引用:胡丹,艾潇,余园,傅品芳,刘晓瑜. 头针联合膀胱经罐灸法治疗脑卒中后神经源性膀胱 30 例[J]. 湖南中医杂志,2024,40(6):63-65.

头针联合膀胱经罐灸法治疗脑卒中后神经源性膀胱 30 例

胡　丹,艾　潇,余　园,傅品芳,刘晓瑜
(岳阳市中医医院,湖南　岳阳,414000)

[**摘要**]　目的:观察头针联合膀胱经罐灸法对脑卒中后神经源性膀胱的影响。方法:将 60 例脑卒中后神经源性膀胱患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。对照组给予常规治疗和头针疗法,治疗组在对照组基础上予以膀胱经罐灸法,对比 2 组治疗前后残余尿量、平衡膀胱例数及改良 Barthel 指数(MBI)评分。结果:治疗后 2 组残余尿量较治疗前均减少,平衡膀胱例数和 MBI 评分较治疗前均增加,且治疗组改善幅度较对照组明显,差异均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。结论:头针联合膀胱经罐灸法可以提高脑卒中后神经源性膀胱的临床疗效,改善膀胱功能,提高患者生活质量。

[**关键词**]　脑卒中;神经源性膀胱;头针;膀胱经罐灸
[**中图分类号**]R277.733,R245.32^{+}1　[**文献标识码**]A　DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2024.06.016

脑卒中是致死、致残的重大疾病之一,脑卒中发生后往往伴随认知障碍、言语障碍、吞咽障碍、运动障碍等各种并发症,其中 14%~53%患者可能并发神经源性膀胱功能障碍[1]。神经源性膀胱(neurogenic bladder,NB)是因神经控制机制出现紊乱而引起的下尿路功能障碍,主要表现为尿潴留和尿失禁,而且约 45%的神经源性膀胱患者合并有泌尿系感染[2],早期治疗不及时,易出现逆行感染,导致上尿路损害,严重者可出现肾衰竭。研究发现,神经源性膀胱是评估脑卒中患者不良功能结局、致死和致残率增加的重要指标[3]。神经源性膀胱的病理机制较为复杂,治疗周期长,目前尚无特效药,可通过针灸、中药、功能性训练、神经电刺激、间歇导尿等改善膀胱功能,但单一训练疗效欠佳,因此,临床上多采用多种训练方法相结合治疗。

脑卒中后神经源性膀胱属于中医学“癃闭”“遗溺”范畴。《素问·宣明五气》载:“膀胱不利为癃,不约为遗溺”,本病病位在膀胱,中风后小便障碍主要因膀胱气化不利致水道不通,表现为尿潴留或尿失禁,与肺、脾、肾、三焦关系密切,肾与膀胱互为表里,肾主水,膀胱主疏泄,肾与膀胱气化正常,则膀胱开阖有度,小便藏泻有序。故中医治疗本病以“通利”为法。本研究在常规治疗的基础上加用头针联合膀胱经罐灸法治疗脑卒中后神经源性膀胱 30 例,疗效颇佳,现报告如下。

1　临床资料

1.1　一般资料　选取 2022 年 1 月 1 日至 2023 年 8 月 31 日我院收治的 60 例脑卒中后神经源性膀胱患者作为研究对象,将其随机分成治疗组和对照组,每组各 30 例。治疗组中,男 18 例,女 12 例;平均年龄(61.26±7.74)岁;平均病程(35.80±15.67)d;脑梗死 18 例,脑出血 12 例。对照组中,男 21 例,女 9 例;平均年龄(62.60±8.04)岁;平均病程(38.27±14.47)d;脑梗死 14 例,脑出血 16 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会审核批准(YZYEC[2021]P011 号)。

1.2　诊断标准　符合《卒中后神经源性膀胱诊治

基金项目:湖南中医药大学校级科研基金与联合基金项目(2021XJJJ084)
第一作者:胡丹,女,医学硕士,主治医师,研究方向:中西医结合防治脑血管病
通信作者:刘晓瑜,女,医学硕士,副主任医师,研究方向:中西医结合防治脑血管病,E-mail:110263214@ qq.com

