

- [8] Maulden SA, Gassaway J, Horn SD, et al. Timing of initiation of rehabilitation after stroke[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2005, 86(12): S34—S40.
- [9] 耿蓄芳. 脑卒中病人早期肢体康复护理进展[J]. 家庭护士, 2008, 6(18): 1686—1687.
- [10] 倪俭, 陈丽霞. 脑卒中病人肢体功能早期康复护理进展[J]. 护理研究, 2009, 23(3): 759—760.
- [11] Tyedin K, Cumming TB, Bernhardt J. Quality of life: an important outcome measure in a trial of very early mobilisation after stroke[J]. Disabil Rehabil, 2010, 32(11): 875—84.
- [12] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301—317.
- [13] Bernhardt J, Dewey H, Thrift A, et al. A very early rehabilitation trial for stroke(AVERT): phase II safety and feasibility[J]. Stroke, 2008, 39(2): 390—396.
- [14] Smits M, Visch—Brink EG, Sandt—Koenderman ME, et al. Advanced magnetic resonance neuroimaging of language function recovery after aphasic stroke: a technical review[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2012, 93(1): S4—14.

• 中医护理 •

穴位艾灸结合膀胱功能康复训练对神经源性膀胱患者膀胱功能的影响

陈巧鸽, 胡 洋

(金华市中心医院, 浙江金华 321000)

摘要:目的 观察穴位艾灸结合膀胱功能康复训练对神经源性膀胱患者膀胱功能的影响。方法 将 50 例患者按随机数字表分为观察组和对照组各 25 例, 对照组患者采用膀胱功能康复训练, 观察组在膀胱功能康复训练的基础上进行艾灸气海穴、关元穴。干预 6 周后观察两组患者达到膀胱平衡状态的例数及时间, 行尿流动力学检查并与干预前的尿流动力学数据进行比较。结果 观察组患者达到膀胱平衡状态的时间早于对照组($P < 0.05$), 达到膀胱平均状态的例数多于对照组; 与对照组相比, 观察组患者膀胱容量、逼尿肌压力、逼尿肌过度活动数目等尿流动力学指标改善更优, 两组比较有统计学意义。结论 穴位艾灸结合膀胱功能康复训练对神经源性膀胱患者膀胱功能有良性的调节作用。

关键词:神经源性膀胱; 膀胱功能; 艾灸; 康复训练 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2015.02.022

中图分类号: R245.81

文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2015)02-0163-03

由于各种原因引起的脊髓结构、功能的损害, 造成损伤平面以下运动、感觉、自主神经功能障碍即为脊髓损伤(spinal cord injury, SCI)。控制膀胱的中枢或周围神经损伤引起的尿潴留和(或)排尿功能障碍, 称为神经源性膀胱^[1]。SCI 患者神经源性膀胱排尿功能障碍治疗目的是尽早建立反射性排尿节律, 以提高患者生活质量^[2]。艾灸是中医传统治疗的重要手段, 有利于膀胱排空及膀胱功能平衡状态的建立, 促使膀胱正常生理功能的恢复^[3], 具有对患者不造成损害, 没有药物过敏及不良反应等优势。尿道括约肌控制训练、排尿反射训练等膀胱功能训练, 能提高神经源性膀胱患者的排尿功能^[4]。本研究主要观察穴位艾灸结合膀胱

功能康复训练对 SCI 所致神经源性膀胱患者达到膀胱平衡状态的影响。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 入组标准: 外伤性颈、胸、腰髓 SCI 患者, 诊断符合美国脊柱损伤学会 2000 年标准^[5], 均出现神经源性膀胱^[1], 知情同意并配合训练。排除标准: 伴有严重心、脑、肺等重要脏器疾病患者, 合并有水电解质、酸碱平衡紊乱; 既往有严重肾脏疾病患者, 有严重的肾积水、严重的排尿植物神经系统过反射性膀胱造瘘术、尿道括约肌切开术患者。2011 年 6 月至 2013 年 12 月在本院康复科住院符合入组标准的患者 50 例。按随机数字表分为观察组和对照组各 25 例。观察组: 男 17 例, 女 8 例; 年龄(34.8 ± 13.5)岁; 病程(16 ± 4.5)d; 颈髓损伤 7 例, 胸髓损伤 12 例, 腰髓损伤 6 例, 均为 A、B 级损伤。对照组: 男 18 例, 女 7 例; 年龄($32.8 \pm$

