

· 临床报道 ·

穴位敷贴配合苓桂术甘汤对椎管内麻醉术后顽固性尿潴留患者的影响

辛典 江琦 杨进辉

【摘要】 目的 探讨穴位敷贴配合苓桂术甘汤对椎管内麻醉术后顽固性尿潴留患者的影响。**方法** 选取于广州市正骨医院行椎管内麻醉术后发生顽固性尿潴留患者 90 例,按照随机数字表法将其分为研究组和对照组各 45 例,对照组给予物理治疗(超短波理疗联合热敷),研究组给予穴位敷贴配合苓桂术甘汤治疗,观察两组患者临床治疗效果、首次排尿时间及残余尿量、尿流动力学指标、尿潴留缓解程度以及不良反应发生率。**结果** 治疗后研究组总有效率 93.33% 显著高于对照组 75.56% ($P<0.05$);研究组首次排尿时间、残余尿量均显著少于对照组 ($P<0.05$);研究组尿流动力学指标显著优于对照组 ($P<0.05$);研究组尿潴留缓解程度显著优于对照组 ($P<0.05$);研究组不良反应发生率 4.44% 低于对照组 6.67% ($P>0.05$)。**结论** 采用穴位敷贴配合苓桂术甘汤治疗椎管内麻醉术后顽固性尿潴留可有效缓解临床症状,提高治疗效果。

【关键词】 穴位敷贴; 苓桂术甘汤; 椎管内麻醉; 尿潴留

【中图分类号】 R694+.55 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.07.027

椎管内麻醉在临床应用广泛,其主要作用机制是将麻醉药物直接注入椎管内,阻滞脊神经根,从而使该神经根支配区域产生麻醉^[1]。麻醉药物注入椎管内位置不同,可分为蛛网膜下腔麻醉、腰硬联合麻醉等^[2]。椎管内麻醉术经济实用,但相关研究表明^[3],蛛网膜下腔麻醉易产生尿潴留、认知功能障碍等并发症,严重影响患者生活质量。随着医学发展,临床使用各种方法治疗椎管内麻醉术后顽固性尿潴留等并发症,超短波理疗、热敷是常用治疗方法,但疗效并不理想^[4]。本研究采用分组对照法展开试验,选取 90 例椎管内麻醉术后顽固性尿潴留患者作为研究对象,旨在探讨穴位敷贴配合苓桂术甘汤治疗本病的效果,以期为此类患者提供更为安全有效治疗方法。

1 对象与方法

1.1 对象

本研究通过本院伦理委员会审核。选取 2013 年 6 月至 2014 年 6 月广州市正骨医院收治的 90 例椎管内麻醉术后顽固性尿潴留患者作为研究对象,将其作为研究对象并按照随机数字表法分为研究组和对照组,每组 45 例。研究组男 23 例,女 22 例;年龄 35~76 岁,平均年龄 (55.49 ± 6.32) 岁;对照组男 24 例,女 21 例;年龄 36~77 岁,平均年龄

(56.12 ± 6.43) 岁。两组患者年龄、性别比较无统计学差异 ($P>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:(1)所有患者对本研究均知情同意;(2)均符合《中药新药临床研究指导原则》^[5]中有关尿潴留诊断标准。排除标准:(1)依从性差,无法配合本研究者;(2)心脏、肾脏等严重器质性疾病,内分泌及凝血功能异常;(3)抑郁、焦虑等神经系统疾病或既往有精神障碍史;(4)有妨碍评估视听、失语等躯体功能缺陷。

1.3 治疗方法

对照组患者使用超短波理疗联合热敷治疗。(1)采用超短波治疗机治疗,功率、频率、波长分别设置为 300 W、40168 MHz、7134 mm。于膀胱区进行对置治疗,1 次/天,10 分钟/次。(2)热敷:于膀胱区采用热水袋进行热敷,温度以患者感觉适宜为佳,避免热水袋直接接触皮肤,每 30 分钟更换一次热水袋,连续热敷 1 小时,每天 3 次。

