

温针灸联合尿路综合管超早期康复模式 对急性脑卒中后尿失禁的影响

尹晶¹ 蔡少康² 杨军¹ 周蓓¹ 余玲玲³ 骆小娟¹ 夏杨¹ 张照庆¹

(1 武汉大学附属同仁医院(武汉市第三医院)康复医学科,武汉,430000; 2 华中科技大学同济医学院武汉市第二医院,武汉,430000; 3 华中科技大学同济医学院附属同济医院神经内科,武汉,430020)

摘要 目的:观察温针灸联合尿路综合管理的超早期康复模式对急性脑卒中后尿失禁的影响。方法:选取2015年1月至2016年12月武汉大学附属同仁医院急性脑卒中后尿失禁患者69例,随机分为观察组($n=35$)与对照组($n=34$),2组均在神经内科常规药物治疗基础上,给予温针灸联合尿路综合管理康复模式,观察组在发病24 h内开启此康复模式,而对照组在发病满2周时开启,疗程1个月,比较2组尿失禁严重程度积分与相关尿动力学指标。结果:治疗后,2组尿失禁严重程度积分较治疗前均明显降低($P<0.05$),观察组优于对照组($P<0.05$);治疗1个月后,2组最大尿流率和最大膀胱容量较治疗前均显著提高($P<0.05$),观察组优于对照组($P<0.05$);治疗后观察组的膀胱残余尿量较对照组减少($P<0.05$);最大逼尿肌压,观察组治疗后较治疗前显著下降($P<0.05$),而对照组在治疗前后比较,差异无统计学意义($P>0.05$),观察组优于对照组($P<0.05$);结论:温针灸结合尿路综合管理的超早期康复模式,较之早期康复模式,可以更有效地改善急性脑卒中后尿失禁症状与程度,改善膀胱功能,提高生命质量。

关键词 超早期康复模式;温针灸;尿路综合管理;脑卒中后尿失禁;尿动力学;尿流率;膀胱容量;逼尿肌压力

Effect of Ultra-rehabilitation Mode of Warm Needling Moxibustion Combined with Urinary Tract Integrated

Management on Patients With Urinary Incontinence after Stroke in Acute-phase

Yin Jing¹, Cai Shaokang², Yang Jun¹, Zhou Bei¹, Yu Lingling³, Luo Xiaojuan¹, Xia Yang¹, Zhang Zhaoqing¹

(1 Department of Rehabilitation Medicine, Tongren Hospital of Wuhan University/Wuhan Third Hospital, Wuhan 430000, China; 2 Wuhan Second Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430000, China; 3 Department of Neurology, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430020, China)

Abstract Objective: To observe the effect of ultra-rehabilitation mode which combined warm needling moxibustion with urinary tract integrated management on patients with urinary incontinence after acute stroke. **Methods:** A total of 69 cases of patients with urinary incontinence after acute stroke in our hospital from January 2015 to December 2016 were randomly divided into experimental group (35 cases) and control group (34 cases). Two groups all received the same routine medical treatment of neurology and the rehabilitation mode of warm needling moxibustion combined with urinary tract integrated management. The experimental group started this rehabilitation medicine model within 24 hours of onset, while the control group started this at 2 weeks of onset. Urine incontinence severity score and correlated urodynamic index of two groups were compared after a month's rehabilitation treatment.

Results: In both the experimental and control group, the urinary incontinence severity scores were dramatically decreased after a month's treating than that before treating ($P<0.01$), while the former was better than the latter ($P<0.01$). In the aspect of urodynamic index, in the two groups, maximum urine flow rate and maximum bladder capacity were both dramatically increased after treating than before treating ($P<0.01$), while the experimental group was better than the control group ($P<0.01$). The residual urine volume in the experimental group was dramatically lower than that in the control group ($P<0.01$). In the experimental group, the maximum detrusor pressure was evidently lower than that before treating ($P<0.01$). There was no significant change in the maximum pressure of detrusor before and after treatment in the control group ($P>0.05$), while the experimental group was better than the control group ($P<0.01$). **Conclusion:** The ultra-rehabilitation mode of warm needling moxibustion combined with urinary tract integrated management can be more effective in improving the symptom and degree of urinary incontinence after acute stroke, the bladder function and the quality of life.

