

药饼灸治疗膀胱过度活动综合征的临床体会*

李莉¹ 谢杨春¹ 黎石放² 邓永诚¹

(1 广东省深圳市坪山新区人民医院 深圳 518118; 2 广东省深圳市龙岗区第三人民医院 深圳 518115)

摘要:目的:探讨膀胱过度活动症的中医特色治疗。方法:60 例膀胱过度活动症患者随机分为对照组与治疗组,每组 30 例。对照组给予常规功能训练与口服托特罗定片;治疗组在对照组基础上给予隔徐长卿药饼灸。两组均治疗 1 个月后观察临床效果。结果:两组治疗 1 个月后患者单次最大排尿量、平均排尿时间均明显改善($P<0.05$)。治疗组的治愈率高于对照组($P<0.05$),治疗组和对照组的有效率比较无统计学差异($P>0.05$)。结论:徐长卿药饼灸联合口服药物、功能训练治疗膀胱过度活动综合征有很好效果。

关键词:膀胱过度活动症;徐长卿药饼灸;托特罗定片;功能训练

Clinical Experience of Treating Overactive Bladder Syndrome by Medicine Moxibustion

LI Li¹, XIE Yang-chun¹, LI Shi-fang², DENG Yong-cheng¹

(1Guangdong Provincial Shenzhen City Pingshan District People's Hospital, Shenzhen518118;

2Guangdong Provincial Shenzhen City Longgang District Third People's Hospital, Shenzhen518118)

Abstracts: Objective: To investigate the effects of combination therapy treatments for patients with overactive bladder syndrome. Method: 60 Patients with overactive bladder were randomly divided into the control group and observation group, 30 cases in each group. The control group was given routine function training and oral tolterodine; the observation group was given medicine moxibustion based on the control group. The clinical effect of two groups was observed after one month. Results: The maximum urine and average voiding interval time of both groups were significantly improved ($P<0.05$). The cure rate of the treatment group was higher than the control group ($P<0.05$), and there was no significant difference between the two groups in efficiency rate ($P>0.05$). Conclusion: Medicine moxibustion combined with oral medications, functional training treatment can effectively improve the overactive bladder syndrome.

Key words: Overactive bladder; Medicine moxibustion; Tolterodine; Functional training

中图分类号: R694

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.05.002

膀胱过度活动症(OAB)是以尿急为核心症状,尿频和急迫性尿失禁等临床症状构成的症候群,但没有尿路感染和其它病理改变^[1]。据 2011 年数据统计,我国 OAB 总体发病率为 6%,随年龄增加发病率也明显上升,41 岁以上人群发病率达 11.3%^[2]。OAB 无明确的病因,症状痛苦、病程长、治疗效果差且易反复发作,严重影响患者的身心健康及生活质量。笔者对 OAB 患者开展徐长卿药饼灸、功能训练、托特罗定口服三联综合治疗,取得较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月~2015 年 1 月深圳市坪山新区人民医院、龙岗区第三人民医院患者共 60 例,随机分为治疗组和对照组,每组 30 例。治疗组男 11 例,女 19 例,年龄 25~65 岁,平均年龄 43.6 岁;对照组男 9 例,女 21 例,年龄 24~64 岁,平均 42.5 岁;两组间年龄、性别差异均无统计学意义。

1.2 诊断标准 参照《2014 年中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》中关于膀胱过度活动症的诊断标准:(1)以尿频(或尿急)、排尿不适、夜尿增多等尿路刺

激症状为主要症状,成人排尿次数昼夜 ≥ 8 次,平均每次尿量 <200 ml,夜间 ≥ 2 次,或伴尿痛、耻骨上疼痛、下腹坠胀等;(2)多次尿沉渣镜检及中段尿培养均无异常;(3)男科、妇科检查无异常,尿道口位置正常,尿道口无红肿及分泌物;(4)尿中虽有白细胞增多,但尿中 WBC <5 个/HP, RBC <3 个/HP;(5)尿液细菌培养呈阴性。

