

曲骨穴电针齐刺结合间歇导尿治疗脊髓损伤后神经源性膀胱验案 1 则

罗艳娟

(务川仡佬族苗族自治县人民医院 贵州务川 564300)

摘要: 脊髓损伤后神经源性膀胱患者常表现为膀胱不同程度的排尿功能障碍,严重影响患者生存质量,给患者家庭和社会带来沉重的经济负担。目前临床上尚无统一标准治疗神经源性膀胱,其常用的治疗方法有针灸、药物控制、手术、间歇导尿等。因此,寻求一种安全有效,价格低廉且易于患者接受的治疗方法是我们临床医生的使命。

关键词: 曲骨穴;电针;齐刺;间歇导尿;神经源性膀胱

脊髓损伤(spinal cord injury,SCI)后会造造成受损神经节段所支配的部位出现各种运动、感觉以及自主神经功能障碍,是一种高致残性疾病。其中,神经源性膀胱(neurogenic bladder, NB)发病率约为70%~84%^[1],是SCI常见并发症,主要表现为排尿功能障碍^[2],包括尿潴留和尿失禁,其中约80%患者的症状表现为尿潴留,其易诱发尿路感染甚至肾功能衰竭,严重影响患者生存质量,是造成SCI患者死亡的重要原因。因此,治疗NB的关键是改善膀胱功能,恢复正常膀胱容量,减少尿路感染、肾衰等并发症,从而提高患者的生存质量。间歇导尿^[3]为临床上治疗NB的主要方法,但间歇导尿也存在一定的局限性,比如长期间歇导尿,易造成尿道损伤、泌尿道感染、疼痛等,会增加患泌尿系结石的风险等^[4]。基于此,在间歇导尿的基础上,如何提高疗效,缩短间歇导尿频次,减少并发症发生,恢复膀胱功能,成为目前研究的热点。

近年来,针灸治疗SCI后NB患者疗效确切,可重建膀胱功能,减少泌尿系感染等并发症的发生^[5]。其中,电针已日趋成为SCI后NB中医治疗的主流方法,通过复杂的机制诱导多层次调节,修复受损脊髓及膀胱组织细胞,改善逼尿肌和尿道外括约肌的协调性及肌电活动等,促进膀胱储尿排尿生理功能的重建^[6]。基于此,本文就我科运用曲骨穴电针齐刺法结合间歇导尿治疗腰椎术后所致SCI后NB患者经验进行分享报道,以期对NB的针灸治疗提供新思路。

1. 病例资料

患者,田某某,女,66岁,初诊日期:2022年05月13日。

主诉:腰椎术后小便困难1月。

现病史:1月前患者因腰椎间盘突出出于外院行腰椎手术(具体手术方式不详)后出现双下肢无力、麻木,伴小便困难,表现为有排尿意识,但小便不能自解,予间断导尿及肌肉注射新斯的明治疗2周后上述症状仍未见明显好转,后就诊于上级医院行“椎管探查减压术+经后路脊柱内固定系统翻修术”,术后患者双下肢无力及麻木明显好转,但小便胀痛,仍不能自解,持续留置导尿中,舌暗红,苔白,微腻,脉弦滑。治疗前B超测量:膀胱容量400ml,不能通过反射自主排尿。尿常规未见明显异常。

西医诊断:手术后马尾神经损伤 功能诊断:神经源性膀胱
中医诊断:癃闭-瘀血阻络。

2. 治疗方法:曲骨穴电针齐刺联合间歇导尿

1) 间歇导尿:为患者制订饮水计划:每日饮水量控制在1800ml左右,早中晚各约400mL,上午、下午、晚上各约200mL;晚上8点至次日清晨6点之间禁止饮水;患者欲解小便时,拔出尿管,嘱患者自行排便,患者首次拔出尿管后小便不能自解,开始间歇导尿,测残余尿量为400ml,初始时4h导尿1次。

2) 排尿结束后开始针刺操作。嘱患者平卧位,暴露耻骨处,选用直径0.35mm、长75mm一次性毫针,曲骨穴局部常规消毒,针尖与皮肤倾斜15°沿向会阴部进针1.5-2寸,使用捻转手法调节针感,当局部产生酸胀感,并向会阴部及尿道口放射时,停止捻针,以齐刺法在曲骨穴左右各1寸处进针,针尖与皮肤成15°,针尖方

向位向前正中中线倾斜,进针深度及行针手法同曲骨穴,使局部产生酸麻胀痛,针感放射至会阴部为度。以曲骨穴接正极,左侧/右侧针交替接负极,波形为疏密波,频率2HZ,强度以患者承受为度,治疗时间为30min,每天1次。

第一次针刺结束后患者可自行解出少许尿液,测残余尿量约395ml。连续5天上述治疗后,患者可自解小便约150ml/次,小便胀痛明显好转,残余尿量约250ml。后改间断导尿为q6/次,针灸治疗方案不变,治疗10天,患者可自行排便约300ml/次,残余尿量约80ml,无明显小便胀痛,停止间断导尿。后继续维持上述针灸治疗巩固5天,后患者排尿稍困难,无小便胀痛,B超测残余尿量约20ml,达临床治愈。6月后随访,患者轻度排尿困难,膀胱残余尿量约10-20ml。

