桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗老年中风后癃闭临床研究

赵云霞，刘万霞，张永晨，阮娟娟，温宁，陈渤齐，魏霞

驻马店市中医院老年病脑三科，河南 驻马店 463000

［摘要］**目的：**观察桂枝茯苓汤加减联合针灸治疗老年中风后癃闭的临床效果。**方法：**采用随机数字表法将98例老年中风后癃闭患者分为对照组、治疗组各49例。对照组采用针刺治疗，治疗组给予针刺联合桂枝茯苓汤加减治疗，比较2组临床疗效及治疗前后中医证候积分、排尿次数、膀胱残余尿量、尿流动力学指标。**结果：**治疗后，治疗组总有效率为97.96%，高于对照组77.55%（$P<0.05$）。2组治疗后中医证候积分、排尿次数、膀胱残余尿量均较治疗前降低（$P<0.05$），且治疗组治疗后中医证候积分、排尿次数、膀胱残余尿量低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组膀胱最大尿流速（Qmax）、膀胱最大容积（Vmax）均较治疗前升高（$P<0.05$），且治疗组治疗后Qmax、Vmax高于对照组（$P<0.05$）。**结论：**桂枝茯苓汤加减联合针灸治疗老年中风后癃闭疗效确切，能够增强患者膀胱排尿功能，改善尿流动力学。

［关键词］中风后癃闭；针刺；桂枝茯苓汤；尿流动力学；排尿功能
［中图分类号］R743.3 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2024）07-0071-04
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2024.07.014

Clinical Study on Modified Guizhi Fuling Decoction Combined with Acupuncture for Post-stoke Urinary Retention in Senile Patients

ZHAO Yunxia, *LIU Wanxia*, *ZHANG Yongchen*, *RUAN Juanjuan*, *WEN Ning*, *CHEN Boqi*, *WEI Xia*

Department of Geriatrics (Cerebropathy Department III), Zhumadian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhumadian Henan 463000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the therapy of modified Guizhi Fuling Decoction combined with acupuncture on post-stroke urinary retention in senile patients. **Methods:** Using a random number table method, 98 elderly patients with post-stroke urinary retention were divided into a control group and a treatment group, with 49 cases in each group. The control group received acupuncture treatment, while the treatment group received acupuncture combined with modified Guizhi Fuling Decoction treatment. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, urination frequency, bladder residual urine volume, urodynamic indicators, and clinical treatment efficacy were compared between the two groups before and after treatment. **Results:** After treatment, the total effective rate of the treatment group was 97.96%, which was higher than the control group's 77.55% ($P<0.05$). The TCM syndrome scores, urination frequency, and bladder residual urine volume in both groups were decreased compared with those before treatment ($P<0.05$), and the TCM syndrome scores, urination frequency, and bladder residual urine volume in the treatment group were lower than those in the control group after treatment ($P<0.05$). After treatment, the maximum bladder flow velocity (Qmax) and maximum bladder

［收稿日期］2023-07-20
［修回日期］2024-01-12
［基金项目］河南省中医药科学研究项目（2022ZY1207）
［作者简介］赵云霞（1984-），女，副主任中医师，E-mail：yezu717@163.com。

volume (Vmax) in both groups were increased compared with those before treatment ($P<0.05$), and the Qmax and Vmax in the treatment group were higher than those in the control group after treatment ($P<0.05$). **Conclusion**: Modified Guizhi Fuling Decoction combined with acupuncture has a definite therapeutic effect on senile post-stroke urinary retention, which can enhance the bladder urination function of patients and improve urodynamic.

