·短篇论著·

改良铺灸对脊髓损伤所致神经源性膀胱的临床疗效观察*

宋琳琳[1] 徐志伟[2] 陈新旺[3] 冯晓东[1,4] 王 磊[1] 孙伟娟[1]

神经源性膀胱(neurogenic bladder,NB)是脊髓损伤(spinal cord injury,SCI)的常见并发症之一,常表现为排尿困难、尿潴留、充盈性尿失禁等症状,容易出现泌尿系统的感染,导致肾盂肾炎、肾积水甚至肾功能衰竭,严重者可危及患者生命[1—2]。有研究表明,69%—92%的SCI患者会伴发神经源性膀胱,所以积极采取有效、最佳的方法治疗神经源性膀胱对改善患者生存质量意义重大[3]。笔者在临床中采用改良铺灸结合常规治疗本病效果显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

64例患者均为2014年6月1日—2015年3月30日我科收治的SCI合并膀胱功能障碍患者,男性42例,女性22例。按入组顺序编号利用随机数字表将其随机分为改良铺灸组(治疗组)和常规康复组(对照组)两组,每组32例。两组患者在性别、年龄、损伤部位、损伤程度、病程方面相比差异无显著性意义(P>0.05),具有可比性,见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄	病程	损伤部位(例)			损伤程度(例)	
		男	女	(岁,$\bar{x}\pm s$)	(月,$\bar{x}\pm s$)	颈髓	胸髓	腰髓	完全	不完全
对照组	32	22	10	47.18±11.53	5.04±1.27	8	9	15	15	17
治疗组	32	20	12	48.72±10.15	4.28±1.06	9	7	16	13	19

西医诊断标准根据2011年中华医学会泌尿外科学分会发布的关于《神经源性膀胱诊断治疗指南》[4]。中医诊断标准参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中"癃闭"的诊断标准[5]。纳入标准:①符合SCI诊断标准及上述神经源性膀胱的中西医诊断标准;②影像学检查提示有脊椎外伤、手术病史及脊髓病变者;③脊髓休克期已过,处于恢复期的患者,各项生命体征稳定;④知情同意并签署知情同意书者。

排除标准:①不符合诊断标准或纳入标准者;②合并马尾圆锥损伤患者或尿道出口梗阻者,严重的尿道炎或膀胱炎尿道周围脓肿者;③排尿时合并严重的自主神经反射亢进者;④存在严重感染、有膀胱肌肉损伤者。⑤已行膀胱造漏术,尿道前括约肌切开术者;⑥合并严重的心、肺、肝、肾疾病与精神病患者;

1.2 治疗方法

对照组:采用康复治疗方案进行积极干预,患者在饮水计划下进行间歇性清洁导尿及常规膀胱功能训练。间歇导尿:每隔4—6h进行一次性导尿管导尿1次,根据患者的膀胱容量及残余尿量决定每日间歇导尿次数。膀胱功能训练:根据患者情况分别进行手法排尿、盆底肌锻炼,以及通过各种训练方法如敲打、受压、腹部用力等诱发排尿反射。

治疗组:治疗组在常规治疗的基础上另进行改良铺灸治疗,操作方法为:选取腹部及腰骶部穴区,将中药粉(芍药甘草汤加减)铺于施灸部位,在本科室设计的铺灸盒内均匀铺满厚度在1cm左右的姜末,并在姜末上均匀放置适量艾绒,将灸盒放置于肾俞、膀胱俞、八髎穴穴区并固定,点燃施灸;之后再将艾箱扣于关元、气海、中极穴区施灸。以患者感觉温热、舒适但无灼痛感为宜,必要时可用手感觉施灸部位的温度,以便及时调整艾箱位置,以免烫伤患者。每次30min,每日1次,10次1个疗程。观察6个疗程后进行疗效评价。

1.3 疗效观察

①B超检查测定两组患者治疗前后的残余尿量及膀胱容量。②记录建立反射性膀胱的时间和膀胱平衡状态例数。③生活质量评分[6]:对患者治疗前后的排尿情况以及生活质量进行评分:0为非常好、1为好、2为多数满意、3为满意和不满意各半、4为多数不满意、5为不愉快、6为很痛苦。

1.4 统计学分析

利用Epidata3.0建立数据库,由2名经过培训的研究人员独立录入,核对无误后使用SPSS17.0统计软件进行逻辑检查和数据分析,年龄、病程等计量资料满足正态分布时用均数±标准差表示集中和离散趋势、不满足正态分布时,用中位数和四分位数间距(M,Q)表示集中和离散趋势;性别、职业等计数

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2017.02.023

*基金项目:2013年度河南省中医药科学研究专项课题(2013ZY04035)

1 河南中医学院第一附属医院,郑州市,450000; 2 河南省人民医院; 3 河南中医学院; 4 通讯作者

作者简介:宋琳琳,女,主管护师;收稿日期:2015-10-24

资料采用率或构成比进行统计描述，采用χ^2检验进行差异性分析，设定检验水准为0.05，$P<0.05$为差异有显著性意义

2 结果

2.1 治疗前后残余尿量及膀胱容量的比较

两组治疗前膀胱残余尿量、膀胱容量相比差异无显著性意义（$P>0.05$）；两组治疗后膀胱残余尿量、膀胱容量与治疗前相比均有明显改善（$P<0.05$）；且治疗组的改善效果由于对照组（$P<0.05$），见表2。