Key Words Ultra-rehabilitation mode; Warm needling moxibustion; Urinary tract integrated management; Urinary incontinence

基金项目:武汉市卫生计生科研基金资助项目(WZ15B10)

作者简介:尹晶(1982.01—),男,硕士研究生,主治医师,研究方向:针灸和现代康复技术治疗神经系统疾病,E-mail:37590328@qq.com

通信作者:张照庆(196.07—),男,硕士,主任医师,科主任,研究方向:中西医结合治疗神经系统疾病,E-mail:jimy1019@126.com

after stroke; Urodynamic; Urine flow rate; Bladder capacity; Detrusor pressure

中图分类号:R245 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.10.051

近年来,相关调查研究报道,急性脑卒中后有 32%~79% 的患者合并尿失禁,25% 的患者出院后遗留尿失禁,15% 的患者在 1 年后仍有症状^[1],其发病率呈现上升趋势,日益增长的发病率,漫长的病程,给患者家庭造成不小心理负担和经济压力,且尿失禁有并发肾积水、尿路感染、甚至肾衰竭的可能,若得不到及时有效的治疗,患者往往产生焦虑、抑郁情绪,焦虑与抑郁症发生率分别高达 80.6% 和 89.8%^[2],严重影响身心康复,目前西医无特效药物治疗,而近年已有报道膀胱康复训练、针灸疗法有确切疗效^[3-5],对于脑卒中后尿失禁患者,开展早期康复至关重要,是降低致残率、减少并发症,提高其生命质量的关键因素^[6],本研究重在观察温针灸联合尿路综合管理超早期康复模式对急性脑卒中后尿失禁的影响,并与早期康复模式比较疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2016 年 12 月武汉大学附属同仁医院(武汉市第三医院)急性重症脑卒中后合并尿失禁住院患者 69 例,均为 24 h 内发病,依据随机数字表法分为观察组(超早期康复组)35 例和对照组(早期康复组)34 例,其中男 29 例,女 40 例。年龄 48~79 岁。应用国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表简表^[7](ICIQ-SF)对观察组和对照组尿失禁症状严重程度进行评分。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

1.2 诊断标准 入选病例均符合 2010 年中华医学会制定的脑血管病诊断标准^[8]。

1.3 纳入标准 1)所选病例均经颅脑 CT 或 MRI 扫描证实;2)年龄 45~78 岁;3)发病 24 h 内入院;4)重症脑卒中,存在较严重程度的意识、运动、排尿等功能障碍;格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分:6~12 分,蒙特利尔认知评估量表(MoCA)中文版评分:10~20 分,Brunnstrom 运动能力分期:I~II 期,国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表简表(ICIQ-SF)评分:14~21 分,美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)评分:21~42 分;5)患者或家属签署知情同意书,能配

合康复治疗。

1.4 排除标准 1)脑卒中发病前即存在尿失禁者;2)其他原因引起的尿失禁患者,如前列腺增生,帕金森病,多发性脊髓硬化症,脊髓损伤、糖尿病周围神经病变,老年性痴呆等;3)伴严重充血性心力衰竭、肝肾功能不全、呼吸功能衰竭患者;4)伴恶性肿瘤患者;5)伴恶性进行性高血压患者;6)不能配合康复治疗患者,如精神疾病史者或聋哑患者,严重认知障碍(MOCA ≤ 9 分)严重心理障碍或癫痫;7)脑出血或脑梗死病程 >24 h 者。

