

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2023.02.019

• 护理园地 •

中医特色康复护理联合盆底肌训练干预 脑卒中后尿失禁女性疗效观察

蔡月虹 陈春燕 黄翠琴

泉州市中医院脑病科, 福建泉州 362000

摘要 **目的** 探讨中医特色康复护理联合盆底肌训练应用于脑卒中后尿失禁女性患者的治疗效果。**方法** 根据随机数字表法将 2021 年 1 月—2021 年 10 月本院收治的 61 例脑卒中后尿失禁女性患者随机分为 2 组, 对照组 30 例进行盆底肌训练, 观察组 31 例在盆底肌训练基础上联合中医特色康复护理。比较 2 组患者临床疗效、尿动力学检查、生活质量、表面肌电变化及尿失禁情况。**结果** 干预后, 观察组患者临床治疗总有效率为 90.32%, 显著高于对照组的 66.67% ($P < 0.05$)。观察组膀胱容量、膀胱充盈压力、最大尿流率明显高于对照组 ($P < 0.05$), 观察组残余尿量明显低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组尿失禁生活质量问卷 (incontinence quality of life questionnaire, I-QOL) 评分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。观察组表面肌电均方根值 (root mean square, RMS)、积分肌电值 (integrated electromyography value, iEMG) 明显高于对照组 ($P < 0.05$)。观察组尿失禁恢复程度显著优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 中医特色康复护理联合盆底肌训练应用于脑卒中后尿失禁女性患者可改善膀胱功能及局部肌肉力量, 减少尿失禁的发生, 促进生活质量的恢复, 提高干预效果。

关键词 中医特色康复护理; 盆底肌训练; 脑卒中后尿失禁; 表面肌电

中图分类号 R743.3 **文献标志码** A

脑卒中是一种急性脑血管疾病, 是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病^[1]。尿失禁是脑卒中后的常见症状之一, 且预后较差, 主要临床表现为不自主地尿液流出现象。脑卒中后尿失禁不仅给患者带来心理困扰, 也会引发尿路感染、会阴部皮肤湿疹等并发症, 影响患者身体健康^[2]。目前临床上通常给予盆底肌训练以提高盆底肌张力, 但对于患病时间较长或者病情较重的患者康复效果欠佳, 尿失禁症状时有发生^[3]。艾灸疗法为中医特色康复护理手段之一, 艾条是将艾叶制成柱状物, 点燃艾条所产生的艾热可刺激人体特定的穴位, 通过激发经气的活动来调整人体生理生化功能, 达到防病治病目的。研究^[4]表明, 艾灸疗法可通过刺激神经、重建神经肌肉兴奋性来增强盆底肌群及尿道周围横纹肌的收缩功能。基于此, 本研究将中医特色康复护理联合盆底肌训练应用于脑卒中后尿失禁患者, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

根据随机数字表法将 2021 年 1 月—2021 年 10

月本院收治的 61 例脑卒中后尿失禁女性患者分为对照组和观察组。对照组 30 例, 年龄 (62.02 ± 3.12) 岁, 年龄范围为 51~68 岁; 疾病类型, 脑梗死 22 例, 脑出血 8 例; 脑卒中时期, 急性期 7 例, 恢复期 10 例, 后遗症期 13 期。观察组 31 例, 年龄 (65.12 ± 3.01) 岁, 年龄范围为 53~69 岁; 疾病类型, 脑梗死 21 例, 脑出血 9 例; 脑卒中时期, 急性期 9 例, 恢复期 11 例, 后遗症期 11 期。2 组患者一般资料对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 符合脑卒中诊断标准^[1]; 女性患者; 语言沟通正常, 能配合完成检测和治疗; 经患者及家属同意并签署知情同意书。

排除标准: 合并有泌尿系统感染、意识障碍者; 生命体征不稳定; 采用溶栓、手术等治疗方案者。

1.3 干预方法

对照组患者给予盆底肌训练: (1) 提肛运动训练 指导患者进行凯格尔运动, 即缩肛运动, 吸气时尽力收缩肛门努力维持 10 s, 还原后呼气时放松腰部, 每次休息 10 s, 连续做 15~30 min, 每天做 300~350 次。收缩盆底肌持续 3~5 s, 放松 3~5 s, 重复 10 次为 1

