

穴位按压缓解宫颈癌术后尿潴留的临床研究

王慧芳[△] 王丹波 陈英汉 周明祎

摘要 目的 研究穴位按压对宫颈癌术后并发尿潴留是否有缓解作用。**方法** 107 例Ⅲ级根治性全子宫切除术后尿潴留的患者,采用随机数字表法分为阳性穴位组(40 例)、阴性穴位组(32 例)和无穴位组(35 例)。各组患者均进行保护性 1/5 000 高锰酸钾坐浴,每天 3 次,15~20 min/次。阳性穴位组进行阳性穴位按压(利尿穴、气海穴)同时辅以辨证选穴(关元、中极、肾俞、足三里、三阴交及太溪穴),阴性穴位组进行阴性穴位按压(调节胃肠功能的穴位);无穴位组仅仅按照常规坐浴。各组均为每天 3 次,7 天为 1 个疗程,共 21 天。检测患者的残余尿量,记录膀胱功能恢复时间及各组第 7、14、21 天的平均残余尿量。**结果** 与阴性穴位组及无穴位组比较,阳性穴位组轻、重度患者留置尿管时间均缩短($P < 0.01$),轻、重度患者术后第 7、14、21 天残余尿量均减少($P < 0.01$)。**结论** 宫颈癌术后尿潴留患者通过自行穴位按压可以起到缓解作用。

关键词 穴位按压;宫颈癌术后;尿潴留

Relief of Urinary Retention after Radical Hysterectomy for Cervical Cancer Patients by Acupressure: a Randomized Controlled Trial WANG Hui-fang, WANG Dan-bo, CHEN Ying-han, and ZHOU Ming-yi Department of Obstetrics and Gynecology, Shengjing Hospital, China Medical University, Shenyang (110004), China

ABSTRACT Objective To study whether acupressure could relieve urinary retention after radical hysterectomy in cervical cancer patients. **Methods** A randomized controlled prospective double-blinded trial was carried out in 107 urinary retention patients undergoing grade III radical hysterectomy. They were assigned to Group A (positive acupoints, 40 cases), Group B (negative acupoints, 32 cases), and Group C (with no acupoints, 35 cases). All patients received protective 1/5 000 potassium permanganate sitz bath, 15–20 min each time, 3 times per day. Patients in Group A received acupressure at positive points [liniao point and Qihai (RN6)] combined points by syndrome typing [Guanyuan (RN4), Zhongji (RN3), Shenshu (BL23), Zusanli (ST36), Sanyinjiao (SP6), and Taixi (KI3)]. Patients in Group B received negative acupressure at sham-acupoints (for adjusting gastrointestinal functions). Patients in Group C only received conventional sitz bath. All medication was performed 3 times per day, 7 days as one therapeutic course, 21 days in total. The residual urine volume was detected. The recovery time for bladder function was recorded. The average residual urine volume was also recorded at day 7, 14, and 21. **Results** Compared with Group B and C, the time for ureter retention was shortened for mild and severe CKD patients in Group A ($P < 0.01$). The residual urine volume was also lessened for mild and severe CKD patients in Group A at day 7, 14, and 21 ($P < 0.01$). **Conclusion** Cervical cancer patients could relieve urinary retention by self-acupressure after radical hysterectomy.

KEYWORDS acupressure; postoperative cervical cancer; urinary retention

宫颈癌是妇科最常见的恶性肿瘤,近年来,其发病

有年轻化及上升趋势。根治性子宫切除术及盆腔淋巴清扫术是早期(I期–IIa 期)宫颈癌的有效治疗方法^[1]。由于手术切除范围广,容易出现各种并发症,其中,尿潴留是较为常见的并发症^[2]。宫颈癌术后尿潴留是指术后第 10~14 天拔除尿管后膀胱内充满尿液但不能自行排出或不能有效自行排空膀胱而残余的尿量 $> 100\text{ mL}$ ^[3]。其发生机制为术中切除子宫主骶韧带、髂内静脉内侧和子宫深静脉周围淋巴结、膀胱子宫韧带和切除阴道的同时也切断或损伤了膀胱自主神经,从而造成神经损伤性膀