1.5 脱落与剔除标准 1)在研究过程中再次突发急性脑卒中或出现严重的不良安全事件,不宜继续受试者;2)在研究过程中未按研究方案进行,不能完成规定疗程,中途要求退出者;3)在研究过程中发现存在其他病因引起尿失禁。

1.6 治疗方法

2 组均按照神经内科诊疗常规进行基础药物治疗和针对脑卒中发病的危险因素(高血压、高血脂、糖尿病和心房纤颤等)进行干预,不给于治疗排尿障碍相关药物,观察组是在发病 24 h 内即给予超早期温针灸联合尿路综合管理的康复模式,而对照组是发病 2 周时开启该康复模式。

1.6.1 温针灸疗法 1)准备工作:穴位选择:关元穴和双侧水道穴,针灸针选择规格:0.35 mm $\times$ 60 mm(直径 $\times$ 长度),艾条:蕲艾条 18 mm $\times$ 200 mm(直径 $\times$ 长度);2)操作:穴区常规消毒,进针角度深度:直刺 1 寸;刺法灸法:提插捻转至局部酸胀感,于每针柄上插上 18 mm $\times$ 20 mm 的蕲艾条,待艾条燃尽后取针;温针灸 1 次/d,30 min/次,15 d 为 1 个疗程,连续 2 个疗程。

1.6.2 尿路综合管理 1)知识宣教:说明尿失禁症状,告知本病为脑卒中常见并发症,说明发病机制和干预方法,对患者强调配合医师早期康复治疗尿失禁效果显著,帮助患者树立信心。2)心理康复:对患者充分表示尊重与理解,消除自卑感,缓解焦虑等不良情绪^[9]。积极关爱患者,与家属共同提供基础生活护理,每日晨起或晚间为患者擦洗、清洁身体,

表 1 2 组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	男(例)	女(例)	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,h)	ICIQ-SF($\bar{x}\pm s$,分)
观察组($n=35$)	14	21	67.31 $\pm$ 5.22	15.12 $\pm$ 1.22	17.15 $\pm$ 1.18
对照组($n=34$)	15	19	69.52 $\pm$ 6.52	16.35 $\pm$ 1.90	16.47 $\pm$ 1.95

非治疗期间及时为患者遮盖裸露部位,使患者感到被尊重。3) 饮水计划和排尿计划:指导患者按计划饮水,摄入量 1 500 ~ 2 000 mL/d,频率 1 次/2 ~ 3 h,饮水时间 6:00 ~ 20:00,结合患者每日液体摄入量、排尿习惯,在超声下探测膀胱的功能性容量,制定个性化排尿时间表。教会患者有排尿意识后控制一段时间再缓慢排尿,尽量一次排空,逐步达到 2.5 ~ 3.0 h 排尿 1 次,夜间安排 1 ~ 2 次排尿。4) 清洁间歇性导尿:每天 07:00、11:00、15:00、19:00、22:00 行清洁间歇性导尿,操作结束后记录膀胱容量、残余尿量和自主排尿量,如在导尿间歇期,自行排尿量 > 100 mL,膀胱残余尿量 < 300 mL,导尿间歇时间可延长为 6 h;如在导尿间歇期,自行排尿量 > 200 mL,膀胱残余尿量 < 200 mL,导尿间歇时间可延长为 8 h。5) 会阴部护理:会阴部皮肤、尿道口清理工作,1 次/d,保证清洁,积极更换潮湿床单与尿垫,督促改变体位,预防感染、褥疮。6) 膀胱功能训练:夹闭尿管训练,2 次/d,早上 7:00 点和下午 15:00 开始,如果患者出现较明显憋胀感,或见到尿液从尿管旁渗出,即拔除导尿管,指导其自主排尿。7) 盆底肌肉训练:指导患者在舒适体位下,主动收缩肛门、尿道、会阴周围肌肉,感觉到盆底肌上提,但不收缩腿部、臀部及腹部肌肉,如此保持 10 s 后放松 10 s,重复该动作 10 次,早中晚训练 3 次/d。8) 反射性排尿训练:通过刺激诱发排尿反射的“触发点”,建立反射性排尿。方法:排尿时磨擦大腿内侧、轻叩耻骨上区、挤压阴茎龟头、牵拉阴毛、吹口哨声和听流水声等。9) 腹压排尿训练:训练患者在排尿时运用深呼吸、屏气的方法,增加腹压,辅助排尿,1 次/d。