Keywords: Post-stroke urinary retention; Acupuncture; Guizhi Fuling Decoction; Urodynamic; Urinary function

中风后癃闭是指中风(脑血管病变)后出现的排尿困难或尿潴留症状，严重影响患者日常生活[1]。临床上以利尿剂治疗为主，但治疗效果有限，易产生恶心、头痛等不良反应[2-3]。中医认为中风后癃闭主要是由于气血逆乱、脏腑功能失调所致。桂枝茯苓汤是一种常用的中药方剂，有活血化瘀止痛的功效。针刺是通过刺激特定的穴位来调节人体经络和气血运行的中医疗法。本研究观察桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗老年中风后癃闭的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 中风符合文献[4]相关标准。患者存在一侧肢体无力或麻木，一侧面部麻木或无力，说话不清或理解困难，双眼往一侧凝视，一侧或双眼丧失视力或模糊，眩晕合并呕吐，严重头痛、呕吐，意识障碍、抽搐等表现，同时结合头颅CT或磁共振确诊。癃闭符合文献[5]中尿潴留的诊断标准。患者尿液不能排出，体格检查时耻骨上区可见半球膨胀的膀胱，用手按压有明显尿液，残余尿量在50 mL以上即可确诊为尿潴留。

1.2 辨证标准 符合文献[6]中瘀浊阻塞证辨证标准。患者小便滴沥不畅，尿如细线或阻塞不通，小腹胀满；舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。

1.3 纳入标准 符合诊断、辨证标准；年龄>60岁；意识清醒，生命体征平稳；患者和(或)家属均知情，并签署知情同意书。

1.4 排除标准 手术损伤、前列腺增生等其他原因导致的癃闭；有消化功能障碍、心血管异常等严重原发性疾病；严重出血倾向或有凝血功能障碍；有意识障碍、精神疾病等无法配合完成本研究。

1.5 一般资料 选取2021年1月—2022年12月在驻马店市中医院诊治的住院老年中风后癃闭患者98例，按照随机数字表法分为对照组、治疗组各49例。治疗组男36例，女13例；年龄65~82岁，平均(67.89±2.45)岁；病程20~180个月，平均(70.23±21.68)个月。对照组男34例，女15例；年龄66~83岁，平均(67.58±2.23)岁；病程21~180个月，平均(68.88±20.85)个月。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经驻马店市中医院医学伦理会批准(院准字2021-12号)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予针刺治疗，具体操作方法如下：嘱咐患者将小便排空，使其保持侧卧位，取穴关元、中极、水道、阴陵泉、三阴交、膀胱俞、气海，选取0.3 mm×40 mm毫针应用平补平泻手法开展针刺，每穴留针30 min后，给予拔针，每天1次，连续治疗1个月。

2.2 治疗组 在对照组基础上联合桂枝茯苓汤加减治疗，处方：桂枝、茯苓、桃仁、牡丹皮、白芍各10 g，车前子、泽泻各15 g。水煎，取汁300 mL，分早晚2次服用，连续治疗1个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候积分。参考文献[6]评估2组治疗前后小便滴沥不畅、尿如细线、阻塞不通、小腹胀满中医证候，根据症状的无、轻、中、重度程度分别计0、2、4、6分，严重程度与分值成正比。②排尿指标。评价2组治疗前后排尿情况，指标包括排尿次数与膀胱残余尿量。③尿流动力学指标。应用全自动生化分析仪对2组治疗前后尿流动力学指标进行检测，检测指标包括膀胱最大容积(Vmax)、膀胱最大尿流速(Qmax)。④临床疗效。

3.2 统计学方法 采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析，计数资料用百分比(%)表示，进行χ^2检验、秩和检验；符合正态分布的计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，行独立样本t检验与配对样本t检验。以$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[6]拟定。治愈：患者小便恢复通畅，体征良好，症状消失；好转：症状体征均有改善；未愈：体征与症状未见改善。

4.2 2组治疗前后中医证候积分比较 见表1。治疗前，2组小便滴沥不畅、尿如细线、阻塞不通、小腹胀满中医证候积分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组小便滴沥不畅、尿如细线、阻塞不通、小腹胀满中医证候积分均低于治疗前($P<0.05$)，且治疗组治疗后中医证候积分低于对照组($P<0.05$)。

