

补肾通淋方联合神阙穴隔盐灸在良性前列腺增生症术后排尿功能障碍患者中的应用效果

季克锴, 袁 翀

(淮安市中医院泌尿外科, 江苏 淮安 223001)

【摘要】目的 分析良性前列腺增生症术后排尿功能障碍患者采取补肾通淋方与神阙穴隔盐灸联合治疗的临床效果, 为提升该疾病的临床治疗效果提供依据。**方法** 选取 2019 年 6 月至 2022 年 6 月淮安市中医院收治的 60 例良性前列腺增生症术后排尿功能障碍患者为研究对象, 根据随机数字表法分为两组, 对照组和观察组, 各 30 例。两组患者均行尿道前列腺电切术治疗, 对照组患者术后予以盐酸坦索罗辛胶囊治疗, 观察组患者术后在对照组的基础上联合补肾通淋方、神阙穴隔盐灸治疗。两组患者均治疗 1 个月, 并进行 6 个月随访。比较两组患者临床疗效, 治疗前与治疗后 1 个月中医证候积分、国际前列腺症状评分 (IPSS)、炎症指标及治疗前与治疗 1、6 个月生活质量变化。**结果** 观察组患者总有效率较对照组高; 相比治疗前, 两组患者治疗 1 个月后 IPSS 评分、中医证候积分均降低, 且观察组更低; 两组患者血清 C-反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT) 均降低, 且观察组均低于对照组; 与治疗前比, 治疗 1、6 个月后, 两组患者良性前列腺增生症患者生活质量量表 (BPHQLS) 评分逐渐升高, 且观察组均高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 良性前列腺增生症术后排尿功能障碍患者采取补肾通淋方、神阙穴隔盐灸联合治疗的效果显著, 可明显减轻症状, 减轻炎症反应, 促进生活质量提升。

【关键词】 良性前列腺增生症; 排尿功能障碍; 补肾通淋方; 神阙穴隔盐灸

【中图分类号】 R697+32

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.22.0085.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.22.028

经尿道前列腺电切术是治疗良性前列腺增生症的主要方式之一, 能够直接切除前列腺增生组织, 达到缓解下尿路症状的目的。但这一术式治疗期间温度较高, 可对尿道括约肌产生损伤, 增加并发症发生风险, 其中术后排尿功能障碍比较常见。以往临床在处理术后排尿功能障碍时通常采用持续膀胱冲洗、留置导尿管、抗感染或二次手术等方法, 但整体疗效与预期仍有差距^[1]。近年来, 中医药疗法在泌尿系统疾病的治疗中显示出较好的治疗效果, 且不良反应少^[2]。补肾通淋方可起到通淋利湿、活血补肾之功效。神阙穴隔盐灸是传统中医常用外治法之一, 将纯净干燥的粗盐平填在肚脐, 同时上置艾柱进行施灸, 能够发挥利尿散结、温肾固脱等功效, 在临床小便不利等疾病治疗方面有较多报道^[3]。本研究旨在探讨良性前列腺增生症术后排尿功能障碍患者采取补肾通淋方与神阙穴隔盐灸联合的治疗效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取淮安市中医院 2019 年 6 月至 2022 年 6 月收治的 60 例良性前列腺增生症术后排尿功能障碍患者, 根据随机数字表法分组, 对照组患者 30 例, 年龄 51~71 岁, 平均 (61.45±1.29) 岁; 前列腺增生症病程 6 个月~11 年, 平均 (5.44±1.28) 年。观察组患者 30 例,

