

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2023.05.008

头针治疗不同梗死区脑卒中后尿失禁临床报道*

靳晶 刘麒麟 姜磊 刘江华 陈宇岑

武汉市中医医院脑病科, 武汉 430014

摘要 **目的** 观察头针百会加双侧顶旁 1 线治疗不同梗死区脑卒中后尿失禁患者的临床疗效。**方法** 选择脑梗死后尿失禁患者 97 例, 根据颅脑磁共振检查确定的梗死部位不同, 将患者分为 A 组(桥脑排尿控制中枢梗死)和 B 组(皮层排尿控制中枢梗死)。2 组均采用针刺百会穴+电针双侧顶旁 1 线的治疗方法, 治疗 3 周后以尿失禁程度、漏尿次数、尿失禁临床症状积分和 24 h 尿垫试验及临床疗效等评价治疗效果。**结果** 在减轻尿失禁程度方面, 2 组 I 度和 II 度尿失禁患者比例均增加(P 均 < 0.05), III 度和 IV 度尿失禁患者比例均减少(P 均 < 0.05), 且 B 组 I 度尿失禁患者比例显著高于 A 组($P < 0.05$)、III 度和 IV 度尿失禁患者比例显著低于 A 组(P 均 < 0.05); 在减少漏尿次数方面, 仅 B 组治疗前后差异有统计学意义($P < 0.05$); 在改善尿失禁临床症状方面, 2 组治疗前后差异均无统计学意义($P > 0.05$); 以 24 h 尿垫指数为疗效指标时, B 组总有效率明显高于 A 组($P < 0.05$)。**结论** 针刺百会穴+电针双侧顶旁 1 线可以改善皮层排尿控制中枢梗死患者的尿失禁程度, 显著减少漏尿次数, 但对此类患者的尿频尿急和夜尿增多等症状没有明显帮助, 对桥脑排尿中枢梗死患者的尿失禁没有明显疗效。

关键词 尿失禁; 脑卒中; 头针; 百会; 顶旁 1 线

中图分类号 R246 **文献标志码** A

人体正常的排尿活动由 3 个不同水平的控制中枢调控, 分别是皮层排尿控制中枢、桥脑排尿控制中枢和脊髓控制中枢。脑卒中会影响前 2 个中枢, 造成卒中后急性尿失禁, 其发病机制为卒中发生后高级中枢对脊髓排尿中枢的抑制作用减少或解除, 导致膀胱过度活动, 表现为逼尿肌反射亢进, 或逼尿肌-括约肌协同失调。有学者统计发现, 卒中后 1 周内出现尿失禁的概率为 50.9%, 3 个月后发生率为 12.3%^[1]; 国外学者报道的发生率分别为 40% 和 19%, 12 个月后为 15%^[2]。卒中后尿失禁是预测患者死亡或预后不良的重要指标^[3], 研究显示脑卒中后 3 个月伴尿失禁者病死率达 14.7%, 10 d 内伴尿失禁者病死率高达 31.2%, 而未伴尿失禁者病死率为 7.4%^[4]; 因此, 治疗卒中后尿失禁对减少患者死亡和改良预后有着积极的临床意义。同时, 因中枢神经系统在储尿和排尿功能中的控制作用不同, 不同部位的梗死引起的症状也有差异^[5]。因此, 本研究观察同一治疗方法对不同梗死区脑卒中后尿失禁的临床疗效是否不同, 从而为该病的个性化治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 10 月—2022 年 3 月于武汉市中医医院脑病科就诊的缺血性脑卒中后尿失禁患者 97 例, 1 例患者因出现未能控制的高血压要求退出而脱落, 1 例患者尿垫试验数据可疑予以剔除, 最终有效病例 95 例。全部病例行颅脑 MRI 检查明确梗死部位后分组, 梗死部位包含以下部位者: 小脑、脑桥、下丘脑(类似于桥脑排尿控制中枢), 进入 A 组; 梗死部位仅位于以下 1 个和/或多个部位者: 顶叶中央、额叶内侧、额上回、扣带回前部、胼胝体膝部、旁中央小叶、基底节区(这些梗死部位约等于皮层排尿控制中枢), 进入 B 组。其中 A 组 46 例, 男 28 例, 女 18 例; 平均年龄(63.92±12.02)岁, 平均病程(4.11±1.92)周; B 组 49 例, 男 30 例, 女 19 例; 平均年龄(65.08±11.35)岁, 平均病程(4.29±2.13)周。2 组患者在性别、年龄、病程等方面差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

缺血性脑卒中诊断参照中华医学会《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[6], 尿失禁根据国际尿控学会定

* 2016~2017 年度中医药中西医结合科研项目(No. 鄂卫生计生通[2017]20 号)