组,每天做 3 组,反复练习直至掌握。(2)排尿反射训练 指导患者遵循相关间隔时间规定,尽可能按时完成排尿。若到时间未排尿,应积极诱发触发点,包括轻叩耻骨上区、摩擦大腿内侧等手段促使逼尿肌出现收缩,进而使尿道外括约肌逐渐放松后排空尿液。若患者未到时间出现排尿需求,应引导患者使膀胱平滑肌的收缩得到缓解,拖延至规定时间排尿,相关手段包括对话、听音乐、看电视等方式,达到转移患者注意力的目的。每天训练 4~8 次,1 个疗程为 7 d。

观察组在对照组的基础上联合中医特色康复护理。选择的穴位有气海、关元、神阙、膀胱俞、三阴交,其中气海和关元均位于下腹部,前正中线上,气海位于关元上方;神阙在脐中部,脐中央;膀胱俞在骶部,位于腰骶部后正中线旁开 1.5 寸;三阴交在脚踝的内侧,内踝尖上 3 寸,胫骨后缘。持点燃的艾条距穴位皮肤 1~2 cm 进行艾灸,至患者局部有温热感且皮肤红晕而无灼痛为度。护理人员通过触摸患者皮肤温度,判断施灸距离是否合适,若在施灸的过程中患者出现疼痛需要及时调整。每次每穴治疗 20 min,每日艾灸治疗 1 次,5 次为 1 个疗程。在中医特色康复护理的过程中,同时注意对患者进行健康宣教和心理疏导,减轻患者的心理负担。

2 组患者均干预 2 个疗程共 2 周。

1.4 观察指标和评价标准

比较 2 组患者临床疗效。临床疗效判定标准:痊愈 临床症状完全消失,并能自主控制排尿;显效 临床症状基本消失,小便时有尿意,小便能够自主控制;有效 临床症状有所改善,小便有一定的控制能力,小便失控次数较干预前减少 1/3;无效 无明显改善,小便仍失禁。临床治疗总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

比较 2 组患者尿动力学水平,包括膀胱容量、残余尿量、膀胱充盈压力及最大尿流率。膀胱容量:最大程度憋尿之后,采用 B 超检测膀胱内具体尿量,来确定最大膀胱容量。残余尿量:排尽膀胱尿液,再通过 B 超测量膀胱的前径、后径、上下径,计算残余尿量。膀胱充盈压力:经尿道向膀胱插入测压管,连续测量 3 次,取平均值。最大尿流率:通过尿流动力学仪器进行检测,连续测量 3 次,取平均值。测量过程中注意安抚患者情绪,插管时操作要轻柔,充分应用润滑剂,以减少尿道损伤。

比较 2 组患者生活质量。采用尿失禁生活质量

问卷 (incontinence quality of life questionnaire, I-QOL)^[5] 评价患者生活质量。此量表包括心理影响 (总分 45 分)、日常生活限制 (总分 40 分)、社交限制 (总分 25 分) 共 3 个维度。总分越高,代表患者生活质量越好。

比较 2 组患者表面肌电变化。患者采取舒适体位,局部消毒后,采用 MyoMove-EOW 表面肌电仪 (四川科仪诚科技有限公司) 进行检测,采集表面肌电均方根值 (root mean square, RMS)、积分肌电值 (integrated electromyography value, iEMG),水平越高提示肌肉力量越强。

评估患者干预前及干预 2 个疗程后尿失禁程度:轻度 一般不影响日常生活,只有在特殊情况下才会出现尿失禁的症状;中度 会造成日常生活某些不便,只要咳嗽或稍为腹部用力就会出现尿失禁问题;重度 日常生活上会受到非常大的限制,心理形象也会受到影响。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验;计数资料以率 (%) 表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料比较采用秩和检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效对比

观察组患者临床治疗总有效率为 90.32%,显著高于对照组的 66.67% ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 尿动力学水平对比

干预前,2 组患者残余尿量、膀胱容量、膀胱充盈压力、最大尿流率比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后,2 组患者膀胱容量、膀胱充盈压力、最大尿流率均显著上升 ($P < 0.05$),且观察组明显高于对照组 ($P < 0.05$);2 组患者残余尿量均显著下降 ($P < 0.05$),且观察组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 I-QOL 评分对比

干预前,2 组患者 I-QOL 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后,2 组患者 I-QOL 评分均显著上升 ($P < 0.05$),且观察组明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 2 组患者临床疗效对比(例,%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	2	11	7	10	20(66.67)
观察组	31	4	16	8	3	28(90.32)

