

交叉电针八髎穴结合头针足运感区配合盆底肌训练治疗卒中后神经源性膀胱 30 例临床观察

朱 鸿¹ 赵 惠² 焦敏娜¹ 朱嘉民¹ 李雨阳¹

(1.黑龙江中医药大学,黑龙江哈尔滨 150040; 2.黑龙江中医药大学附属第二医院,黑龙江哈尔滨 150010)

摘 要 目的:观察交叉电针八髎穴结合头针足运感区配合盆底肌训练法治疗卒中后神经源性膀胱的临床疗效。方法:选取卒中后神经源性膀胱患者 60 例,随机分为治疗组和对照组,每组 30 例。对照组采用常规针刺结合盆底肌训练法治疗,治疗组采用交叉电针八髎穴结合头针足运感区配合盆底肌训练法治疗,2 组均连续治疗 14d。观察 2 组患者治疗前后生活质量量表(QOL)评分、膀胱最大容量、残余尿量的变化情况,并评估临床疗效。结果:治疗组总有效率 93.3%,优于对照组的 66.7% ($P<0.05$); 2 组患者治疗后 QOL 评分、膀胱最大容量及残余尿量均较治疗前明显改善 ($P<0.05$),且治疗组改善程度优于对照组 ($P<0.05$)。结论:交叉电针八髎穴结合头针足运感区配合盆底肌训练治疗卒中后神经源性膀胱有效,能改善患者膀胱最大容量,减少残余尿量,有效提高生活质量。

关键词 交叉电针;八髎穴;足运感区;盆底肌康复训练;脑卒中并发症;神经源性膀胱;头针;中西医结合疗法
中图分类号 R246.6 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 06-0060-03

随着中国老龄化趋势的上升,2015 年中国卒中大会公布中国 40 岁以上脑卒中的发病率为 2.37%,发病率随年龄的增加而逐渐上升^[1]。神经源性膀胱是脑卒中常见的后遗症,是引起尿路感染、尿路结石、肾功能衰竭等疾病的诱因之一,不仅影响患者的肢体康复,还会增加焦虑的情绪。目前临床一般采用留置导尿、盆底肌训练等,盆底肌训练对改善排尿障碍的作用已得到普遍认可,而长期使用尿管,易引起尿路感染,增加患者的痛苦和护理难度。近年来我们临床采用交叉电针八髎穴结合头针足运感区配合盆底肌训练法治疗卒中后神经源性膀胱患者取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 6 月至 2018 年 5 月黑龙江中医药大学附属第二医院针灸六病房确诊为卒中后神经源性膀胱患者 60 例,按照就诊的先后顺序随机分为治疗组和对照组,每组 30 例。治疗组男 13 例,女 17 例;平均年龄 (67.03 ± 6.00) 岁;神经源性膀胱平均病程 (21.03 ± 6.73) d。对照组男 16 例,女 14 例;平均年龄 (66.83 ± 4.96) 岁;神经源性膀胱平均病程 (20.47 ± 6.20) d。2 组患者性别、年龄、病程

等一般资料比较均无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 2016 年修订的《卒中后神经源性膀胱诊治专家共识》^[2]拟定:卒中诊断的确立;存在上尿路、下尿路功能障碍以及泌尿系统并发症;两者存在时间相关性并用其他病因无法解释。同时经颅脑 CT 或 MRI 检查诊断为脑血管疾病引起的病灶,伴有不同程度的神经源性膀胱的症状;超声检查可见膀胱容量大小不定,有残余尿。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准;病程小于 3 个月的恢复期患者;患者卒中前排尿功能正常,发病后开始出现神经源性膀胱症状;年龄 40~75 岁之间者;生命体征平稳,意识清楚,言语功能正常者;自愿参加本课题研究者。