年龄 50~73 岁, 平均 (61.69±1.38) 岁; 前列腺增生症病程 8 个月~10 年, 平均 (5.65±1.09) 年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。纳入标准: ①符合《良性前列腺增生中西医结合诊疗指南 (试行版)》^[4] 中相关诊断标准; ②顺利完成经尿道前列腺电切术治疗; ③术后存在排尿功能障碍。排除标准: ①合并前列腺癌、泌尿系统感染; ②既往前列腺手术史; ③合并心、肝、肾等器官病变及免疫系统病症、凝血机制障碍、全身性感染; ④对本研究治疗方法不耐受。本研究符合《赫尔辛基宣言》中的相关要求, 患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 两组患者术后进行膀胱冲洗, 并予以抗生素预防感染。对照组患者术后行常规西药治疗, 即在撤出尿管时开始口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊 (杭州康恩贝制药有限公司, 国药准字 H20050285, 规格: 0.2 mg) 治疗, 0.2 mg/次, 1 次/d。观察组患者同时联合补肾通淋方、神阙穴隔盐灸治疗, 中药组方: 萆薢 15 g, 黄柏 12 g, 熟地黄、菟丝子、丹参、金银花、怀牛膝各 10 g, 水蛭 6 g, 琥珀 3 g。煎煮至 300 mL, 2 次/d, 分早晚 2 次服用。神阙穴隔盐灸法: 患者呈仰卧位, 使脐部得到充分显露。将经过炒制后的纯净干燥的粗盐, 放置在肚脐内, 使其和肚脐保持齐平。随后将艾柱 (直径 2.8 cm, 高 1.2 cm) 摆放在粗盐上方并点燃, 缓慢燃烧后, 以患者感受到可耐受的

温度为宜。每次艾灸 4 柱,1 次 /d。两组患者均连续治疗 1 个月并术后进行 6 个月随访。

1.3 观察指标 ①临床疗效。治疗 1 个月后评估治疗情况,其中排尿障碍相关症状基本消失,残余尿量(RUV)减少 60% 以上,将其判定显效;治疗 1 个月后排尿障碍相关症状有显著缓解,RUV 减少 30%~60%,将其判定有效;治疗 1 个月后排尿障碍相关症状未有好转改变,RUV 减少 30% 以下,将其判定无效;总有效率=显效率+有效率。②国际前列腺症状评分(IPSS)^[5]与中医证候积分^[6]。症状程度:治疗前及治疗 1 个月后评价症状程度,参考国际前列腺症状评分(IPSS),共 7 项,各项分值范围 0~5 分,所得分值越高则提示存在更严重的前列腺症状。治疗前及治疗 1 个月后评价中医证候积分,包含排尿受阻、尿急、尿频、尿等待 4 项症状,按照从轻至重赋予分值 0、1、2、3 分,对应无、轻微、明显、严重。③炎症指标检测。分别于治疗前及治疗 1 个月后采集两组患者空腹外周静脉血 4 mL,血清炎症指标[降钙素原(PCT)、C-反应蛋白(CRP)]采用酶联免疫吸附试验检测。④生活质量。治疗前及治疗 1、6 个月后评价生活质量,参考良性前列腺增生症患者生活质量量表(BPHQLS)^[7],涵盖心理、社会、生理、疾病、满意度 5 个方面,共 74 项,各项分值范围 1~5 分,所得分值越高,生活质量越高。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计学软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料经 S-W 法检验证实均符合正态分布,以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,组内多时间点比较采用重复测量方差分析,两两比较采用 SNK-*q* 检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者总有效率高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 1。

2.2 两组患者 IPSS 评分、中医证候评分比较 相比与治疗前,两组患者治疗 1 个月后 IPSS 评分、中医证候积分均降低,且观察组更低,差异均有统计学意义(均 *P*<0.05),见表 2。

表 2 两组患者 IPSS 评分、中医证候评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | IPSS 评分 | | 中医证候积分 | |
|------------|----|------------|-------------|-----------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗 1 个月后 | 治疗前 | 治疗 1 个月后 |
| 对照组 | 30 | 20.37±2.25 | 15.96±1.65* | 7.37±0.84 | 5.58±0.67* |
| 观察组 | 30 | 20.16±2.21 | 13.21±1.54* | 7.48±0.77 | 3.35±0.45* |
| <i>t</i> 值 | | 0.365 | 6.674 | 0.529 | 15.134 |
| <i>P</i> 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

注:与治疗前比,**P*<0.05。IPSS:国际前列腺症状评分。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|------------|----|-----------|----------|----------|-----------|
| 对照组 | 30 | 13(43.33) | 9(30.00) | 8(26.67) | 22(73.33) |
| 观察组 | 30 | 20(66.67) | 8(26.67) | 2(6.67) | 28(93.33) |
| χ^2 值 | | | | | 4.320 |
| <i>P</i> 值 | | | | | <0.05 |

