

# 自制药盐包热熨治疗肾虚血瘀型良性前列腺增生症的临床研究

王琴

(临海市中医院 浙江 临海 317000)

**摘要:** 目的: 观察自制药盐包热熨治疗肾虚血瘀型良性前列腺增生症的临床疗效。方法将 96 例肾虚血瘀型良性前列腺增生的患者随机分为治疗组和对照组, 每组 48 例。对照组接受非那雄胺片治疗; 治疗组在对照组的基础上接受自制药盐包热熨治疗。观察两组治疗前后国际前列腺评分 (IPSS)、最大尿流率 (Qmax)、残余尿测定、主要症状评分、前列腺体积 (PV) 变化, 并比较两组临床疗效。结果两组治疗前后 IPSS、Qmax、残余尿测定、主要症状评分、PV 比较, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后 Qmax 评分、IPSS 与对照组比较, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组总有效率为 81.25%, 高于对照组的 64.58% ( $P < 0.05$ )。

**结论** 自制药盐包热熨治疗肾虚血瘀型良性前列腺增生症患者有一定的疗效, 操作简单, 有一定的临床推广价值。

**关键词** 热熨治疗; 肾虚血瘀型; 前列腺增生; 最大尿流率; 国际前列腺评分

良性前列腺增生症 (Benign Prostatic Hyperplasia, BPH), 是老年男性常见疾病之一, 起病缓慢, 逐渐加重<sup>[1]</sup>。本病以膀胱刺激征、尿路梗阻症状和梗阻相关并发症为主, 主要表现为尿频、进行性排尿困难和急迫性尿失禁为主要临床表现<sup>[2]</sup>。前列腺增生症组织学上的发生率随年龄的增长而增加<sup>[3]</sup>, 通常发生在 40 岁以后, 60 岁时大于 50%, 80 岁时高达 83%<sup>[4]</sup>。良性前列腺增生症较高的发病率, 并且严重地影响中老年男性的生活质量。其中前列腺增生患者的排尿功能障碍问题更是重中之重, 现已成为一个日趋严重的社会问题, 其不但严重影响患者的生活质量, 也给患者家庭及社会加重了负担。故积极地预防和治疗良性前列腺增生疾病对现代医务工作者来说尤为重要。笔者采用自制药盐包热熨治疗肾虚血瘀型良性前列腺增生症的患者 53 例, 并与非那雄胺片治疗 53 例相比较, 现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月至 2020 年 2 月于临海市中医院内科及泌尿科就诊的门诊及住院患者 106 例进行研究, 随机分为治疗组与对照组, 各 53 例, 其中, 治疗组病惠年龄为 56-78 岁, 平均年龄 (65.47 ± 5.48) 岁; 对照组病惠年龄为 61-77 岁, 平均年龄 (66.79 ± 5.36) 岁。两组患者一般资料对比差异不具有统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有对比研究性。

### 1.2 诊断标准

中医疾病及证候诊断标准, 参考 1997 年版中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》确立良性前列腺增生症肾虚血瘀型的中医疾病及证候诊断标准; 西医诊断标准, 根据 2006 年中华医学会泌尿外科学会制定的《良性前列腺增生症治疗指南》和 2011 版的 EU (欧洲泌尿外科学会) 良性前列腺增生指南。

### 1.3 纳入标准

纳入标准: (1) 符合西医良性前列腺增生诊断标准; (2) 符合中医肾虚血瘀型辨证标准; (3) 年龄在 50 岁到 80 岁之间的男性; (4) 以国际前列腺症状评分 (IPSS) 评分为轻、中度患者; (5) 病程在三个月以上; (6) 停止使用 α 受体阻滞剂类药物一个月以上或 5 α 还原酶抑制剂及中药 6 个月以上者; (7) 最大尿流率 < 15ml/s 或平均尿流率 < 10ml/s。 (8) 同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准: (1) 年龄 < 50 岁或 > 80 岁; (2) 尿路结石、肿瘤、急慢性肾功能衰竭所导致的少尿或无尿; (3) 因尿道狭窄、神经原性膀胱等原发疾病导致的排尿障碍; (4) 前列腺增生已引起严重泌尿系统感染者; (5) 合并心、肺功能不全, 肾功能不全, 肝功能异常者; (6) 生命体征不平稳者。

### 1.5 剔除标准

- (1) 不符合纳入标准而被误入的病例;
- (2) 观察期间服用其他能够治疗前列腺增生症药物的患者;
- (3) 因资料不完整, 无法判断最终疗效者。

### 1.6 脱落标准

- (1) 因各种原因或者依从性差, 中断治疗者
- (2) 观察期间不能按规定进行口服药物或者针灸治疗, 无法判断疗效者;
- (3) 并发其他疾病, 不愿或不能继续治疗者。