表1 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	小便滴沥不畅	尿如细线	阻塞不通	小腹胀满
治疗组	治疗前	49	4.00±1.15	4.12±1.55	3.92±1.35	4.04±0.57
	治疗后	49	1.92±0.57①②	1.00±0.86①②	0.96±0.69①②	1.36±0.90①②
对照组	治疗前	49	3.76±1.33	3.92±0.58	4.16±1.21	3.88±1.25
	治疗后	49	2.98±1.01①	2.53±0.89①	2.78±0.98①	2.98±1.01①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.3 2组治疗前后排尿次数、膀胱残余尿量比较 见表2。治疗前，2组排尿次数、膀胱残余尿量比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组排尿次数、膀胱残余尿量均较治疗前降低($P<0.05$)，且治疗组治疗后排尿次数、膀胱残余尿量低于对照组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后排尿次数、膀胱残余尿量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	排尿次数(次/d)	膀胱残余尿量(mL)
治疗组	治疗前	49	11.14±1.04	246.35±18.91
	治疗后	49	5.88±0.56①②	71.47±6.11①②
对照组	治疗前	49	11.37±0.70	247.22±20.00
	治疗后	49	7.16±0.66①	195.82±10.41①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.4 2组治疗前后尿流动力学指标比较 见表3。治疗前，2组Qmax、Vmax比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组Qmax、Vmax均较治疗前升高($P<0.05$)，且治疗组治疗后Qmax、Vmax高于对照组($P<0.05$)。

4.5 2组临床疗效比较 见表4。治疗组总有效率97.96%，高于对照组77.55%($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后尿流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	Qmax(mL/s)	Vmax(mL)
治疗组	治疗前	49	23.48±5.75	293.55±52.14
	治疗后	49	29.25±4.91①②	348.91±50.26①②
对照组	治疗前	49	23.77±5.55	295.35±50.85
	治疗后	49	26.58±5.21①	311.51±49.03①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

表4 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效
治疗组	49	21(42.86)	27(55.10)	1(2.04)	48(97.96)①
对照组	49	8(16.33)	30(61.22)	11(22.45)	38(77.55)

注：①与对照组比较，$P<0.05$

5 讨论

研究发现中风后，患者大脑皮层中央区控制膀胱及排尿反射的神经组织会出现损伤，影响患者正常的排尿功能，导致尿液不能自行排出，从而严重影响患者的日常生活[7-8]。中医认为中风后癃闭病机主要为患者中风后，气血逆乱，瘀血阻滞，阻塞水道，导致气机不畅，膀胱气化失司所致。本研究采用桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗，其中桂枝茯苓汤加减由《金匮要略》中桂枝茯苓丸结合临床经验化裁而来，方中桂枝温阳化气、活血通经，茯苓健脾利湿，桃仁、牡丹皮活血化瘀、通络止痛，白芍养血化瘀、柔肝止痛，车前子、泽泻清热祛湿利尿。诸药合用，起活血化瘀、祛湿利尿之功。针刺关元培元固本、补益下焦，增强体内元气；中极清热利湿，缓解小便不利；水道利尿消肿、调经止痛，助通利水道；阴陵泉健脾渗湿、通利关节、祛湿消肿；三阴交调补肝肾、行气活血；膀胱俞利尿通淋、清热利湿，强化膀胱功能；气海益气助阳、调经固经、调理气血。通过针刺上述穴位可起到调理气血、通利水道、强化膀胱功能，激发穴位周围的经络气血活动，促进气血流通，消除湿邪，减轻患者癃闭症状。本研究结果显示，治疗组总有效率高于对照组，中医证候积分低于对照组，提示桂枝茯苓汤加减联