2.3 两组患者炎症指标比较 相比与治疗前,两组患者治疗 1 个月后炎症指标均降低,且观察组更低,差异均有统计学意义(均 *P*<0.05),见表 3。

表 3 两组患者炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | CRP(mg/L) | | PCT(ng/mL) | |
|------------|----|------------|-------------|------------|------------|
| | | 治疗前 | 治疗 1 个月后 | 治疗前 | 治疗 1 个月后 |
| 对照组 | 30 | 52.24±5.86 | 43.47±5.41* | 3.67±0.49 | 1.19±0.41* |
| 观察组 | 30 | 52.47±6.12 | 37.38±5.47* | 3.43±0.55 | 0.64±0.22* |
| <i>t</i> 值 | | 0.149 | 4.336 | 1.785 | 6.474 |
| <i>P</i> 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

注:与治疗前比,**P*<0.05。CRP: C-反应蛋白;PCT:降钙素原。

2.4 两组患者生活质量比较 相比与治疗前,两组患者治疗 1、6 个月后 BPHQLS 评分逐渐升高,且观察组更高,差异均有统计学意义(均 *P*<0.05),见表 4。

表 4 两组患者生活质量比较(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | BPHQLS 评分 | | |
|------------|----|--------------|---------------|----------------|
| | | 治疗前 | 治疗 1 个月后 | 治疗 6 个月后 |
| 对照组 | 30 | 115.69±20.53 | 150.69±25.69* | 179.56±27.69** |
| 观察组 | 30 | 117.63±21.69 | 183.15±31.53* | 198.35±34.39** |
| <i>t</i> 值 | | 0.356 | 4.371 | 2.331 |
| <i>P</i> 值 | | >0.05 | <0.05 | <0.05 |

注:与治疗前比,**P*<0.05。BPHQLS:良性前列腺增生症患者生活质量量表。

3 讨论

经尿道前列腺电切术通过电热能对前列腺增生组织进行切除,具备操作便捷、疗效显著、术后恢复迅速等显著特征;然而经尿道前列腺电切除通常在解除尿道梗阻方面体现出良好疗效,但是很难完全缓解术后储尿期出现的相关症状,部分患者术后可出现膀胱颈部痉挛水肿,从而导

致尿道狭窄，加之腺体残留等原因，进而导致术后伴随程度不等的排尿功能障碍，病情严重者甚至需接受二次手术治疗，可能对整体疗效造成影响、增加患者经济负担、延长康复时间^[8]。

作为 α_1 受体阻滞剂的一种，盐酸坦索罗辛能够拮抗前列腺中的 α_1A 肾上腺素受体，维持平滑肌松弛状态，使尿道压力下降，促进膀胱逼尿肌收缩功能改善，最终缓解下尿路症状^[9]。但是单一药物治疗效果仍然有效，并且长期用药易引起较多不良的反应，患者依从性较低。

传统中医将良性前列腺增生症归类于“精癰”“癰闭”等范畴，认为该病发生通常和体内肾气不足、经血阻滞有关，造成湿热不断聚集，引起膀胱气化失司^[10]。尽管手术可对尿路梗阻症状进行缓解，但并未针对性处理肾虚、湿热、血瘀等病机，术后仍然存在膀胱气化失司现象，造成术后排尿功能障碍。所以对术后排尿功能障碍应该遵循利湿清热、补肾行气、活血祛瘀的原则。

本次研究针对良性前列腺增生症术后排尿功能障碍病机所在，予以补肾通淋方、神阙穴隔盐灸联合治疗。本研究中，治疗 1 个月后观察组患者 IPSS 评分、中医证候积分低于对照组，总有效率高于对照组，说明良性前列腺增生症术后排尿功能障碍采取补肾通淋方、神阙穴隔盐灸联合治疗具有理想的治疗效果，可明显减轻症状。分析其原因，补肾通淋方中，菟丝子益肾填精，熟地黄益髓填精、补血滋阴，两种药材均属于君药。黄柏、金银花泻火解毒、利湿清热；篇蓄利尿通淋、利湿清热，水蛭、丹参通经消癥、活血化瘀，琥珀祛瘀活血、通淋利尿，上述药材均属于臣药。牛膝可起到滋补肝肾、利尿通淋、活血化瘀等作用，并且还可以引药下行，在方中属于佐使药。以上药材配伍一方面可以驱邪外出，另一方面可以补肾固本，从而发挥清热利湿、活血祛瘀、补肾益气之功效。神阙穴是任脉重要穴位之一，和冲脉有密切联系，和督脉互为表里。其中任脉总任诸阴，与五脏六腑联系较为密切，可以连接内外，并起到承上启下作用，所以神阙穴可以连通百脉。现代解剖学研究指出，脐部皮肤薄弱，皮下没有分布脂肪组织，筋膜和腹膜相联，脐周有大量静脉丛，因此神阙穴隔盐灸能够促进钠离子渗透进病灶，发挥镇痛、抗炎作用，且粗盐入肾经，借助艾柱温热作用，可以能够发挥养好利尿散结、固脱止遗、益气健脾、温通肾阳等功效^[11]。