专家共识》[4]中的诊断标准。脑卒中诊断明确,存在膀胱和尿道功能障碍,两者之间存在一定的关联性且排除其他疾病引起的排尿功能障碍。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准。2)入院时留置导尿管。3)病程14~90 d。4)意识清晰,交流无障碍。5)自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)已行经皮膀胱造瘘。2)存在严重的泌尿系疾病及未得到控制的高血压病、糖尿病、冠心病等基础疾病。3)因其他疾病需服用脱水或利尿药物。4)研究期间不能坚持间歇导尿。5)头背部手术部位或头皮有严重感染、溃疡及创伤。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规治疗和头针治疗。1)常规治疗。①完善尿常规,拔出导尿管,行简易膀胱容量压力测定[5],测得残余尿量;根据膀胱容量压力测定结果,分析膀胱功能类型。②制定饮水计划:每天饮水量1500~2000 ml,每天20:00至次日6:00饮水。③制定导尿计划:参照《神经源性膀胱护理实践指南(2017年版)》[6]制订合适的导尿计划。每次导尿前嘱患者先自行排尿,再予以间歇导尿,当残余尿量<100 ml可停止导尿,每天导尿4~6次。④动态评估:根据膀胱功能变化,对其进行动态评估,及时调整治疗方案。2)头针治疗。使用华佗牌一次性针灸针(苏州华佗医疗器械有限公司,规格:0.30 mm×40.00 mm)。取穴:①额旁3线。位于额部,自头维穴(在头侧部,当额角发际上0.5寸,头正中线旁4.5寸)的内侧0.75寸处向下引1条长1寸的线,发际上下各0.5寸。②足运感区。选双侧足运感区,位于感觉区上点(前正中线中点后2 cm处)后1 cm处旁开正中。针刺手法:患者取坐位或卧位,常规皮肤消毒后,针与头皮呈15°沿两侧刺激区快速刺入皮下,推进至该区深度,然后进行捻针,200次/min,持续2 min,再留针10 min,重复操作1次。每天针刺1次,每周5次,连续治疗4周。

2.2 治疗组 在对照组的基础上配合膀胱经罐灸。1)火龙罐。罐体由玄石加紫砂混合烧制而成,罐口平面呈齿状凹凸,罐体内放置30:1纯蕲艾艾绒制成艾柱(深圳德鸣健康管理限公司生产)。2)操作方法。患者取俯卧位,暴露背部。操作者取精油涂抹于患者相应皮肤,穴选膀胱经的肺俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、气海俞、关元俞、大肠俞、上髎、中髎、次髎、下髎,将罐体的梅花瓣角部先上后下,循经络、肌肉解剖方向旋转滑动,至皮肤微微发红发热,每次治疗时间20~30 min,每周治疗5 d,连续治疗4周。操作中注意控制罐温和施灸量,避免烫伤。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)残余尿量。患者治疗前后自主排尿后,再使用一次性导尿管导出其残余尿量并记录。2)平衡膀胱情况。观察患者治疗后达到平衡膀胱标准的例数,即自主排尿量与残余尿量的比值接近3:1。3)日常生活能力。采用改良Barthel指数(MBI)评分[7]对2组治疗前后的日常生活能力进行评价。该量表包括进食、床与轮椅转移、修饰、如厕、洗澡、步行、上下楼梯、穿衣、大便控制、小便控制10项内容。分为极重度、重度、中度、轻度功能缺陷和基本自理5个等级进行评分,总分100分,评分越高,表示生活能力越高。

3.2 统计学方法 采用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。计数资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验,计量资料以率(%)表示,采用χ^2检验,等级资料采用非参数秩和检验,$P<0.05$为差异有统计意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组残余尿量比较 治疗前,2组残余尿量比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组残余尿量均减少,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表1)

表1 2组残余尿量比较($\bar{x}\pm s$,ml)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值	t值	P值
治疗组	30	264.17±39.79	82.67±38.27	181.50±53.76	18.492	<0.01
对照组	30	273.50±46.48	131.33±67.01	142.17±78.00	9.983	<0.01
t值		0.874	3.611	-2.367		
P值		0.389	0.001	0.025		

3.3.2 2组平衡膀胱情况比较 治疗前,2组患者均未达到平衡膀胱状态。治疗后,治疗组有22例患者达到平衡膀胱标准(73.33%),对照组有14例(46.67%),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.3.3 2组MBI评分比较 治疗前,2组MBI评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组MBI评分均增加,且治疗组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表2)

表 2　2 组 MBI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值	t 值	P 值
治疗组	30	45.97±11.94	66.27±6.10	20.30±9.61	-11.574	<0.01
对照组	30	46.27±13.43	56.20±12.05	9.93±7.41	-7.339	<0.01
t 值		0.122	-5.493	-5.709		
P 值		0.904	<0.01	<0.01		

