

宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压
治疗小儿遗尿临床研究

李霞¹, 彭建², 刘娟², 周婷², 张翼²

1. 萍乡市妇幼保健院, 江西 萍乡 337000; 2. 萍乡市中医院, 江西 萍乡 337000

摘要:目的:观察宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压治疗小儿遗尿的临床疗效。方法:将 80 例遗尿患儿按照随机数表法分为对照组和治疗组,各 40 例。对照组给予醋酸去氨加压素片治疗,治疗组给予宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压治疗。比较两组患儿治疗前后中医证候积分、夜间遗尿次数以及膀胱功能指标变化情况,比较两组患儿的临床疗效、复发率及不良反应发生率。结果:治疗组有效率为 82.50%,对照组有效率为 70.00%,两组患儿有效率比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组患儿治疗后中医证候积分低于本组治疗前,且治疗后观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组患儿治疗后夜间遗尿次数少于本组治疗前,且治疗后观察组少于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组患儿治疗后膀胱残余尿量少于本组治疗前,功能性膀胱容量及尿流率均高于本组治疗前,且治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组患儿治疗后 6 个月复发率分别为 10.00% 和 5.00%,差异无统计学差异($P>0.05$);治疗后 12 个月治疗组的复发率为 7.50%,对照组复发率为 25.00%,两组患儿复发率比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。对照组不良反应发生率为 15.00%,治疗组不良反应发生率为 0.00%,两组不良反应发生率比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压治疗小儿遗尿,可改善患儿遗尿症状及膀胱功能指标,且复发率较低。

关键词:小儿遗尿;宣肺醒脑通督推拿疗法;耳穴贴压;醋酸去氨加压素片;中西医结合疗法

DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2023.02.0053

中图分类号:R272.6 **文献标志码:**A **文章编号:**1003-5028(2023)02-0267-05

Study on the Treatment of Infantile Enuresis with Massage for Ventilating
Lung and Activating Brain for Resuscitation and Dredging GV
Combined with Auricular Point Sticking Therapy

LI Xia¹, PENG Jian², LIU Juan², ZHOU Ting², ZHANG Yi²

1. Ping Xiang Maternity and Child Care, Pingxiang, Jiangxi, China, 337000; 2. Pingxiang Chinese Medicine
Hospital, Pingxiang, Jiangxi, China, 337000

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of massage for ventilating lung and activating brain for resuscitation and dredging GV combined with auricular point sticking therapy on infantile enuresis. Methods: A total of 80 children with enuresis were divided into the control group and the treatment group according to random number table method, with 40 cases in each group. The control group was treated with Desmopressin Acetate Tablets, while the treatment group was treated with massage for ventilating lung and activating brain for resuscitation and dredging GV combined with auricular point sticking therapy. Then the changes of TCM syndrome score, nocturnal enuresis frequency and bladder function index before and after treatment between the two groups, the clinical efficacy, recurrence rate and adverse reaction rate were compared. Results: The effective rate was 82.50% in the treat-

* 基金项目:江西省卫生健康委员会中医药科研项目(201813077)

ment group and 70.00% in the control group. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the TCM syndrome score of the two groups was lower than that of the same group before treatment, and the observation group's was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The number of nocturnal enuresis after treatment in the two groups was less than that before treatment in the treatment group, and the number in the observation group was less than that in the control group after treatment, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the residual urine volume of the bladder in the two groups was less than that before treatment, and the functional bladder volume and urine flow rate were higher than those before treatment, and all the differences between the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). The recurrence rates of children in the control group and the treatment group were 10.00% and 5.00% respectively after 6 months of treatment, with no statistical difference ($P > 0.05$). The recurrence rate in the treatment group and the control group was 7.50% and 25.00% respectively 12 months after treatment. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions in the control group was 15.00%, and that in the treatment group was 0.00%. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Massage for ventilating lung and activating brain for resuscitation and dredging GV combined with auricular point sticking therapy can improve the symptoms of enuresis and bladder function indicators in children, and the recurrence rate is low.