1.7 观察指标 在治疗前和治疗 1 月后,给患者发放 ICIA-SF,比较 2 组尿失禁严重程度积分,并行尿动力学检查,测定最大尿流率、最大逼尿肌压、最大膀胱容量、残余尿量,比较 2 组患者膀胱排尿功能。观察 2 组不良事件发生情况。

1.8 疗效判定标准 临床显效:ICIQ-SF 评分 < 7 分,临床症状基本改善;有效:7 ≤ ICIQ-SF 评分 < 14,临床症状改善;无效:14 ≤ ICIQ-SF 评分 ≤ 21,临床症状无改善。

1.9 统计学方法 数据运用 SPSS 19.0 统计分析软件处理分析,计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,如满足正态性与方差齐性,治疗前后比较选用配对 t 检验,若不满足正态性与方差齐性,则采用非参数检验;组间比较采用独立样本 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗结束后,实际完成病例 65 例,观察组 33 例,对照组 32 例,脱落 4 例,其中 2 例研究中途退出,转社区继续康复,另 2 例研究中出现烦躁情绪,不能配合温针灸治疗。

2.1 2 组治疗效果比较 观察组显效 16 例,有效 15 例,无效 2 例,总有效率 93.94%;对照组显效 10 例,有效 15 例,无效 7 例,总有效率 78.13%;2 组治疗效果比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 2 组尿失禁严重程度积分比较 治疗前,2 组积分差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后观察组较治疗前明显降低($P < 0.05$),观察组明显优于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组尿失禁严重程度积分比较($\bar{x} \pm s$,分)				
组别	治疗前	治疗后	t	P
观察组($n=33$)	17.15 ± 1.18	8.76 ± 1.20	28.152	0.000
对照组($n=32$)	16.47 ± 1.95	11.47 ± 1.61	10.124	0.000
t	1.703	7.726		
P	0.095	0.000		

2.3 2 组最大尿流率比较 2 组治疗前差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,2 组较治疗前明显提高($P < 0.05$),观察组优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组最大尿流率比较($\bar{x} \pm s$,mL/s)				
组别	治疗前	治疗后	t	P
观察组($n=33$)	16.56 ± 1.80	19.44 ± 2.32	-5.382	0.000
对照组($n=32$)	15.96 ± 2.48	17.86 ± 1.30	-3.730	0.001
t	1.118	3.399		
P	0.268	0.001		

2.4 2 组最大逼尿肌压比较 2 组治疗前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,观察组较治疗前明显下降($P < 0.05$),而对照组无明显改变($P > 0.05$),观察组优于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组最大逼尿肌压比较($\bar{x} \pm s$,cmH ₂ O)				
组别	治疗前	治疗后	t	P
观察组($n=33$)	65.85 ± 8.64	51.32 ± 8.96	8.734	0.000
对照组($n=32$)	64.14 ± 7.15	60.89 ± 8.21	1.747	0.091
t	0.865	-4.485		
P	0.390	0.000		

2.5 2 组最大膀胱容量比较 2 组治疗前比较,差别无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,观察组较治疗前明显增加($P < 0.05$),观察组优于对照组($P < 0.05$)。见表 5。

2.6 2 组膀胱残余尿量比较 2 组治疗前比较,差

异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,2 组较治疗前减少($P < 0.05$),观察组优于对照组($P < 0.05$)。见表 6。

表 5 2 组最大膀胱容量比较($\bar{x} \pm s, \text{mL}$)

