

[医院药房]

通督温阳法针刺及温肾止遗方联合常规治疗对膀胱虚寒型小儿遗尿患者的临床疗效

陆晓丹, 张晓丽, 冯琦钗*
(海南省中医院, 海南 海口 570000)

摘要: **目的** 探讨通督温阳法针刺及温肾止遗方联合常规治疗对膀胱虚寒型小儿遗尿患者的临床疗效。**方法** 94 例患者随机为对照组和观察组, 每组 47 例对照组给予常规治疗 (控制饮食、醋酸去氨加压素), 观察组在对照组基础上加用通督温阳法针刺及温肾止遗方, 疗程 8 周。检测临床疗效、膀胱功能指标 (膀胱残余尿量、功能性膀胱容量、尿流率)、月遗尿次数、ADH、症状评分、复发率、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$), 复发率更低 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组膀胱残余尿量小于对照组 ($P < 0.05$), 功能性膀胱容量、尿流率、ADH 更高 ($P < 0.05$), 月遗尿次数更少 ($P < 0.05$), 症状评分更低 ($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 通督温阳法针刺及温肾止遗方联合常规治疗可安全有效地提高膀胱虚寒型小儿遗尿患者 ADH 水平, 改善临床症状。

关键词: 通督温阳法针刺; 温肾止遗方; 常规治疗; 小儿遗尿; 膀胱虚寒

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2022)04-1358-03

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2022.04.063

小儿遗尿病是常见的小儿疾病, 发生于 5 岁以上儿童, 为每周大于 2 次从睡梦中醒来控制排尿而出现无意识的排尿行为, 可对儿童身心造成严重影响, 在我国小学生中其发病率为 4.6%, 以男性多见^[1]。本病病机复杂, 目前认为它与中枢觉醒功能障碍、膀胱功能障碍、抗利尿激素分泌异常等多因素共同引起^[2]。目前, 去氨加压素是小儿遗尿病的一线治疗药物, 可有效改善患儿膀胱平滑肌功能, 但远期疗效有限, 存在较高的复发率, 故联合中药以提高疗效已成为研究热点^[3]。

中医认为, 小儿遗尿病属于“遗溺”范畴, 膀胱与肾相表里, 是机体水液代谢过程中的重要组成部位, 膀胱气化不利则可引起小便不利; 小儿肾常虚, 膀胱气化不利, 疾病日久损伤阳气, 最终形成膀胱虚寒型^[4]。针刺具有扶正通络、益肾温阳功效, 而温肾止遗方由名方真武汤调整而来, 可加强益肾固尿功效。因此, 本研究考察通督温阳法针刺及温肾止遗方联合常规治疗对膀胱虚寒型小儿遗尿患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2017 年 6 月至 2020 年 2 月就诊于海南省中医院的 94 例膀胱虚寒型小儿遗尿患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 47 例, 其中对照组男性 26 例, 女性 21 例; 年龄 5~12 岁, 平均年龄 (7.92 ± 1.83) 岁; 病程 1~27 个月, 平均病程 (9.15 ± 1.67) 个月, 而观察组

男性 25 例, 女性 22 例; 年龄 5~11 岁, 平均年龄 (8.25 ± 1.69) 岁; 病程 2~29 个月, 平均病程 (8.73 ± 1.59) 个月, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。研究经医学伦理委员会审核批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 (小儿遗尿) 参考文献 [5] 报道, (1) 患者不易唤醒, 睡眠深, 存在夜尿, 可在 1 周内发生数次, 严重者一晚数次; (2) 年龄 ≥ 5 岁; (3) X 光片可见隐性脊柱裂; (4) 尿常规及培养无异常。

1.2.2 中医 (膀胱虚寒型) 参考文献 [6] 报道, 主证乏力, 夜尿频; 次证畏寒肢冷, 腰膝酸软, 面色少华; 舌淡胖, 有齿痕; 脉沉细。

1.3 纳入标准 (1) 符合“1.2”项下诊断标准; (2) 年龄 5~12 岁; (3) 近期未接受其他临床研究; (4) 与患者监护人沟通, 签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 对受试药物过敏; (2) 合并神经系统疾病; (3) 继发性遗尿; (4) 治疗依从性差; (5) 谷丙转氨酶升高 2 倍以上; (6) 尿床频率每周 < 2 次; (7) 有 6 个月以上的不尿床期。

1.5 治疗手段

1.5.1 对照组 采用常规治疗, 饮食方面, 嘱咐患者晚餐避免流质及半流质饮食, 控制每日液体摄入量; 药物方面, 给予醋酸去氨加压素 (辉凌制药有限公司, 注册证号

收稿日期: 2021-02-08

基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (81660823)