合针刺治疗可有效缓解老年中风后癃闭患者的临床症状，疗效确切。

研究发现中风后，患者脑叶和基底节区等受损，排尿反射通路被破坏，膀胱-骶反射弧失去自主控制能力，导致排尿功能发生障碍[9]。本研究结果显示，治疗组排尿次数、膀胱残余尿量均低于对照组，Qmax、Vmax高于对照组，提示桂枝茯苓汤加减联合针刺治疗能够有效改善患者排尿功能。现代药理学研究发现桂枝中桂皮醇和桂皮醛等挥发油类物质具有解热、镇痛、扩张血管和利尿等作用[10]；茯苓内含的乙酸乙酯组分能够促进尿液排出，改善水液代谢，具有较强的利水功效[11]；桃仁能够增强单侧输尿管结扎诱导的肾间质纤维化实验大鼠钙黏蛋白、减弱α-平滑肌激动蛋白和纤维连接蛋白的表达来改善肾小管上皮细胞转分化，减缓肾间质纤维化病程进展[12]。刺激关元穴能够调节微RNA-199a-3p表达，激活干细胞因子受体和细胞外信号调节激酶通路，增加逼尿肌兴奋性，达到改善尿潴留的目的[13]。有研究发现中极、关元、水道等穴位与膀胱功能紧密相关，而且上述穴位均处于T_{11}～L_1脊髓节段区域，可调节患者膀胱排尿的功能[14]。

综上所述，桂枝茯苓汤结合针刺治疗老年中风后癃闭疗效确切，可减轻患者癃闭症状，改善排尿功能。

[参考文献]

[1] QUARTERMAN C，SHAW M，HUGHES S，et al. Anaemia in cardiac surgery-a retrospective review of a centre′s experience with a pre-operative intravenous iron clinic[J]. Anaesthesia，2021，76(5)：629-638.

[2] 孙海艳，赵春生，赵凤敏，等. 中药内服结合针刺及热奄包外敷治疗中风后尿潴留肾气亏虚证临床研究[J]. 国际中医中药杂志，2022，44(12)：1385-1388.

[3] 孙海艳，张柏涛，赵春生，等. 益气补血利水汤联合针刺治疗中风后尿潴留的临床研究[J]. 中国康复，2023，38(5)：277-281.

[4] 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2014[J]. 中华神经科杂志，2015，48(4)：246-257.

[5] 周宏珍，石红梅. 神经内科护理细节问答全书[M]. 北京：化学工业出版社，2013：182.

[6] 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，1994：27-28.

[7] 丛春蕾，韩丽娜，张婷，等. 基于子午流注理论结合腹部悬灸治疗中风后癃闭的护理方案研究[J]. 智慧健康，2021，7(29)：169-171.

[8] 于川. 醒脑神促气化针刺治疗卒中后神经源性膀胱取穴思路探讨[J]. 中国中医药现代远程教育，2023，21(24)：123-125.

[9] 刘志顺，王扬. 电针治疗马尾神经损伤所致尿潴留10例[J]. 上海针灸杂志，2008，27(11)：27.

[10] 朱华，秦丽，杜沛霖，等. 桂枝药理活性及其临床应用研究进展[J]. 中国民族民间医药，2017，26(22)：61.

[11] 李斌，冉小库，孙云超，等. 茯苓对脾虚水湿内停大鼠的健脾利水药效物质研究[J]. 世界中医药，2015，10(12)：1859-1867.

[12] 李小波，边壮，兰萍，等. 桃仁对单侧输尿管梗阻大鼠肾小管上皮细胞转分化的影响[J]. 中国实验方剂学杂志，2011，17(13)：189-191.

[13] 李正飞，张任，赵国瑞，等. 电针关元穴经微RNA-199a-3p调控c-kit/ERK通路对神经源性尿潴留大鼠的治疗作用[J]. 海军军医大学学报，2023，44(9)：1058-1064.

[14] 王凌飞，杨铭. “中极三透”针刺为主治疗中风后小便不利90例临床观察[J]. 黑龙江中医药，2016，45(1)：55-56.

（责任编辑：冯天保，沈崇坤）