1.4 排除标准 卒中发病前已存在神经源性膀胱疾病者;脊髓损伤、尿路感染、前列腺肥大等疾病引起的排尿障碍;有多个脏器衰竭者及凝血功能障碍者;不能配合治疗者。

2 治疗方法

行脑卒中常规治疗,高血压患者予口服降压药,糖尿病患者予口服降糖药或注射胰岛素治疗,偏瘫患者予基础针灸治疗。

2.1 治疗组 采用交叉电针八髎穴结合头针足运感区配合盆底肌训练治疗。针刺选穴:双侧足运感区、八髎穴(上髎、次髎、中髎、下髎)。具体操作:嘱患者排空小便,取侧卧位,针刺穴位常规消毒,采用华佗牌不锈钢毫针针刺双侧足运感区,沿头皮迅速进针,进针角度 15° ,使针体进入帽状腱膜下层为佳(指尖下有吸针感),行针捻转频率约为120次/min,持续1min左右,留针30min。直刺八髎穴1~1.5寸,行提插捻转法,平补平泄,使针感放射至前阴或下腹部,并有酸麻胀痛感,得气后接电针治疗仪器(“华佗牌”SDZ-电子针疗仪),交叉电针只连接八髎穴。连接方法:正极为同侧的上髎穴、次髎穴,负极为对侧的中髎穴、下髎穴,同侧的上髎穴连接对侧的中髎穴,同侧的次髎穴连接对侧的下髎穴,电针正负极相互交叉,调为疏密波,电针频率120次/min,强度以患者能耐受为度,留针30min。每日2次,14d为1个疗程。指导患者进行盆底肌训练,让患者取卧位做收缩肛门的动作,每次收紧不少于10s,然后放松,重复10次为1组,每日3组,14d为1个疗程。

2.2 对照组 采用常规针刺结合盆底肌训练法治疗。针刺治疗参照《针灸治疗学》^[3]癃闭的常规选穴:中极、膀胱俞、委阳、三阴交、阴陵泉。具体操作:嘱患者排空小便,取侧卧位,针刺穴位常规消毒,采用华佗牌不锈钢毫针针刺,针刺中极时向会阴处进针0.8~1寸,其余诸穴直刺0.8~1寸,行提插捻转法,平补平泄,强度以患者能耐受为度,留针30min。每日2次,14d为1个疗程。盆底肌训练法同治疗组。

2组均治疗1个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 生活质量量表(QOL)评分 治疗前后根据2组患者对自身生活质量的满意程度分别记为0~6分,患者得分越低,说明功能恢复越好^[4]。

3.1.2 膀胱最大容量及残余尿量 治疗前后采用B超检测2组患者膀胱最大容量和残余尿量,膀胱最大容量为膀胱充盈的最大容量,残余尿量为患者排尿后膀胱内仍残留的尿液,并记录相应的数值。

3.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定。治愈:患者在治疗后有自主的排尿反射,并且腹部膀胱膨隆明显减小,残余尿量 $<100\text{mL}$;有效:患者在治疗后有自主的排尿反射,但一般残余

尿量 $100\sim 200\text{mL}$;无效:患者在治疗后有自主的排尿反射,但一般残余尿量 $>200\text{mL}$ 或临床表现没有明显的改变。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用非参数秩和检验。数据结果的分析表示为 $(\bar{x}\pm s)$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后QOL评分比较 见表1。

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	5.07 ± 0.83	$1.10\pm 0.76^{*}\#$
对照组	30	4.93 ± 0.83	$2.93\pm 0.83^{*}$

注:与本组治疗前比较, $*P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\#P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后膀胱最大容量及残余尿量比较 见表2。

组别	例数	时间	膀胱最大容量	残余尿量
治疗组	30	治疗前	409.63 ± 46.19	175.20 ± 34.11
		治疗后	$517.60\pm 53.16^{*}\#$	$112.27\pm 39.73^{*}\#$
对照组	30	治疗前	391.13 ± 47.56	193.20 ± 46.03
		治疗后	$479.87\pm 47.36^{*}$	$141.53\pm 46.72^{*}$

注:与本组治疗前比较, $*P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\#P<0.05$ 。

3.4.3 2组临床疗效比较 见表3。

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率
治疗组	30	12(40.0%)	16(53.3%)	2(6.7%)	93.3% [#]
对照组	30	8(26.7%)	12(40%)	10(33.3%)	66.7%

注:与对照组比较, $\#P<0.05$ 。

4 讨论

神经源性膀胱归属于中医学“癃闭”范畴,多因膀胱气化功能失调,病位主要在膀胱,但与脾、肺、肾、三焦有关。《素问·灵兰秘典论》曰:“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出焉”,明确指出膀胱的排尿和贮尿功能。脾气不足,肾气亏虚,导致膀胱不受约束,气化无权,开阖失常,出现小便不利等排尿障碍。卒中后神经源性膀胱好发于中老年人,卒中后患者体弱,肾气不固,阳气不足,导致脑失濡养,膀胱气化失调,开阖失常,故产生尿潴留。脑为元神之府,是中风病的病灶所在。足运感区平行于前后正