1.3 排除标准 (1)有青光眼或前列腺增生不适合使用 M 受体阻滞剂者;(2)证实有尿路器质性病变、认知障碍、不能配合治疗、不能完成排尿日记及其调查问卷者;(3)尿常规检查证实患者有泌尿系统感染、神经系统疾病、糖尿病、发热及严重的心、脑、肝、肾疾病病史;(4)近期皮肤局部感染或皮疹患者。

1.4 剔除标准 拒绝隔药灸治疗者;出现严重不良反应、过敏反应者;受试者在中途不愿意继续进行临床试验,主动申请放弃者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予功能训练与口服托特罗定片(酒石酸托特罗定 2 mg, 国药准字 H20000614),每天 2 次,7 d 为 1 个疗程。休息 7 d 后继续下 1 个疗

* 基金项目:广东省深圳市龙岗区科技计划医疗卫生(扶持类)基金(编号:201406113001012)

程,共治疗 2 个疗程。

功能训练方法:膀胱训练:训练要点是白天多喝水,尽量忍尿,延长排尿间隔时间;入夜后不再饮水,勿饮刺激性、兴奋性饮料。盆底肌训练:患者学习通过收缩盆底肌来抑制膀胱收缩。

1.5.2 治疗组 在对照组基础上给予隔徐长卿药饼灸。隔徐长卿药饼灸的具体操作方法:取烘干、粉碎后能过 80 目筛的徐长卿药粉少许,放入一个碗状器皿内,加入面粉,该面粉的体积约为徐长卿药粉体积的一半(主要用来粘合),再在器皿内倒入适量冷开水调成糊状,制成药饼。该药饼的大小要求为直径约 2 cm、厚约 0.5 cm。用牙签将药饼制成若干个小孔,敷于中极、关元、中髎、肾俞四穴位上面;将艾柱放于徐长卿药饼上(艾柱由艾绒加工而成),把艾柱点燃,进行隔物灸。艾灸顺序:先让患者放松,穿宽松衣服,暴露好施灸部位,仰卧,先置艾炷在中极穴,待过热时再灸关元,相互交替灸,共 5 壮,然后改俯卧位,选取双侧肾俞、中髎,先灸左侧肾俞、中髎,待过热时再灸右侧,共 5 壮(所有选穴采用国家标准 GB12346)。每天 1 次,7 d 为 1 个疗程。休息 7 d 后继续下 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.6 护理方法 指导两组患者记录排尿日记(如排尿间隔时间及排尿量)、填写膀胱过度活动症评分表(OABSS)并对两组患者心理上给予相应安慰,行为上给予对应的训练。

1.7 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验及 Ridit 分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 疗效观察

2.1 观察指标 两组患者均观察 2 个疗程,观察排尿日记记录结果,副反应发生率,遵医嘱程度。统计排尿频率变化、排尿量变化及疗效。

2.2 疗效评判标准 治愈:尿频尿急、尿失禁症状消失,正常情况下排尿间隔 > 2 h,24 h 排尿次数 < 8 次,无夜尿,尿量 > 200 ml/次;有效:尿频、尿急症状缓解,尿失禁次数减少 50%,排尿间隔较前延长,24 h 排尿次数减少,排尿量增加但未达 200 ml;无效:尿频、尿急、急迫性尿失禁症状无缓解,尿失禁次数无减少。

2.3 两组治疗前后单次排尿量对比 治疗组和对照组均能明显改善患者单次排尿量。见表 1。

表 1 两组治疗前后单次排尿量对比(ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	P
治疗组	30	127.40±47.78	210.00±67.98	<0.05
对照组	30	128.27±45.96	193.50±64.76	<0.05

2.4 两组治疗前后排尿间隔时间对比 治疗组和对照组均能延长患者排尿间隔时间。见表 2。

表 2 两组治疗前后排尿间隔时间对比(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	P
治疗组	30	60.10±15.49	102.13±25.84	<0.05
对照组	30	67.73±13.41	92.53±23.11	<0.05

2.5 两组临床疗效对比 治疗组治愈率明显高于对照组, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组临床疗效对比[例(%)]

组别	n	治愈	有效	无效
治疗组	30	16(53.3)	12(40.0)	2(6.7)
对照组	30	8(26.7)	15(50.0)	7(23.3)
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 护理措施