作者简介: 陆晓丹 (1986—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为儿科。Tel: 17789762159

* 通信作者: 冯琦钗 (1985—), 女, 博士, 主治医师, 从事针刺治疗排尿功能障碍性疾病的临床及机理研究。Tel: 17789762159

H20120285, 批 号 20170406、20180502、20181204、20190706) 0.2 mg、睡前 30 min 顿服。连续治疗 8 周。

1.5.2 观察组 在对照组基础上采用通督温阳法针刺及温肾止遗方。通督温阳法针刺选择肾俞、膀胱俞、水道、气海、关元、中极、次髎穴作为主穴, 其中肾俞、膀胱俞为双侧取穴, 治疗时嘱咐患者放松心情, 仰卧于治疗床上, 常规消毒施针处皮肤, 统一采用一次性毫针(苏州针灸用品有限公司)操作, 深度及角度参考《针灸学》, 均行平补平泻法, 关元、气海穴针刺后针柄尾部放置事先准备好的艾柱, 留针 30 min, 询问患者施灸处皮肤感觉以避免烫伤皮肤, 隔日进行 1 次。温肾止遗方由制附片 6 g、肉桂 6 g、炒白术 9 g、桂枝 6 g、补骨脂 6 g、益智仁 6 g、菟丝子 9 g、覆盆子 9 g、山茱萸 10 g、桑螵蛸 10 g、炙麻黄 3 g、炙甘草 3 g 组成, 乏力明显者, 加党参 6 g; 大便溏薄者, 加茯苓 9 g; 食欲降低者, 加砂仁 6 g; 畏寒肢冷者, 加大附子剂量至 9 g, 由医院中药房统一提供并代煎, 每天 1 剂, 每剂 300 mL, 上下午各口服 150 mL。连续治疗 8 周。

1.6 指标检测 (1) 采用 ZN99-ZNC961A 型智能尿流率测定仪(北京中西远大科技公司)测定尿流率, 测定前嘱患者饮 100 mL 水, 当出现强烈尿意后排尿, 排尿结束后测定; (2) 采用 DC-N2S 彩色多普勒超声系统(深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司)测定膀胱残余尿量及功能性膀胱容量, 测定前嘱患者憋尿, 短期内至少饮用 500 mL 水, 憋尿至最大耐受度, 排尿结束后测定; (3) 测定月遗尿次数, 尿液部分湿透计遗尿 0.5 次, 完全湿透床单计遗尿 1 次; (4) 采用 ELISA 法测定血清抗利尿激素(ADH)水平, 相关试剂盒由美国 Cayman 公司提供; (5) 测定症状

评分^[6], 主要症状包括熟睡不醒(遗尿即醒, 2 分; 遗尿不醒, 4 分; 遗尿呼之不醒, 6 分)、遗尿次数(每周大于 2 次, 但不是每天均出现遗尿, 2 分; 每天均有遗尿, 但次数不大于 2 次, 4 分; 每天遗尿次数大于 2 次, 6 分)、次要症状包括畏寒肢冷(肢冷不超过踝关节, 1 分; 肢冷不超过膝关节, 2 分; 肢冷超过膝关节, 3 分)、乏力(偶有发作, 1 分; 持续存在, 可正常生活, 2 分; 乏力持续, 严重影响正常生活, 3 分)、腰膝酸软(偶有发作, 1 分; 持续存在, 经休息后可缓解, 2 分; 经休息后不缓解, 3 分); (6) 测定 3 个月内复发率; (7) 观察不良反应发生情况, 包括头痛、低钠血症、浮肿、腹痛、面色潮红等, 测定其发生率, 若情况严重时及时进行药物干预, 并退出研究。

1.7 疗效评价 参考文献[6]报道, (1) 治愈, 治疗后无遗尿; (2) 显效, 治疗后可叫醒排尿, 遗尿次数减少 2/3 以上; (3) 有效, 治疗后遗尿次数减少 1/3 以上而不足 2/3, 但仍不易叫醒; (4) 无效, 治疗后遗尿未改善。总有效率 = [(治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数] × 100%。
1.8 统计学分析 通过 SPSS 23.0 软件进行处理, 计数资料以百分率表示, 组间比较采用卡方检验; 符合正态分布的计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 *t* 检验。 *P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 膀胱功能指标 由表 1 可知, 治疗后, 2 组膀胱残余尿量降低, 功能性膀胱容量、尿流率升高 (*P* < 0.05), 以观察组更明显 (*P* < 0.05)。

表 1 2 组膀胱功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$, *n* = 47)