基金项目:国家自然科学基金资助项目(No. 81270675);盛京自由研究者计划(No. 201204);沈阳市科技项目(No. F14-231-1-55)
作者单位:中国医科大学附属盛京医院妇产科(辽宁 沈阳 110004)
[△]现工作单位:厦门大学附属第一医院妇产科(福建 厦门 361003)
通讯作者:王丹波, Tel: 024-96615-41111, E-mail: wangdb@sj-hospital.org

膀胱麻痹^[4-6]。而神经源性膀胱损伤对于泌尿外科也是一个难题,使患者有不同程度的躯体功能改变和心理压力,而且容易造成尿路感染,影响患者的日常生活和术后康复^[7]。因此,如何缓解宫颈癌术后尿潴留的问题日渐受到关注,广大临床工作者积极寻求解决方法,但目前尚未得到广泛认可的方法。本研究探讨穴位按压对宫颈癌术后尿潴留的缓解作用,探索既行之有效又适合临床推广的方法。

资料与方法

1 诊断标准 宫颈癌全部病例均以病理确诊,临床分期标准参考 2010 年 FIGO 分期^[8]。术后残余尿测定方法:术后 10 日拔除尿管后,等待患者出现尿意感,自行排尿后或有尿意感而无法自主排尿,立即测量残余尿量,≥100 mL 为尿潴留。根据残余尿量分度:100~300 mL 为轻度,300 mL 以上或无法自主排尿为重度。尿潴留患者继续留置尿管,间隔 7 天再次测定残余尿,直至符合标准,记录留置尿管时间,即膀胱功能恢复时间。

2 纳入标准 年龄≤55 岁;全部病例为同一医疗组完成,术式为Ⅲ级根治性全子宫切除,即 Meigs-Okabayashi 术式^[9],切断所有宫旁组织与阴道旁组织,并行盆腔淋巴结切除术,包括将主、骶韧带完全切除,并切除阴道上 1/3~1/2;术前常规留置导尿管前嘱患者排空膀胱,立即留置尿管,测得残余尿量<100 mL;患者知情选择,签署知情同意书。

3 排除标准 术中行硬膜外麻醉;术前合并尿路感染;既往合并盆底功能障碍(询问病史)、糖尿病史及多发性硬化病史;既往尿失禁手术史;既往服用抗胆碱能药物;根据美国国立综合癌症网络指南,术

前术后需行辅助放、化疗患者;术后发生手术并发症患者。

4 一般资料 收集 2010 年 3 月—2012 年 3 月中国医科大学附属盛京医院妇科因宫颈癌行根治性子宫切除术的患者 107 例,其中鳞癌 99 例,腺癌 8 例。双盲法,采用随机数字表法分为阳性穴位组(40 例)、阴性穴位组(32 例)及无穴位组(35 例)。各组患者一般资料比较(表 1),差异均无统计学意义($P > 0.05$)。本研究经盛京医院伦理委员会审批。

5 治疗方法 采用随机、对照、双盲法进行临床试验:入选病例签署知情同意书后,患者抽签入组,由一名医生指导术后促进膀胱功能恢复方法,定期由另一名医生测定残余尿量并记录,试验全部完成后统一揭盲。各组患者均进行保护性 1/5 000 高锰酸钾坐浴,3 次/天,15~20 min/次。阳性穴位组患者被指导进行阳性穴位按压;阴性穴位组患者被指导进行阴性穴位按压;无穴位组仅仅按照常规坐浴。

阳性穴位选择及按压方法:坐浴基础上,选择针灸疗法中的利尿穴位^[10-13],主要取利尿穴(位于腹正中线脐下 2.5 cm)、气海穴(位于脐下 5 cm)。指导患者右手拇指先轻按于穴位表面,再垂直用力下压,使按压的穴位凹陷 5~10 cm(以使患者感到酸重胀的紧迫感传至会阴部为度),然后使垂直力偏向内下,约持续按压 2~5 min。同时辅以辨证选穴,点按相关穴位,包括关元、中极、肾俞、足三里、三阴交及太溪穴,重力点按,以患者能耐受为度,按以上穴位的顺序每次点按 5 下。每天 3 次,7 天为 1 个疗程。