研究组:穴位敷贴配合苓桂术甘汤治疗:(1)贴敷穴位:内关、足三里、中脘、关元、中极、三阴交、曲池穴。贴敷前注意事项:确保贴敷穴位处皮肤完好,使用碘伏或酒精对穴位处进行消毒;施术者清洗双手,贴敷时间以 4 小时为宜,贴敷过程中出现明显不适可提前结束。贴敷药物选择:麦冬、党参、熟地黄各 10 g,麦芽、怀山药、谷芽各 15 g,乳香、栀子、甘草、没药各 20 g;将以上药物磨成粉状,用白米酒调制,置于穴位并用胶布固定。1 次/天,6 次/疗程,持续治疗 4 个疗程。贴敷后注意事项:注意防水,不宜用刺激物质清洗残留于皮肤上膏药;贴敷过程中出现轻微红肿或轻度起泡属正

作者单位:510000 广州市正骨医院麻醉科(辛典、江琦、杨进辉)

作者简介:辛典(1978-),本科,主治医师。研究方向:临床麻醉学。E-mail:58009012@qq.com

常皮肤反应,出现大水泡可用消毒针具刺破排除液体并严格消毒;贴敷后出现严重瘙痒或红斑应立即停止并紧急处理;贴敷期间注意饮食,禁食辛辣刺激性食物。(2) 苓桂术甘汤组成:茯苓、桂枝各 9 g,炒杜仲、细辛、怀牛膝各 10 g,甘草、白术各 15 g,茯苓、狗脊、薏苡仁各 20 g,川续断、制附片各 25 g。根据患者病情可进行辨证治疗,气滞可适量增加丹参、柴胡;夹痰者可适量增加陈皮、香附;血瘀者可适量增加红花、桃仁。服用方法:水煎服,1 剂/天,2 次/天,分早晚服用,6 天/疗程,持续服用 4 个疗程。

1.4 观察指标

1.4.1 观察临床治疗效果 疗效判定标准根据《中药新药临床研究指导原则》拟定:治疗后,可自行排尿且排尽尿液,腹痛、尿急等临床症状消失或基本消失为痊愈;经治疗后,可自行排尿,点滴排出少量尿液后排尿顺利,腹痛、尿急等临床症状消失或基本消失为显效;疗程结束后,排尿时,仍有腹痛、尿急等感觉或排尿后有出现尿潴留症状为有效;不能排出小便,腹痛、尿急症状无改善。

1.4.2 观察两组患者首次排尿时间以及排尿后膀胱残余尿量 首次排尿时间自治疗至第 1 次排尿,膀胱残余尿量可采用 B 超监测。

1.4.3 尿流动力学指标 采用尿动力仪检测尿流动力学指标,包括顺应性、最大逼尿肌压、最大尿流率、膀胱梗阻(Bladder outlet obstruction, BOO)分级情况。

1.4.4 治疗后尿潴留缓解程度 根据物理检查及症状体征将尿潴留分为四方面:小便顺利排出,无腹胀、尿急等症状表示无症状;小便排出困难,但无腹胀、尿急等症状表示轻度;小便以点滴形式排出,腹胀、尿急等症状可以忍受表示重度;小便不可排出,腹胀、尿急等症状不能忍受表示重度。

1.4.5 不良反应发生率 观察患者在治疗过程中是否出现

起泡、红斑、恶心等不良症状。

1.5 统计学处理

本研究所得数据均采用 SPSS 18.0 处理,计数资料采用卡方检验,用例/百分比描述;计量资料均符合正态分布,采用($\bar{x} \pm s$)描述,用 t 检验; $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗效果比较

治疗后研究组总有效率 93.33% 显著高于对照组 75.55%,差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表 1。

2.2 首次排尿时间以及残余尿量情况比较

治疗后研究组首次排尿少于对照组,且研究组残余尿量低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表 2。

表 2 两组患者首次排尿时间以及残余尿量情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次排尿时间(小时)	残余尿量(mL)
研究组	45	11.47 \pm 3.46 ^a	25.69 \pm 5.17 ^a
对照组	45	16.23 \pm 3.02	74.64 \pm 5.63