作者简介: 陈巧鸽(1977—), 女, 本科, 副主任护师, 护士长。

收稿日期: 2014—09—19

金华市科技局科技计划一般项目, 编号: 2012—3—028

11.5)岁;病程(16±4.3)d;颈髓损伤 7 例,胸髓损伤 12 例,腰髓损伤 6 例,均为 A、B 级损伤。两组患者一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采用膀胱功能康复训练的方法。入院后第 2 天评估病情,对患者进行分期处理。脊髓休克期采用持续留置尿管间歇开放法:尿道口擦洗 1 次/d,鼓励患者多饮水,1 500~2 500 ml/d,导尿管留置时间一般不超过 1 个月,每周更换 1 次导尿管,根据患者情况间歇开放导尿管,白天 2 h 开放 1 次,夜间 3~4 h 开放 1 次。脊髓恢复期采用饮水计划及间歇导尿:脊髓受伤后 3~4 周,由脊髓休克期进入恢复期,此时是膀胱训练的最佳时期。制定饮水计划,早、中、晚餐时各饮 400 ml 温开水,10:00、16:00、20:00 各饮 200 ml,之后至 6:00 不饮水,每日饮水量严格限制在 2 000 ml 以内。白天 2 h 开放 1 次,夜间 3~4 h 开放 1 次,次日膀胱冲洗后拔除导尿管,初次拔除导尿管时,如患者完全不能自主排尿,每 4~6 h 导尿 1 次,或者根据患者的膀胱充盈程度确定导尿时间。每次导尿前,让患者试行排尿并测定残余尿量,按残余尿的多少,修改间歇导尿的时间,两次导尿之间能自动排尿 200 ml 以上,残余尿量 200 ml 以下时,每 8 h 导尿 1 次,当残余尿量少于 100 ml 即停止导尿^[6-7]。每次导尿前 10 min,用手法辅助进行膀胱功能训练,寻找刺激排尿反射的触发点,如叩击耻骨上区、摩擦大腿内侧、牵拉阴毛、扩张肛门或叩击骶尾部等,每次 3~5 min,以促使自发性排尿反射;也可按压下腹部,利用增加腹压的方法促使膀

胱内压力增高,引起排尿,同时嘱患者做正常排尿动作进行排尿意识训练,使协同肌配合以利于排尿反射的形成^[8]。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上入院后第 2 天开始进行艾灸气海穴、关元穴。患者平卧,耻骨联合到剑突之间的皮肤充分暴露。取穴:腹部前正中线上,脐下 1.5 寸为气海穴,脐下 3 寸为关元穴。操作者将两条艾条点燃(每条长约 10 cm),放在艾灸箱内,将艾灸箱放在距皮肤腹白线上 2~5 cm 处,对准气海穴和关元穴熏艾。艾灸治疗早晚各 1 次,每次 20 min。艾灸进行 6 个疗程(6 d 为 1 个疗程,休息 1 d 后接下一疗程)。

1.3 效果评价方法

1.3.1 达到膀胱平衡状态的例数和时间 膀胱平衡状态指膀胱能低压储尿并有较大的膀胱容量(350~500 ml),能在不用导尿管下排空膀胱(残余尿量<100 ml),无尿失禁、上尿路功能不受损害^[9]。记录达到膀胱平衡状态的例数和达到膀胱平衡状态时间。

1.3.2 膀胱尿流动力学 在患者实施膀胱功能康复训练及穴位艾灸前和干预 6 周后测定膀胱尿流动力学,记录膀胱容量(VH₂O)、逼尿肌压力(Pdet)、逼尿肌过度活动数目(DO)。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件进行统计分析,计量资料采用秩和检验、协方差分析,计数资料采用 Fisher 确切概率法检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组达到膀胱平衡状态例数比较 见表 1。

表 1 两组达到膀胱平衡状态例数比较

组 别	颈髓损伤		胸髓损伤		腰髓损伤	
	例数	膀胱平衡状态例数(%)	例数	膀胱平衡状态例数(%)	例数	膀胱平衡状态例数(%)
观察组	7	6(85.7)	12	11(91.7)	6	5(83.3)
对照组	7	2(28.6)	12	6(50.0)	6	1(16.7)

注:Fisher 确切概率法, $P>0.05$

2.2 两组达到膀胱平衡状态的时间比较 见表 2。

表 2 两组达到膀胱平衡状态的时间比较

组 别	颈髓损伤		胸髓损伤		腰髓损伤	
	例数	时间/d	例数	时间/d	例数	时间/d
观察组	7	18.00±14.500	12	31.00±15.200	6	20.00±11.800
对照组	7	20.00±13.200	12	40.00±14.800	6	23.00±13.00
Z 值		2.67		3.68		3.09
P 值		0.047		0.025		0.038

2.3 两组干预前后膀胱尿流动力学相关指标比较 见表 3。

表 3 两组干预前后膀胱尿流动力学相关指标比较

项 目	对照组(n=25)		观察组(n=25)		F 值	P 值
	干预前	干预后	干预前	干预后		
VH ₂ O/ml	71.80±11.40	131.80±18.50	74.90±10.30	175.60±17.60	6.57	0.04
Pdet/cmH ₂ O	96.70±27.60	87.90±24.80	95.90±28.30	62.90±23.90	31.1	0.00
DO/个	9.89± 3.32	9.50± 3.51	9.93± 3.27	6.50± 2.51	25.7	0.01