阴性穴位选择:坐浴基础上,选取用于调节胃肠道功能的针灸穴位^[14],即腹哀穴(脐中上 3 寸,距前正中 4 寸)、大横穴(脐旁开 4 寸)、腹结穴(大横穴下 1.3 寸,

表 1 各组一般资料比较

项目	阳性穴位组(40 例)		阴性穴位组(32 例)		无穴位组(35 例)	
	轻度	重度	轻度	重度	轻度	重度
病例(例)	22	18	19	13	21	14
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	44.7 ± 6.9	46.7 ± 6.1	42.9 ± 8.1	45.5 ± 8.1	44.5 ± 6.0	43.9 ± 8.6
体重指数(kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	22.3 ± 1.5	22.7 ± 1.9	22.2 ± 1.5	21.3 ± 1.9	22.0 ± 1.8	22.1 ± 1.9
FIGO 分期(例)						
Ⅰ b1	14	9	10	4	8	6
Ⅰ b2	2	4	1	3	4	1
Ⅱ a1	5	3	6	4	6	5
Ⅱ a2	1	2	2	2	3	2
手术持续时间(min, $\bar{x} \pm s$)	184.8 ± 12.9	175.6 ± 15.3	185.0 ± 16.2	170.7 ± 15.2	180.9 ± 15.9	178.5 ± 9.2
术中失血量(mL, $\bar{x} \pm s$)	300.0 ± 67.3	319.4 ± 57.2	326.3 ± 71.4	285.8 ± 60.5	311.1 ± 67.2	336.5 ± 61.0
术后预防性抗生素使用天数(天, $\bar{x} \pm s$)	8.4 ± 1.1	8.1 ± 1.3	8.5 ± 1.2	8.6 ± 1.5	8.5 ± 1.1	82.0 ± 3.1
术前已绝经(例)	3	4	4	3	2	3
术前未绝经而术中行双卵巢切除(例)	8	8	8	4	5	5

距前正中线 4 寸)。指导患者进行穴位按压,具体方法同阳性穴位组。无穴位组:常规每日高锰酸钾坐浴,不行穴位按压。各组除膀胱功能恢复者外,最终终止观察时间均为 21 天。

6 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件包处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用单因素方差分析,计数资料采用非参数检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 脱落情况 阴性穴位组脱落 2 例(1 例因搬迁至外地而失访,1 例因行针灸治疗而退出试验),无穴位组脱落 3 例(1 例因行针灸治疗而退出试验,2 例因随访期间合并尿路感染而退出试验),最后完成共 102 例。

2 各组留置尿管时间比较(表 2) 与阴性穴位组及无穴位组比较,阳性穴位组轻、重度患者的平均留置尿管时间均缩短,差异有统计学意义($P < 0.01$),但阴性穴位组与无穴位组比较,轻、重度患者平均留置尿管时间,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 各组留置尿管时间比较 (天, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	病情程度	
		轻度	重度
阳性穴位	40	9.9 ± 3.5 * Δ	15.9 ± 3.2 * Δ
阴性穴位	30	21.4 ± 13.3	36.9 ± 10.4
无穴位	32	21.7 ± 12.9	39.8 ± 11.9