注:组间比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 尿流动力学指标比较

研究组尿流动力学指标显著优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表 3。

2.4 两组患者尿潴留缓解程度比较

治疗后研究组患者尿潴留缓解程度显著优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表 4。

2.5 不良反应发生率

研究组起泡、红斑患者各 1 例,不良反应发生率为 4.44%;对照组起泡、恶心患者分别为 2 例、1 例,不良反应发生率为 6.67%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 临床治疗效果比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
研究组	45	21(46.67)	11(24.44)	10(22.22)	3(6.67) ^a	93.33 ^a
对照组	45	13(28.89)	9(20.00)	12(26.67)	11(24.44)	75.56

注:组间比较,^a $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者尿流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	顺应性(mL/kPa)	最大逼尿肌压(kPa)	最大尿流率(mL/s)	BOO 分级
研究组	45	424.78 \pm 101.26 ^a	9.48 \pm 3.11 ^a	12.42 \pm 2.36 ^a	4.59 \pm 1.02 ^a
对照组	45	528.47 \pm 113.43	6.58 \pm 2.14	9.38 \pm 2.14	1.49 \pm 0.39

注:组间比较,^a $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者尿潴留缓解程度比较[例(%)]

组别	例数	无症状	轻度	中度	重度
研究组	45	23(51.11) ^a	12(26.67)	8(17.78)	2(4.44) ^a
对照组	45	11(24.44)	9(20.00)	16(35.56)	9(20.00)

注:组间比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

椎管内麻醉是临床常用麻醉方法,通过在椎管内不同腔隙注入麻醉药物从而达到麻醉目的^[6]。顽固性尿潴留是常见椎管内麻醉术后并发症。相关研究表明^[7],椎管内麻醉术引起顽固性尿潴留原因与多种因素有关,如麻醉药物种类、注射药物速度、穿刺间隙高低、药物浓度和剂量等。椎管内麻醉术可引起膀胱逼尿肌松弛,造成膀胱内括约肌收缩,从而抑制膀胱排尿功能,最终导致顽固性尿潴留^[8]。有资料显示^[9],椎管内麻醉术后,尿潴留发生率高达 45%,且易引起膀胱炎,严重时可能导致急性肾功能衰竭,影响患者生活质量。目前临床治疗术后顽固性尿潴留常用的方法为局部按摩、会阴冲洗、超短波理疗、热敷下腹部等,这些疗法不仅治疗时间长,且效果不理想。

中医学将尿潴留归于“癃闭”范畴,膀胱为州都之官,是六腑之一,与肾互为表里,主通调水液,其生理特性为开合^[10]。膀胱通过发挥开合作用,平衡贮尿与排尿功能。椎管内麻醉术后,造成膀胱开合作用失调,引起气化不利,致使膀胱中尿液不能排出,治疗应以补肾益气,行气活血为主。穴位贴敷是以中医经络学为指导,通过刺激穴位,调节机体脏腑循环,能够有效疏通经络,可透过皮肤直接吸收药物,益气补肾。临床治疗尿潴留常用穴位有三阴交、中极、足三里以及关元等,通过穴位敷贴,能有效调节机体平衡,调节脏腑功能,采用中医辩证贴敷,调节膀胱气化开合作用,缓解尿潴留症状。张颖等^[11]研究表明,采用穴位贴敷治疗椎管内麻醉术后顽固性尿潴留总有效率高达 95%,可有效缓解尿潴留程度,提高临床治疗效果。穴位贴敷用法简单,再加上无痛苦,容易被患者接受。近期有关研究显示,穴位贴敷配合苓桂术甘汤治疗椎管内麻醉术后顽固性尿潴留有助于缓解临床症状,内服外敷可进一步提高治疗效果^[12]。

