

医证候积分,与对照组比较,差异有显著性意义( $P < 0.05$ ),临床有效率达 85.0%。

目前,药物治疗 PMS 存在远期疗效不理想,复发率高,所需费用大,患者依从性较差等问题,本研究在中医学理论的指导下,采用耳穴贴压配合自我保健治疗 PMS 肝气逆证,取得较好的临床效果,且其方法简便实用、易于操作,患者依从度高,故具有较好的临床实用性。

#### [参考文献]

- [1] Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD) [J]. Psychoneuroendocrinology, 2003, 28(Suppl 3): 1-23.
- [2] 乔明琦,张惠云,姜坤,等.经前平颗粒多中心、随机双盲双模拟对照治疗经前期综合征肝气逆证 403 例[J].

中国新药杂志,2002,11(5):389-392.

- [3] ACOG Practice Bulletin. Premenstrual syndrome clinical management guidelines for obstetrician gynecologists[J]. Obstet Gynecol, 2000, 95: 129.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:63-65.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则:第 3 辑[S]. 1997:1-2.
- [6] 孙晓玲. 平肝理气法治疗经前期综合征肝气逆证临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2011.
- [7] 乔明琦,张珍玉,徐旭杰,等.经前期综合征证候分布规律的流行病学调查研究[J]. 中国中医基础医学杂志,1997,3(3):31-34.

(责任编辑:刘淑婷)

## 不同针刺方法治疗膀胱过度活动症临床观察

冯启廷,何彬,陈小丽,李荣华

重庆市北碚区中医院针灸科,重庆 北碚 400700

**[摘要]** 目的:观察比较常规任脉穴位温针疗法和骶四穴电针疗法治疗膀胱过度活动症的临床疗效。方法:将 62 例中老年膀胱过度活动症患者随机分为 2 组。温针组 32 例以任脉气海、石门、关元、中极、曲骨为主穴,水道、气街、三阴交、阴陵泉、足三里为辅穴常规针刺治疗,同时主穴给予灸盒治疗,每天 1 次,每次留针 30~40 min,治疗 10 天为 1 疗程;电针组 30 例,以骶四穴电针治疗,每天 1 次,每次留针 40 min,治疗 10 天为 1 疗程,1 疗程后评价疗效。观察 2 组临床疗效。结果:治疗后,膀胱过度活动症症状评分表(OABSS)评分均降低,2 组治疗前后分别比较,差异均有显著性意义( $P < 0.05$ ),提示 2 种治疗方案均有效;2 组间比较,差异有显著性意义( $P < 0.05$ ),提示温针组 OABSS 评分优于电针组。临床疗效总有效率温针组 100%,对照组 86.7%,2 组临床疗效比较,差异有显著性意义( $P < 0.05$ ),温针组优于电针组。结论:传统温针治疗膀胱过度活动症的临床疗效优于基于骶神经电调节治疗理论改良的骶四穴电针治疗法。

**[关键词]** 膀胱过度活动症;传统穴位;温针疗法;骶四穴;电针疗法

**[中图分类号]** R694 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0188-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.090

中华泌尿外科学会 2007 年发布的膀胱过度活动症(OAB)诊断治疗指南将 OAB 定义为一种以尿急症状为特征的症候群,常伴有尿频和夜尿症状,可伴或不伴有急迫性尿失禁<sup>[1]</sup>。该病明显影响患者的日常生活和社会活动,特别是我国进入老龄化社会,随着糖尿病与中风等神经系统损害性疾病的

增长,由此而继发的 OAB 的发生率也逐年上升,根据中华医学会泌尿外科分会 2010 年 6 月发布的首个大规模流行病学调查数据显示:我国 40 岁以上人群发病率可达 11.3%。目前该病的西医治疗以行为训练、功能锻炼为主,辅以药物治疗,但临床疗效不尽如人意。笔者采用常规温针疗法同骶四穴电针治疗法对

**[收稿日期]** 2014-06-07

**[作者简介]** 冯启廷 (1971-),男,副主任中医师,主要从事针灸临床工作。

**[通讯作者]** 李荣华, E-mail: 824891237@qq.com。

比进行了临床疗效观察, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 西医诊断标准: 膀胱过度活动症诊断标准参照《膀胱过度活动症治疗指南》<sup>[1]</sup>: 是一种以尿急症状为特征的综合征, 常伴有尿频和夜尿症状, 可伴或不伴有急迫性尿失禁; 不包括由急性尿路感染或其它形式的膀胱尿道局部病变所致的症状。 中医诊断标准: 根据《中医内科学》<sup>[2]</sup>, 膀胱过度活动症在中医内科学中归属淋证范畴: 气淋(包括实证和虚证): 小便涩滞, 淋漓不宣, 少腹满痛或坠胀, 尿有余沥。 劳淋: 小便不甚赤涩, 但淋漓不已, 时作时止, 遇劳即发, 腰酸膝软, 神疲乏力, 舌质淡, 脉细弱。