3.1 做好心理宣教 OAB 病程长,患者常经历反复治疗失败,缺乏信心和耐心。日常生活中反复的尿频甚至尿失禁严重影响了社交生活,使患者情绪紧张产生自卑情结,晚上的反复起夜给伴侣带去麻烦,给患者造成很大的心理压力。很大程度上,OAB 是一种心身疾病,治疗上需要患者持续友善的配合。做好宣教工作和心理疏导是护理的重要工作^[3-4],应针对病人的心理变化,做好疾病的解释工作和疏导安慰工作。和病人交流必须诚恳、和蔼,取得患者的信任,做好 OBA 知识的宣教,详细地介绍治疗方案,和患者在治疗过程中很好地互动。鼓励患者多参加社交活动,树立开朗乐观的人生观,建立治疗疾病的信心。

3.2 指导排尿日记和功能训练 排尿日记和 OABSS 评分表记录是制定功能训练方法、评价疾病严重程度,观察病情变化,分析疾病原因和影响因子的重要依据^[5]。部分患者不够重视,也有些因为学习能力差而未能做好相关记录;我们护理时要让患者详细地学会并填好相关表格记录;一对一帮助患者分析结果,找出改善病情的生活行为规律,当看到患者的进步应当及时提醒患者,建立患者信心,促成良性循环;指导患者定时排尿,逐步延迟排尿时间;增加每次排尿量,一直到大于 300 ml;养成良好生活习惯,避免过少饮水导致尿液过度浓缩刺激膀胱,也避免过多饮水使得排尿次数增多。

3.3 盆底肌群的训练 缩紧肛门,每次收紧不少于 5 s,注意收缩肛门时骨盆肌肉群要尽量用力,同时它部位肌肉要尽可能放松。然后全身特别是骨盆周围放松 10 s,放松时用心体会骨盆周围肌群松弛、松软的感觉。每次连续循环做 15~30 min,每日进行 2~3 次,通过反复的练习可以增加肌(下转第 23 页)

理想。

中医文献中尚无反射性肠炎的相关记载,沈老结合多年临床经验,认为此病乃由外来燥毒之邪客于肠道引起的特殊“内痈”,也属中医“近血”中“肠风、脏毒”范畴。其病机为外源性燥毒之邪侵犯肠道,气滞湿阻,淤滞不散,络损肉腐乃成内痈。燥毒内伤大肠,大肠传化失司致腹痛腹泻;燥毒损伤阴络,“阴络伤则血下溢”,见便血不已;下血日久则阴伤津枯血燥。治疗上根据“上燥治气,下燥治血”的原则,自拟养阴润燥败毒合剂治疗放射性肠炎,总有效率高达 91.2%,取得了满意的疗效。

方中生地、白芍、天花粉养阴生津;乌梅、甘草酸甘化阴;黄连、黄芩、芙蓉叶清热解毒止泻;生地榆、丹皮、赤芍、紫草根、仙鹤草凉血止血。现代药理学研究发现,甘草酸是生甘草中主要的有效成分,甘草酸的先导分子甘草次酸能抑制肝脏类固醇的代谢酶($\Delta 4-5\beta$ -还原酶)及肾脏 11β -羟基类固醇脱氢酶(11β -HSD)的活性,阻碍相关脏器对皮质激素的还原代谢,从而出现类固醇激素作用增强的效应,该效应主要呈氢化可的松样效应。故本方中重用生甘草 40 g,起到抑制免疫和抗炎反应作用^[4]。紫草根含乙酰紫草醌,联合黄连、黄芩、芙蓉叶具有良好的抗菌抗炎作用^[5]。仙鹤草有良好的抗凝、抗血栓作用,可改善微循环,减轻黏膜炎症,加速黏膜修复,促进

创面愈合^[6]。养阴生肌散由青黛、煅石膏、薄荷脑等中药组成,临床上常用于口腔溃疡的治疗^[7]。本研究将其用于放射性肠炎的治疗,体现了中医中医“异病同治”的理念。诸药合用,扶正驱邪,标本兼治,共奏养阴润燥、解毒止泻、敛创生肌之效。

