

温阳灸治疗脑梗死后尿潴留的临床调控机制探究

杨辉 桑鹏

黑龙江省中医药科学院 黑龙江哈尔滨 150001

摘要:目的:研究温阳灸治疗脑梗死后尿潴留的临床调控机制。方法:应用随机数字表将患者分为治疗组和对照组各40例。予对照组常规导尿。治疗组予温阳灸治疗。比较两组患者治疗前后的实验室指标及尿白细胞比值进行疗效评定。结果:经过治疗后,两组尿白细胞、膀胱残余尿量、IL-6水平均明显降低,且治疗组的改善程度显著优于对照组,差异有统计学意义。结论:温阳灸治疗尿潴留疗效显著。

关键词:温阳灸;脑梗死后尿潴留

在中医理论中,癃闭的形成是多种因素综合作用的结果,治疗时需要综合分析病情,古代医家将癃闭的病因大致分为以下几个方面:情志内伤、肾气虚弱、脾胃失调、寒湿困滞。《灵枢·五味》说:“酸走筋,多食之,令人癃”^[1]。又有《灵枢·经脉》中提到:“肝足厥阴之脉……是主肝所生病者……遗溺,闭癃”。《景岳全书·癃闭》中记载:“或以败精,或以搞血,阻塞水道而不通也”^[2]。

温阳灸是一种中医疗法,通过在特定穴位上燃烧艾条或灸炷来达到温暖和促进气血流通的效果。温阳灸的目的是通过热量的作用来调节人体的阴阳平衡,促进气血的流通,以及调整脏腑功能和提升免疫力。温阳灸在中医中被广泛使用,并在一些疾病的治疗中取得了一定的疗效。《灵枢官能》记载有:“针所不为,灸之所宜”^[3]。现临床报道如下:

1. 研究方法

实验方法:

病例来源:研究对象为于2023年06月至2024年06月由黑龙江省中医药科学院招募的符合纳入标准的脑梗死后尿潴留患者90例。按照随机数字法分为对照组与试验组,每组各45人。对照组给予基础治疗与间歇导尿治疗;在对照组治疗的基础上,治疗组使用了温阳灸治疗,每次20分钟,每日一次,每周6次,一周为一个疗程,共治疗两个疗程。

1. 常规治疗 遵循脑卒中后二级预防指南的治疗原则,对患者进行调压控糖降脂等治疗,并给予患者针刺运动治疗和康复训练等治疗。此外,患者每日水(饮食及治疗)的摄入总量应限制在1500mL/日。

2. 间歇导尿

(1) 间歇导尿操作时间:导尿操作的时间与频次应根据每个患者的残余尿量来确定,导尿的次数和时间间隔取决于残余尿量的多少。对于RUV > 400mL的患者,每天需要导尿五次,分别在每日7点、11点、15点、19点和次日1点进行。对于200 ≤ RUV ≤ 400mL的患者,每天需要导尿四次,分别在每日7点、11点、15点和19点进行。对于100 ≤ RUV ≤ 200mL的患者,每天只需导尿两次,分别在7点和13点进行。

(2) 操作方法:①准备工作:戴上手套,准备导尿包、导尿管、消毒液、生理盐水和适当数量的纱布。洗手消毒,审核病人资料,评估病人的生命体征。先鼓励患者自主排尿,记录排出量。②准备导尿管:将导尿管连接到导尿包上,并用生理盐水冲洗导尿管,确保导尿管干净。③患者取仰卧位,露出下体部位,局部消毒。涂抹润滑剂在导尿管上,然后轻轻地、慢慢地将导尿管插入尿道。直到尿液开始流出为止。固定导尿管:将导尿管固定在患者的大腿上,确保导尿管不会滑动。④收集尿液:将导尿管连接到导尿包上,确保导尿包处于适当的高度,并确保尿液能够顺畅地流入导尿包。观察小便量、颜色、有无絮状物等,10分钟后拔除尿管,用纱布清洁患者的下体部位,将使用过的器具进行正确的处置。完善导尿记录,导尿完成后,帮助患者穿好衣服,盖好被子。

3. 温阳灸治疗

(1) 操作方法:

在上述对照组治疗基础上将清艾灸条换用自制温阳灸

条行温和灸法。自制温阳灸条药物组成:取元胡 10g 大黄 10g 独活 10g 乳香 5g 没药 5g 三棱 5g 莪术 5g, 并将上述药物磨成细粉, 与清艾条中艾绒混匀制成自制温阳灸条, 规格为直径 14mm、长度 20mm。将其点燃后置于温阳罐内, 患者取仰卧位, 把温阳罐放于患者腹部关元穴、气海穴之上行温阳灸, 每次 20 分钟。温阳灸结束后嘱患者排尿。