## 1.7 治疗方法

对照组: 非那雄胺 5mg 口服, 每日 1 次, 持续用药 3 个月后统计疗效, 用药期间不做其他治疗。治疗组: 在对照组的基础上, 每日予由山药、益智仁、乌药、泽兰、艾绒各 30g 放进 15cmx20cm 布袋中, 再与粗盐 (直径 4mm) 300g 放在一起, 药袋在下, 海盐在上, 制作成 20cm X 25cm 大小的艾盐包热熨神阙穴、中极穴、关元穴、气海穴治疗, 每天治疗 1 次, 每次 25-30 分钟, 10 次为一疗程, 持续 3 个月后统计疗效, 治疗期间不做其他治疗。

## 1.8 治疗效果

### 1.8.1 观察指标

#### 1.8.1.1 西医评价指标

- (1) 国际前列腺症状评分 (IPSS)
- (2) 最大尿流率测定 (Qmax)
- (3) 前列腺体积 (经腹部 B 超)、残余尿测定

#### 1.8.1.2 中医证候评价指标

中医症状分级量化指标

主要指标: (1) 治疗前后 IPSS 评分; (2) 治疗前后最大尿流率。

次要指标: (1) 治疗前后症状; (2) 治疗前后残余尿量; (3) 治疗前后前列腺体积。

#### 1.8.1.3 病情轻重程度分级标准

根据 IPSS 评分将前列腺增生病情分为轻度、中度二级:

轻度: 膀胱、尿道以及会阴轻度不适, 尿频和轻度排尿困难, 主要表现为夜尿频数, 或无残余尿量。IPSS 评分在 1-7 分;

中度: 进行性排尿困难, 少量残余尿, 排尿时自觉用力, 此期可发生急性尿潴留、尿路感染。IPSS 评分在 8-19 分之间。

### 1.8.2 疗效判定标准

参照《中药新药治疗良性前列腺增生症的临床研究指导原则》拟定本试验的疗效判定标准:

#### 1.8.2.1 综合疗效判定标准

- (1) 显效: IPSS 评分减少含 60%;
- (2) 有效: IPSS 评分减少含 30%;
- (3) 无效: IPSS 评分无明显变化。

#### 1.8.2.2 最大尿流率改善程度判定标准

- (1) 明显改善: 最大尿流率增加 ≥ 5ml/s 以上
- (2) 轻度改善: 最大尿流率增加 2-4ml/s;
- (3) 无改善: 最大尿流率无明显变化或有明显降低。

#### 1.8.2.3 症状改善程度判定标准

(1) 明显改善: 临床症状明显改善, 由重到轻, 或者由中度到正常;

- (2) 轻度改善: 临床症状轻度改善, 由重到中或者由中到轻。
- (3) 无改善: 临床症状无明显改善, 甚者症状加重。

#### 1.8.2.4 残余尿量改善程度判定标准

- (1) 明显改善: 残余尿量减少 ≥ 60%;
- (2) 轻度改善: 残余尿量减少 ≥ 30%;
- (3) 没有改善: 残余尿量减少 30% 以下或残余尿量增加。

## 1.9 统计分析

应用 SPSS22.0 统计软件进行统计处理。计数资料用  $\chi^2$  检验, 计量资料用 t 检验, 等级资料组间比较采用秩和检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 治疗结果

本研究最后完成研究病例共 96 例, 两组各脱落 5 例, 脱落率为 9.4%。对照组 5 例症状反复发作, 评估达到手术指征而采取手术治疗; 治疗组 5 例因治疗中服用药物影响疗效评价导致无法填写资料, 信息失真。

2.1 治疗组与对照组患者 IPSS 评分的病情分级如下

表 1 病情分级构成比较  
分级例数轻度中度

分组	例数	轻度	中度
治疗组	48	7 (14.58%)	41 (85.42%)
对照组	48	6 (12.50%)	42 (87.50%)

经卡方检验: P > 0.05, 提示两组在病情分级上无显著性差异, 具有可比性。

2.2 IPSS 评分治疗前后变化

表 2 治疗前后 IPSS 评分变化

分组	例数	治疗前	治疗后
治疗组	48	13.25 ± 3.34	7.18 ± 1.06
对照组	48	13.87 ± 3.27	10.53 ± 2.03

注: 两组 IPSS 评分治疗前与治疗后对比 P < 0.05; 治疗组与对照组对比 P < 0.05。

两组治疗前 IPSS 比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后两组 IPSS 低于同组治疗前, 治疗组低于对照组, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。

2.3 最大尿流率治疗前后比较

表 3 治疗前后最大尿流率比较

分组	例数	治疗前	治疗后
治疗组	48	8.14 ± 0.69	14.67 ± 0.94
对照组	48	9.98 ± 1.15	12.55 ± 0.91

注: 两组最大尿流率治疗前与治疗后对比 P < 0.05; 治疗组与对照组对比 P < 0.05。

两组治疗前最大尿流率比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后, 两组最大尿流率高于同组治疗前, 治疗组高于对照组 (P < 0.05)。

2.4 症状改善比较

表 4 症状改善比较

分组	明显改善 (例)	轻度改善 (例)	没有改善 (例)	有效率 (%)	无效率 (%)
治疗组	3	32	13	72.92%	27.08%
对照组	2	28	18	62.50%	37.50%