注:与阴性穴位组比较,* $P < 0.01$;与无穴位组比较, $\Delta P < 0.01$

3 各组不同时期残余尿量比较(表 3) 与阴性穴位组及无穴位组同期比较,阳性穴位轻、重度患者第 7、14、21 天残余尿量均明显减少,差异有统计学意义($P < 0.01$);而阴性穴位组与无穴位组同期比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 各组不同时期残余尿量比较 (mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	病情程度	
			轻度	重度
阳性穴位	40	第 7 天	85.0 ± 37.6 * Δ	164.4 ± 40.8 * Δ
		第 14 天	37.5 ± 8.9 * Δ	70.0 ± 25.7 * Δ
		第 21 天	0 * Δ	40.0 ± 12.9 * Δ
阴性穴位	30	第 7 天	153.2 ± 80.5	304.5 ± 44.4
		第 14 天	143.8 ± 59.8	250.9 ± 48.7
		第 21 天	126.0 ± 40.0	187.3 ± 71.0
无穴位	32	第 7 天	152.1 ± 80.5	332.3 ± 64.8
		第 14 天	149.2 ± 61.3	263.8 ± 43.5
		第 21 天	134.5 ± 35.9	201.5 ± 44.1

注:与阴性穴位组同期比较,* $P < 0.01$;与无穴位组同期比较, $\Delta P < 0.01$

讨 论

宫颈癌是妇科领域发生率最高的恶性肿瘤,手术治疗是首选治疗方式之一,而术后尿潴留是根治性子宫切除术后较常见的并发症,严重困扰患者身心健康,同时也是妇科领域的热点问题。手术范围越大,例如Ⅲ级根治性子宫切除术,对神经损伤程度越重,术后尿潴留发生的几率也越大^[3,15]。本研究选择Ⅲ级根治性子宫切除术,术后尿潴留发生率高达 90.4%。近年来,保留神经的根治性子宫切除术^[16,17]受到关注,但由于盆底神经走行复杂,手术难度大,且术者必须权衡疾病的治疗效果和后遗症,保证优先考虑肿瘤切除的彻底性,因此未能广泛应用于临床。而关于如何改善宫颈癌术后尿潴留的研究较多^[18-21],如高锰酸钾坐浴、拔除尿管前膀胱灌注胆碱能药物、盆底肌力功能锻炼、夹闭导尿管后定时开放等,但治疗效果有限。现代医学研究证实^[10],针灸对促进神经损伤再生确有疗效,有明显促进运动神经元树突长度恢复,使树突数量增加的作用。中医针灸对改善宫颈癌术后尿潴留也很有帮助^[11-13],但针灸需要中医科医生的专业操作,对于妇产科医护工作者而言,针灸疗法具有定位、下针等方面的难度,更难以指导患者自行操作,同时术后针灸受制于每日定时的专业医生操作带来的不便,以及患者对针刺的恐惧,临床上,采纳针灸治疗的患者甚少。因此,为了使膀胱功能早日恢复,缩短留置尿管时间,减少尿管重置和尿路感染几率,寻找一种有效可行、适合临床推广的方法大有裨益。

穴位按压基于针灸治疗的理论基础,适应范围广泛,凡是针刺能够治疗的病症,都可以采用指代针进行治疗。指压利尿穴^[22],关键在于刺激膀胱神经功能恢复,使副交感神经、脊髓神经兴奋,逼尿肌收缩,提高膀胱的排空能力,从而改善膀胱排尿功能。较多临床研究证实穴位按压对解除产后尿潴留及脊髓损伤性所致尿潴留有显著效果^[23,24]。但关于穴位按压对宫颈癌术后尿潴留的缓解作用,临床研究较少。本研究结果提示:在留置尿管的时间、膀胱残余尿量方面,按压阳性穴位组与按压阴性穴位组、无穴位组差异有统计学意义($P < 0.01$),说明膀胱穴位按压能显著缩短留置尿管的时间、促进膀胱功能恢复。而指导患者自行穴位按压,方法简单,可操作性强;对于恶性肿瘤患者,生存欲望较强,依从性较好,能够配合医生完成穴位按压,因此,可以扩大样本,进一步探讨穴位按压对宫颈癌术后尿潴留并发症缓解作用的科学意义。