**1.2 纳入标准** 年龄 > 40 岁, 病程 > 3 月; 有典型症状主要包括尿急、日间尿频、夜尿和可伴或不伴有急迫性尿失禁; 膀胱过度活动症症状评分表(OABSS)评分  $\geq 3$  分者<sup>[3]</sup>; 近 1 月内未做过其他相关治疗或药物治疗; 自愿并签署知情同意书者。

**1.3 排除标准** 24 h 平均排尿次数 < 8 次者; 各种原因导致膀胱、尿道明显梗阻者; 压力性尿失禁患者; 急慢性尿路感染、肿瘤等有相同症状者; 合并严重心肺疾病, 肝肾功能障碍、造血系统疾病、精神障碍等疾病不适宜治疗操作者。

**1.4 剔除与脱落标准** 未按照试验方案接受治疗者; 治疗过程中接受了其它治疗方法者; 依从性差或资料不全, 影响疗效评价者; 发生严重药物或治疗不良反应、并发症, 不宜继续接受试验者; 各种原因未完成疗程退出治疗或失访的病例。

**1.5 一般资料** 观察病例为 2011 年 3 月~2014 年 4 月本院门诊住院的患者, 共 62 例。随机分为 2 组。温针组 32 例, 男 22 例, 女 10 例; 年龄 46~85 岁, 平均 58.8 岁; 病程 3 月~22 年, 平均 7.7 月; 其中男性患良性前列腺肥大者 18 例, 患有糖尿病者 15 例。电针组男 21 例, 女 9 例; 年龄 45~82 岁, 平均 59.3 岁; 病程 3 月~1.5 年, 平均 7.5 月; 其中男性患良性前列腺肥大者 13 例, 患有糖尿病者 16 例。2 组患者一般资料比较, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 温针组** 采用常规任脉穴位温针灸治疗。患者仰卧, 皮肤常规消毒, 主穴: 任脉的气海、石门、关元、中极、曲骨, 3 寸针灸针直刺, 深度为 20~30 mm(胖者必须到达腹部肌肉层), 中等刺激, 有较强针感为度, 留针 30~40 min, 留针同时, 主穴给予灸盒治疗(常规灸条长 4 cm, 燃灸 30~40 min, 自制木质灸盒 20 cm × 15 cm × 8 cm, 平放于下腹部)。辅穴(双侧): 水道、气街、三阴交、阴陵泉、足三里, 3 寸针灸针直刺, 中等刺激, 有较强针感为度, 留针 30~40 min。治疗每天 1 次, 治疗 10 天为 1 疗程, 1 疗程后评价疗效。

**2.2 电针组** 骶四穴: 上两针刺点为骶骨边缘旁, 平第 4 骶

后孔水平处; 下两针为尾骨旁开 0.5 寸, 均取双侧<sup>[4]</sup>。患者俯卧取骶四穴皮肤常规消毒, 使用常规针灸针 0.4 mm × 100 mm, 上两针直刺, 进针深度约 80~85 mm, 使针感到达尿道或肛门; 下两针向外侧(坐骨直肠窝)斜刺, 进针深度约 80~85 mm, 使针感到达尿道<sup>[4]</sup>, 得气后接 HM6805- 型电针仪(四川恒明科技开发公司), 采用连续波, 频率 2.5Hz, 强度以患者能适应为准, 留针 40 min。治疗每天 1 次, 治疗 10 天为 1 疗程, 1 疗程后评价疗效。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** OABSS 评分: 治疗前后予 OABSS 打分, 观察 2 组评分的改善情况。

**3.2 统计学方法** 应用 SPSS13.0 统计软件进行分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组内治疗前后比较采用配对  $t$  检验, 组间比较采用  $t$  检验。计数资料以实际例数表示, 采用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 根据国家中医药管理局 2012 年 12 月出版的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>, 治愈: 尿急、日间尿频、夜尿和可伴或不伴有急迫性尿失禁等症状消失, 日间排尿  $\leq 7$  次, 夜尿  $\leq 2$  次, OABSS 评分  $\leq 2$  分。有效: 症状明显缓解, 日间排尿和夜尿次数较治疗前减少 30% 以上, OABSS 评分减少 30% 以上。无效: 症状缓解不明显, 日间排尿和夜尿次数较治疗前减少低于 30%, OABSS 评分减少低于 30%。

**4.2 2 组治疗前后 OABSS 评分比较** 见表 1。全部病例均完成观察。治疗后, 2 组 OABSS 评分均降低, 治疗前后比较, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ ), 提示 2 种治疗方案均有效; 2 组间比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ), 提示温针组 OABSS 评分优于电针组。

表 1 2 组治疗前后 OABSS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后
温针组	32	10.3 ± 2.2	2.9 ± 2.5
电针组	30	10.5 ± 1.8	4.3 ± 2.3

与同组治疗前比较, ①  $P < 0.05$ ; 与电针组治疗后比较, ②  $P < 0.05$

**4.3 2 组临床疗效比较** 见表 2。2 组临床疗效比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ), 温针组总临床疗效优于电针组。

表 2 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
温针组	32	21(65.6)	11(34.4)	0(0)	100
电针组	30	14(46.7)	12(40.0)	4(13.3)	86.7

