

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.10.021

中图分类号: R 246.2 文献标志码: A

浮针疗法治疗女性压力性尿失禁 25 例

李 康¹, 陆 瑾², 田亚丽¹, 符仲华³✉(¹南京中医药大学, 江苏南京 210029; ²南京中医药大学第三附属医院; ³南京中医药大学浮针医学研究所, 江苏南京 210029)

[关键词] 压力性尿失禁; 浮针; 患肌; 反应点

压力性尿失禁是指在体力劳动、打喷嚏或咳嗽等腹压增加时不自主的尿液漏出。由于特殊的生理结构, 女性更容易患压力性尿失禁, 严重影响妇女身心健康、生活质量、社会活动, 是临床常见病、疑难病。压力性尿失禁有药物治疗如度洛西汀, 但因不良反应和疗效欠佳, 出现较高的停药率; 盆底肌肉锻炼是治疗压力性尿失禁有效方法, 但治疗周期较长, 显效慢; 手术治疗因患者畏惧而接受率低, 是各种保守方法无效时的最后选择^[1]。针刺治疗压力性尿失禁疗效确切, 国内刘保延团队研究表明电针中髎、会阳穴能明显减少患者漏尿量, 改善临床症状^[2]。浮针疗法是源于传统的新型针刺疗法, 不同于常规针刺, 笔者运用浮针治疗女性压力性尿失禁 25 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

25 例均为 2015 年 1 月至 2017 年 9 月南京中医药大学浮针医学研究所门诊的压力性尿失禁患者, 其中年龄最小 43 岁, 最大 82 岁, 平均 (63 ± 11) 岁; 病程最短 3 个月, 最长 10 年, 平均 (5.0 ± 3.1) 年。均为经产妇, 剖宫产史 6 例, 经阴道分娩 19 例; 平均产次 (2.04 ± 0.98) 次。病情严重程度: 轻度 3 例, 中度 15 例, 重度 7 例。所有患者均排除泌尿系感染、神经源性膀胱、心理性尿失禁、异位输尿管、盆腔脏器脱垂 ≥ 2 度、尿失禁手术治疗史等情况。

1.2 诊断标准

参照《北京大学女性压力性尿失禁诊疗指南(草案)》^[3] 制定, ①大笑、咳嗽、喷嚏或行走等各种腹压增加情况时尿液不自主漏出, 停止加压动作时尿流随即终止; ②压力诱发试验: 在增加腹压时, 能观测到尿液不自主漏出, 或 1 h 尿垫试验失禁量 > 1 g; ③无尿频、尿急伴随症状。

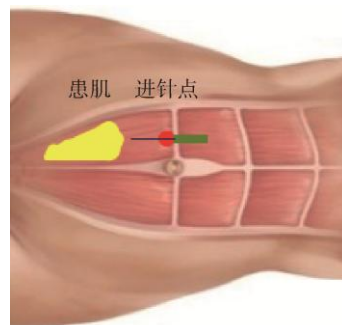
压力性尿失禁程度诊断根据《北京大学女性压力性尿失禁诊疗指南(草案)》^[3] 高度推荐的临床症状判定标准。一般活动即夜间无尿失禁, 咳嗽、打喷嚏等腹压增加时偶发尿失禁, 不需要佩戴尿垫为轻度; 咳嗽、打喷嚏等腹压增加及起立活动时, 有频繁的尿失禁, 需要佩戴尿垫生活为中度; 起立活动或卧位体位变化时即有尿失禁, 严重地影响患者的生活及社交活动为重度。

2 治疗方法

2.1 查找患肌及确定进针点

患肌一词首见于《浮针医学纲要》^[4], 是浮针疗法所特有的概念, 是指在运动中枢正常情况下, 放松状态时仍处于紧张状态的肌肉, 触摸时指下有紧、僵、硬、滑感, 患者局部酸胀不适。肌筋膜触发点 (myofascial trigger point, MTrP) 是患肌形成的主要原因。患肌可引起多种症状, 压力性尿失禁患肌多在下腹部和下肢内侧, 包括腹直肌下段、股内收肌群、股四头肌内侧头等。因此治疗需要在下腹部及下肢内侧触诊寻找患肌。

进针点随患肌位置而定, 若触查腹直肌下段为患肌, 进针点选在患肌上方约 5 cm 处, 如图 1; 触查股内收肌群、股四头肌内侧头为患肌, 进针点选在患肌下方约 5 cm 处。



注: 黄色表示紧张、僵硬的腹直肌下段, 为患肌; 红点表示在患肌上方约 5 cm 选取的进针点, 进针后针尖朝向患肌。

图 1 患肌与进针点示意图

✉通信作者: 符仲华, 副教授。E-mail: 139004426@qq.com

2.2 操作方法

针刺点常规消毒后,在浮针专用进针器辅助下,将 M 规格的一次性浮针针尖快速刺入皮下,针刺方向朝向患肌,持针沿皮下向前推进,进针深度 25~35 mm。进针、运针完毕后,持针芯座做扇形扫散动作,扫散频率约 100 次/min,每进针点扫散时间约 2 min。扫散动作时宜柔和,尽量使患者没有酸、麻、胀、痛等感觉。

