

电针郄募穴缓解肾绞痛及其伴随症状 26 例临床观察

陈 敏 李赛美*

(广州中医药大学第一附属医院, 广东省广州市白云区机场路 12 号, 510405)

* 通讯作者: lisaimei2004@yahoo.com.cn, (020)36585579

[摘 要] 目的 观察电针郄募穴缓解肾绞痛及其伴随症状的临床疗效。方法 将符合纳入标准的 51 例肾绞痛患者随机分为电针组 26 例和肌注组 25 例。电针组采用电针肾经膀胱经郄穴(水泉、金门)及相关募穴(京门、中极)30min; 肌注组于患者患侧臀部一次性肌肉注射强痛定 100mg。于治疗前后分别用简化 McGill 疼痛问卷(SF-MPQ)和视觉模拟评分法(VAS)进行疼痛评分, 制定伴随症状量表进行伴随症状评分, 观察两组临床总体疗效及疼痛改善情况。结果 两组总体临床疗效比较, 电针组愈显率为 76.92%, 肌注组愈显率为 44.00%, 电针组明显优于肌注组($P<0.01$)。在即时缓解疼痛方面, 电针组愈显率为 69.23%, 高于肌注组的 44.00%($P<0.05$)。电针组开始缓解疼痛所需时间短于肌注组($P<0.05$), 而两组完全缓解所需时间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。两组伴随症状积分治疗后 10、30、60、120min 与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$), 两组治疗后 60、120min 与治疗前 10min 比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 电针郄募穴治疗肾绞痛及其伴随症状见效快、作用强、24h 内疼痛复发率低、操作简便, 值得临床推广应用。

[关键词] 电针; 郄穴; 募穴; 肾绞痛; 伴随症状; 疼痛; 复发率

Effect of Electro-Acupuncture at the Cleft Points and Alarm Points on Renal Colic and A Accompanied Symptoms in 26 Cases

CHEN Min, LI Saimei

(The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province 510405)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of electro-acupuncture (EA) at the cleft points and alarm points on renal colic and accompanied symptoms. **Methods** Fifty one patients with renal colic were randomized into EA group of 26 cases and intramuscular injection (IM) group of 25 cases. EA group was given electro-acupuncture at the cleft points of kidney channel [Shuiquan (KIS), Jinmen (BL63)] and bladder channel and related alarm points [Jingmen (GB25), Zhongji (RN3)] for 30 minutes. IM group was given intramuscular injection of 100mg of bucinperazine. A short form of the McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) and visual analog scale (VAS) were used to score the pain. Associated symptoms scale (ASS) was developed to score the associated symptoms. The change of clinical symptoms were observed in both groups and the syndrome effect was evaluated. **Results** The total effective rate of the EA group and IM group was 76.92% and 44.00% respectively, with significant difference between groups ($P<0.01$). The total effective rate in relieving pain of the EA group and IM group was 69.23% and 44.00% respectively, with significant difference between groups ($P<0.05$). Pain relief time required in the EA group was significantly shorter than that in the IM group ($P<0.05$). There was no significant difference between groups in complete remission time required ($P>0.05$). Comparing with before treatment, there were significant differences in relief of associated symptoms after 10min, 30min, 60min and 120min of treatment ($P<0.05$ or $P<0.01$). Comparing with 10min of treatment, there were significant differences in relief of associated symptoms after 60min and 120min of treatment ($P<0.05$). **Conclusion** EA at the cleft points and alarm points for renal colic is effective, easy to operate, less toxicity, low cost and worthy of clinical application with a low recurrence rate within 24 hours.

