有显著

的临床效果。现报道如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2014 年 3 月~2015 年 3 月收治的 100 例行经尿道前列腺电切术的前列腺增生患者作为本次研究的对象,年龄 50~80 岁,平均年龄为  $(66.57 \pm 5.28)$  岁,平均手术时间为  $(52.35 \pm 8.25)$  min。随机分为观察组与对照组各 50 例。对照组:年龄 50~78 岁,平均年龄为  $(66.12 \pm 7.31)$  岁,国际前列腺症状评分为  $(24.95 \pm 5.12)$  分;观察组:年龄

53~80 岁,平均年龄为 (67.02± 6.11) 岁,国际前列腺症状评分为 (25.51± 6.88) 分。两组患者在年龄和症状评分上对比,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者均采用经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生。

1.2.1 对照组 术后采用镇痛泵持续镇痛 48 h 治疗:对患者连接镇痛泵进行持续镇痛,对导管的通畅性进行确定,固定好镇痛泵,采用芬太尼和氯诺西康,具体剂量根据患者的体重而定,加入生理盐水 100 ml 稀释之后,采用 2 ml/h 的速度进行持续注射,注射过程中如果患者出现疼痛,医护人员可以按一次按钮,镇痛泵会自动注入 0.5 ml 的药液,缓解疼痛。

1.2.2 观察组 术后 6 h 采用针刺配合敷贴治疗:先进行对照组镇痛操作,然后在术后开始采用针刺配合敷贴治疗,针刺选择血海、三阴交、中极穴。患者取仰卧位,对穴位进行消毒,采用 3.5 寸的一次性毫针,分别刺入血海、三阴交、中极穴,并反复进行提插捻转,在留针 15 min 后出针。之后贴上穴位敷贴,用手指按压 5 min,让敷贴完全贴合在穴位皮肤上,每日治疗 1 次,连续治疗 2~3 d。

1.3 观察指标 治疗后对比两组患者术后 12 h、24 h、48 h 膀胱痉挛的发生率和膀胱痉挛的疼痛程度。患者出现强烈憋尿感伴耻骨上区、肛门坠胀、会阴部

疼痛,或者同时膀胱冲洗减速、停顿或反流,冲洗液颜色加深等情况则说明出现膀胱痉挛。疼痛程度:采用视觉模拟(VAS)评分法进行评分,无痛感为 0 分,剧痛感为 10 分,从 0~10 分疼痛感逐渐加重。疼痛程度判断标准为:0~2 分为优,3~6 分为中度,7~10 为重度。

1.4 统计学方法 采取统计学软件 SPSS13.0 对上述数据进行汇总并作分析和处理,计数资料采用  $\chi^2$  检验,计量资料采用  $t$  检验,  $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组术后膀胱痉挛发生率比较 治疗后两组患者术后 12 h、24 h、48 h 膀胱痉挛的发生率比较,差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。在组内比较上,观察组术后 24 h 膀胱痉挛发生率明显低于术后 12 h,术后 48 h 膀胱痉挛发生率明显低于术后 24 h,差异比较具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者术后膀胱痉挛的发生率比较[例(%)]

组别	n	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
观察组	50	6(12.00)*	4(8.00)*	2(4.00)*
对照组	50	21(42.00)	17(34.00)	13(26.00)

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者膀胱痉挛疼痛程度比较 两组患者术后 12 h、24 h、48 h 膀胱痉挛疼痛程度比较,差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者膀胱痉挛的疼痛程度比较[例(%)]

组别	n	术后 12 h			术后 24 h			术后 48 h		
		优	中度	重度	优	中度	重度	优	中度	重度
观察组	50	47(94.00)	2(4.00)	1(2.00)	48(96.00)	2(4.00)	0(0.00)	49(98.00)	1(2.00)	0(0.00)
对照组	50	32(64.00)	8(16.00)	10(20.00)	33(66.00)	8(16.00)	9(18.00)	34(68.00)	12(24.00)	4(8.00)