与对照组比较, ①  $P < 0.05$

## 5 病案举例

曹某, 男, 75 岁, 住院号: 104459。2014 年 3 月以“腰椎间盘突出症”住院, 住院期间发现患者患有膀胱过度活

动症，追问病史已患病 22 年，曾多次就医，中西医治疗未见好转，5 年前已经放弃再寻求治疗，现日间排尿 12~14 次，夜间排尿 8~10 次，尿急现象明显伴小便失禁，每天内裤均是湿的，OABSS 评分为 14 分。随机分组进入温针组，治疗 4 次后小便失禁完全消失，日间排尿减为 10 次，夜间排尿 3~4 次，治疗 7 天后，日间排尿减为 6~7 次，夜间排尿 1~2 次，OABSS 评分为 2 分，病情痊愈，随访 1 月病情未复发。

## 6 讨论

OAB 属中医学淋证、气淋、劳淋范畴。本病在上世纪末尚未能完全与下尿路综合征、神经源性膀胱等区分出来，在本世纪初通过国际尿控协会(ICS)以及中华泌尿外科学会多次会议讨论，才最终在国际上和国内明确其诊断治疗指南<sup>⑥</sup>。在指南中推荐的治疗以西医为主，包括 行为治疗； 药物治疗； 外科治疗等。这些治疗存在治疗期长、费用较高、有一定的副作用等缺点，其中有一些治疗，比如生物反馈治疗、骶神经电调节治疗等因采用身体侵入性(电极进入阴道、肛门或手术切开皮肤肌肉组织)治疗方法，难为患者接受。

本病主要相关脏器为肾与膀胱，膀胱主尿液的储存和排泄，有赖于肾的气化功能，肾气充足，膀胱开合有度，肾气虚衰，膀胱开合失司。张景岳《景岳全书·淋浊》“又有淋久不止，及痛涩皆去，而膏液不已，淋如白浊者，此惟中气下陷命门不固之证也”，由此而补充了脾气虚，中气下陷的机理。张景岳同时提出“淋证”的治疗方法：“凡热者宜清，涩者宜利，中气下陷者宜升提，虚者宜补，阳气不固者宜温补命门”。故本病的治疗总以提气、温阳、培补脾肾、调理膀胱气机为主。

本研究温针组取穴以少腹部穴位为主，其中曲骨又名尿胞，为任脉、足厥阴之会；中极、关元为任脉、足三阴之会；石门又名命门；气海为育之原穴，《席弘赋》“专能治五淋”；水道、气街归属阳明胃经，《甲乙》“三焦约，大小便不通，水道主之”，《千金方》“气冲主腹中满热，淋闭不得尿”。上述主穴施以针加灸，可以温补肾阳，提升中气，调理气机。三阴交、阴陵泉属脾经，除可健脾益血外，也可调肝补肾；足三里为强壮穴，可调理脾胃、补中益气。诸穴配伍精当。

骶四穴是经外奇穴，这四个穴位的定位并不是出于中医理论，是基于西医骶神经电调节治疗 OAB 的理论，其针刺的部位和深度均在骶 3、骶 4 神经传出点上，结合了中医长针深刺的优点，从而避免了手术切开皮肤肌肉组织的难处，易于患者接受。此项技术可以兴奋阴部神经传出和传入纤维、收缩盆底肌、模拟盆底肌肉训练，从而在脊髓水平上抑制或促进排尿反射<sup>④</sup>。此项技术在压力性尿失禁的治疗上作了部分研究，也用于治疗 OAB。本研究目的之一就是比较中医传统穴位，传统治疗方法在中医理论指导下治疗 OAB 是否具有优势，是否能有望补充 OAB 的治疗指南。观察结果显示，以中医传统疗法的温针组治疗 OAB 确实具有良好疗效，且优于基于西医骶神经电调节治疗理论的骶四穴电针组，并得到了统计学结果的验证。其优势可能得益于中医整体观和辨证论治，但其具体的生化改变机制还有待于进一步研究，同时本次观察样本太小，需要进一步扩大研究样本，改进研究方法。

## [参考文献]

- [1] 中华医学会泌尿外科学分会第三届尿控学组. 膀胱过度活动症临床诊疗指南[J]. 中国医刊, 2006, 41(10): 59-61.
- [2] 张伯臾, 董建华, 周仲瑛, 等. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999: 233-238.
- [3] 许克新, 汪磊, 王晓峰, 等. 膀胱过度活动症症状评分表对中国 OAB 患者结果评估的重复信度及与其他症状评分工具间相关性的研究[J]. 中华泌尿外科杂志, 2010, 31(11): 727-731.
- [4] 赵琳, 汪司右. 不同治疗频次对女性压力性尿失禁疗效的影响[J]. 中国针灸, 2013, 33(7): 1089.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 42.
- [6] 李坤城. 男性膀胱过度活动症中医治疗进展[J]. 中华实用中西医结合杂志, 2008, 21(1): 51.

(责任编辑: 刘淑婷)

欢迎邮购 2008 年、2009 年、2010 年《新中医》合订本，2008 年每套 130 元，2009 年、2010 年每套各 150 元，2011 年每套 200 元