Keywords electro-acupuncture; cleft points; alarm points; renal colic; associated symptoms; pain; recurrence rate

泌尿系结石是肾结石、输尿管结石、膀胱结石和尿道结石的总称, 是常见的泌尿外科疾病之一。肾及输尿管结石等嵌顿引起的肾绞痛是急诊科最常见的急症之一^[1], 据报道有 5% 的女性和 12% 的男性在一生中会经历至少 1 次的肾绞痛^[2]。其典型表现为腰腹部疼痛剧烈难忍, 疼痛呈阵发性加重, 并沿输尿管行径放射至同侧腹股沟, 还可累及同侧睾丸或阴唇^[3]。我们用电针郄募穴缓解肾绞痛, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准: 参照《泌尿外科疾病诊断标准》^[4]制定。①病史和体检: 与活动有关的疼痛和血尿, 并排除其他可能引起腹部疼痛的疾病如急性阑尾炎、异位妊娠、卵巢囊肿扭转、急性胆囊炎、胆石症、肾盂肾炎等。疼痛发作时有肾区叩击痛。②实验室检查: 尿常规检查可见肉眼或镜下血尿。伴感

染时有脓尿,有时可发现晶体尿。③影像学检查:B超显示为结石特殊声影。X线检查、CT平扫发现有结石存在。放射性核素肾显像示梗阻性图形。内镜检查(肾镜、输尿管镜和膀胱镜检查)发现结石。

①+②+③中任何一项发现结石即可确诊。

中医诊断标准:参照文献[5]中关于石淋的诊断标准制定。①发作时腰腹绞痛,痛引少腹、大腿内侧及前阴,疼痛发作时,辗转反侧,面色苍白,大汗淋漓,恶心呕吐。发作常持续数分钟至几小时。②绞痛发作时,肉眼可见血尿,或见镜下血尿,或小便有砂石排出。③常伴尿频、尿急和排尿终末性疼痛,或排尿时突然中断而剧痛。④患侧腰部叩击痛或患侧腹部有压痛。⑤尿常规检查有红细胞。⑥肾系B超检查,或X线腹部平片、肾盂造影等明确有结石存在。必要时作膀胱镜逆行造影。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:①符合中、西医诊断标准者;②治疗前疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分 >5 分;③年龄18~60岁;④愿意参加本研究,并签署知情同意书者。

排除标准:①合并严重心、脑、肝、肾和造血系统等疾病者或有肾或输尿管肿瘤者。②妊娠或哺乳期妇女、精神病患者。③对试验药品过敏者。④接受其他疼痛干预治疗的患者。

1.3 一般资料

53例肾绞痛患者均来自2008年7月至2010年3月湖南中医药大学第一附属医院急诊外科及泌尿外科。按随机数字表法分为电针组28例和肌注组25例。电针组完成26例,脱落0例,剔除2例(原因是在电针治疗过程中不能耐受或对电针产生恐惧,要求停止试验)。电针组26例,男21例,女5例;年龄25~51岁,平均 (38.42 ± 12.90) 岁;其中左肾结石者16例,右肾结石者10例;病程1.5~30小时,平均 (13.63 ± 15.63) 小时;治疗前的疼痛积分为 (12.69 ± 4.67) 分,伴随症状积分为 (3.40 ± 1.58) 分。肌注组25例,男18例,女7例,年龄30~52岁,平均 (41.08 ± 11.62) 岁;其中左肾结石者15例,右肾结石者10例;病程1~20小时,平均 (10.08 ± 9.82) 小时。治疗前疼痛积分为 (13.97 ± 2.79) 分,伴随症状积分为 (3.24 ± 1.26) 分。两组患者性别、年龄、发病部位、病程、治疗前疼痛积分与伴随症状积分比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

电针组:取穴:患侧水泉、京门、金门、中极及疼痛局部的阿是穴。操作:健侧卧位,患侧下肢稍曲,局部皮肤常规消毒,采用40mm $\times$ 0.3mm毫针快速进针。京门穴沿肋骨方向向下斜刺入皮肤15mm,水泉穴与金门穴直刺15mm,中极直刺20mm。行提、插、捻、转泻法,得气后停止行针。然后取同侧金门与中极、水泉与京门两组穴位,将华佗牌SDZ-II型电针治疗仪(苏州医疗用品厂有限公司生产)两个负极分别接在水泉与金门穴上,两个正极分别接在京门与中极穴。选用连续波,频率2Hz,电流1mA,电流强度可适当调整,以患者能耐受为度。通电留针30分钟,即刻施术1次。