Keywords: infantile enuresis; massage for ventilating lung and activating brain for resuscitation and dredging GV; auricular point sticking therapy; Desmopressin Acetate Tablets; integrated traditional Chinese and Western medicine

遗尿为儿童常见病之一,主要指儿童睡眠期间出现的自主排尿行为,5~12岁为高发年龄段^[1-2]。小儿遗尿常与遗传、睡眠异常、心理状态等相关^[3-4],可导致患儿出现自闭、自卑等性格障碍,病情迁延可进一步影响至12岁乃至成年以后,危害性极大^[5]。现代医学治疗小儿遗尿多采用药物疗法及行为疗法^[6-7],但长期用药易产生依赖性,加之此类疾患的复发率较高,使得患儿及其家属对于治疗效果不甚满意^[8]。小儿遗尿属中医学“遗溺”范畴,由肾气不足、肺脾气虚等所致。中医学治疗小儿遗尿方式多种,包括推拿、中药汤剂、耳穴贴压等特色疗法^[9]。笔者采用宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压治疗小儿遗尿,取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年4月至2020年7月萍乡市中医院门诊及萍乡市妇幼保健院门诊就诊的遗尿患儿80例,按照随机数字表法分为对照组和治疗组,每组各40例。对照组男30例,女10例;年龄5~11(7.85±1.63)岁;病程3~25(10.23±1.88)个月。治疗组男29例,女11例;年龄5~11(7.50±1.89)岁;病程3~24(10.51±1.70)个月。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经医院伦理委员会审批。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《中国儿童单症状性夜遗尿疾病管理专家共识》^[10]。发病年龄>5岁;尿常规及尿培养检查正常;夜间睡眠较深,不易唤

醒,每晚或者隔几日出现尿床;遗尿次数每个月≥1~3次。

1.2.2 中医诊断标准 参考《中医儿科常见病诊疗指南》^[11],主症乏力,夜尿频;次症腰膝酸软,舌淡胖,脉沉细。

1.3 病例纳入标准 符合上述遗尿的中西医诊断标准;年龄≥5岁;脊柱、骶原骨X线片正常;患儿家属签署知情同意书。

1.4 病例排除标准 先天性骶柱裂;无法配合研究与随访;有6个月及以上的不尿床期。

1.5 治疗方法 两组均采用一般治疗,包括白天避免紧张、疲劳,睡前及晚间控制饮水。对照组睡前0.5 h服用醋酸去氨加压素片(海南中和药业,批号:H20103402),每次1片,每天3次,连续用药2个月。

治疗组给予宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压治疗。推拿手法:选肺俞、肺经、小天心、二马、天河水、夜尿点、少商、龟尾、百会、印堂等穴位,揉二马、清肺经、掐夜尿点、掐少商、捣小天心、推天河水;揉印堂、按百会;患儿取俯卧位,推肺俞、揉龟尾。每次30 min,每天1次,连续治疗10 d,休息5 d。耳穴贴压:选肺、脑、膀胱、遗尿点、兴奋点,耳廓消毒后,在5 mm胶布中央放1粒王不留行籽,将其贴于双侧耳穴上,用手指按压籽粒2~3 min,5 d后取下。15 d为1个疗程。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分 依据《中药新药临床研究指导原则》,将主症、次症以及舌脉等按严重程度分别计0~6分,量化标准见表1。

表 1 中医证候积分量化标准

证候	0 分	2 分	4 分	6 分
主症				
遗尿次数	无	每周 1~3 次	每周 4~6 次	每周≥7 次
睡眠深度	能自行清醒	睡中遗尿未尽即能自醒	睡中遗尿后能自醒	遗尿后不能自醒,家长多次叫唤仍处于朦胧
次症				
小便	无异常	量正常,次数稍多,颜色清亮	量少,白天次数正常,夜间增多	量少,白天、夜间均次数多,颜色清亮
行为脾气	无异常	可静坐,脾气较急	多动,脾气较急	好动,脾气暴躁
注意力	无异常	可集中,但时间不长	在不感兴趣时无法集中	所有事情均不集中
思维能力	无异常	较可(较同龄人反应慢)	一般(只能回答简答提问)	差(不能回答简单提问)
舌脉				
舌苔	舌质淡红,舌薄白	舌尖红,舌薄白或偏黄	其他	-
脉象	平脉	稍沉不弦	其他	-