4　讨　　论

神经源性膀胱是脑卒中后常见的并发症之一,现代医学认为,正常的排尿反射由大脑高级中枢控制,脑卒中后导致排尿中枢受损,尤其是脑桥排尿中枢,当控制膀胱的中枢神经系统异常时,破坏膀胱逼尿肌和尿道括约肌的平衡协调性,膀胱不能随意储存和排泄尿液,从而引起排尿障碍,导致神经源性膀胱的发生。积极早期评估与治疗可以有效地保护患者的上尿路功能、改善膀胱功能。目前,留置导尿是临床上治疗脑卒中后尿潴留和尿失禁的主要治疗方式,可以有效缓解排尿障碍,但增加了感染风险,不利于患者膀胱功能恢复。本研究选取脑卒中后尿潴留患者,采用规律间歇清洁导尿,使膀胱定期得到充盈和排空,可以观察患者有无自主排尿情况,一定程度上促使自主排尿的恢复,同时还使储存和排出尿液更加规律,有效控制膀胱内储存尿液的量,防止出现压力过高的情况,这样更利于维护膀胱的顺应性,对肾功能产生保护作用,在促进膀胱自主排尿功能恢复中起重要作用,膀胱排空训练还能促使尿道括约肌和膀胱逼尿肌之间配合得更加协调,使得排尿反射慢慢形成,进而改善膀胱功能,但是单一的康复训练起效较慢。因此,在此基础上我们采用头针联合膀胱经罐灸法治疗。

头针对治疗头晕、头痛、失眠、脑卒中等头部疾病有一定的疗效,现代采用毫针在头部相应的刺激区治疗相应疾病,是传统治疗方法结合现代神经解剖学定位系统相结合的治疗方法[8]。有研究表明,在额旁 3 线予以头针施治,可通利关节、调节气机,通过刺激该穴线可以促进旁中央小叶功能恢复,有效控制排尿反射弧,调控尿道外括约肌和膀胱逼尿肌,从而改善排尿[9]。《外台秘要》载有“取盐填满脐中,大作艾柱灸令热为度”的外治法治疗小便不通,本研究采用的罐灸即火龙罐灸法,是一种集推拿、刮痧、艾灸、烫熨等为一体,并结合按、揉、推、震、闪、摇、碾等推拿手法的中医综合治疗,走罐时通过多种中医手法相结合,选取膀胱经诸穴(从肺俞至次髎),结合艾灸的温热,达到行瘀散结、通利水道、温补肾阳、化气利水的功效[10];膀胱俞、肾俞、三焦俞是足太阳膀胱经穴,是脏腑之气汇聚和输注的部位,通过刺激该穴位也可以改善小便不畅的情况;膀胱俞和肾俞分别是膀胱和肾的背俞穴,是癃闭的常用穴位,它们能够对相应脏腑功能进行调节;刺激肾俞可以补肾利水,刺激膀胱俞改善膀胱气化功能,刺激三焦俞可以宣畅气机,刺激八髎可以助阳化气,多穴合用共奏通利之功[11]。

本研究结果显示,2 组患者的残余尿量减少,平衡膀胱例数和 MBI 评分均增加,且治疗组的改善幅度更加明显,表明头针联合膀胱经罐灸法一定程度上可以改善逼尿肌和尿道内、外括约肌功能,改善膀胱功能,提高患者生活质量,值得临床推广。

参考文献

[1] 付伟锋,张佳,曾静,等. 间歇导尿对脑卒中后神经源性膀胱障碍患者的疗效[J]. 临床医学,2021,41(2):84-85.

[2] 庞灵,李桂杰,宗敏茹,等. 神经源性膀胱患者康复期尿路感染危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志,2013,23(18):4404-4405.

[3] 叶丽,黄厚强,郭声敏,等. 脑卒中后神经源性膀胱管理的最佳证据总结[J]. 护理学报,2021,28(10):41-44.

[4] 中国老年医学会神经医学分会,天津卒中学会. 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):1057.

[5] 李免花,熊雪红. 简易膀胱容量-压力测定技术在神经源性膀胱管理中的应用[J]. 当代护士,2017,24(7):18-21.

[6] 蔡文智,孟玲,李秀云. 神经源性膀胱护理实践指南(2017 年版)[J]. 护理学杂志,2017,32(24):1-7.

[7] 朱镰连,张皓,何静森. 神经康复学[M]. 2 版. 北京:人民军医出版社,2010.

[8] 王琼,邢海娇,鲍娜,等. 基于数据挖掘的头针疗法临床应用特点研究[J]. 针刺研究,2018,43(3):199.

[9] 王慧敏,李慧,谢润生,等. 针刺治疗脑卒中后尿潴留系统评价[J]. 中国中医药信息杂志,2019,26(6):97-101.

[10] 曾秋霞,钟华,冉白灵,等. 火龙罐疗法改善脑卒中后肩手综合征患者症状[J]. 护理学杂志,2021,36(12):53-55.

[11] 谢嫣柔,黄洁,李敏. 任脉铺灸合头针治疗脑卒中后尿潴留的临床研究[J]. 中医药导报,2018,24(16):95-97.

(收稿日期:2023-11-03)

[编辑:王红梅]