肌注组:患侧臀部一次性肌肉注射强痛定(盐酸布桂嗪100mg/2ml,天津金耀制药有限公司生产,国药准字H12020966)100mg。即刻镇痛,注射1次。

2.2 观察指标

2.2.1 即刻镇痛效果 ①疼痛强度的改善程度:采用度量疼痛的量表:简化McGill疼痛问卷(SF-MPQ)和VAS评分^[6],观察记录两组患者治疗结束后疼痛强度。②镇痛作用的起效时间:记录患者治疗后疼痛开始缓解和完全缓解所需时间。按分钟计算。③疼痛反复发作情况:肾绞痛治疗缓解后再次出现肾绞痛的时间及次数。对两组患者30分钟时已缓解的患者再观察24小时观察其疼痛反复情况。患者离观时均告诉患者出现肾绞痛发作时及时随诊或电话通知就诊医生,并做好记录。24小时后进行回访,询问疼痛有无复发及复发时间。

2.2.2 伴随症状的改善情况 观察随着疼痛的缓解,其伴随症状(面色苍白、恶心呕吐、四肢发冷、出冷汗、疲倦、烦躁焦虑、被动体位、尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激征)的改善情况。治疗前及治疗后10、30、60、120分钟各时相点进行评定。计分标准自拟:该症状出现计1分,该症状消失或未出现计0分。

2.3 疗效判定标准

2.3.1 总体疗效评定标准 采用主症(疼痛强度积分)、次症(其他随症状积分)分级积分综合评分法^[6],按尼莫地平法^[7](治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 的公式计算结果,按4级评定:临床治愈:主症和体征消失,分值 $\geq 85\%$;显效:主症和体征明显减轻,分值 $\geq 50\%$ 但 $< 85\%$;有效:主症

和体征部份减轻:分值 $\geq 20\%$ 但 $< 50\%$;无效:主症和体征无改变,分值 $< 20\%$ 。

2.3.2 疼痛改善的评定标准 将两组治疗前及治疗后的VAS值与SF-MPQ分值,参照文献[6]中加权计算法进行评价。疼痛综合评分加权值 $= (A - B) / A \times 100\%$, A = 施针或用药前VAS+SF-MPQ评分; B = 施针或用药后VAS+SF-MPQ评分。临床治愈:疼痛综合评分加权值 $\geq 75\%$;显效:疼痛综合评分加权值 $\geq 50\%$ 但 $< 75\%$;有效:疼痛综合评分加权值 $\geq 25\%$ 但 $< 50\%$;无效:疼痛综合评分加权值 $< 25\%$ 。

2.4 统计学方法

统计软件采用SPSS 13.0软件进行分析。无序分类资料用 χ^2 检验;有序分类资料用Ridit分析或秩和检验;数值变量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$),当资料满足正态分布和方差齐性时,组间比较采用成组t检验,两组自身前后比较采用配对t检验;组内不同时间段测值比较用方差分析,当资料不满足正态分布和方差齐性时,采用非参数检验如秩和检验。

3 结果

3.1 两组患者总体疗效比较

表1示,电针组总体临床疗效明显高于肌注组($P < 0.01$),说明电针组总体疗效优于肌注组。

表1 两组患者总体临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	愈显
电针组	26	7(26.92)	13(50.00)	5(19.23)	1(3.85)	20(76.92)
肌注组	25	2(8.00)	9(36.00)	9(36.00)	5(20.00)	11(44.00)

表2 两组患者治疗后疼痛改善率比较[例(%)]