中线,在正中中线中点旁开左右各1cm,并且向后引出3cm,其内侧秉承督脉之气,外侧连通膀胱经气,总领督脉总督阳气,连通肾脏与脑部,可振奋肾阳,调节膀胱开合^[6]。足运感区与各经络相互联系,针刺之可以濡养脑窍、调神导气,调理头部的的气血不足及经络的瘀阻。研究表明排尿中枢的排尿反射由大脑的高级中枢和骶髓的低级中枢控制,脑卒中后中枢神经系统受损,引起膀胱、尿道功能障碍。足运感区在大脑排尿的高级中枢,神经定位位于旁中央小叶,头针足运感区使排尿反射通过刺激大脑皮层得到控制,骶髓的低级中枢收到传导神经纤维的信号,兴奋骶髓前角的神经元和骶髓的交感中枢,并抑制骶髓的副交感中枢,促进膀胱逼尿肌及尿道括约肌收缩和舒张功能的恢复^[7]。

根据中医理论思想“经络所在,主治所及”,八髎穴在足太阳膀胱经上,为膀胱经气聚集之处,其功效以通调经络、疏理下焦之气、强腰膝为主,既能补肾气填精髓,又能调节膀胱的气化作用以改善小便困难的症。配合交叉电针的刺激,促进电场作用于脊髓中枢,产生的生物电刺激使排尿中枢受损平面修复,重塑排尿反射,并且增强逼尿肌收缩和舒张的能力,修复局部组织、神经、肌肉。八髎穴分别位于第1~4骶后孔,电针八髎穴可以直接刺激骶神经根,被动引起逼尿肌和膀胱内括约肌节律性收缩舒张运动,有利于排尿反射的形成^[7]。交叉电针既能抑制膀胱逼尿肌的亢进反射,又能激活低位的中枢神经反射,加快排尿反射通路的重新构成,恢复患者的排尿功能^[8]。

本研究结果显示治疗组总有效率93.3%,优于对照组的66.7% ($P<0.05$),且在改善QOL评分、恢复损伤后膀胱容量、降低残余尿量方面治疗组疗效更优 ($P<0.05$),表明采用交叉电针八髎穴并结合头针足运感区配合盆底肌训练法能改善卒中后神经源性膀胱患者小便不利的症状,提高患者的生活质量,恢

复受损的膀胱逼尿肌、括约肌的收缩和舒张能力,使膀胱最大容量、残余尿量得到相应的改善。此法治疗能促进患者膀胱能力的恢复,减少排尿障碍带来的痛苦,并增加患者对于治疗的信心。虽然针灸联合现代技术治疗有较为广阔的前景,但其具体作用机制复杂,仍需继续深入研究。

参考文献

- [1] LI J L, WANG L D, CHAO B H, et al. Prevalence of stroke in China: An epidemiological study based on the National Stroke Screening Survey[J]. The Lancet, 2015, 386: S49.
- [2] 中国老年医学学会神经医学分会, 天津市卒中学会, 王毅, 等. 卒中后神经源性膀胱诊治专家共识[J]. 中国卒中杂志, 2016, 11 (12): 1059.
- [3] 高树中, 杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 64.
- [4] 刘高. 针刺治疗神经源性膀胱的临床研究[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2017.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 (第1辑) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 171.
- [6] 章羽. 针刺足运感区结合温针关元、中极治疗小儿遗尿疗效观察[J]. 四川中医, 2017, 35 (9): 179.
- [7] 喻巍, 赵惠, 孔波, 等. 电针八髎穴配合补肾固本针刺法治疗脑卒中后尿失禁的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27 (6): 38.
- [8] 康玉闻, 金中华, 沈楚龙, 等. 电针疗法联合膀胱功能训练对脊髓损伤后神经源性膀胱尿动力学的影响[J]. 医学与哲学, 2017, 38 (16): 52.

第一作者: 朱鸿 (1993—), 女, 医学硕士, 硕士研究生, 研究方向为针灸推拿学。

通讯作者: 赵惠, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师。18646026837@qq.com

收稿日期: 2019-01-06

编辑: 强雨叶

江苏中医药信息网 (www.jstcm.com)

——做最专业的中医药网络传媒!