扫散时常配合再灌注活动以增强疗效,再灌注活动是根据血液“缺血-再灌注”观念和运动针法提炼而来^[5]。在扫散的同时由患者主动或被动活动患肌,医者在患者主动收缩患肌时施加同等力量予以阻挡,通过肌肉的反复收缩、舒张,加快患肌内部的血液流速,改善其缺血缺氧环境,从而快速缓解患肌的紧、僵、硬、滑。

压力性尿失禁常见患肌的再灌注活动操作:①股内收肌群:患者仰卧下肢屈髋屈膝外展位,嘱患者内收髋关节,医者予以抗阻 10 s 后放松,如图 2;②腹直肌下段:患者仰卧位,双下肢伸直并拢屈膝 30° 持续 10 s 后放松;③股四头肌内侧头:患者仰卧稍屈膝,嘱患者伸膝,医者予以抗阻 10 s 后放松。对同一块患肌的再灌注活动,可间隔 1~2 min,重复 2~3 次。扫散和再灌注活动完毕,抽出针芯,软管留置皮下,采用医用胶布固定,4 h 后患者自行拔除。治疗隔日 1 次,3 次为一疗程,2 个疗程后评定疗效。



注:医者右手持针扫散,左手配合患者做再灌注活动。

图 2 股内收肌群再灌注活动

3 治疗结果

疗效标准参照“国际尿失禁咨询委员会制定的相关标准”^[6]制定。临床治愈:压力性尿失禁临床症状消失,客观查体无压力性尿失禁;显效:腹压增加时尿失禁次数减少 > 50%,或 1 h 尿垫试验失禁量减轻;无效:尿失禁次数减少 < 50%,或 1 h 尿垫试验失禁

量无减少。

25 例患者中,临床治愈 4 例,显效 16 例,无效 5 例,总有效率为 80.0%,不同病情程度治疗疗效详见表 1。治疗结束 2 个月后电话随访,4 例临床治愈患者无复发,16 例显效患者症状未见明显加重。

表 1 浮针治疗女性压力性尿失禁患者疗效 例

程度	例数	临床治愈	显效	无效	有效率/%
轻度	3	2	1	0	-
中度	15	2	12	1	93.3
重度	7	0	3	4	-
合计	25	4	16	5	80.0

4 典型病例

患者,女,69 岁。初诊时间:2015 年 1 月 4 日。主诉:尿道不自主漏尿 5 年。现病史:自年轻生产(36 岁)后常感腰酸乏力,至绝经后夜尿频多,5 年前打喷嚏时偶尔出现不自主漏尿,后渐进性加重,在行走过快时漏尿次数明显增多,需用尿布。曾在多家医院就诊,行盆底肌肉自我训练及口服盐酸米多君片治疗,疗效欠佳,遂来我处求诊。刻下症:漏尿频繁,腰酸乏力,无尿频尿急,舌淡、苔薄腻,脉鼓动乏力。查体:压力诱发试验阳性。中医诊断:膀胱咳(肾气不固证),西医诊断:压力性尿失禁(中度)。患肌触查:双侧腹直肌下段(++)、双侧股内收群上段(++)。治疗:采用一次性使用浮针,针对上述患肌治疗。腹部进针点选择距离患肌上方 5 cm 处,大腿内侧进针点选择距离患肌下方 5 cm。浮针扫散动作与再灌注活动同时进行,操作结束时抽出针芯,将软管留置皮下,采用胶布固定,4 h 后患者自行拔出。隔日 1 次,3 次为一疗程。2015 年 1 月 10 日四诊:经前 3 次治疗,漏尿次数明显减少,仅在较快行走时偶尔漏尿,患肌触查:右侧腹直肌下段(+),双侧股内收肌群上段(+),遂根据上述方法继续治疗。2 个疗程后咳嗽、打喷嚏、行走时均无漏尿,触查原患肌紧张、僵硬感消除,达到临床治愈。随访 2 个月未复发。

5 体会

压力性尿失禁病因尚不十分明确,有分娩损伤、阴道及尿道手术史、绝经后女性激素减退以及腹压增高等各种因素,一个或多个发病因素共同作用于盆底肌肉筋膜、近段膀胱颈、尿道括约肌,使尿道括约肌系统和尿道支持系统受损,尤其是盆底肌肉强度损害在发病中最为重要^[7]。浮针医学认为肌肉和筋膜组织不是孤立地存在,而是相互联系、相互影响,当一

