

针刺联合膀胱功能训练治疗脊髓损伤后神经源性膀胱的临床疗效观察

熊瑛迦

桂林市中医医院康复医学科 541002

〔摘要〕目的 运用针刺联合膀胱功能训练治疗脊髓损伤后神经源性膀胱并观察临床疗效。方法 将 40 例脊髓损伤后神经源性膀胱患者按照随机数字分组法随机分为观察组和对照组，各 20 例。观察组采用针刺联合膀胱功能训练，对照组实施神经源性膀胱常规治疗。观察比较两组患者的临床疗效，治疗前后的残余尿量，膀胱容量。结果 治疗后两组的残余尿量及膀胱容量均发生改善，但观察组改善更为明显，两组之间比较有统计学差异 ($P < 0.05$)。结论 对脊髓损伤后神经源性膀胱患者，采用针刺联合膀胱功能训练治疗，临床效果良好，且安全性高。

〔关键词〕脊髓损伤后神经源性膀胱；针刺；膀胱功能训练临床疗效观察

〔中图分类号〕R246 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 11-074-02

脊髓损伤是康复科临床常见的疾病之一，发病原因与外伤、非外伤、感染等获得性原因、先天发育原因等多种因素有关。中医治疗脊髓损伤后神经源性膀胱具有可灵活施治、依从性好的优势，取得显著效果，能提高患者生活质量^[1]。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取桂林市中医医院康复医学科 2018 年 1 月—2020 年 1 月收治的脊髓损伤后神经源性膀胱患者 40 例，纳入标准：(1) 所有患者有明确的脊髓损伤史，入院后经问诊、查体显示存在神经源性膀胱症状；(2) 所有患者均无精神障碍及意识障碍，均自愿在知情同意书上签字。排除标准：(1) 因其他原因所致的神经源性膀胱患者；(2) 存在尿道损伤、泌尿系结石、泌尿系统肿瘤等泌尿系疾病的患者；(3) 存在其他重要脏器严重功能障碍的患者。患者按照随机数字表法分为观察组和对照组，各 20 例。对照组：男性 11 例，女性 9 例，年龄 35-69 岁，平均 (57.30 ± 8.70) 岁。观察组：男性 13 例，女性 7 例，年龄 38-72 岁，平均 (57.30 ± 9.13) 岁。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组：采用膀胱功能训练治疗。

观察组：采用针刺联合膀胱功能训练。即在膀胱功能训练的基础上加用电针疗法。选穴：气海、中极、关元、水道、阴陵泉、三阴交。患者小便或导尿后，对穴位周围皮肤行常规消毒，气海、中极、三阴交、关元直刺 0.5-1.0 寸，水道直刺 1.0-1.5 寸，阴陵泉直刺 1.0-2.0 寸，平补平泻，将关元和中极连接电针，选择 50Hz 连续波治疗，每次 20 分钟，每天 1 次。治疗时长 4 周。

1.3 观察指标

(1) 膀胱功能积分^[2]：0 分：通过反射能自行排尿，残余尿量 0-50ml，膀胱充盈期内压维持在 15cm 水柱以下，顺应性好，膀胱容量为 400-500ml，排尿及终止排尿受意识控制；1 分：通过反射能自行排尿，残余尿量 50-150ml，膀胱充盈期内压维持 15cm 水柱以下，顺应性良好，膀胱容量为 400-500ml，排尿及终止排尿缓慢但受意识控制；2 分：经反射刺激能排尿，残余尿量 150-250ml，膀胱充盈期内压维持在 15-19ml 水柱，顺应性较好，膀胱容量为 350-450ml，排尿及终止排尿不完全受意识控制，需定期间断性导尿排空。

(2) 冲洗膀胱：3 分：不能通过反射自行排尿，膀胱充盈期内压约 20cm 水柱，顺应性差，膀胱容量低于 400ml，排尿及终止排尿通过留置导尿管或间断性导尿，不受意识控制^[3]。

1.4 疗效评价标准

将治疗效果分为显效、好转、无效 3 个等级，显效：患者自主排尿、膀胱功能正常，但可有残余尿；好转：排尿次数增多、膀胱功能不稳定，残余尿量 $> 100\text{mL}$ ，需依靠间歇导尿来排空膀胱；无效：无法自主排尿，需要留置导尿管。临床总有效率 (%) = (显效 + 好转) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