组别	治疗前	治疗后	t	P
观察组($n=33$)	296.94 $\pm$ 20.23	340.79 $\pm$ 30.74	-5.900	0.000
对照组($n=32$)	288.66 $\pm$ 22.41	309.72 $\pm$ 27.71	-3.046	0.005
t	1.565	4.276		
P	0.123	0.000		

表 6 2 组膀胱残余尿量比较($\bar{x} \pm s, \text{mL}$)

组别	治疗前	治疗后	t	P
观察组($n=33$)	86.94 $\pm$ 4.17	64.88 $\pm$ 9.40	14.103	0.000
对照组($n=32$)	88.22 $\pm$ 4.81	73.69 $\pm$ 9.09	8.696	0.000
t	-1.147	-3.840		
P	0.256	0.000		

2.7 不良事件 研究期间,治疗过程中,2 组未发现患者出现呕吐、头晕、心慌、出汗等不良事件。

3 讨论

尿失禁是急性重症脑卒中最为常见的并发症之一,由于本病往往病程长、康复慢,严重困扰着患者,国际尿控协会这样定义尿失禁:可以得到客观证实、不自主的经尿道漏尿现象,并由此给患者带来社会活动和个人卫生方面的不便^[10]。急性脑卒中后尿失禁的发生原因较复杂,可解释为患者脑组织缺血缺氧后失去了正常的觉醒与神经调节,脑内病灶破坏了排尿中枢之间的联系,排尿反射没有得到皮层排尿中枢的抑制,出现不稳定性膀胱,进而导致排尿障碍。尿动力学检测近年已广泛应用临床与科研领域,它依据流体力学原理,运用电生理方法,传感器技术,探索机体储尿与排尿生理和功能障碍,是评估临床治疗排尿障碍疗效和机制分析较为客观的手段^[11-14]。

我们提到的尿路综合管理概念,是包括饮水计划、排尿计划、膀胱功能训练、盆底肌训练、清洁间歇导尿等的,围绕尿路健康的综合治疗管理体系,是选取临床针对排尿障碍有效治疗方法的科学组合,这些方法疗效均有临床研究论证^[15-16]。该管理体系需要患者与医护人员互动配合,严格按照作息时间和计划执行,这样才能发挥最佳效果。

西药口服与传统中医针灸疗法也是本病的临床常用治疗方法,目前西药主要是抗胆碱能样作用药物,其功效是抑制逼尿肌过度活动、提高膀胱容量,但存在较为明显地口干、便秘等不良反应^[11]。而针灸经济、安全,几乎无不良事件发生,有其独特优势,

中医学认为尿失禁发病原因为肾气不足,膀胱失约,气化固摄功能失调。关元穴固本培元,补益下焦;水道穴,具有调节人体水液通道功效,两穴常用于治疗尿失禁、尿潴留等排尿障碍,温针灸具有针刺与艾灸双重优势,温针灸关元、水道穴能补益元气,温通下焦,促进膀胱排尿功能,国内外已较多报道针灸治疗脑卒中后尿失禁的良好疗效^[11,17],且越来越多的研究已证实重症疾病早期康复和锻炼的重要性^[18]。

本研究重点是观察论证发病 24 h 内给予温针灸联合尿路综合管理的超早期康复模式对脑卒中后重度尿失禁患者的影响。由研究结果可知,该模式能明显改善患者尿失禁症状和严重程度,改善膀胱排尿功能,这可能是通过提高最大尿流率和最大膀胱容量,降低最大逼尿肌压和残余尿量而实现,且超早期康复模式优于发病 2 周早期康复组,这与国内外学者近年进行的康复时机与疗效相关性研究结果相似^[19-21],同时我们注意到,早期康复组治疗前后最大逼尿肌压无显著改变,提示改善最大逼尿肌压可能需要更早期的康复介入,目前卒中后尿失禁康复时机的研究在国内外几乎空白,我们认为发病 24 h 内超早期康复模式对本病提高疗效,缩短疗程,降低抑郁症发生率、消除情感障碍等有积极意义,当然,超早期康复效应研究未来还需更大样本的临床试验和远期疗效评价进一步证实。