义,即为尿液从尿道口不自主流出的尿控失常状况。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:①符合上述诊断标准和定义;②病程 2~12 周;③认知功能和语言功能基本正常,能进行有效沟通;④脑卒中病情稳定;⑤脑卒中前无尿失禁症状。

排除标准:①严重心肺功能不全或肝肾功能异常者;③尿路肿瘤、尿路结石或尿路感染者;④男性因前列腺增生导致排尿障碍者;⑤女性因盆底功能障碍出现压力性尿失禁者;⑥意识障碍、认知障碍或精神障碍不能配合治疗者。

1.4 剔除和脱落标准

①尿垫试验数据记录不正确或不完整者;②不能耐受针刺治疗者;③自行退出者。

1.5 治疗方法

2 组采用同一治疗方法。取穴:百会穴、双侧顶旁 1 线。操作:患者取仰卧位或坐位,使用 0.25 mm×40 mm 华佗牌无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司),避开毛囊,快速进针,针灸针与头皮约呈 15°角刺入后,稍用力使针尖达头皮帽状腱膜下,针体进入 2/3~4/5,百会穴由后向前刺,令患者有头顶胀麻感;双侧顶旁 1 线由前向后刺入并连接 G6805 低频脉冲治疗仪(上海医疗器械高技术公司)电极线,采用连续波,频率强度 50 Hz。每次治疗持续 20~30 min,1 次/d,每周 5 d,连续治疗 3 周后进行疗效评定。患者除继续使用抗血小板药、他汀类药物、降糖药或胰岛素、非利尿剂类降压药和继续进行物理治疗及作业治疗等康复训练外,停用或避免使用影响膀胱功能的药物,停用复方中成药和中药煎剂。

1.6 观察指标与疗效评价方法

参考美国老年病学会制定的尿失禁程度量表进行尿失禁程度评定:I 度为不再出现尿失禁症状;II 度为用力、屏气时出现尿失禁;III 度为活动时出现尿

失禁;IV 度为直立、翻身时出现尿失禁。比较 2 组各级尿失禁患者比例。另取尿急、尿频、夜尿 3 个维度进行尿失禁症状积分评定,0 分为正常,最高 6 分,得分越高代表尿失禁症状越严重。

参照国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表进行漏尿次数评分:1 分为近 1 周有 0~1 次漏尿;2 分为近 1 周有 2~3 次漏尿;3 分为近 1 周大约每天 1 次漏尿;4 分为近 1 周每天 2~3 次漏尿;5 分为频繁漏尿。得分越高代表漏尿越严重。

疗效标准以 24 h 尿垫试验评定,采用尼莫地平百分比法,24 h 尿垫指数=[(治疗前 24 h 尿垫增加重量-治疗后 24 h 尿垫增加重量)/治疗前 24 h 尿垫增加重量]×100%,24 h 尿垫指数<50%为无效,24 h 尿垫指数≥50%为有效,同时 24 h 尿垫重量增加≤1 g 为痊愈。临床总有效率=[(痊愈+有效)例数/总例数]×100%。

观察 2 组治疗过程中的不良反应,例如晕针、皮下严重血肿、局部感染或剧烈疼痛等。

1.7 统计学分析

采用 SPSS 17.0 软件进行统计学分析,计数资料以例数和百分比(%)表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用 Ridit 分析;计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组尿失禁例数比较

治疗后,2 组 I 度、II 度尿失禁患者比例均较治疗前升高(P 均<0.05),同时 III 度、IV 度尿失禁患者比例均较治疗前降低(P 均<0.05);B 组 I 度尿失禁患者比例高于 A 组($P < 0.05$),III 度、IV 度尿失禁患者比例低于 A 组(P 均<0.05)。见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后尿失禁例数比较(例,%)

组别	<i>n</i>	时间	I 度	II 度	III 度	IV 度
A 组	46	治疗前	0(0.00)	12(26.09)	23(50.00)	11(23.91)
		治疗后	7(15.22)*	14(30.43)*	17(36.96)*	8(17.39)*
B 组	49	治疗前	0(0.00)	12(24.49)	25(51.02)	12(24.49)
		治疗后	19(38.78)* [△]	13(26.53)*	12(24.49)* [△]	5(10.20)* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$;与 A 组比较[△] $P < 0.05$ 。

2.2 2 组漏尿次数评分及尿失禁症状积分比较

治疗后,B 组漏尿次数评分较前明显降低($P < 0.05$),A 组漏尿次数评分与治疗前比较,差异无统计

学意义($P > 0.05$);2 组治疗前后尿失禁症状积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后漏尿次数评分及尿失禁症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	漏尿次数评分	尿失禁症状积分
A 组	46	治疗前	3.40 ± 0.80	3.98 ± 1.98
		治疗后	3.00 ± 1.11	4.01 ± 1.23
B 组	49	治疗前	3.36 ± 0.56	4.04 ± 1.81
		治疗后	1.16 ± 0.51* [△]	4.01 ± 1.29