组别	膀胱残余尿量/mL		功能性膀胱容量/mL		尿流率/(mL·s ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	21.47 ± 4.83	14.29 ± 4.91 *	94.06 ± 8.07	107.16 ± 9.04 *	17.19 ± 2.35	18.62 ± 2.01 *
观察组	21.69 ± 4.61	11.05 ± 3.06 **	94.28 ± 8.47	125.19 ± 8.24 **	17.04 ± 2.08	21.85 ± 2.13 **

注: 与同组治疗前比较, * *P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, # *P* < 0.05。

2.2 月遗尿次数、ADH 水平比较 由表 2 可知, 治疗后, 2 组月遗尿次数降低 (*P* < 0.05), ADH 水平升高 (*P* < 0.05), 以观察组更明显 (*P* < 0.05)。

表 2 2 组月遗尿次数、ADH 水平比较 ($\bar{x} \pm s$, *n* = 47)

组别	月遗尿次数/次		ADH/(μg·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	12.04 ± 2.27	5.09 ± 1.63 *	1.93 ± 0.34	2.36 ± 0.29 *
观察组	12.47 ± 2.53	3.49 ± 0.67 **	1.87 ± 0.28	2.84 ± 0.38 **

注: 与同组治疗前比较, * *P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, # *P* < 0.05。

2.3 症状评分 由表 3 可知, 治疗后, 2 组症状评分降低 (*P* < 0.05), 以观察组更明显 (*P* < 0.05)。

2.4 临床疗效 由表 4 可知, 观察组总有效率高于对照组 (*P* < 0.05)。

2.5 复发率 由表 5 可知, 观察组复发率低于对照组 (*P* < 0.05)。

表 3 2 组症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$, *n* = 47)

组别	主要症状评分/分		次要症状评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	9.06 ± 1.75	4.14 ± 1.02 *	6.26 ± 1.27	2.63 ± 0.52 *
观察组	9.43 ± 1.68	2.30 ± 0.46 **	6.37 ± 1.40	1.47 ± 0.33 **

注: 与同组治疗前比较, * *P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, # *P* < 0.05。

表 4 2 组临床疗效比较 [例 (%), *n* = 47]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	19(40.43)	10(21.28)	6(12.76)	12(25.53)	35(74.47)
观察组	27(57.45)	13(27.65)	5(10.64)	2(4.26)	45(95.74) #

注: 与对照组比较, # *P* < 0.05。

表 5 2 组复发率比较 [例 (%), *n* = 47]

组别	复发	未复发	总发生
对照组	23(48.94)	24(51.06)	23(48.94)
观察组	10(22.22)	37(78.72)	10(21.28) #

注: 与对照组比较, # *P* < 0.05。

2.6 不良反应发生率 由表 6 可知, 2 组不良反应发生率 比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 6 2 组不良反应发生率比较 [例 (%), $n=47$]

组别	低钠血症	浮肿	腹痛	头痛	面色潮红	总发生
对照组	2(4.26)	2(4.26)	4(5.50)	1(2.13)	3(6.38)	12(25.53)
观察组	1(2.13)	1(2.13)	3(6.37)	2(4.26)	2(4.26)	9(19.15)

3 讨论

小儿遗尿的治疗重点是改善逼尿肌-括约肌收缩功能及膀胱容量^[7-9]。在生理状态下, 精氨酸加压素水平处于动态平衡, 患者夜间 ADH 水平分泌减少, 逼尿肌功能发生障碍而发病^[10-13], 其降低程度与病情呈负相关, 故对其进行检测有助于判断高级中枢对患者逼尿肌的调控情况^[14-18]。

中医认为, 小儿遗尿病位在膀胱, 但发病与肺、脾、肾等脏腑相关; 小儿体质具有肾常虚, 脾常不足的特点, 膀胱制约能力正常是保障尿正常排泄的关键, 肾与膀胱相表里, 肾主开阖, 肾阳为人体阳气之根本, 肾阳亏虚则可累及膀胱, 导致膀胱虚寒证。“通督”中的“督”不仅包括夹脊穴位于等督脉的穴位, 也包括附近膀胱经上的俞穴, 刺激这些穴位可调节督脉、膀胱经经气, 加强阳气温煦^[19-20]。

肾俞可调节肾脏功能, 促进肾气修复; 膀胱俞可调解膀胱功能; 中极位于任脉, 膀胱俞与其合用为俞募相配; 关元是任脉与足三阴经交会穴, 乃小肠募穴, 与气海均有益气温阳功效; 次髎位于足太阳膀胱经, 可调节膀胱经气血; 水道可调节机体水液代谢; 夹脊可刺激脊神经而调节中枢排尿系统^[21]。温肾止遗方中制附片温通三焦阳气, 为君药; 肉桂温肾助阳而加强制附片温阳功效, 桂枝温阳散寒、解表, 补骨脂、益智仁温肾助阳、止泻, 合为臣药; 炒白术燥湿健脾而促进脾胃功能恢复, 菟丝子温肾助阳、明目止泻, 桑螵蛸、覆盆子温肾助阳、固精缩尿、阴阳互根, 山茱萸滋补肝肾、养阴, 炙麻黄宣肺解表, 与桂枝合用则温阳解表之力增, 体现醍醐揭盖之义, 合为佐药; 炙甘草益气健脾、调和诸药, 为使药。