IL-1 β 、IL-6、TNF- α 是常见的三大炎症因子,在诸多炎症性疾病中表达较高,近年来研究发现炎症因子与放射性肠炎的发病密切相关^[8]。本实验中,治疗后患者血清 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 的含量较治疗前均显著下降。证实了养阴润燥败毒合剂可通过抑制炎症因子的表达来减轻炎症反应,改善症状,但其深入的作用机制有待进一步阐明。

参考文献

- [1]李忠.临床中医肿瘤学[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2002:59-62
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2006:207
- [3]刘彬.齐云甘草酸及甘草次酸的药理学研究进展[J].国外医药·植物药分册,2006,21(3):100-104
- [4]刘金城,潘旭旺,蒋小琴.甘草酸类固醇样药理作用及机制研究进展[J].中国药业,2010,19(9):86-88
- [5]庞博,董军杰,庞国勋.清热解毒类中药的药理作用及临床应用探讨[J].临床合理用药,2013,6(11A):180-181
- [6]宋伟红,郝晓玲.仙鹤草的药理活性和临床应用[J].中国医学创新,2011,8(1):185-186
- [7]麦伟持.养阴生肌散治疗复发性阿弗它溃疡的疗效观察[J].海南医学,2009,20(2):75-76
- [8]敖睿,卢铀.放射性肠炎发生机理最新研究进展[J].实用医院临床杂志,2009,6(2):112-113

(收稿日期:2015-01-12)

(上接第 5 页)肉的控制能力和协调性、缓解紧张度。

3.4 徐长卿药饼灸的护理 让患者放松,穿宽松衣服,既要暴露好施灸部位,体位还要舒适。徐长卿药饼不能过小,制成直径约 2 cm、厚约 0.5 cm 较为合适,打孔时应干至 7 成(约 1 d)用牙签戳成若干小孔备用,要注意落灰烫伤。

4 讨论

目前 OAB 的病因并不完全明确,主要认为有神经传导反射系统异常,逼尿肌平滑肌细胞的自发性收缩,尿道及盆底肌功能异常,膀胱感觉过敏,精神行为异常,激素代谢失调等单一或多个综合原因叠加而至。功能训练结合 M 受体阻滞治疗为目前常规治疗方法,因为病因复杂,单一西药治疗并不理想,针对多病因采取综合疗法可望增加效果。中医学认为,OAB 相当于“淋证”中的“劳淋、热淋、气淋”范畴。病位在膀胱,与脾肾关系密切。其病机主要有脾肾阳虚、肝郁气滞、湿热外邪入侵等导致膀胱气化失司而产生诸证。艾灸可以疏通经络,调整阴阳,温补脾肾,温化气机,治疗 OAB 有良好疗效^[9];中极,膀胱之募穴,集膀胱经水湿,治小便不利;关元,补肾

培元、温阳固脱,治尿频的作用;中极、关元热灸后具有补益肾气,疏利膀胱作用;肾俞、次髎,属膀胱经,具有补肾、利小便作用。中药徐长卿有很好的镇静、镇痛、抗炎、抑菌、抑制变态反应、抗病毒、解痉改善循环等作用,无毒且方便外用。我们用徐长卿作为药饼,通过隔物灸的方式治疗 OAB,结合西药和康复训练,中西医结合多靶点治疗,取得良好的疗效,值得推广。

参考文献

- [1]Abrams P.Describing bladder storage function:overactive bladder syndrome and detrusor overactivity [J].Urology,2003,62 (5 Suppl2): 28-37
- [2]Wang Y,Xu K,Hu H,et al.Prevalence risk factors,and impact on health related quality of life of overactive bladder in China [J].Neurourol Urodyn,2011,30(8):1448-1455
- [3]曾小娟.膀胱过度活动症保守治疗的心理行为护理干预[J].中国当代医药,2013,6(1):140-141
- [4]孙一茜,刘秋香,沈秋.膀胱过度活动症患者的心理护理[J].当代护士(中旬刊),2012,20(2):141-143
- [5]来永庆,陈月英,杨尚琪,等.感觉相关的排尿日记在社区女性膀胱过度活动症中的应用研究[J].中华临床医师杂志(电子版),2012,6(11):2929-2932
- [6]张骁,陈寅,程敏捷,等.热敏灸治疗女性膀胱过度活动症临床观察[J].上海针灸杂志,2014,33(2):143

(收稿日期:2015-03-23)