按语:脊髓损伤的部位决定了NB的类型,NB主要是因逼尿肌和尿道内、外括约肌的收缩与舒张功能紊乱,以及脊髓所在的初级排尿中枢传导冲动障碍所引起^[7]。其中,尿潴留型主要是由于骶髓及以下周围神经区域受损,以逼尿肌反射消失或减退导致膀胱收缩无力,膀胱容量增大,排尿困难。间歇性导尿在有效排空膀胱的基础上,保持膀胱容量,间歇扩张膀胱,有利于膀胱功能的恢复,同时可避免膀胱过度充盈所致肾脏及膀胱功能受损^[8]。研究表明^[9],间断导尿联合针灸治疗SCI后NB疗效优于单纯间断导尿,且间断导尿时会增加患者不适感,且增加泌尿道感染风险。

中医认为NB属于“癃闭”范畴。《黄帝内经》曾提到膀胱为州都之官,主储存和排泄尿液。《素问·宣明五气》认为“膀胱不利为癃”。因此该病的发生主要责之膀胱,患者由于手术损伤经筋,瘀血内停,膀胱气化不利,而致排尿困难或尿闭。《灵枢·官能》认为针灸之法“必知形气之所在……知补虚泻实……审于调气,明于经隧……尽之其会……得邪所在,万刺不殆。”说明针灸治疗疾病通过了解病邪所在部位,辨标本虚实,掌握经气流通的渠道及聚合之处,补虚泻实,调和脉气,百治不殆。因此,治疗NB在于活血化瘀,调节膀胱气机,通利小便。

文献研究^[10]显示,曲骨穴主要用于治疗肾系及妇科疾病,其中癃闭最为常用。《针灸甲乙经》曾记载曲骨穴位于“横骨上、中极下一寸,毛际陷者中,为任脉、足厥阴之会”,任脉为阴脉之海,起于胞中,从会阴而出,经阴阜,上毛际,循腹里,上关元……。而足厥阴肝经循绕阴器而抵少腹,肝主疏泄,故针刺曲骨能调节肝经及任脉经气,从而调节全身经脉气血,尤其是肾与膀胱,从而使肾与膀胱功能恢复正常。经脉所在,主治所及,在《针灸甲乙经》“小便难,水胀满,……曲骨主之。”从解剖学来看,膀胱位于本穴深部,故曲骨穴具有通利小便的功效。《灵枢·官针》曾记载“齐刺者,直入一,傍入二,以治寒气小深者;或曰三刺,三刺者,治痹气小深者也”。本案例中以曲骨穴为中心,左右旁开1寸各刺1针,三针齐刺,加强激发经气、通调气血的作用,从而促进膀胱功能恢复。同时联合电针,可增强针刺的刺刺激量,加强深部经脉气血的疏通,从而提高疗效。研究表明^[11],曲骨穴针刺时斜向尿道口或会阴方向,

并使局部产生针感,可获得更佳疗效。此案例中曲骨穴针刺时针尖方向斜向会阴,并使针感传达于会阴部,阴部神经正居于此,研究表明[12],电刺激阴部神经可促进压力性尿失禁大鼠神经再生和功能恢复。此案例中通过针刺时针感传至阴部神经,可直接刺激阴部神经,从而诱发盆底肌节律性收缩,被动训练盆底肌,从而增强盆底肌肉力量以改善膀胱排尿能力[13]。

参考文献

[1]张秀,华文洁,李素.脊髓损伤神经源性膀胱患者尿路感染相关危险因素的回溯性研究[J].中国康复,2021,36(04):208-212.

[2]程洁,陈霞,朱毅.基于数据挖掘探讨针灸治疗脊髓损伤尿潴留的临床选穴规律[J].南京中医药大学学报,2018,34(01):96-100. DOI: 10.14148/j.issn.1672-0482.2018.0096.

[3]李俊,贾勤,陈苏红.脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇导尿的研究进展[J].护士进修杂志,2020,01:43-46.

[4]何莺娟,李宗康.间歇性导尿在脊髓损伤患者神经源性膀胱护理中的应用研究进展[J].中国医药科学,2022,03:59-62.

[5]李晓宁,赵玮滢,马静雯等.针刺治疗脊髓损伤后神经源性膀胱的研究进展[J].辽宁中医杂志,2022,49(06):211-213. DOI: 10.13192/j.issn.1000-1719.2022.06.058.

[6]郭宁,秦合伟,李彦杰.近5年电针治疗脊髓损伤后神经源性膀胱机制研究进展[J].中国中医药信息杂志,2022,29(09):153-156. DOI: 10.19879/j.cnki.1005-5304.202110109.

[7]杨雅琴,孔德宏,何兴伟.何兴伟治疗脊髓损伤性神经源性膀胱的思路与方法[J].中医药通报,2022,09:7-9.

[8]刘莹,都模勤,黄升云等.间歇导尿技术联合膀胱功能锻炼在胸腰段骨折合并脊髓损伤神经源性膀胱患者中的应用[J].颈腰痛杂志,2021,05:732-733.

[9]胡思彦.间歇导尿联合针刺治疗脊髓损伤后神经源性膀胱临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2022,20:125-128.

[10]汤翰,李宝赢,吕璞等.曲骨穴古今文献应用特点分析[J].中国针灸,1-9.

[11]汤翰,李宝赢,吕璞,国文豪,陆永辉.曲骨穴古今文献应用特点分析[J].中国针灸,2022.12.01.

[12]吴敏,李冬梅.电刺激阴部神经对压力性尿失禁大鼠神经再生和功能恢复的影响[J].中国性科学,2021,03:69-72.

[13]张小晋,范轶斌,王秋月等.电针阴部神经刺激疗法与常规电针疗法治疗产后压力性尿失禁的疗效比较[J].上海中医药杂志,2021,09:45-49.