治疗组与对照组治疗后的上述症状有显著改善 (P < 0.05), 治疗组方法优于对照组治疗方法。

2.5 残余尿量的变化

表 5 残余尿量比较

分组	明显改善 (例)	轻度改善 (例)	没有改善 (例)	有效率 (%)	无效率 (%)
治疗组	5	33	10	79.17%	20.83%
对照组	5	29	14	70.83%	29.17%

治疗组与对照组治疗后残余尿量有显著改善 (P < 0.05), 在降低患者残余尿量方面, 治疗组方法优于对照组治疗方法 (P < 0.05)。

2.6 前列腺体积的变化

表 6 治疗前后前列腺体积的变化

分组	例数	治疗前	治疗后
治疗组	48	28.36 ± 1.34	27.02 ± 1.62
对照组	48	28.21 ± 1.02	27.52 ± 1.47

注: 两组前列腺体积治疗前与治疗后对比 P < 0.05;

两组治疗前前列腺体积比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 两组治疗后前列腺体积低于治疗前 (P < 0.05)。两组治疗后前列腺

体积比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05)

2.7 综合疗效评定

表 7 两组综合疗效比较

分组	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	有效率 (%)	无效率 (%)
治疗组	4	35	9	81.25%	18.75%
对照组	3	28	17	64.58%	35.42%

从上表可以看出, 治疗组的有效率为 81.25%; 对照组的有效率为 64.58%。经卡方检验: P < 0.05, 提示治疗组的临床疗效优于对照组的临床疗效。

## 讨论

良性前列腺增生是引起老年人排尿障碍的最为常见的一种疾病, 现代医学根据前列腺增生病情的轻重及并发症予保守治疗、药物治疗和手术治疗, 其中药物治疗主要是运用  $\alpha$  受体阻滞剂 (ABs)、5 $\alpha$  还原酶抑制剂 (5ARI) 等联合用药<sup>[1]</sup>。药物治疗虽能控制病情, 但同时也具有一定的副作用, 远期疗效也并不十分满意<sup>[6]</sup>。现代医学手术治疗能快速消除病灶和症状, 但患者痛苦大、费用高, 术后可发生感染、性功能障碍、逆行射精等并发症, 且一部分患者不具备手术指征<sup>[7]</sup>。中医并没有良性前列腺增生这一病名, 把良性前列腺增生归属于“癃闭”、“淋证”<sup>[8]</sup>, 是在老年肾虚的基础上发展而来, 老年人肾气亏虚或久病体虚, 致肾阳不足, 全身的水液代谢均有赖于肾脏的气化温煦功能, 命门火衰, 则直接影响了三焦与膀胱气化功能, 小便藏泻失常。因此, 肾阳亏虚为本, 气滞血瘀、水停痰滞为标, 本虚标实, 治疗当以温补肾阳、利水消痰为主。通过药盐包热熨神阙、关元等穴, 可以起到补肾元、疏通经络、温阳化气、宣通气机的作用, 从根本上改善患者肾阳亏虚的情况, 调理和恢复膀胱的气化功能, 达到排尿目的。

本研究中, 两组治疗前后 IPSS、Qmax、残余尿测定、主要症状评分、PV 比较, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。治疗组治疗后 Qmax 评分、IPSS 与对照组比较, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。治疗组总有效率为 81.25%, 高于对照组的 64.58% (P < 0.05)。由上可见, 自制药盐包热熨治疗肾虚血瘀型良性前列腺增生症患者有一定的疗效, 操作简单, 值得临床推广使用。

## 参考文献:

- [1] Homma Y, Gotoh M, Yokoyama O, et al. Outline of JUA clinical guidelines for benign prostatic hyperplasia [J]. Int J Urol, 2011, 18(11): 741-756.
  - [2] 黄宇烽, 李宏军. 实用男科学 [M]. 北京: 科学出版社, 2009: 288 - 304.
  - [3] AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia (2003). J Urol, 2003, 170(1): 530-547.
  - [4] 那彦群, 叶章群, 孙颖浩, 等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 (2014 版). 北京: 人民卫生出版社, 2013: 245
  - [5] Oelke M, Bachmann A, Descalcaud A, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of nonneurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction [J]. Eur Urol, 2013, 64(1): 118-140.
  - [6] 孔永华. 针刺结合艾灸治疗前列腺增生的临床研究 [D]. 山东中医药大学, 2013.
  - [7] 姜磊. 针刺配合艾灸治疗良性前列腺增生症 (肾虚血瘀型) 的临床观察 [D]. 黑龙江中医药大学, 2015.
  - [8] 张施雄. 自拟琥龙方治疗前列腺增生 (肥大) 240 例临床观察 [J]. 中国社区医师. 2011.13(267): 140.
- 王琴, 主管护师, 浙江省首届中医护理骨干, 从事内科临床护理工作近 10 年, 曾赴浙江省中医药大学、浙江省中医院等进修学习。擅长内科常见病, 多发病的护理, 擅于运用灸法、罐法、推拿等中医外治法进行经络调护, 以辨证施护为基础, 综合改善失眠、便秘等症状。