2.2 两组建立反射性膀胱时间比较

治疗组建立反射性膀胱的平均时间(21.48±6.83d)早于对照组(29.58±8.84d)($P<0.05$)。

2.3 两组治疗前后的生活质量评分比较

治疗后两组患者生存质量评分与较治疗前显著下降（$P<0.05$）且治疗组下降优于对照组（$P<0.05$），见表3。

表2 治疗前后残余尿量及膀胱容量的比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	残余尿量		平均膀胱容量	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	177.53±21.49	89.68±24.37	307.74±73.86	413.68±76.98
治疗组	32	182.19±23.74	53.75±22.82	311.67±80.65	489.47±68.38
*t*值		-3.25	9.32	-1.64	-9.46
P		0.16	0.02	0.36	0.01

表3 两组患者治疗前后生活质量评分比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	32	4.89±1.36	2.79±1.27
治疗组	32	4.94±1.57	1.48±0.95

3 讨论

脊髓损伤后，会立即出现损伤平面以下所有神经活动抑制，脊髓初级排尿中枢失去大脑高级排尿中枢的控制，膀胱正常的神经调节通路受阻。随着膀胱充盈，膀胱充盈信号不能沿着上行纤维上传到脑干和大脑，大脑不能产生正常的排尿信号，以致膀胱逼尿肌收缩及尿道外括约肌舒张活动不能出现，导致出现大量的残余尿量和膀胱扩张。若不进行有效治疗，将可能导致膀胱输尿管反流、泌尿系统感染、肾积水、最终导致肾功能衰竭乃至死亡等严重并发症[7—8]。所以改善膀胱功能，协调逼尿肌和尿道外括约肌功能，修复膀胱的神经支配是治疗神经源性膀胱功能障碍主要措施。目前神经性膀胱的非手术治疗主要由导尿、辅助治疗、药物治疗、针灸疗法、封闭疗法、膀胱训练[9—11]等，但是积极探索本病的最佳治疗效果仍是临床研究的方向。

神经源性膀胱属于中医癃闭范畴，中医学认为脊髓损伤使督脉受损，以致膀胱气化不利，水道受阻，故小便不通。其病位在膀胱，与三焦、肺、脾、肾相关。气海、关元、中极同属于任脉经腧穴，位于下腹部，皆能够治疗泌尿系统的病变。中极为膀胱的募穴，是治疗小便不利、淋证、遗尿、癃闭等泌尿系统疾病的主穴；水液的代谢输布有赖于气机的运化，气海、关元培补元气、温阳补虚以调理膀胱气机；肾俞、膀胱俞、次髎具有温阳、利水、增加膀胱内压的作用，对膀胱气化功能失调性疾病具有良性调整作用[12]。

艾叶具有温通经络及抑菌抗感染作用，艾叶中所含胆碱是神经递质乙酰胆碱的合成原料，可促进神经功能的恢复；加上姜末，更进一步增加灸的温通作用[13]；芍药甘草汤能够镇痛、解热、抗炎、松弛平滑肌的作用，能治疗中枢性或末梢性的筋系挛急，以及因挛急而引起的疼痛[14]。临床中采用改良铺灸的方法在患者胱残余尿量，膀胱容量、建立反射性膀胱时间、膀胱平衡指数的效果要优于常规疗法，通过艾叶、姜、中药三者共同作用可以加强局部的血液和淋巴循环，促进损伤神经的修复和反射弧的重新建立，促进膀胱收缩，兴奋膀胱括约肌，同时能够提高机体的免疫力，预防泌尿系感染的发生。该疗法在临床使用中简便验廉，效果明确，患者接受度好，值得进一步细化研究。

参考文献

[1] 过灵香，张泓. 针灸治疗神经源性膀胱尿潴留临床疗效的Meta分析[J]. 中医药导报，2015，(23)：90—93.

[2] Cruz CD, Cruz F. Spinal cord injury and bladder dysfunction: new ideas about an old problem[J]. Scientific World Journal，2011, 11(11):214—234.

[3] Patki P, Woodhouse J, Hamid R, et al. Lower urinary tract dysfunction in ambulatory patients with incomplete spinal cord injury[J]. J Urol，2006，175:1784—1787.

[4] 廖利民，宋波.神经源性膀胱诊断治疗指南[M].中国泌尿外科疾病诊断治疗指南（2011版）.北京：人民卫生出版社，2011.177—189.

[5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京：南京大学出版社，1994.27—28.

[6] 秦江,赵亚杰,石秀秀，等.不同时期针刺介入对脊髓损伤后神经源性膀胱排尿功能重建的影响[J].中国针灸，2015，(2):132—135.

[7] Taweel WA，Seyam R.Neurogenic bladder in spinal cord injury patients[J]. Research&Reports in Urology，2015,7：85—99.

[8] Noreau L, Noonan VK, Cobb J, et al. Spinal cord injury community survey: a national, comprehensive study to portray the lives of Canadians with spinal cord injury[J]. Top Spinal Cord Inj Rehabil，2014，20(4)：249—264.

[9] 邢晓红,杜莹,常淑娟. 膀胱功能训练治疗脊髓损伤患者神经源性膀胱的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志，2006，(11)：773—775.

[10] 吴立红,陈志刚,陈敏杰. 针灸治疗神经源性膀胱的临床研究进展[J].针灸临床杂志，2012，(2)：65—66.

[11] 杨凤翔,王成秀,李娜,等. 脊髓损伤后神经源性膀胱的康复研究进展[J].华西医学，2015，(2)：389—391.

[12] 李景兴，张泓，匡静之，等. 针灸治疗脊髓损伤后尿潴留的选穴规律探讨[J]. 辽宁中医药大学学报，2013，(5)：94—96.

[13] 李亮，朱兵. 热灸法机制研究.实用医学进修杂志，2009，37(2):70—71.

[14] 张保国,刘庆芳. 芍药甘草汤方剂学实验研究[J]. 中成药，2012，(7):1354—1357.