本次研究发现，观察组患者治疗 1 个月后血清 CRP、PCT 比对照组低，提示良性前列腺增生症术后排尿功能障碍采取补肾通淋方、神阙穴隔盐灸联合治疗有助于减轻炎症反应。现代药理学研究指出，金银花具可抗炎、抗病毒、抑菌、提高机体免疫力；熟地黄能够加快机体造血，增强免疫力；水蛭可以有效抑制血栓形成，起到良好抗凝作用

和术后镇痛效果^[12]；而神阙穴隔盐灸能够有效刺激肚脐下相关神经末梢，改善免疫状态，增强免疫力；同时施灸可缓解平滑肌痉挛状态，对于改善尿道括约肌及膀胱逼尿肌功能具有显著的作用^[13]。本次研究结果显示，生活质量评分较对照组更高，说明良性前列腺增生症术后排尿功能障碍采取补肾通淋方、神阙穴隔盐灸联合治疗可提升生活质量。

综上，补肾通淋方与神阙穴隔盐灸联合方案可以明显改缓解良性前列腺增生症术后排尿功能障碍相关症状，减轻炎症反应，促进生活质量提升。

参考文献

- [1] 牛明,赵治坚,夏浩,等.良性前列腺增生微创术后尿道狭窄的危险因素分析[J].中国现代医学杂志,2023,33(8):93-98.
- [2] 刘毅豪,黄智峰,吴松,等.五苓散联合盆底功能锻炼对良性前列腺增生症术后膀胱动力学、I-PSS 评分及逼尿肌收缩能力的影响[J].中华中医药学刊,2022,40(3):201-204.
- [3] 周如意,张丽娜,叶森林,等.近 10 年神阙穴隔盐灸临床研究进展及文献分析[J].中国医药导刊,2022,24(3):263-267.
- [4] 孙自学,宋春生,邢俊平,等.良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)[J].中华男科学杂志,2017,23(3):280-285.
- [5] 孙忠凯,黄敏志,邹火生,等.前列腺增生患者经尿道等离子切割手术治疗对 IPSS 评分与 RUV、Qmax 的影响[J].中国医学创新,2020,17(30):60-63.
- [6] 朱熙熙.公英葫芦汤加减治疗慢性前列腺炎(湿热瘀阻证)患者疗效及对中医证候积分、血液流变学的影响[J].四川中医,2022,40(4):120-122.
- [7] 郭燕芳,史静峥,胡明,等.良性前列腺增生症患者生活质量量表的修订与考评[J].中国卫生统计,2008,25(3):260-263.
- [8] 强济斌,黄晓菲,吴志强,等.经尿道前列腺电切术后膀胱颈挛缩原因分析及治疗措施[J].当代医学,2023,29(8):44-48.
- [9] 王经纬,郭沫,高顺利.非那雄胺联合盐酸坦索罗辛在前列腺增生术后患者中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2023,16(7):102-105.
- [10] 孙晓,韩璐,薛璐,等.隔姜灸任督之脉治疗老年良性前列腺增生疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2020,29(30):3327-3330,3335.
- [11] 洪秋语,招浩熙,罗媛媛,等.通利水道膏神阙穴贴敷对肾虚血瘀型良性前列腺增生的临床观察[J].中医临床研究,2023,15(22):100-103.
- [12] 司永朋.补肾活血通淋方治疗肾虚湿热瘀阻型前列腺增生症疗效观察[J].新疆中医药,2020,38(3):25-27.
- [13] 颜学槐.补肾益气通淋方联合神阙穴隔盐灸对良性前列腺增生症术后排尿功能障碍患者逼尿肌功能及尿动力学的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(6):650-653.