参 考 文 献

- [1] Oaknin A, Díazde Corcuera I, Rivera F, et al. SEOM guidelines for cervical cancer [J]. Clin Transl Oncol, 2012, 14(7): 516–519.
- [2] Zullo MA, Mancini N, Angioli R, et al. Vesical dysfunctions after radical hysterectomy for cervical cancer: a critical review [J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2003, 48(3): 287–293.
- [3] Hoffman MS, Williams V, Salihu HM, et al. The vascular portion of the cardinal ligament: surgical significance during radical hysterectomy for cervical cancer [J]. Am J Obstet Gynecol, 2008, 199(2): e1–7.
- [4] Manchana T. Long-term lower urinary tract dysfunction in gynecologic cancer survivors [J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2011, 12(1): 285–288.
- [5] Chen DX. Urinary complications following radical hysterectomy for 621 patients with cancer of uterine cervix [J]. Chin J Oncol, 1989, 11(1): 67–70.
- [6] Watson M, Saraiya M, Benard V, et al. Burden of cervical cancer in the United States [J]. Cancer, 2008, 113(10 Suppl): 2855–2864.
- [7] Gormley EA. Urologic complications of the neurogenic bladder [J]. Urol Clin North Am, 2010, 37(4): 601–607.
- [8] Greer BE, Koh WJ, Abu-Rustum NR, et al. Cervical cancer [J]. J Natl Compr Canc Netw, 2010, 8(12): 1388–1416.
- [9] Piver SM, Rutledge F, Smith JP. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer [J]. Obstet Gynecol, 1974, 44(4): 265–272.
- [10] Wang XY. Effect of acupuncture on bladder function in patients with radical hysterectomy [J]. Acupunct Res, 2007, 32(2): 132–135.
- [11] Emmons SL, Otto L. Acupuncture for overactive bladder: a randomized controlled trial [J]. Obstet Gynecol, 2005, 106(1): 138–143.
- [12] Xiong N. 25 cases of cystoparalysis following gynecological surgery treated with herbal drugs and acupuncture [J]. J Tradit Chin Med, 1994, 14(4): 276–278.
- [13] Yi WM, Pan AZ. Clinical observation on the acupuncture treatment in patients with urinary retention after radical hysterectomy [J]. Chin J Integr Med, 2011, 17(11): 860–863.
- [14] 龚小琦. 推拿腹部穴位治疗内科腹痛 38 例效果观察 [J]. 齐鲁护理杂志, 2008, 14(14): 46.
- [15] Chen XJ, Song YY. Influence of urodynamic factors on urinary retention in patients with cervical carcinoma after radical hysterectomy [J]. J Obstet Gynecol, 2010, 45(9): 677–681.
- [16] Maas CP, Trimbos JB. Nerve sparing radical hysterectomy: latest developments and historical perspective [J]. Crit Rev Oncol, 2003, 48(4): 271–279.
- [17] Rob L, Halaska M, Robova H. Nerve-sparing and individually tailored surgery for cervical cancer [J]. Lancet Oncol, 2010, 11(3): 292–301.
- [18] Lapitan MC, Cody JD, Grant A. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women: a short version Cochrane review [J]. Neurourol Urodyn, 2009, 28(6): 472–480.
- [19] Pasquinucci C, Winkler S. The use of d-pantothenic alcohol in the prevention and therapy of post-operative urinary retention in radical operations for uterine cervical carcinoma [J]. Ann Obstet Gynecol Med Perinat, 1966, 88(9): 692–701.
- [20] Bailey C, Matharu G. Conservative management as an initial approach for post-operative voiding dysfunction [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012, 160(1): 106–109.
- [21] Mahfouz W, Karsenty G, Corcos J. Injection of botulinum toxin type A in the urethral sphincter to treat lower urinary tract dysfunction: review of indications, techniques and results: 2011 update [J]. Can J Urol, 2011, 18(4): 5787–5795.
- [22] Teirich LH. Connective tissue massage in bladder disorders [J]. Arch Phys Ther (Leipzig), 1962, 14(5): 383–387.
- [23] 赵峰. 指压缓解产后尿潴留的临床观察 [J]. 中国社区医师, 2005, 9(1): 41.
- [24] 董春花. 指压利尿穴解除尿潴留 [J]. 中国民间疗法, 2003, 11(9): 12–13.

(收稿: 2014-04-16 修回: 2015-01-02)