## 3 讨论

在经尿道前列腺电切术中,膀胱痉挛是一种常见的术后并发症,因为手术创伤、止血气囊牵拉压迫导致膀胱颈部压力改变,血块刺激、导尿管留置和冲洗液反复刺激等造成膀胱的敏感性增加,引起了膀胱平滑肌无抑制性收缩情况,造成了膀胱痉挛的出现,一般在手术后 3 d 内出现症状,临床主要表现为强烈憋尿感,伴耻骨上区、肛门坠胀、会阴部疼痛等,一般疼痛会出现数十秒到数分钟,频繁的痉挛现象给患者带来了巨大的痛苦,部分患者还会出现大出血等情况,甚至有患者需要进行二次手术,这对患者的生活造成了严重的影响<sup>[1]</sup>。

中医认为膀胱痉挛是因为手术带来的创伤所造成的血络受损及术后的湿热环境造成的膀胱阻滞,形成浊瘀阻塞和湿热蕴结现象,“不通则痛”而导致

了膀胱痉挛性疼痛情况<sup>[4]</sup>。在临床上一般采用镇痛泵持续镇痛,在减少膀胱痉挛上有较好的效果,但不能彻底根治。针刺配合敷贴是中医一种常用的方法,针刺能够缓解患者的疼痛感和减少膀胱痉挛。针刺通过调节气血、疏通经脉而达到镇痛、缓解痉挛以及止血的目的。针刺主要是对患者膀胱的紧张度进行调节,让患者膀胱得到放松来减少痉挛的发生。血海是活血化瘀的要穴,三阴交具有治疗小便不利、膀胱过度活动症作用,中极穴系足三阴、任脉之会,膀胱经之募穴。敷贴则能够起到刺激经络穴位、促进血液循环来达到活血化瘀、理气止痛和疏通经络作用的一种外用方法,可有效降低痉挛的发生率,从而达到预防膀胱痉挛的目的。综上所述,对行经尿道前列腺电切术的前列腺增生患者采用针刺配合敷贴的方法在治疗膀胱痉挛上有显著的临床(下转第 55 页)

严重程度、病程、年龄等基本资料进行统计学分析,差异不具备统计学意义,  $P > 0.05$ , 具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组患者采用抗生素进行治疗:口服克拉霉素胶囊, 3 次/d, 0.25~0.50 g/次, 对初次发病的患者进行 7 d 的治疗, 对复发的患者则进行 14 d 的治疗。观察组患者采用中药清原汤联合抗生素进行治疗: 抗生素治疗方法同对照组; 中药清原汤组成: 20 g 金银花、10 g 赤芍、10 g 紫草、6 g 生甘草梢、30 g 土茯苓、20 g 蒲公英、10 g 黄柏、10 g 炒白芍。对伴有尿频、尿痛、尿急的患者加入 15 g 竹叶、15 g 车前子、15 g 通草; 对伴有外阴瘙痒的患者加入 12 g 苦参、12 g 白鲜皮; 对伴有腹痛、盆腔炎的患者加入 10 g 夏枯草、15 g 败酱草、10 g 红藤、15 g 乳香; 对伴有便溏脾虚者加入 15 g 黄连、10 g 白术、10 g 黄柏; 对久病伤阴患者加入 20 g 沙参、10 g 知母、12 g 玉竹; 对伤气患者加入 20 g 黄芪、20 g 太子参。1 剂/d, 煎煮 3 次, 前 2 次煎煮液分早晚 2 次口服, 第 3 次煎煮液进行外阴清洗, 连续治疗 21 d 为 1 个疗程, 月经期间停止用药, 共进行 2 个疗程的治疗。治疗期间严禁患者进行性生活<sup>[1-2]</sup>。