1.6.2 夜间遗尿次数 记录两组患儿夜间遗尿次数。

1.6.3 膀胱功能指标 采用 DC-N2S 彩超系统测定膀胱残余尿量及功能膀胱容量,采用 ZN99-ZNC961A 型智能尿流率测定仪测定尿流率。

1.6.4 复发率 记录两组患儿治疗后 6 个月、12 个月复发情况。

1.6.5 不良反应发生率 观察两组患儿胃肠道反应、皮肤瘙痒等不良反应发生情况。

1.7 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[12] 制定。痊愈:遗尿及相关症状消失;显效:夜间遗尿次数较治疗前减少 50% 以上;有效:夜间遗尿次数较治疗前减少 20%~50%;无效:遗尿无好转,主要症状无改善。

有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / n × 100%

1.8 统计学方法 所有数据采用 SPSS 19.0 统计学软件,计量资料结果以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,

表 3 两组遗尿患儿治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	遗尿次数	睡眠深度	小便	行为脾气	注意力	思维能力	舌苔	脉象
对照组	40	治疗前	5.15 ± 0.81	5.00 ± 0.71	5.23 ± 0.63	4.98 ± 0.62	5.12 ± 0.74	5.20 ± 0.43	4.85 ± 0.36	4.79 ± 0.41
	40	治疗后	4.00 ± 0.45 *	3.98 ± 0.61 *	3.75 ± 0.49 *	3.26 ± 0.50 *	4.05 ± 0.33 *	4.18 ± 0.39 *	2.47 ± 0.36 *	3.05 ± 0.32 *
治疗组	40	治疗前	5.23 ± 0.79	5.10 ± 0.63	5.18 ± 0.74	5.00 ± 0.60	5.21 ± 0.67	5.31 ± 0.32	4.90 ± 0.41	4.82 ± 0.37
	40	治疗后	2.81 ± 0.43 **	2.20 ± 0.43 **	2.24 ± 0.31 **	2.10 ± 0.41 **	2.45 ± 0.30 **	2.96 ± 0.25 **	1.85 ± 0.21 **	1.77 ± 0.23 **

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

2.3 两组遗尿患儿治疗前后夜间遗尿次数比较 两组患儿治疗后夜间遗尿次数少于本组治疗前,且治疗后观察组少于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

2.4 两组遗尿患儿治疗前后膀胱功能指标比较 两组患儿治疗后膀胱残余尿量少于本组治疗前,功能性膀胱容量及尿流率均高于本组治疗前,且治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 5。

组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组遗尿患儿临床疗效比较 治疗组有效率为 82.50%,对照组有效率为 70.00%,两组患儿有效率比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组遗尿患儿临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	40	6(15.00)	10(25.00)	12(30.00)	12(30.00)	(70.00)
治疗组	40	8(20.00)	10(25.00)	15(37.50)	7(17.50)	(82.50) #

注:与对照组比较,# $P < 0.05$

2.2 两组遗尿患儿治疗前后中医证候积分比较 两组患儿治疗后中医证候积分低于本组治疗前,且治疗后观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 4 两组遗尿患儿治疗前后夜间遗尿次数比较 ($\bar{x} \pm s$, 次)

组别	n	时间	夜间遗尿次数
对照组	40	治疗前	6.25 ± 1.10
	40	治疗后	2.58 ± 0.80 *
治疗组	40	治疗前	6.30 ± 1.00
	40	治疗后	1.21 ± 0.45 **

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

表 5 两组遗尿患儿治疗前后膀胱功能指标比较				
指标比较			$(\bar{x} \pm s)$	
组别	n	时间	膀胱残余尿量 (V/mL)	功能性膀胱容量 (V/mL) 尿流率 ($v/mL \cdot s^{-1}$)
对照组	40	治疗前	21.43 ± 4.96	94.00 ± 8.10 17.23 ± 2.39
	40	治疗后	14.23 ± 5.15 *	107.25 ± 10.23 * 19.36 ± 1.25 *
治疗组	40	治疗前	21.47 ± 4.85	94.18 ± 8.02 17.45 ± 2.28
	40	治疗后	11.00 ± 3.10 **	125.30 ± 11.45 ** 21.88 ± 2.37 **

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

2.5 两组遗尿患儿复发率比较 两组患儿治疗后 6 个月复发率分别为 10.00% 和 5.00%,差异无统计学差异($P > 0.05$);治疗后 12 个月治疗组的复发率为 7.50%,对照组复发率为 25.00%,两组患儿复发率比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 6。