苓桂术甘汤出自《伤寒杂论》,方中茯苓、薏苡仁具有祛湿利水、健脾养胃功效;杜仲、川续断具有益气补肾、强筋健骨功效;狗脊可有效祛除湿寒,又可滋阴补肾;桂枝、炙甘草具有温阳化气、辛甘化阳功效;药物联合使用,可充分发挥药效,调节机体脏腑、阴阳平衡,温阳补肾。现代药理发现^[13],桂枝无利尿作用,与茯苓配伍可增强利尿作用,茯苓与桂枝按照适当比例可使利尿作用发挥最好,作用时间长并且缓和。茯苓中有效成分为茯苓素,具有滋肝补体作用,它是利尿消肿主要成分。桂枝主要成分为桂皮醛,具有改善微循环、温通心阳作用,与甘草配伍,可充分发挥桂枝温经通络作用;白术中含有丰富的苍术酮,可有效调节机体性能低下,预防应激性溃疡,抗菌效果较好;苓桂术甘汤治疗泌尿系统疾病效果较好,可改善尿潴留症状。张宁等^[14]研究显示,苓桂术甘汤对椎管内麻醉术后尿潴留总有效率为 94.52%,治疗效果显著,起效时间短,作用迅速,有效减少残余尿量,从而达到治疗目的。本研究结果显示:治疗后研究组总有效率 93.33% 高于对照组 75.56%;研究组首次排尿时间及残余尿

量均少于对照组,尿流动力学指标、尿潴留缓解程度研究组优于对照组。表明采用穴位敷贴配合苓桂术甘汤治疗椎管内麻醉术后顽固性尿潴留患者较超短波理疗联合热敷效果好,能改善患者症状,减轻痛苦,提高生活质量。

综上所述,采用穴位敷贴配合苓桂术甘汤治疗椎管内麻醉术后顽固性尿潴留患者能有效缓解临床症状,缩短排尿时间,减少残余尿量,缓解尿潴留程度,临床治疗效果较好,值得临床使用及推广。

参 考 文 献

- [1] Masoudifar M, Aghadavoudi O, Adib S. Effect of venous dexamethasone, oral caffeine and acetaminophen on relative frequency and intensity of postdural puncture headache after spinal anesthesia[J]. Adv Biomed Res, 2016, 19(5): 66-67.
- [2] 贺必梅,潘飞鹏. 椎管内麻醉患者术后尿潴留相关因素的研究[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(18): 2970-2972.
- [3] 王红,池志勇. 穴位热敷加穴位注射治疗老年疝修补术后急性尿潴留患者 108 例[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(6): 689-690.
- [4] 卓例贤,刘细华,刘小军. 中药穴位灸疗对 30 例妇科肿瘤椎管内麻醉术后膀胱功能恢复的影响[J]. 中医研究, 2011, 24(11): 66-68.
- [5] 郑筱蓂. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 105.
- [6] Messeha MM, Boshra V. Comparison of the antinociceptive effect of systemic versus intrathecal magnesium sulphate on spinal morphine analgesia[J]. Magnes Res, 2016, 29(1): 22-33.
- [7] 张王孝,王治伦. 穴位贴敷配合热疗按摩用于预防外科术后尿潴留疗效观察[J]. 陕西中医, 2014, 35(10): 1354-1355.
- [8] Kim SJ, Park JS, Lim KT, et al. Efficacy of Transurethral Vesical Deafferentation with Mid-Urethral Sling Operation for Female Mixed Urinary Incontinence: Preliminary Results[J]. Low Urin Tract Symptoms, 2016, 8(2): 86-90.
- [9] 傅亚玲. 穴位贴敷配合热疗按摩预防普外科术后尿潴留临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(8): 1686-1687.
- [10] 孟凡美,杨艳霞,马莉,等. 关元穴按压联合足三里针刺治疗椎管内麻醉术后尿潴留效果观察[J]. 中国乡村医药, 2006, 12(12): 50-51.
- [11] 张颖,刘佳,朱学芳. 穴位敷贴预防手术后尿潴留 80 例临床观察护理[J]. 中国卫生产业, 2013, 10(1): 41.
- [12] 黄伟明,刘毅. 苓桂术甘汤加减治疗老年髋部骨折术后尿潴留 32 例[J]. 新中医, 2008, 40(7): 86-87.
- [13] 李菊红,刘温温,陈晓红. 护理干预对椎管内麻醉合用镇痛泵患者排尿的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(23): 88-89.
- [14] 张宁,程斌,王新宇. 针刺结合苓桂术甘汤对椎管内麻醉术后尿潴留患者的影响[J]. 成都中医药大学学报, 2015, 38(2): 75-77, 81.

(收稿日期: 2016-09-25)

(本文编辑: 王馨瑶)