(2) 实验观察指标: 检测治疗前后各组患者的尿白细胞、膀胱残余尿量、IL-6 比较、膀胱功能积分, 并由专业医师进行记录分析。

1. 尿白细胞: 治疗前后给予患者尿常规检查: 离心沉淀后: 白细胞: 男性 0--2 个/hp, 女性 0--5 个/hp 注: hp 为显微镜高倍视野即 40 倍镜下。

2. 膀胱残余尿量: 治疗前后给予患者泌尿系彩超检查: 两组患者均采用 PHILIPS 超声图像诊断仪记录。

3. 膀胱功能积分: 膀胱功能积分是一个评估膀胱功能的指标, 通常用于评估膀胱功能障碍或疾病。

4. IL-6 比较: 全自动酶标仪检测。

2. 结果

表 1 尿白细胞比较 ($\bar{X} \pm S$) (单位: mm/H)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	62.42 ± 15.87	22.35 ± 11.64 Δ O
对照组	40	64.28 ± 17.76	22.17 ± 13.71 Δ

注: 两组组内比较 $\Delta P < 0.05$, 差异有统计学意义; 治疗后组间比较 $O P < 0.05$, 差异有统计学意义。

表 2 膀胱残余尿量比较 ($\bar{X} \pm S$) (单位: mg/L)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	36.57 ± 8.01	10.13 ± 4.75 Δ O
对照组	40	35.86 ± 7.92	13.28 ± 5.36 Δ

注: 组内比较 $\Delta P < 0.05$, 差异有统计学意义, 组间比较 $O P < 0.05$, 差异有统计学意义。

表 3 IL-6 比较 ($\bar{X} \pm S$) (单位: IU/mL)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	55.37 ± 14.25	16.54 ± 7.41 Δ O
对照组	40	54.64 ± 13.93	24.18 ± 9.23 Δ

注: 两组组内比较 $\Delta P < 0.05$, 差异有统计学意义; 治疗后组间比较 $O P < 0.05$, 差异有统计学意义。

3. 讨论

神经源性膀胱是急性脑梗死常见后遗症, 研究发现乙酰

胆碱缺乏引起的神经信号传导受阻是其发病的重要机制, 脑梗死所致的脑桥功能萎缩可引起递质分泌减少, 逼尿肌收缩无力, 从而引起排尿障碍^[4]。但多项研究表明, 单纯西医治疗效果有限, 且不能兼顾患者体质变化^[5]。研究指出, 人体的排尿反射受到低级排尿中枢和高级排尿中枢共同控制。当患者发生脑梗死时, 由于脑部受损, 大脑神经无法通过初级中枢和高级中枢进行调控支配, 大脑发出的冲动信号不能下传至膀胱, 导致膀胱逼尿肌出现功能障碍, 无法收缩, 进而出现排尿障碍。目前治疗方面临床主要以对症治疗为主, 如药物治疗、手术治疗、热敷治疗等方法, 疗效欠佳, 费用高昂, 亦有较高风险, 如泌尿系炎症、肾积水、肾功能损伤等。

中风后人体气血逆乱、阴阳失调, 浊瘀内停, 阻塞水道, 气机闭滞, 膀胱气化不利, 致尿路不畅^[6-7]。本课题在灸法的基础上, 选用活血化瘀药物为主要灸材自制温阳灸条治疗脑梗死后尿潴留患者, 配合相应腧穴, 行瘀以散结、升清以降浊, 以期达到调治三焦气化失常的作用, 为治疗中风后尿潴留提供一种方便、安全、价廉、效优的方法, 为临床提供新的治疗方案。

中医学上认为, 本病属于“癃闭”范畴。患者嗜食肥甘厚味, 痰湿内生, 日久可影响气血运行, 受到饮食、寒冷、情绪影响导致风痰上扰清窍, 加之急性期血脉痹阻, 形成风痰瘀阻证^[8-9]。《素问·宣明五气》:“膀胱不利为癃, 不约为遗溺。”膀胱气化不利是癃闭发生的重要机制, 膀胱与肾相表里, 肾主水, 并参与水液代谢^[10-11]。肾为先天之本, 肾阳充足则五脏得以温煦, 膀胱气化得以协调, 尿液形成与排出依赖于气化推动, 而此有赖于肾阳的温煦功能^[12]。督脉总督一身阳气, 督脉受损, 阳气不布, 膀胱气化无权, 故而小便不利^[13]。灸法具有温阳散寒、扶正通络等功效^[14-17], 本试验研究采用温阳灸方法对上述各穴位进行治疗, 以增强温阳功效, 促进肾阳修复。研究结果表明, 经过治疗后, 两组尿白细胞、膀胱残余尿量、IL-6 水平均明显降低, 且治疗组的改善程度显著优于对照组, 差异有统计学意义。研究表明, 灸法可保护神经功能, 促进神经细胞修复及排尿功能的恢复^[18-19]。中医学认为, 艾草熏烤对应穴位周围部位, 或者使用药物刺激身体, 以达到温热刺激的目的, 可以促进经络疏通, 促进气血流畅^[20]。本试验研究自制温阳灸条内选用元胡活血化瘀、利尿, 李时珍在《本草纲目》归纳元胡有“活血, 利气, 止痛, 通小便”四大功效。大黄味苦, 性寒,