本研究发现, 治疗后观察组膀胱残余尿量小于对照组, 总有效率、尿流率、功能性膀胱容量、血浆 ADH 更高, 症状评分、复发率更低, 并且 2 组不良反应发生率无显著差异, 其作用机制复杂^[22], 包括 (1) 提高 ADH 水平; (2) 调节膀胱平滑肌功能, 促进膀胱功能修复, 从外周及中枢神经系统入手起双重作用。综上所述, 通督温阳法针刺及温肾止遗方联合常规治疗对膀胱虚寒型小儿遗尿患者疗效明显, 具有重要临床意义。

参考文献:

[1] 佚名. 中华医学会小儿外科学分会第 7 届小儿尿动力和盆底学术会议纪要[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2019, 34(12): 960.

[2] 韩仲波, 薛明新. 针灸推拿治疗小儿遗尿症临床研究进展[J]. 吉林中医药, 2018, 38(6): 713-716.

[3] 张国锋, 刘中会, 徐志杰, 等. 醋酸去氨加压素及中药治疗小儿遗尿症疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(4): 306-307.

[4] 陶 敏. 小儿遗尿症证型与体质相关性及中医药治疗临床

研究[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2014.

[5] 中华医学会小儿外科学分会小儿尿动力和盆底学组和泌尿外科学组. 儿童遗尿症诊断和治疗中国专家共识[J]. 中华医学杂志, 2019, 99(21): 1615-1620.

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

[7] 杜 可, 王仲易. 针药结合治疗脾肾两虚型小儿遗尿症的临床研究[J]. 西部中医药, 2020, 33(6): 105-107.

[8] 田惠忠. 醒脑调神针法配合足感区治疗功能性小儿遗尿 48 例疗效观察[J]. 天津中医药, 2017, 34(5): 312-314.

[9] 黄绍磊, 邵国梁, 管素梅, 等. 杨佃会针灸治疗小儿遗尿经验[J]. 山东中医杂志, 2020, 39(6): 580-583.

[10] 王 静, 徐秀娟. 去氨加压素联合温肾健脾中药治疗小儿遗尿的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(1): 248-250.

[11] 苏 靖, 王 蓉. 浅析五苓散加减治疗小儿遗尿[J]. 中国中西医结合儿科学, 2020, 12(4): 335-337.

[12] 庞 勇, 唐丽军, 刘慧梅, 等. 益肾调督法针灸治疗小儿遗尿 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(4): 96-97.

[13] 王 荻. 小儿遗尿的中西医治疗进展[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(19): 124-125.

[14] 陈瑞丹, 兰 颖, 刘 涛, 等. 揸针联合缩泉胶囊治疗原发性小儿遗尿症(下元虚冷、脾肺气虚)随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2018, 32(11): 61-64.

[15] 王 军, 曹 彬, 郭 晖, 等. 托特罗定联合醋酸去氨加压素治疗膀胱过度活动症并白天尿失禁患儿疗效分析[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2020, 35(12): 926-928.

[16] 潘 慧, 朱莉莉, 陈 彪. 醋酸去氨加压素联合奥昔布宁治疗儿童单症状性夜遗尿的疗效及药物经济学效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(20): 4713-4715.

[17] 王阳赞, 焦 伟, 史朝亮, 等. 国产醋酸去氨加压素片治疗女性夜间多尿症的疗效及安全性评价[J]. 现代泌尿外科杂志, 2019, 24(10): 816-820.

[18] 罗 珉, 尹 晓. 推拿联合醋酸去氨加压素治疗小儿原发性遗尿的效果及对血清血管升压素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(14): 1547-1550.

[19] 张黎媛, 马虹宇, 张秋才. 张秋才教授运用温阳益气通督法治疗临床疑难病案[J]. 解放军医药杂志, 2020, 32(4): 93-96.

[20] 屠路亭. 吴旭教授“通督温阳”法针刺干预小儿遗尿症(下元虚寒型)的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2020.

[21] 曹 迪, 牛 野, 王富春. 基于 30 部现代针灸教材对小儿遗尿“同功穴”分析[J]. 吉林中医药, 2017, 37(4): 336-339.

[22] 李晓陵, 刘晓慧, 蔡丽娜, 等. 原络配穴法治疗小儿遗尿临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(7): 8-11.