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	愈显
电针组	26	7(26.92)	11(42.31)	7(26.92)	1(3.85)	18(69.23)
肌注组	25	2(8.00)	9(36.00)	8(32.00)	6(24.00)	11(44.00)

表3 两组患者疼痛开始缓解与完全缓解所需时间比较(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	开始缓解所需时间	完全缓解所需时间
电针组	26	7.32 $\pm$ 3.02*	131.19 $\pm$ 152.12
肌注组	25	10.00 $\pm$ 5.43	184.29 $\pm$ 84.04

注:与肌注组比较,* $P < 0.05$

表4 两组患者不同时间点伴随症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后10min	治疗后30min	治疗后60min	治疗后120min
电针组	26	3.40 $\pm$ 1.58	1.88 $\pm$ 1.48**	1.08 $\pm$ 1.11**	1.00 $\pm$ 1.15** Δ	0.88 $\pm$ 1.26** Δ
肌注组	25	3.24 $\pm$ 1.26	2.24 $\pm$ 1.09*	1.60 $\pm$ 1.22**	1.20 $\pm$ 1.35** Δ	0.96 $\pm$ 1.30** Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与本组治疗后10min比较, $\Delta P < 0.05$

3.2 两组患者30min后疼痛改善率比较

表2示,电针组疼痛改善率明显高于肌注组($P < 0.05$),说明电针组即刻镇痛效果优于肌注组。

3.3 两组患者疼痛缓解时间比较

表3示,电针组疼痛开始缓解所需时间短于肌注组($P < 0.05$),而两组完全缓解所需时间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.4 两组患者治疗后不同时间伴随症状积分比较

表4示,两组患者治疗后10、30、60、120分钟与治疗前比较差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),两组治疗后60、120分钟与治疗前10分钟比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗后各同时间比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

3.5 两组患者24h内疼痛复发情况比较

电针组26例中1例无效,1例为电针结束后疼痛缓解,患者离院,24h后未能随访到,其余24例中有1例疼痛复发。肌注组25例中除去无效6例,有6例24h内疼痛复发。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

针灸学理论上郄穴主治本经痛证、血证,募穴主治相应脏腑急性、实性病证。选用郄穴治疗肾绞痛在古籍中早有记载,如《铜人腧穴针灸图经》即有“水泉,小便淋沥,腹中痛”的记载。郄穴是各经脉在四肢部经气深聚的部位,郄与“隙”通,是空隙、间隙的意思。大多分布于四肢肘膝关节以下。郄穴的名称和位置首载于皇甫谧《针灸甲乙经》。此书除论述郄穴的定名、定位及针灸法外,还阐明了郄穴的主治规律及主治病证。后世医家归纳为“阳经郄穴多治痛,阴经郄穴多治血”^[8]。泌尿系结石引发的肾绞痛既有“痛”又有“血”,这与阳经郄穴主急性痛证,阴经郄穴主血证的规律均有契合。因而考虑选用郄穴来治疗该病。另一方面募穴治疗脏腑病为近端取穴,正好与取肾经和膀胱经郄穴的远端取穴相配合。故选择用募穴和郄穴进行治疗。

我们基于以下原因选用肾经和膀胱经的郄穴和肾与膀胱的募穴。首先,本病的病位在肾和输尿管

偶有涉及膀胱。从病变所在脏腑来说,选肾与膀胱相关腧穴是合理的。足少阴肾经“……贯脊属肾络膀胱……”,足太阳膀胱经:“……入循膂,络肾属膀胱……”。虽然中医肾与膀胱的概念并不等同于西医学解剖学上的肾与膀胱,但却涵盖了它们的结构和功能。再者,“肾主水”、膀胱乃“洲都之官”,在水液的气化与代谢中发挥着重要的作用。而肾绞痛的一个主要的临床表现为疼痛的发生或加剧与水液的摄入与排出相关,或尿时疼痛。因此,选择司水的两个脏腑与其相关络属经络作为施术的核心。