与对照组比较[△]*P*<0.05

表 2 2 组患者尿动力学水平对比($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	残余尿量(mL)	膀胱容量(mL)	膀胱充盈压力(cmH ₂ O)	最大尿流率(mL/s)
对照组 (<i>n</i> =30)	干预前	185.20±13.61	258.05±13.24	33.33±5.26	11.12±2.03
	干预后	81.01±14.20 [*]	350.56±37.64 [*]	34.34±5.07 [*]	14.01±4.23 [*]
观察组 (<i>n</i> =31)	干预前	185.91±14.31	257.91±13.45	33.20±5.13	11.01±2.11
	干预后	73.21±14.24 ^{*△}	383.22±39.17 ^{*△}	37.31±5.22 ^{*△}	16.32±4.01 ^{*△}

与治疗前比较^{*}*P*<0.05,与对照组比较[△]*P*<0.05

表 3 2 组患者 I-QOL 评分对比(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	心理影响	日常生活限制	社交限制
对照组 (<i>n</i> =30)	干预前	25.21±2.24	24.21±3.12	11.21±1.11
	干预后	38.14±4.32 [*]	31.62±3.24 [*]	19.52±2.16 [*]
观察组 (<i>n</i> =31)	干预前	25.01±2.21	24.02±2.11	11.32±1.23
	干预后	40.43±4.53 ^{*△}	33.53±3.13 ^{*△}	20.64±2.14 ^{*△}

与治疗前比较^{*}*P*<0.05,与对照组比较[△]*P*<0.05

2.4 表面肌电对比

干预前,2 组患者 RMS、iEMG 比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。干预后,2 组患者 RMS、iEMG 均显著上升(*P*<0.05),且观察组明显高于对照组(*P*<0.05)。见表 4。

表 4 2 组患者表面肌电对比($\mu V,\bar{x}\pm s$)

组别	时间	RMS	iEMG
对照组 (<i>n</i> =30)	干预前	33.71±5.43	42.30±2.21
	干预后	50.21±10.32 [*]	59.61±4.72 [*]
观察组 (<i>n</i> =31)	干预前	33.72±5.13	42.32±2.34
	干预后	59.53±10.94 ^{*△}	62.32±4.54 ^{*△}

与治疗前比较^{*}*P*<0.05,与对照组比较[△]*P*<0.05

2.5 尿失禁情况对比

干预前,2 组患者尿失禁情况比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。干预后,2 组患者尿失禁情况有显著差别(*P*<0.05)。见表 5。

表 5 2 组患者尿失禁情况对比($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	轻度	中度	重度
对照组 (<i>n</i> =30)	干预前	3	21	6
	干预后	7	19	4
观察组 (<i>n</i> =31)	干预前	4	23	4
	干预后	16 [△]	14 [△]	1 [△]

与对照组比较[△]*P*<0.05

3 讨论

尿失禁是脑卒中的并发症之一,影响脑卒中后患者的生活及心理健康。临床通常予以盆底肌功能锻

炼来缓解患者的临床症状,针对盆底肌群进行长期规范的自主锻炼,通过反复舒张和收缩以锻炼耻尾骨肌,以促进肌肉神经功能恢复。尿失禁病变部位为人体隐私部位,患者常难以启齿;盆底肌康复训练过程复杂,需要的时间长,短时间无法感受到康复效果,患者容易出现负性情绪,治疗效果难以保证。因此,在治疗过程中注意对患者进行健康宣教和心理疏导是很有必要的。

本病可归属于中医学“遗溺”范畴,多为阳气不足、膀胱虚冷、膀胱失约所致,治疗当以温肾助阳、益气固元为原则。灸法可借助热力在病变处行局部温热刺激,沿经络循行达温通经络、扶正祛邪之功,最终起到治病、防病作用^[6]。中医特色康复护理中的艾灸是将艾条置于气海、关元、三阴交等穴位,艾灸所使用的艾草性苦、辛、温,入肝、脾、肾三经,穿透力强,具有强壮元阳、温经通络、理气活血等功效,通过药力和热力促进尿道括约肌及膀胱颈肌修复,借助灸火的温和作用扶助人体的阳气,调和气血,使热气借经脉之道直达病灶处,起到行气活血、扶正固脱的作用^[7]。气海为任脉要穴,补肺肾之气;关元为足三阴经、任脉之会,灸之可培补元气、温肾助阳,令其固摄有权;三阴交为足三阴经交会穴,能够调补肝、脾、肾经气,达到健脾益气、益肾固本的效果,帮助膀胱气化,调节膀胱功能^[8]。