表 6 两组遗尿患儿复发率比较 例(%)			
组别	n	治疗后 6 个月	治疗后 12 个月
对照组	40	4(10.00)	10(25.00)
治疗组	40	2(5.00)	3(7.50) #

注:与对照组比较,# $P < 0.05$

2.6 两组遗尿患儿不良反应发生率比较 对照组不良反应发生率为 15.00%,治疗组不良反应发生率为 0.00%,两组不良反应发生率比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 7。

表 7 两组遗尿患儿不良反应发生率比较 例(%)			
组别	n	胃肠道反应	皮肤瘙痒 发生率
对照组	40	4(10.00)	2(5.00) (15.00)
治疗组	40	0(0.00)	0(0.00) (0.00) #

注:与对照组比较,# $P < 0.05$

3 讨论

调查研究发现,2020 年全球儿童遗尿患病率为 4.8%,给患儿带来或轻或重的心理问题^[13-14],也给患儿的家庭生活带来一定的负担。随着年龄的增长,很多遗尿患儿最终痊愈,但仍有 1%~2% 的患儿遗留到成年,成为终身疾病^[15-16]。现代医学研究发现,睡眠觉醒功能与小儿遗尿的发生存在些许关联^[17-18]。也有研究指出,小儿发育迟缓,大脑皮层兴奋性欠缺,低级中枢及相应排尿机制过度活跃,导致膀胱对于排尿较为随意,进而引发夜间无意识排尿^[19]。目前,西医主张对症治疗,醋酸去氨加压素片在临床中使用的频次较高,虽有一定的疗效,但停药后容易出现复发,且价格高昂,临床应用存在一定的局限性^[20]。

小儿遗尿常与先天禀赋不足、饮食失宜、情志失

调等有关。小儿形体柔弱未得到充盈,若先天禀赋不足则肾常虚,固摄无力而遗尿自生。肾主水,司膀胱的开阖。脑为元神之府,可统率其他脏腑的功能。督脉与膀胱直接相连,肾又与膀胱相表里,故而督脉与膀胱借肾在结构上相连,故有学者指出小儿遗尿与“脑-督脉-膀胱轴”的通路异常有关^[21]。小儿遗尿中,膀胱气化失司是标,脑发育迟缓是本,在疾病的治疗中应该标本并重。基于遗尿与“脑-督脉-膀胱轴”通路异常相关的观点,本研究对遗尿患儿行宣肺醒脑通督推拿手法治疗,通过刺激肺俞、肺经、小天心、二马、天河水、夜尿点、少商、龟尾、百会、印堂等穴位,可激发阳经气血运行,不仅使脑得养、脑髓得充,有效发挥脑调控诸脏腑及控制情绪的功能,还能直接作用于下级中枢膀胱,促进膀胱气化功能的恢复。经脉能够连通人体耳与各脏腑,故予以对应耳部穴位适宜的刺激能够通经活络、调理脏腑。在小儿群体中,耳穴贴压法因其无创、便捷的特性等成为颇受欢迎的治疗手段^[22]。本研究选具有代表性的耳穴贴压穴位,可助先天肾气充足、肾阳旺盛,固摄膀胱,益气固本。

本研究结果显示,治疗组有效率为 82.50%,高于对照组的 70.00%,差异具有统计学意义($P < 0.05$);治疗后治疗组的各中医证候积分均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),说明宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压治疗小儿遗尿疗效确切,能够有效改善患儿的临床症状。推拿疗法为中医学常见的外治方法^[23],揉按相应的穴位能够健脾益气、调肝补肾,配之以耳穴贴压,通过对膀胱相应穴位在耳廓上的阳性反应点进行适宜的刺激,起到补益脾肾的功效。与本组治疗前相比,治疗后两组患儿膀胱残余尿量减少,其功能性膀胱容量以及尿流率均升高,且治疗组变化幅度大于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),提示宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压治疗,可改善遗尿患儿膀胱功能指标。另外,治疗组 12 个月后的复发率低于对照组($P < 0.05$),且治疗组的不良反应发生率为 0.00%,低于对照组的 15.00%,说明宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压有利于降低遗尿患儿的复发率,且安全系数较高。

综上所述,宣肺醒脑通督推拿手法配合耳穴贴压治疗小儿遗尿,可改善患儿遗尿症状及膀胱功能指标,且复发率较低。

参考文献:

[1] BALAT A,PARLAK M,BALC S O,et al. Increased potassium ex-

cretion in children with monosymptomatic nocturnal enuresis; could it be related to Kir 4.1 - KCNJ10 gene polymorphism? [J]. Turk J Pediatr, 2020, 62(2): 208 - 214.