参考文献

[1] 李浩,熊嘉玮. 近 5 年来针灸治疗中风后尿失禁临床研究概况[J]. 中国中医急症,2016,25(3):464-467.
[2] 刘跃华,何桂香,李艳群,等. 老年尿失禁流行病学研究进展[J]. 中国老年学杂志,2015,35(23):6935-6937.
[3] 张爱军,朱晓东,陈哲萌,等. 隔药饼灸治疗脑卒中后尿失禁 1 例[J]. 浙江中医杂志,2015,50(10):753.
[4] 楚佳梅,包烨华,邹超,等. 电针治疗脑卒中后尿失禁的随机对照研究[J]. 针刺研究,2011,36(6):428-432.
[5] 马云枝,刘政伟,沈晓明,等. 通脉舒络胶囊结合针灸治疗脑卒中后尿失禁患者 68 例临床观察[J]. 时珍国医国药,2014,25(5):1169-1171.
[6] 王乔,潘习龙,齐红梅,等. 二级综合医院脑卒中患者早期康复、治疗现状及影响因素分析[J]. 中国康复,2013,28(2):120-122.
[7] 张鼎,安军明. 针灸治疗压力性尿失禁的疗效评价量表评价[J]. 现代中医药,2016,36(4):92-94.
[8] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:201-202.
[9] 王娟,蔡文智,王静新,等. 急性脑卒中患者预后相关因素分析[J]. 中华神经医学杂志,2015,14(9):927-931.
[10] Wong YC. Approach to female urology-reflecting asian views: asian society for female urology [M]. Singapore: Society for Continence, 2005:269.

治疗效果比针刺治疗好 ($P < 0.05$), 针刺观察组除在治疗结束后效果好于灸法观察组 ($P < 0.05$), 其他时间点差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 根据 MPQ 量表评价, 在整个治疗过程中针刺观察组与灸法观察组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。针灸观察组效果均比灸法观察组好 ($P < 0.05$); 疗程结束时 3 组有效率比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗结束 3 个月后, 针灸观察组与其余 2 组比较, 有效率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

无论从能否快速缓解疼痛、短期治疗效果或长期治疗效果等方面, 针灸治疗效果均比针刺或灸法治疗效果好。刚结束治疗时, 针灸治疗有效率和针刺治疗、灸法治疗差别不大但经过一段时间后两者容易反复而前者持续效果较好。从整体水平上, 针刺治疗和灸法治疗无较大差异。

综上所述, 针灸治疗颈椎病引起的病痛有显著作用, 但应加强灸法的配合治疗。

参考文献

- [1] Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, et al. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain[J]. Arch Intern Med, 2009, 169(9): 858-866.
- [2] Cameron ID, Wang E, Sindhusake D. A randomized trial comparing acupuncture and simulated acupuncture for subacute and chronic whiplash[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2011, 36(26): E1659-65.
- [3] Sahin N, Ozcan E, Sezen K, et al. Efficacy of acupuncture in patients with chronic neck pain—a randomised, sham controlled trial[J]. Acupunct Electrother Res, 2010, 35(1-2): 17-27.
- [4] 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: 14.

(上接第 2575 页)