与治疗前比较* $P < 0.05$; 与 A 组比较[△] $P < 0.05$ 。

2.3 2 组临床总有效率比较

治疗后, B 组以 24 h 尿垫指数评定的临床总有效率为 83.67%, A 组为 67.39%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者临床总有效率比较(例, %)

组别	n	痊愈	有效	无效	总有效率
A 组	46	8	23	15	31(67.39)
B 组	49	19	22	8	41(83.67) [△]

与 A 组比较[△] $P < 0.05$ 。

2.4 不良反应

2 组患者治疗过程中均未出现不良反应。

3 讨论

卒中后尿失禁的发生并不罕见, 容易造成卒中患者不良预后。针刺治疗卒中后尿失禁虽然操作方便、副作用较少^[7-8], 但不同梗死区尿失禁患者的针刺治疗相同, 没有个体差异。

本研究采用针刺百会穴+电针双侧顶旁 1 线治疗卒中后尿失禁患者, 从取穴上看, 百会穴位于头顶正中、两耳尖连线中点, 顶旁 1 线位于头顶中线旁开 1.5 寸, 从通天向后循经引 1.5 寸长^[9]; 百会+双侧顶旁 1 线相当于头顶正中和距离头顶正中约 3 cm 且平行于前后正中线前后各 2 cm 的线段, 它们接近于皮层排尿控制中枢在头皮的投影。通过充分刺激旁中央小叶、额叶中央上部、胼胝体膝部等在头皮的投射区域, 帮助提高受损皮层功能区的兴奋性、增加血流量、改善缺氧、重建侧枝循环^[10-12], 从而促进皮层排尿中枢功能的恢复。

本研究结果显示, 头针治疗皮层控制中枢梗死导致的尿失禁总有效率可达 83.67%, 疗效明显优于同样方法治疗桥脑控制中枢梗死引起的尿失禁, 甚至在减少漏尿次数方面, 头针治疗桥脑控制中枢梗死所致尿失禁的效果并不明显。而在缓解尿频尿急症状和减少夜尿次数方面, 2 组患者均无获益, 可能是由于排尿时的尿频尿急多为主观感受, 其不同于尿液失控后的漏出或流出, 部分患者排尿频繁, 但每次排尿量少, 且没有漏尿现象, 或稍有尿意即匆忙排尿, 且可以控制, 便不产生失禁; 另外, 夜尿发生于睡眠中, 不排除有人体睡眠-觉醒机制的参与, 与日间的排尿反射也许

有所不同。

综上, 针刺百会和顶旁 1 线可以改善皮层排尿控制中枢梗死后尿失禁患者的失禁程度, 显著减少漏尿次数, 但对桥脑排尿控制中枢梗死后的尿失禁需要选用其他更有效的穴位或寻找其他个性化治疗。

参 考 文 献

- [1] 杜敢琴, 刘素琴, 尚学兰, 等. 卒中中尿失禁患者的预后研究[J]. 中国临床康复, 2004, 8(22): 4428-4430.
- [2] Patel M, Coshall C, Rudd AG, et al. Natural history and effects on 2-year outcomes of urinary incontinence after stroke[J]. Stroke, 200, 32(1): 122-127.
- [3] Pizzi A, Falsini C, Martini M, et al. Urinary incontinence after ischemic stroke: clinical and urodynamic studies[J]. Neurourol Urodyn, 2014, 33(4): 420-425.
- [4] Kolominsky-Rabas PL, Hilz MJ, Neundoerfer B, et al. Impact of urinary incontinence after stroke: results from a prospective population-based stroke register[J]. Neurourol Urodyn, 2003, 22(4): 322-327.
- [5] 中国老年医学学会神经医学分会, 天津市卒中学会. 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.
- [6] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146-153.
- [7] 黄俏敏, 陈力超, 唐敏. 头皮针治疗中风后尿失禁 30 例疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(4): 287.
- [8] 温雅丽, 张露芬, 付渊博, 等. 隔姜隔盐灸神阙穴治疗缺血性中风后急性尿失禁 45 例随机对照临床观察[J]. 中医杂志, 2014, 55(19): 1648-1651.
- [9] 孙国杰. 针灸学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 167.
- [10] 郑华, 陈立典. 浅谈卒中后平衡功能障碍[J]. 针灸临床杂志, 2006, 22(10): 41-42.
- [11] 沈特立. 病侧、双侧头穴透刺对脑梗塞 TCD 的影响[J]. 上海针灸杂志, 2002, 21(1): 8-10.
- [12] 陈华德, 殷光磊, 蒋飏, 等. 用 fMRI 技术探讨针刺百会穴对脑功能的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 30(6): 656-659.

(收稿日期: 2023-05-23)