本研究结果显示,电针郄募穴取效快于肌注强痛定的原因,一方面电针能影响输尿管的舒缩,输尿管处于痉挛状态时,针刺可松弛痉挛。另一方面,电针能激活脑和脊髓内的脑啡肽能系统和脑内的 β -内啡肽能系统介导镇痛效应,并增加脑内5-羟色胺(5-HT)的合成^[9]。再者,激活低位脑干发出的去甲肾上腺素能下行投射系统和中枢乙酰胆碱能系统均能增强针刺镇痛效应。此外,经络腧穴效应的参与,产生了良好的镇痛效果,这些都是单纯的麻醉性镇痛药难以达到的。

电针肾经膀胱经郄穴及相关募穴对肾绞痛的复发率比肌注强痛定组明显降低。我们推测可能与电针能松弛痉挛状态的输尿管、并促进内源性镇痛物质产生有关。

参考文献

- [1]Serinken M, Karcioğlu O, Turkcuer I, et al. Analysis of clinical and demographic characteristics of patients presenting with renal colic in the emergency department[J]. BMC Res Notes, 2008, (1):79-84.
- [2]Zomorodi A, Buhlul A, Fathi S. Anatomy of the collecting system of lower pole of the kidney in patients with a single renal stone: a comparative study with individuals with normal kidneys[J]. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2010, 21(4):666-672.
- [3]吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社, 2008:679-680.
- [4]裴琼. 泌尿外科疾病诊断标准[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2009:81-99.
- [5]国家技术监督局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994:199-218.
- [6]中华医学会. 临床诊疗指南疼痛学分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007:19-21.
- [7]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:280-281.
- [8]王湃, 孙瑜, 高碧霄. 浅析皇甫谧对郄穴的贡献[J]. 四川中医, 2001, 19(4):5-6.
- [8]王启才. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008:306.

(收稿日期:2011-11-30;修回日期:2012-03-15)

[编辑:叶晨]

全国第七届“中西医结合治疗肝病高级专修班”通知

由中华中医药学会继续教育部、中医杂志社、北京东方中医药培训中心主办,河北中医肝病医院协办的“全国第七届中西医结合治疗肝病高级专修班”定于2012年9月14-17日在河北中医肝病医院举办。本期高级专修班的办学宗旨是:浓缩中西医结合治疗肝病理论与实践精华,突出临床实用经验,使学员开阔视野,在短期内获得该领域内名老中医诊治经验以及最新的肝病研究治疗动态。本期专修班将邀请国内知名肝病专家教授重点传授自己在临床工作中的治疗经验及行之有效的中医传统方、验方,并将介绍治疗肝病中药研究进展方向等。凡参加本期专修班学习者可获得国家级教育学分(I类学分12分)。现将有关事项通告如下:

一、日期安排:9月14日(星期五)全天报到;9月15-16日专家讲座及交流;9月17日返程。

二、培训地点:河北省石家庄市河北中医肝病医院。

三、交通路线:1. 石家庄火车站售票厅外停车场有河北中医肝病医院班车(每天10趟)免费接送,接站电话:0311-88786114。2. 石家庄火车站乘31路公共汽车至正定汽车站换4路公交车到河北中医肝病医院下车;或石家庄博物馆乘130路公共汽车到河北中医肝病医院站下车。3. 石家庄京石高速公路正定出口处下车至河北中医肝病医院。4. 乘飞机者从石家庄机场乘民航班车或出租汽车到河北中医肝病医院(该院位于机场与石家庄市中心之间的京石高速公路正定出口处)。

四、收费标准:980元(包括学费、资料费、国家级医学继续教育学分证书费、工作餐费等),旅游费及住宿费自理。金星假日大酒店(四星级)140元/人。

五、咨询电话:0311-88788272, 88787701, 13091000293, E-mail:zygbyy@126.com

六、联系人:刘素敏、张涵