**1.3 疗效评定标准** 无效: 患者的临床症状没有得到好转, 甚至病情加重, 且 3 种检测结果同治疗前没有变化; 有效: 患者的临床症状有一定程度的缓解, 且 3 种检测结果中最少有 1 种为阴性; 显效: 患者的临床症状得到显著改善, 余留症状表现比较轻微, 且 3 种检测结果中 1~2 种为阴性; 痊愈: 患者的临床症状全部消失, 且 3 种检测结果 2 种以上为阴性<sup>[3]</sup>。

**1.4 统计学分析** 采用统计学软件 SPSS10.0 进行处理, 计量资料用  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用单因素方差分析和  $t$  检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义<sup>[4]</sup>。

## 2 结果

观察组痊愈率为 78.3%, 显著高于对照组的 54.3%, 差异具有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 观察组总有效率为 95.7%, 显著高于对照组的 80.4%, 差异具有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 观察组无效率为 4.3%, 显著

低于对照组的 19.6%, 差异具有统计学意义,  $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较[例(%)]

组别	n	无效	有效	显效	痊愈	总有效
对照组	46	9(19.6)	4(8.7)	8(17.4)	25(54.3)	37(80.4)
观察组	46	2(4.3)	3(6.6)	5(10.9)	36(78.3)	44(95.7)

## 3 讨论

非淋病性宫颈炎是一种非常普遍的传播性疾病, 解脲支原体感染和沙眼衣原体感染是引起非淋病性宫颈炎的主要原因, 被污染的浴盆或浴巾以及性接触感染等都是导致感染非淋病性宫颈炎的主要途径。起初非淋病性宫颈炎在欧美等国家具有非常高的发病率, 然而近些年来, 非淋病性宫颈炎在我国的发病率也呈现出逐年递增的趋势。如果该疾病不能得到及时有效的治疗, 则很容易导致患者出现不孕、早产、宫外孕、死胎等可怕后果, 因此对非淋病性宫颈炎患者进行早期治疗显得非常重要。

由于近年来抗生素药物被滥用, 导致患者机体的耐药性增强, 临床治疗效果显著下降。采用抗生素联合中药对患者进行治疗, 中药可根据患者的具体临床症状对症下药, 对患者的不良临床症状进行有效的治疗和缓解<sup>[5-6]</sup>。综上所述, 临床中采用中药清原汤联合抗生素治疗非淋病性宫颈炎患者, 能够显著提升患者的临床治疗效果, 值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1] 吴育宁, 金延, 濮凌云, 等. 中西医结合治疗非淋病性宫颈炎的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(4): 362-364
- [2] 张小敏. 中药清原汤联合抗生素治疗非淋病性宫颈炎的效果观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(22): 110-111
- [3] 李维云, 李学斌, 马贵林, 等. 中西医结合治疗非淋菌性尿道炎(粘液脓性宫颈)炎的疗效分析[J]. 中国性科学, 2006, 15(5): 23-25
- [4] 修霞, 张立群, 吴刚. 中西医结合治疗非淋菌性宫颈炎 86 例临床观察[J]. 中国热带医学, 2011, 11(2): 220-221
- [5] 骆春霞. 中西医结合治疗急性宫颈炎临床效果观察[J]. 大家健康(下旬刊), 2013, 7(11): 194
- [6] 吴洁蓉. 中西医结合治疗急性宫颈炎 64 例疗效观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(6): 964

(收稿日期: 2015-04-30)

(上接第 52 页) 效果, 有效降低了膀胱痉挛的发生率和疼痛程度, 值得推广应用。

### 参考文献

- [1] 甘卫东, 袁晓亮, 刘铁石, 等. 中西医结合治疗经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的临床研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(27): 2975-2976

- [2] 蔡子英, 杨雅红, 何旭峰. 针刺配合敷贴对经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的影响[J]. 中国中医急症, 2012, 21(5): 793-794
- [3] 黄靖, 张若竹, 张继平. 经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛性疼痛的护理对策[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(3): 315-316
- [4] 胡庆华, 宋红儒. 经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的危险因素及护理对策[J]. 重庆医学, 2012, 41(14): 1451-1452

(收稿日期: 2015-05-28)