- [11] 刘兰群, 李惠兰, 陈之罡, 等. 隔盐隔姜灸神阙穴治疗脑卒中后急性尿失禁的效果观察[J]. 中国康复理论与实践, 2015, 24(4): 475-478.
- [12] Yang L, Wang Y, Mo Q, et al. A comparative study of electroacupuncture at Zhongliao (BL33) and other acupoints for overactive bladder symptoms[J]. Front Med, 2017, 11(1): 129-136.
- [13] Tien YW, Hsiao SM, Lee CN, et al. Effects of laser procedure for female urodynamic stress incontinence on pad weight, urodynamics, and sexual function[J]. Int Urogynecol J, 2017, 28(3): 469-476.
- [14] Zhang J, Cheng W, Cai M. Effects of electroacupuncture on overactive bladder refractory to anticholinergics: a single-blind randomised controlled trial[J]. Acupunct Med, 2015, 33(5): 368-374.
- [15] Vázquez N, Knight SL, Susser J, et al. Pelvic floor muscle training in spinal cord injury and its impact on neurogenic detrusor over-activity and incontinence[J]. Spinal Cord, 2015, 53(12): 887-889.
- [16] Cao Y, Lv J, Zhao C, et al. Cholinergic Antagonists Combined with Electrical Stimulation or Bladder Training Treatments for Overactive

- 出版社, 2007: 14.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1995: 186.
- [6] 国家技术监督局. GB 12346-90 中华人民共和国国家标准(经穴部位)[S]. 北京: 中国标准出版社, 1990: 23-24.
- [7] Leaver AM, Refshauge KM, Maher CG, et al. Conservative interventions provide short-term relief for non-specific neck pain: a systematic review[J]. J Physiother, 2010, 56(2): 73-85.
- [8] 李俊滔, 杨宇华, 梁兆辉, 等. 艾灸法与针刺法治疗颈椎病颈痛的临床研究[J]. 河北医药, 2012, 34(17): 2693-2694.
- [9] 狄忠, 姜硕, 林咸明, 等. 针刺配合麦粒灸治疗颈椎病颈痛近期及远期疗效评价[J]. 中国针灸, 2014, 34(4): 325-328.
- [10] Pfab F, Winhard M, Nowak-Machen M, et al. Acupuncture in critically ill patients improves delayed gastric emptying: a randomized controlled trial[J]. Anesth Analg, 2011, 112(1): 150-155.
- [11] Matsubara T, Arai YC, Shiro Y, et al. Comparative effects of acupressure at local and distal acupuncture points on pain conditions and autonomic function in females with chronic neck pain[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2011, 2011. pii: 543291.
- [12] 周思远, 杨庆声, 徐书君, 等. 岭南传统天灸 3 号方治疗中老年颈椎病颈痛的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(2): 320-322.
- [13] Cerezo-Téllez E, Torres-Lacombe M, Fuentes-Gallardo I, et al. Effectiveness of dry needling for chronic nonspecific neck pain: a randomized, single-blinded, clinical trial[J]. Pain, 2016, 157(9): 1905-1917.
- [14] Guthrie RM, Chorba R. Physical Therapy Treatment Of Chronic Neck Pain A Discussion And Case Study: Using Dry Needling And Battlefield Acupuncture[J]. J Spec Oper Med, 2016, 16(1): 1-5.

(2016-12-30 收稿 责任编辑: 杨觉雄)

- Bladder in Female Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials[J]. Clin Drug Investig, 2016, 36(10): 801-808.
- [17] 宋丰军, 蒋松鹤, 郑士立, 等. 电针治疗中风后尿失禁: 多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(9): 769-773.
- [18] Sosnowski K, Lin F, Mitchell ML, et al. Early rehabilitation in the intensive care unit: an integrative literature review[J]. Aust Crit Care, 2015, 28(4): 216-225.
- [19] Nielsen RK, Samson KL, Simonsen D, et al. Effect of early and late rehabilitation onset in a chronic rat model of ischemic stroke—assessment of motor cortex signaling and gait functionality over time[J]. IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng, 2013, 21(6): 1006-1015.
- [20] Craig LE, Bernhardt J, Langhorne P, et al. Early mobilization after stroke: an example of an individual patient data meta-analysis of a complex intervention[J]. Stroke, 2010, 41(11): 2632-2636.
- [21] 秦雅鑫, 王国祥, 施俊锋, 等. 康复时机的选择对急性脑卒中患者 ADL 能力的影响[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(18): 4349-4350.

(2017-08-10 收稿 责任编辑: 杨觉雄)