收集整理临床数据，建立数据库。采用统计软件包 SPSS26.0 对数据进行分析。计量资料，以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内前后比较采用配对 t 检验。计数资料采用频数、构成比等表示，采用 χ^2 检验。四格表资料改用 Fisher 确切概率。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗 4 周后，观察组总有效率高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1：两组临床效果比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	好转	无效	总有效
对照组	20	6 (30.00)	8 (40.00)	6 (30.00)	14 (70.00)
观察组	20	10 (50.00)	9 (45.00)	1 (5.00)	19 (95.00)
χ^2					4.33
P 值					0.04

2.2 两组患者治疗前后膀胱功能积分比较

治疗后两组患者的膀胱功能积分均有所改善，观察组优于对照组，经比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2：两组患者治疗前后膀胱功能积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	20	2.75 $\pm$ 0.44	2.00 $\pm$ 0.79
观察组	20	2.70 $\pm$ 0.47	1.35 $\pm$ 0.88
t		0.346	2.459
P 值		> 0.05	< 0.05

3 讨论

经本文的研究发现，积极康复治疗两组患者的膀胱功能积分均较治疗前有所改善，但观察组优于对照组 ($P < 0.05$)；经膀胱功能训练治疗干预，两组患者的膀胱容量和残余尿量均发生明显改善，且观察组症状改善更为明显，两组之间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。研究结果说明，采用针刺结合膀胱功能训练对脊髓损伤神经源性膀胱患者进行治疗，患者可获得更好的治疗效果，故采用针刺结合膀胱功能训练是临床治疗的优良选择。

(下转第 78 页)

陈某,男,36岁,2019年11月08日初诊。患者四肢红斑丘疹伴瘙痒3月余,自行口服“氯雷他定片”,外用不知名药膏,效果不显,仍反复发作,故来就诊。症见四肢散在成片红斑丘疹,伴有少量渗出,痒重致难以入寐。小便黄,偶便溏,舌红、苔黄腻,脉滑数。西医诊断:湿疹;中医诊断:湿疮,证属:湿热内蕴,外感风邪,治以清利湿热,祛风止痒。方用当归拈痛汤加減:茵陈15g,土茯苓30g,苦参15g,防风10g,黄芩10g,羌活10g,葛根15g,升麻10g,猪苓10g,泽泻10g,当归15g,白术15g,苍术15g,白鲜皮20g,地肤子20g,生龙骨20g(先煎),甘草10g。14付,每日1付,水煎,早晚饭后温服。并嘱忌发物及辛辣刺激之品,避免温度高的水触碰皮肤,避免熬夜及情志紧张。

2019年11月23日复诊:患者皮疹颜色变浅,基本无渗液,瘙痒明显减轻,其余症状均有改善,自述服药后无不适。效不更方,继服10剂。

2019年12月08日三诊:患者皮疹基本消退,局部留有色素沉着,瘙痒不显,余症状基本消失。上方去生龙骨,继服7剂。

按:本病属中医“湿疮”的范畴,病机多为先天禀赋不足,后天饮食失节,或情志不遂致脾失健运,湿热内生,而腠理不密,又兼外感风邪,风、湿、热互结于肌肤,故发湿疮^[7]。因此湿热之邪引起的湿疹应治以清热除湿、祛风止痒,符合当归拈痛汤的病机,遂导师以此方加減治疗。湿热重去人参;为顾护脾胃去知母,以防寒凉太过;痒重加白鲜皮、地肤子清热燥湿止痒,同时具有抗炎、抗菌、抗变态反应等功效^[8];瘙痒难寐、便溏加生龙骨以重镇安神止痒,收敛湿气,固便成形。三诊患者痒不显,睡眠佳,故去生龙骨。此方加減调理一月余,诸症消失,湿疹未作。

4 结语

经历代医家的研究拓展,当归拈痛汤现应用广泛。现代药理

研究^[9]当归、茵陈、防风、苦参有抗菌作用;苦参、防风、泽泻具有抗炎功效;白术和猪苓可增强免疫。徐莎婷等^[10]认为此方有抗炎镇痛、调节免疫及代谢的作用。导师强调临床施治当审因论治,不可拘泥于原方主治。上述列举2则医案,虽疾病、症状各异,亦不属原方主治病症,但均契合了湿热内蕴的病机,运用收效甚佳,充分体现了中医“异病同治”的治疗思想。所以只要辨证准确,凡湿热证的皮肤疾病均可运用此方随症加減。

[参考文献]

