



腹针治疗混合痔术后尿潴留的临床观察

喻 融, 薛永红 (宁乡县中医医院, 湖南宁乡 410600)

摘要: **目的** 观察腹针治疗混合痔术后尿潴留的临床疗效。**方法** 选取符合标准的Ⅲ期和Ⅳ期混合痔 PPH(痔上粘膜环切术)术后尿潴留的患者 80 例, 随机分为治疗组和对照组各 40 例, 治疗组采用腹针疗法, 对照组采用体针疗法。观察两组患者治疗前后的症状体征, 经对症处理后的首次排尿时间、首次排尿尿量、2h 排尿总量, 对比两组患者的临床疗效及疼痛视觉模拟评分(VAS 评分)。**结果** 两组患者在治疗前的腹胀、大便情况方面无明显差异($P > 0.05$), 具有可比性, 两组患者治疗后的症状体征与治疗前相比, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 经对症处理后, 治疗组患者在首次排尿时间、首次排尿尿量、2h 排尿总量上均优于对照组($P < 0.05$); 治疗组的临床疗效优于对照组($P < 0.05$); 治疗组术后 4h、6h 的 VAS 评分低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 腹针治疗混合痔术后尿潴留疗效显著, 能有效减轻患者的痛苦, 值得在临床上推广应用。

关键词: 腹针 痔术后 尿潴留 临床观察

中图分类号: R246 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)11-127-02

基金项目: 本课题受湖南省教育厅科学研究项目资助, 编号: 13C1132

尿潴留作为肛门直肠疾病手术后最常见的并发症之一, 其发生率高达 12%-52%^[1]。现代医学认为此症多因麻醉、术中术后较快输入较多的液体、伤口疼痛、精神紧张、肛内纱布填塞、环境改变、及合并有泌尿系疾病等原因所致, 属于术后常见急症。尿潴留易引起泌尿系感染等加重了病人的痛苦, 增加了病人的医疗费用延长了康复时间, 严重影响术后患者的生活质量。笔者采用腹针治疗混合痔术后尿潴留, 取得了满意疗效, 特报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 9 月至 2015 年 10 月入院的Ⅲ期和Ⅳ期混合痔 PPH 术后尿潴留患者 80 例, 将 80 例符合混合痔 PPH 术后尿潴留标准的病例随机分为治疗组和对照组各 40 例, 这些患者中男性患者 41 例, 女性患者 39 例, 年龄在 18-65 岁之间, 其中, Ⅲ期混合痔患者 36 例, Ⅳ期混合痔患者 44 例。两组患者在性别、年龄、病情等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例诊断标准

混合痔诊断标准: 混合痔的西医诊断是依据 2006 年 7 月中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中华中医药学会肛肠分会、中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会制订的《痔临床诊治指南(2006 年版)》^[2] 中痔的分期标准。

尿潴留中医诊断标准: 采用国家中医药管理局发布的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》中“癃闭”诊断标准, 小便不利, 点滴不畅或小便闭塞不通, 尿道无涩痛, 小腹胀满判定为尿潴留。

尿潴留西医诊断标准: 采用 2002 年复旦大学出版社出版, 由石美鑫、张延龄主编的《现代外科学》中“急性尿潴留”的诊断标准。急性尿潴留为突然发生下腹尿胀难忍, 耻骨上区可触及或叩击肿大的膀胱, 用手按压尿意感加重, 有时可滴出少许尿, 但不能排空膀胱内尿液。

1.3 病例纳入标准

(1) 符合Ⅲ、Ⅳ期混合痔诊断标准并在 2014 年 9 月至 2015 年 10 月在我科行腰麻下 PPH 术患者, 术前排尿正常, 术后发生排尿困难并诊断为术后尿潴留的患者 80 例; (2) 年龄在 18-65 岁之间; (3) 签订知情同意书愿意接受本治疗方案的患者。

1.4 病例排除标准

(1) 不符合诊断标准和纳入标准者; (2) 妊娠或哺乳期妇女; (3) 并有心、脑血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病者; (4) 精神病患者; (5) 合并泌尿系疾病者, 如前列腺增生、神经源性膀胱、尿道损伤、尿道狭窄等泌尿系疾病等; (6) 依从性差, 不能完成随访者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 采用腹针疗法。

取穴采用循经取穴、定位取穴(根据神龟图取穴)和八廓辨证取穴 3 种方法相配合。具体取穴及操作: 引气归元: 中脘(M)、下脘(M)、气海(D)、关元(D); 天枢(M)、中极(S)、大赫双(S), 归来(S)令患者取仰卧位, 暴露腹部, 按水平线比例寸和任脉定位取穴方法先测准腹针穴位, 以确保疗效, 然后常规消毒。进针顺序为: 中脘(M)、下脘(M)、气海(D)、关元(D); 天枢(M)、中极(S)、大赫双(S), 归来(S)迅速刺入皮下, 然后缓慢进针到入部与地部, 进针时首先应避开毛孔、血管及瘢痕, 施术要轻柔, 施术分 3 步进行, 即候气、行气、催气, 进针后停留 3-5 分钟为候气, 3-5 分钟后捻转 1 次为行气, 再隔 5 分钟再捻转行针 1 次为催气。留针 30 分钟, 按进针顺序起针。