处的肌肉、筋膜组织发生病变就会引起周围的肌肉、筋膜相继出现功能失调,因此压力性尿失禁患者的患肌不仅局限在盆底部,也会出现在下腹部和下肢内侧,如本研究中的腹直肌下段、股内收肌群、股四头肌内侧头等。浮针治疗选取下肢内侧和下腹部进针,可快速松解这些部位的患肌,盆底患肌也会随之缓解,肌肉张力得到加强,从而恢复尿道支持系统功能,改善漏尿。

浮针松解患肌的效应从现代医学角度分析,其一,可能是在患肌附近施针以及浮针扫散动作牵拉皮下疏松结缔组织的过程中,使液晶态的疏松结缔组织基质产生生物电传导到患肌处,产生反压电效应,改变细胞离子通道,调动人体内在抗病机制,从而迅速松解患肌,改善肌肉功能,缓解临床症状^[4];其二,浮针扫散的同时配合患肌再灌注活动,即通过患肌的收缩和舒张活动,使得患肌内部的血液循环加速,加快代谢物质的排出,促进患肌的修复^[5]。

浮针在下腹部和下肢内侧进针松解患肌治疗压力性尿失禁,这种新的治疗方法暗合着针灸学的多种理论:①“经脉所过,主治所及”理论。足三阴经始于足,行于下肢内侧,下肢内侧分布着内收肌群、股四头肌内侧头、比目鱼肌。其中足少阴肾经行于股内后侧,属肾络膀胱;足厥阴肝经、足太阴脾经沿大腿内侧上行至小腹会于中极,与膀胱相关。所以在下肢内侧查找患肌、寻找针刺点可治疗压力性尿失禁。②“反应点”理论^[8]。经络联系脏腑,沟通内外,人体脏腑发生病变会在体表区域出现相应的反应点,针刺反应点可以治疗脏腑病变,腹直肌下端以及下肢内侧患肌可能是压力性尿失禁的反应点。③“八虚”理论^[9]。《灵枢·邪客》云:“肺心有邪,其气留于两肘……肾有邪,其气留于两腘,凡此八虚者,皆机关之室,真气之所过,血络之所游,邪气恶血,固不得住留,住留则伤筋络骨节机关……”四肢关节为屈伸的枢纽,是真气和气血通行汇合的要处,邪气易积聚于此

而损伤筋肉、骨节。因此当肾与膀胱发生病变,其留存邪气会流注于膝关节上下筋肉组织,形成患肌,故治疗膀胱系疾病在下肢内侧区域选择阳性反应点即患肌,具有良好的疗效。

本研究 25 例不同病情程度女性压力性尿失禁患者单纯使用浮针治疗 2 个疗程,轻度患者 3 例,临床治愈 2 例,显效 1 例;中度压力性尿失禁总有效率达到 93.3%,2 个月后随访疗效稳定,初步说明浮针对轻中度压力性尿失禁患者有较好的疗效,具有较高的临床推广价值。重度患者 7 例,显效 3 例,无效 4 例,无效病例可能是因为这部分患者盆底肌肉筋膜以及其他相关患肌损伤严重,可能需要更多的疗程才能缓解。

参考文献

- [1] Wang Y, Liu ZS, Peng W, et al. Acupuncture for stress urinary incontinence in adults[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2013(7): D9408.
- [2] Liu Z, Liu Y, Xu H, et al. Effect of electroacupuncture on urinary leakage among women with stress urinary incontinence[J]. JAMA, 2017, 317(24): 2493.
- [3] 杨欣, 王建六, 孙秀丽, 等. 北京大学女性压力性尿失禁诊疗指南(草案)[J]. 中国妇产科临床杂志, 2012(2): 158-160.
- [4] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 41,116-120.
- [5] 符仲华. 再灌注和再灌注活动——关于外治法中边治疗边活动的方法[J]. 中国针灸, 2015, 35(S1): 68-71.
- [6] Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, et al. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey[J]. J Epidemiol Community Health, 1993, 47(6): 497-499.
- [7] 陈先玲, 刘桂芝. 电刺激联合生物反馈盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁的临床观察[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(33): 5262-5263.
- [8] 康明非, 陈日新. 论“反应点”与腧穴[J]. 江西中医学院学报, 2006, 18(3): 37-38.
- [9] 王旭, 陈松鹤. 针刺腋下到肘窝区域反应点治疗乳腺增生病 28 例[J]. 中国针灸, 2017, 37(4): 435-436.

(收稿日期: 2017-11-03, 编辑: 朱琦)

本刊声明: 近日有读者反映, 有人以《中国针灸》的名义在网上和 QQ 群里发布征稿信息, 并收取发表费。本刊在这里郑重声明:《中国针灸》从未委托过任何组织或个人进行过征稿活动(会议征文除外), 更未以此名义征收费用。作者投稿请通过本刊唯一官方网站 www.cjacupuncture.com 作者投稿系统注册投稿, 稿件录用与否本刊会通过采编软件将通知发到您注册投稿的电子信箱中。有何疑问可通过本刊编辑部电话(010-64089349, 010-84014607, 010-64089332)咨询。

《中国针灸》杂志编辑部