中医护理干预可为脑卒中尿失禁患者远期生活质量提高奠定基础。脑卒中患者由于脑血管梗阻或

出血,致使排尿反射的抑制解除,出现逼尿肌反射亢进、不稳定性膀胱,因此需要采取一定的干预措施调整膀胱功能失调。本研究中,观察组总有效率显著高于对照组;2 组膀胱容量、膀胱充盈压力、最大尿流率均上升,且观察组高于对照组;2 组残余尿量均下降,且观察组低于对照组。说明中医特色康复护理联合盆底肌训练可提高患者的干预效果,改善其膀胱功能。I-QOL 评分可有效评定脑卒中后尿失禁患者生活质量的恢复情况。本研究中,干预后,2 组 I-QOL 评分均上升,且观察组高于对照组;2 组 RMS、iEMG 均上升,且观察组高于对照组;观察组尿失禁恢复程度优于对照组。表明中医特色康复护理联合盆底肌训练能够改善患者局部肌肉力量,逐步恢复正常排尿,促进生活质量的恢复。

综上所述,中医特色康复护理联合盆底肌训练应用于脑卒中后尿失禁女性患者可改善膀胱功能及局部肌肉力量,减少尿失禁的发生,促进生活质量的恢复,提高干预效果。

参 考 文 献

[1] 中华医学会神经病学分会中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中

华神经科杂志,2018,51(9):666-682.

[2] 许友清,沈海晨,詹凤丽,等. 急性缺血性卒中后尿失禁危险因素的研究[J]. 泌尿外科杂志(电子版),2021,13(4):100-103.

[3] 马佳佳. 电针联合盆底肌锻炼治疗产后压力性尿失禁临床观察[J]. 中西医结合研究,2022,14(3):186-189.

[4] 马雪梅,佟蕊,万巧千,等. 电针结合艾灸治疗压力性尿失禁的效果及对生活质量的影响[J]. 慢性病学杂志,2022,23(1):156-159.

[5] 王晓茜. 改良女性自我形象评价量表(MBIS)、尿失禁生活质量问卷(I-QOL)、子宫肌瘤症状及健康相关生活质量问卷(UFS-QOL)中文版本研制与中国人群验证[D]. 北京:北京协和医学院,2013.

[6] 李清,王建强,郭翠英,等. 艾灸结合盆底肌训练治疗脑卒中后尿失禁临床观察[J]. 中国药物与临床,2020,20(6):912-914.

[7] 彭婷婷,洪静芳,刘从秀. 盆底肌功能锻炼联合热敏灸在老年脑卒中后尿失禁患者中的应用[J]. 中国老年学杂志,2020,40(21):4580-4584.

[8] 蒋莉,息金波,刘冬,等. 盆底肌功能训练联合艾灸关元穴治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J]. 世界中医药,2019,14(11):3058-3062.

(收稿日期:2022-11-25)

(上接第 133 页)

[12] 严道南. 严道南效方治验——益气温阳方[J]. 江苏中医药,2021,53(8):5-6.

[13] 陈许平,杨淑荣,谢强. 谢强运用益气升阳散寒通窍法治疗变应性鼻炎经验[J]. 江西中医药,2021,52(12):5-7.

[14] 万树全,李建挺. 加减桂枝汤治疗冷空气过敏性鼻炎 69 例临床观察[J]. 内蒙古中医药,2018,37(9):24-25.

[15] 吕斌,常克,王海俊,等. 调和营卫法治疗过敏性鼻炎 60 例疗效观察[J]. 山西中医,2011,27(3):10-11.

[16] 董培良,张天宇,殷鑫,等. 桂枝汤治疗过敏性鼻炎的实验研究(I) [J]. 中医药信息,2013,30(2):70-72.

[17] 许黎. 小青龙汤在变应性鼻炎中的效用[J]. 中国冶金工业医学杂志,2018,35(3):332-333.

[18] 曾曾. 加味麻黄附子细辛汤治疗肺肾虚寒型变应性鼻炎的临床疗效观察[D]. 济南:山东中医药大学,2019.

[19] 沈明,黄小强. 苍耳子散对变应性鼻炎小鼠炎症及 AQP5 蛋白表达的影响[J]. 中国民族民间医药,2021,30(21):19-24.

[20] 张璐,赵菲,刘珍珍,等. 基于网络药理学的辛夷-苍耳子药对治疗变应性鼻炎作用机制探讨[J]. 陕西中医药大学学报,2021,44(6):73-83.

[21] 王山,周强,张晖. 加减辛夷苍耳子散联合孟鲁司特钠在过敏性鼻炎治疗中的效果分析[J]. 中外女性健康研究,2020,(7):34,50.

[22] 孙青,连增林,孙劲旅,等. 祛风胜湿方治疗变应性鼻炎临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志,2021,36(8):5075-5078.

(收稿日期:2022-10-03)