去通腑泻肺热,促进肠道蠕动,恢复膀胱的功能。独活味辛,性微温,归肝经、肾经,具有祛风除湿的功效,现代实用中药》:"发汗,利尿,消浮肿"。乳香、没药、三棱、莪术行气活血,祛瘀散湿,助元胡、大黄利尿之功。

温阳灸能够促进血液循环,放松肌肉,减轻对尿道括约肌的压力,有利于排尿顺畅。这种疗法可以改善尿道括约肌的功能,有助于改善脑梗死后尿潴留排尿问题,提高患者的生活质量。本研究结果显示,温阳灸治疗尿潴留疗效显著。

参考文献:

[1] 王陇德,王金环,彭斌,等.《中国脑卒中防治报告2016》概要[J].中国脑血管病杂志,2017,14(4):217-224.

[2] 朱婷立,章海娟,漏佳丽,等.针刺治疗神经源性膀胱的临床应用进展[J].中国中医急症,2020,29(4):735-738.

[3] 牛海玲,马琳,王廉昌,等.IL-1、IL-2、IL-6、TNF- α 在脑卒中后抑郁患者血清中的表达及其临床意义[J].现代医学,2016,44(1):89-91.

[4] 王毅,赵耀瑞.卒中后神经源性膀胱诊治专家共识[J].中国卒中杂志,2016,11(12):1057-1066.

[5] 郑筱萸.中药新药临床指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:162-167.

[6] 全国第四届脑血管学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.

[7] 朱志超,王锡富,陈永真,等.肾虚瘀阻型癃闭临床治疗的体会[J].中国农村卫生事业管理,2018,38(8):1102-1103.

[8] 李玉娥,屈勇."温阳补气"针灸法配合体表骶神经电刺激治疗卒中后神经源性膀胱的随机对照研究[J].针灸临床杂志,2019,35(12):14-18.

[9] 王晓梅,孙亚鲁,尹勇.卒中后神经源性膀胱发生发展机制及相关治疗的研究进展[J].医学综

述,2019,25(19):3854-3859,3864.

[10] 王燕,张立宁.脑卒中患者神经源性膀胱康复治疗进展[J].解放军医学院学报,2015,36(12):1255-1258.

[11] 崔小英,于建设,都义日,等.脑缺血再灌注损伤及脑保护药物研究进展[J].河北医药,2016,38(4):596-600.

[12] 崔玉环,颜娟,赵宝民,等.脑缺血/再灌注损伤大鼠脑组织Th1/Th2细胞平衡与PARP-1表达的相关性[J].神经药理学报,2015,5(4):14-21.

[13] 赵薇,李方江,王树.脑缺血损伤保护作用机制研究进展[J].神经药理学报,2014,4(6):55-63.

[14] 张雯,宋俊科,何国荣,等.银杏二萜内酯对缺血再灌注大鼠脑组织中神经递质的影响[J].中国药理学与毒理学杂志,2016,30(10):1016.

[15] 孙凡,刘恒,徐倩倩,等.rt-PA静脉溶栓治疗对脑梗死患者IL-6、TNF- α 、C反应蛋白的影响[J].广东医学,2019,40(1):124-127.

[16] 盛飞.注射用丹参多酚酸联合脑苷肌肽治疗急性脑梗死临床效果及对血清GFAP、PAF和MCP-1的影响[J].中外医学研究,2019,17(7):13-14.

[17] 山媛,胡军,赵瑞,等.PAC-1、CD62P水平在早期诊治和上海针灸杂志2021年8月第40卷第8期·931·预测脑梗死病情程度中的价值[J].中华保健医学杂志,2019,21(6):562-564.

[18] 李芳芳.注射用丹参多酚酸治疗脑梗死急性期疗效及对Hcy、D-二聚体和hs-CRP水平的影响[J].药物评价研究,2020,43(3):490-493.

[19] 徐东勋,伍雪英,何佳,等.消栓肠溶胶囊对脑梗死急性期神经功能及PAF、ET、NO的影响[J].中药药理与临床,2016,32(3):188-190.

[20] 罗世希,陈虹年,张相锋.补阳还五汤对气虚血瘀型急性脑梗死患者高凝状态的影响[J].世界中医药,2017,12(9):2050-2053.