1.5.2 对照组 采用体针疗法。

以关元、中极、三阴交、足三里为主穴配穴随证加减。针具及局部消毒后进针, 关元、三阴交、足三里进针 1-2 寸, 中极进针 0.5-1.5 寸, 中强刺激, 得气后留针 20min, 每 3-5min 进针 1 次, 每日 2 次。

1.6 观察指标

观察两组患者治疗前后的症状体征, 经对症处理后的首次排尿时间、首次排尿尿量、2h 排尿总量。

1.7 疗效指标

显效: 治疗后 1h 内自行排尿且能排尽尿液; 好转: 治疗后 1h 内能自行排尿, 但膀胱内尿液排不尽, 或 1-2h 内自行排尿且能排尽; 无效: 经过 2h 的治疗后, 患者仍然不能够顺利排尿, 病情没有好转。疼痛视觉模拟评分(VAS 评分)采用临床上通用的中华医学会疼痛学会监制的疼痛视觉模拟量表进行 VAS 评分。

1.8 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件, 计量资料用均数 ± 标准差表示, 两组间比较用 T 检验, 计数资料用 % 表示, 组间疗效比较用非参数检验, 等级资料用秩和检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的症状体征比较

第一作者(通讯作者): 喻融, 女, 医学硕士, 研究方向: 肛肠疾病的防治研究。



治疗前治疗组患者腹胀 30 例 (75%), 大便已解者 7 例 (17.5%), 治疗前对照组患者腹胀 32 例 (80%), 大便已解者 4 例 (10%), 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 经治疗后, 治疗组患者腹胀 6 例 (15%), 大便已解者 25 例 (62.5%), 对照组患者腹胀 12 例 (30%), 大便已解者 22 例 (55%), 与治疗前相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者经治疗后首次排尿时间比较

两组患者首次排尿时间比较如表 1 所示。

表 1: 两组患者首次排尿时间 (min) 比较

分组	例数	< 30min	30-60min	> 60min
治疗组	40	19	17	4
对照组	40	10	15	15

注: 统计值 $z = -2.854$, $P = 0.004$

2.3 两组患者经治疗后首次排尿量和 2h 排尿总量比较

经治疗后, 治疗组患者首次排尿量为 (156.48±17.78) ml, 多于对照组的 (94.66±15.43) ml, 其差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。经治疗后, 治疗组患者 2h 排尿总量为 (279.43±11.66) ml, 多于对照组的 (148.87±14.52) ml, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 疼痛视觉模拟评分 (VAS 评分) 两组患者术后 4h, 6h 的 VAS 评分

如表 2, 差异有统计学意义。

表 2: 两组患者术后 4h, 6h VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	术后 4h	术后 6h
治疗组	40	2.8±0.6	2.7±0.7
对照组	40	5.1±0.8*	4.6±0.9*

注: 与治疗组比较, $*P < 0.05$; VAS 评分 = 疼痛视觉模拟评分。

2.5 疗效判断

治疗组患者 40 例, 其中显效 28 例, 好转 10 例, 无效 2 例, 总有效率 95%, 对照组患者 40 例, 其中显效 16 例, 好转 10 例, 无效 7 例, 总有效率 82.5%, 两组疗效比较如表 3。

表 3: 两组患者临床疗效比较

组别	例数	显效	好转	无效
治疗组	40	28	10	2
对照组	40	16	17	7

(上接第 126 页)

气血不和, 而致腰膝疼痛。”现代医家在继承古人经验的基础上, 师古而不泥古, 对 AS 的病因病机进行了丰富和发展。李奇^[4]等从中医证候逆向分析 AS 的病因病机, 指出强直性脊柱炎本虚与标实的区分在年龄、病程及 ESR 指标上均存在不同程度的界定。俞蛟^[5]等认为 AS 的病因病机多以“肾虚邪痹”立论, 认为肾虚为本病形成的内在因素, 风寒湿邪侵入督脉为本病发生的外在条件。总而言之, AS 的病因病机是由于先天禀赋不足, 素体虚弱, 肝肾精血亏虚, 督脉失养, 风寒湿诸邪乘虚而入, 深侵督脉, 气血凝滞, 而至筋骨失养, 发为本病。其病性为本虚标实, 肾督亏虚为本, 风寒湿邪为标。而在中医药治疗上, 方法多种多样, 有中医辨证施治 (包括脏腑辨治、八纲辨治、经络辨治、分期论治^[6])、中医针刺及灸法、埋线络法、挑筋法、中医蜂疗四联法、运动疗法^[7]等。王建东^[15]认为, 其治当以补肾通督、祛风散寒除湿为法。并应用补肾强督方: 骨碎补、补骨脂、熟地黄、淫羊藿、鹿角胶 (或鹿角片、鹿角霜)、狗脊、续断、杜仲、羌活、独活、防风、桂枝、赤芍、白芍、知母、川牛膝、炙麻黄、干姜、炙穿山甲。