[2] 王楠,荆泽敏,王智. 脏腑经络推拿联合艾灸对脾肾两虚型小儿遗尿临床疗效的影响[J]. 河北中医学报, 2022, 37(1): 28 - 31.

[3] 傅昱. 儿童遗尿症的发病机制研究进展[J]. 国际儿科学杂志, 2019, 46(4): 289 - 293.

[4] 吴洁,袁梦,吴野,等. 骶神经磁刺激联合康复训练治疗儿童原发性夜间遗尿症[J]. 中华儿科杂志, 2021, 59(8): 684 - 688.

[5] 袁慧,丁桂霞. 儿童遗尿症诊治进展[J]. 医学综述, 2019, 25(9): 1776 - 1781.

[6] 魏磊,刘翠华,田明,等. 健脾固肾止遗方联合穴位贴敷治疗儿童夜遗尿 35 例临床观察[J]. 安徽医药, 2020, 24(4): 834 - 838.

[7] 张双伟,张竞之,刘月婵. 刘月婵治疗小儿遗尿症经验介绍[J]. 新中医, 2020, 52(23): 193 - 195.

[8] 王晓娜,王正田,王宏君,等. 电针肾俞、会阳结合头针治疗小儿遗尿临床研究[J]. 天津中医药大学学报, 2020, 39(6): 669 - 672.

[9] 张石磊,张芳宁,高丽娟. 培元止遗汤联合耳穴压豆、推拿治疗儿童夜遗尿[J]. 吉林中医药, 2022, 42(2): 187 - 190.

[10] 沈茜,刘小梅,姚勇,等. 中国儿童单症状性夜遗尿疾病管理专家共识[J]. 临床儿科杂志, 2014, 32(10): 970 - 975.

[11] 中华中医药学会. 中医儿科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 125 - 128.

[12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.

[13] 中国医师协会儿科医师分会肾脏病学组中国儿童遗尿疾病管理协作组. 中国 5 ~ 18 岁人群遗尿症患病率的横断面调查[J]. 中国循证儿科杂志, 2020, 15(2): 81 - 86.

[14] 范典标,孙节,吴跃进,等. 上海市金山区 5 ~ 13 岁儿童遗尿症流行病学调查[J]. 公共卫生与预防医学, 2020, 31(1): 113 - 117.

[15] 孙香娟,张丰华,于秋香,等. 风药在小儿遗尿中的应用初探[J]. 世界科学技术 - 中医药现代化, 2021, 23(4): 1006 - 1012.

[16] 李战,顾申枫,李华,等. 补肾益气组方治疗原发性小儿遗尿症(下元虚寒型)随机对照临床研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2022, 24(1): 88 - 90.

[17] 陆晓丹,张晓丽,冯琦钊. 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[J]. 中成药, 2022, 44(4): 1358 - 1360.

[18] 王梦星,彭文献,姚旭峰. 儿童遗尿症多模态脑磁共振成像的应用进展[J]. 复旦学报(医学版), 2022, 49(2): 277 - 281.

[19] 王喜臣,李亚红,张珊珊,等. 小儿遗尿症的中医研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(1): 231 - 235.

[20] 郭银霞,肖小兵,邓建荣,等. 弥凝联合托特罗定治疗儿童原发性夜遗尿临床观察[J]. 海南医学, 2022, 33(1): 65 - 67.

[21] 屠路亭,李彦彩,鲍超. 基于“脑 - 督脉 - 膀胱”轴理论探讨“通督温阳”针灸疗法在儿童遗尿症中的应用[J]. 西部中医药, 2021, 34(2): 46 - 49.

[22] 郑木松,吕杰,曹金凤,等. 中医推拿手法量化研究现状[J]. 现代仪器与医疗, 2021, 27(3): 12 - 15.

[23] 赵梦洁. 耳穴贴压合撮泉止遗汤治疗脾肾两虚型小儿遗尿症的临床观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2020.

收稿日期: 2022 - 09 - 15

作者简介: 李霞(1988 -), 女, 江西萍乡人, 医学硕士, 主治医师。

(编辑: 倪婷婷)