3 体 会

3.1 穴位艾灸联合膀胱功能康复训练能促进患者膀胱功能恢复 祖国医学认为,任脉总一身之阴脉,为“阴脉之海”,关元、气海为任脉要穴,解剖位置均在腹白线上,深部为小肠,分别在布有第 11 肋间神经前皮支的内侧支及布有第 12 肋间神经前皮支的内侧支,均走行在下腹部,具有通经络和气血,调畅中、下焦气机,使膀胱气化功能得以恢复之功效。艾灸具有温阳补气、温经通络、消淤散结、补中益气的作用。间歇导尿、叩击耻骨上区、摩擦大腿内侧、牵拉阴毛、扩张肛门或叩击骶尾部等膀胱功能康复训练,可以促使自发性排尿反射,也可按压下腹部利用增加腹压的方法促使膀胱内压力增高,引起排尿,同时嘱患者做正常排尿动作进行排尿意识训练,使协同肌配合以利于排尿反射的形成。在膀胱功能康复训练的基础上应用艾灸疗法,借艾火的纯阳热力和药力给人体以温热性刺激,使温热之气由肌表透达经络。又因经络和脏腑有相互联系、络属之关系,可通过经络腧穴的传导来调节脏腑的气化,致使温热之气通达五脏六腑、十二经脉,循环全身,从而逐步恢复膀胱功能,最终自主排尿^[10]。本文结果显示,观察组颈髓损伤、胸髓损伤和腰髓损伤患者达到膀胱平衡状态的时间明显早于对照组,不同损伤平面组间比较差异有统计学意义;观察组患者 6 周内达到膀胱平衡状态的例数显著多于对照组,但不同损伤平面组间比较差异无统计学意义,考虑可能与研究例数太少有关,需扩大样本量进一步研究;同时表 3 数据显示,与对照组相比观察组患者膀胱容量、逼尿肌压力、逼尿肌过度活动数等指标改善更明显,两组膀胱尿流动力学相关指标经协方差分析显示均有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,穴位艾灸配合膀胱功能训练能显著提高神经源性膀胱患者的膀胱功能,缩短治疗时间。

3.2 穴位艾灸联合膀胱功能康复训练的注意事项 膀胱功能康复训练在每次间歇导尿前 10 min 进行,每次 3~5 min。艾灸治疗在患者情绪放松、精神状态良好的情况下进行,保证患者充分配合治疗。穴位艾灸时,艾灸箱和皮肤之间垫一治疗巾以防烫伤,操作者一手放在穴位旁,以掌握皮肤温度(以患者感温热但无灼痛为度);为防止局部皮肤灼伤,交替艾灸气海穴与关元穴;随时弹去艾灰,灸至局部皮肤红晕为宜。

参考文献:

[1] Ginsberg D. The epidemiology and pathophysiology of neurogenic bladder[J]. Am J Manag Care, 2013, 19(10 Suppl): 191—196.

[2] Mourtzinou A, Stoffel JT. Management goals for the spina bifida neurogenic bladder: a review from infancy to adulthood. [J]. Urol Clin North Am, 2010, 37(4): 527—535.

[3] 伊仙琼, 朱文宗, 黄建平, 等. 艾灸结合间歇导尿治疗脊髓损伤神经源性膀胱的疗效观察[J]. 护理与康复, 2013, 12(12): 1159—1161.

[4] 周筱春, 叶旭平, 蒋松鹤. 膀胱功能训练在脊髓损伤伴神经源性膀胱患者康复中的作用[J]. 护理与康复, 2007, 6(12): 822—823.

[5] American Spinal Injury Association, International Medical Society of Paraplegia. American Spinal Injury Association 26th annual meeting. Chicago, Illinois, USA. April 14—16, 2000. Abstracts[J]. J Spinal Cord Med, 2000, 23(Suppl 1): 1—66.

[6] 张玲芝, 王元姣, 孙丽. 脊髓损伤自主性神经源性膀胱患者导尿间歇判断方法的比较研究[J]. 护理与康复, 2012, 11(7): 612—614.

[7] Samson G, Cardenas DD. Neurogenic bladder in spinal cord injury[J]. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2007, 18(2): 255—274.

[8] 徐淑芬, 周先富. 中药联合间歇性导尿治疗神经源性膀胱的护理[J]. 护理与康复, 2013, 12(5): 432—433.

[9] Kaufmann A, Kurze I. Diagnosis of neurogenic bladder dysfunction[J]. Urologe A, 2012, 51(2): 168—178.

[10] 孔娟, 朱乐英, 彭银英. 艾灸气海穴关元穴治疗脊髓损伤患者尿潴留的疗效观察[J]. 护理学报, 2009, 16(7): 66—67.