本研究中, 运用益肾活血通痹法辅助的治疗组显效 18 例、有效 28 例、无效 4 例, 而单用西药的对照组分别为 13、23、14 例, 经秩和检验, 两组临床疗效差异有统计学意义

注: 统计值 $z = -2.786$, $P = 0.005$

3 讨论

术后尿潴留属于中医学“癃闭”范畴, 病机为膀胱气化功能失调, 病位虽在膀胱, 但与肺脾肝肾关系密切。一方面, 手术可致精血不足, 肾之阴阳俱虚, 肾阳不固则无以化气行水, 肾阴不足则阳无以化, 以致三焦气化功能失常膀胱开合失司而发为癃闭, 另一方面, 下焦受损, 则血液瘀滞, 气血循环不畅, 进而累及膀胱气机失调升降出入异常, 气机不降则津液不能下泄。这两方面导致肾与膀胱气化失常, 膀胱排尿功能障碍, 尿闭于内不能外出而发生尿潴留。腹针疗法是薄智云教授经过二十多年的反复研究、临床实践而创建的一种通过针刺腹部穴位调节先天、后天经络的新疗法。根据引气归元方^[3]中脘、下脘均属胃脘, 有理中焦, 施升降的作用; 天枢、归来均可调理中焦气机, 而手太阴肺经起于中焦, 故调中焦可使肺气肃降以利小便。气海为任脉之原穴, 疏通下焦元气, 理气行水。关元为任脉、足三阴经交会穴, 可补肾培元, 鼓舞膀胱气化以启尿闭。中极为膀胱募穴, 大赫位于中极旁 0.5 寸, 刺之可助中极穴疏通下焦气机。

西医治疗肛肠疾病术后尿潴留多采用新斯的明肌注、或使用 α 受体阻滞剂等药物疗法, 盆底肌锻炼, 下腹部膀胱区半导体激光治疗仪照射等理疗办法, 或导尿冲洗膀胱等。但多半有短时间内难以恢复排尿功能, 易引起膀胱逆行感染等不足。

腹针疗法操作简单规范, 针刺深浅合理, 临床疗效佳, 可有效缓解肛肠疾病术后尿潴留, 极大地减少了导尿管带给病人的不适感, 降低了医源性泌尿系感染的发生率, 患者易于接受, 值得在临床上推广。

参考文献

- [1] 张东明. 大肠肛门局部解剖与手术学 [M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1999: 81.
- [2] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南 (2006 版) [S]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.
- [3] 薄智云. 腹针疗法 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2004: 101.

($U_c = 2.075$, $P < 0.05$)。经治疗后, 两组 ESR、CRP 均降低 (P 均 < 0.01); 与对照组比较, 观察组治疗后 ESR、CRP 降低 (P 均 < 0.05), 说明益肾活血通痹法辅助治疗 AS 疗效较好, 有显著的抗炎作用, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 任征, 杨伟东, 黄颖, 等. 强直性脊柱炎与肺炎克雷伯菌感染相关性的研究进展 [J]. 现代医学, 2012, 40(3): 366-368.
- [2] 俞蛟, 宋欣伟. 中医药治疗强直性脊柱炎的研究进展 [J]. 内蒙古中医药, 2010, 30(8): 118-119.
- [3] 王培荣, 江蓉星, 梁谋旺. 强直性脊柱炎病因病机研究进展 [J]. 陕西中医学院学报, 2012, 35(2): 84-85.
- [4] 李奇, 张艳珍, 喻建平, 等. 从中医证候逆向分析强直性脊柱炎的病因病机 [J]. 光明中医, 2011, 26(4): 625-626.
- [5] 俞蛟, 宋欣伟. 中医药治疗强直性脊柱炎的研究进展 [J]. 内蒙古中医药, 2010, 30(8): 118-119.
- [6] 刘晓波, 孙素平. 中医辨治强直性脊柱炎的研究概况 [J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(28): 3682-3683.
- [7] 曹新峰, 周子朋, 郭会卿. 中医药治疗强直性脊柱炎概况 [J]. 风湿病与关节炎, 2012, 2(2): 69-72.
- [8] 王建东, 阎小萍. 补肾强督法治疗强直性脊柱炎临床研究 [J]. 中国中医急症, 2011, 3(20): 345-346.