- [1] 田代华整理.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [2] 焦振康.关于“湿热证”的历代研究[J].陕西中医药大学学报,2018,41(05):19-21+24.
- [3] 盛增秀.丹溪学派探要(下)[J].浙江中医杂志,2012,47(12):861-863.
- [4] 展照双,王加锋.“到气才可清气”对抗生素滥用及不良反应的临床指导意义[J].山东中医杂志,2019,38(5):410-413.
- [5] 国家技术监督局.中华人民共和国国家标准——中医临床诊疗术语证候部分[S].北京:中国标准出版社,1997.
- [6] 寻常型银屑病(白疤)中医药循证临床实践指南(2013版)[J].中医杂志,2014,55(1):76-82.
- [7] 刘美杰,刘瑛琦.运用五运六气学说分析湿疹湿热浸淫型的发病[J].长春中医药大学学报,2016,32(5):944-946.
- [8] 刘哲.中西医结合治疗皮炎湿疹类皮肤病100例临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(12):108-109.
- [9] 李敏.当归拈痛汤在皮肤病中的运用心得[J].现代中医药,2005,25(5):30.
- [10] 徐莎婷,唐现莉,欧阳建军.当归拈痛汤的临床应用与实验研究[J].河南中医,2013,33(02):302-305.

(上接第74页)

综上所述,对脊髓损伤神经源性膀胱患者采针刺结合膀胱功能训练治疗,安全有效,本研究样本量较少,试验周期较短,对其远期的排尿功能及泌尿道感染等并发症的发病率仍有待进一步追踪。

[参考文献]

- [1] 张胜利,赵承其,李勇.中医综合康复治疗对脊髓损伤后

神经源性膀胱尿潴留患者生活质量的改善效果分析[J].中国实用医药,2020,11:141-142.

- [2] 周凌云,李杰,李春梅,等.电针八髎、会阳治疗脊髓损伤性尿潴留疗效观察[J].中国针灸,2006,26(4):237-239.
- [3] 徐秀梅,徐彦龙.康复训练结合针灸治疗脊髓损伤神经源性膀胱患者临床疗效观察[J].中国针灸,2005,35(7):670-671.

(上接第75页)

保持骨折对位以达到早期愈合的效果。髓内针固定属于弹性固定是胫骨干骨折的较为理想治疗方式,该固定方法能够让骨折端更具稳定性,可更好地得到生理应力性刺激,并且这种固定亦不会加强组织容量,更适用于早期肢体肿胀的骨折实施手术。本次研究还发现,手法复位与微创穿针固定之间密不可分,换言之,若想到微创固定效果,就必须采取手法复位,二者相辅相成,只有复位满意后才能顺利将髓内针置入远侧髓腔,因此需重点把握手法复位的要点及技巧。

综上所述,胫腓骨骨折采取中医正骨手法闭合复位微创穿针

内固定治疗较为理想,可促进骨折快速愈合,临床运用效果显著,值得推广。

[参考文献]

- [1] 唐桂勇,徐东,杨效飞等.手法闭合复位经皮微创固定与小腿下段前外侧入路切开复位内固定治疗胫骨中下段骨折的疗效对比[J].安徽医药,2019,23(3):546-549.
- [2] 孔闪闪.闭合复位微创锁定钢板内固定治疗胫腓骨多段骨折的临床效果观察[J].医学理论与实践,2016,29(6):766-767.
- [3] 罗小军.闭合复位微创锁定钢板内固定治疗胫腓骨多段骨折的疗效分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(5):796-797.

(上接第76页)

身感觉障碍患者运动功能及感觉功能,具有较好的临床疗效。

[参考文献]

- [1] 严莉,李晶,卫义兰,等.轻点刺络法联合针刺对脑卒中偏身感觉障碍患者感觉功能和生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(17):1856-1860.
- [2] 袁昌杰,黄必德,韩克行.巨刺结合经筋刺法对中风后痉挛性偏瘫病人运动功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(08):1259-1261.
- [3] 荣积峰,王卫宁,吴毅,等.悬吊核心稳定训练对脑卒

中恢复期患者平衡功能和步行能力的影响[J].中国康复,2017,32(02):109-112.

- [4] 符标,张耿,占达良.腕踝针联合甲钴胺对缺血性脑卒中偏身感觉障碍的疗效观察[J].世界中医药,2019,14(09):2492-2494.
- [5] 马振宇.针刺配合低频神经肌肉电刺激对卒中下肢偏瘫患者肢体功能的影响[J].上海针灸杂志,2019,38(09):964-968.
- [6] 景福权,周钰,牛相来,等.腹针、腕踝针配合康复疗法治疗缺血性脑卒中偏瘫临床观察[J].上海针灸杂志,2018,37(02):154-158.