益气补血利水汤联合针刺治疗中风后尿潴留的临床研究

孙海艳[1]，张柏涛[2]，赵春生[3]，赵凤敏[4a]，殷红[4b]，佟飞[1]，丁广谦[1]，潘树和[1]

【摘要】 目的：探讨益气补血利水汤联合针刺治疗中风后尿潴留的临床效果。方法：将120例中风后尿潴留患者随机分为对照1组、对照2组和联合组，各40例。对照1组以常规治疗＋益气补血利水汤治疗，对照2组以常规治疗＋针刺治疗，联合组以常规治疗＋益气补血利水汤＋针刺治疗。3组患者均以14d为1个疗程，连续治疗3个疗程。治疗后比较各组患者临床疗效，比较3组治疗前后的中医症候积分、尿动力学参数，以及治疗期间不良反应发生率。结果：联合组总有效率高于对照1组、对组2组（$P<0.05$）。治疗后3组中医症候积分均低于治疗前，联合组中医症候积分均低于对照1组、对照2组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，3组最大尿流量、最大逼尿肌压力、最大膀胱容量高于治疗前，残余尿量低于治疗前，联合组最大尿流量、最大逼尿肌压力、最大膀胱容量高于对照1组、对照2组，残余尿量低于对照1组、对照2组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。治疗期间3组患者不良反应发生率比较差异无统计学意义。结论：益气补血利水汤联合针刺治疗中风后尿潴留有良好的临床疗效，可改善患者临床症状和尿动力学参数，且有较好的治疗安全性，值得临床应用。

【关键词】 中风后尿潴留；针刺治疗；益气补血利水汤；临床疗效；尿动力学参数
【中图分类号】 R49；R743.3 【DOI】 10.3870/zgkf.2023.05.005

Yiqi Buxue Lishui decoction combined with acupuncture in the treatment of urinary retention after stroke

Sun Haiyan, Zhang Botao, Zhao Chunsheng, et al. Department of Encephalopathy Rehabilitation, Chengde Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chengde 067000, China

【Abstract】 **Objective**: To explore the clinical effect of Yiqi Buxue Lishui decoction combined with acupuncture in the treatment of urinary retention after stroke. **Methods**: Totally, 120 cases of urinary retention after stroke were randomly divided into control group 1, control group 2 and combined group, 40 cases in each group. The control group 1 was treated with conventional therapy + Yiqi Buxue Lishui decoction, the control group 2 was treated with conventional therapy + acupuncture, and the combined group was treated with conventional therapy + Yiqi Buxue Lishui decoction + acupuncture. The three groups of patients were treated for 3 consecutive courses with 14 days as a course of treatment. The clinical efficacy of each group was compared after treatment, the TCM syndrome score and urodynamic parameters were compared between the three groups before and after treatment, and the incidence of adverse reactions during treatment was compared between groups. **Results**: The total effective rate of the combined group was higher than that of the control group 1 and the control group 2 ($P<0.05$), with the difference being statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the TCM symptom scores of the three groups were lower than those before treatment, and those of the combined group were lower than those of the control group 1 and control group 2, with the difference being statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the maximum urine flow, maximum detrusor pressure and maximum bladder volume of the three groups were higher than those before treatment, and the residual urine volume was lower than that before treatment. The maximum urine flow, maximum detrusor pressure and maximum bladder volume of the combined group were higher than those of the control group 1 and control group 2, and the residual urine volume was lower than that of the control group 1 and control group 2, with statistical significance ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions among the three groups during treatment. **Conclusion**: Yiqi Buxue Lishui decoction combined with acupuncture in the treatment of urinary retention after stroke has good clinical efficacy, can improve the main TCM symptoms and urodynamic parameters of patients, and has good treatment safety, which is worthy of clinical application.

【Key words】 urinary retention after stroke; acupuncture treatment; Yiqi Buxue Lishui decoction; clinical efficacy; urodynamic parameters

基金项目：河北省中医药管理局科研计划课题项目（2019179）；承德市科技计划项目（202109A025）
收稿日期：2022-09-28
作者单位：1.承德市中医院脑病康复科，河北 承德 067000；2.上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院耳鼻咽喉科，上海 200437；3.承德医学院附属医院急诊科，河北 承德 067020；4.丰宁县医院 a.内镜科，b.病理科，河北 承德 068350
作者简介：孙海艳（1981-），女，副主任医师，主要从事脑卒中康复治疗方向的研究。

中风是脑部血管出现阻塞破裂导致的颅内血流循

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

环障碍，引起的颅内组织损伤性疾病，是临床常见的急性脑血管疾病[1]。中风患者经过系统化药物或手术治疗后，在康复期阶段易出现较多的后遗症，其中尿潴留较为常见。患者发病期间表现为小便不利、小腹胀满、排尿困难、尿量减少等症状，严重者可出现尿路闭塞、无尿，严重影响患者中风后康复效果[2]。目前，临床对于中风后尿潴留尚无统一的治疗方案，西医治疗主要以留置导尿管进行尿液引流，可有效缓解患者的各项尿潴留症状[3]。但导尿管引流仅是对症缓解，并未从病机根本上实现根治，且长期导尿还会增加患者尿路感染的风险[4]。中医在脑中风后遗症治疗中有丰富的经验。中医认为中风后尿潴留属于“癃闭”、“尿闭”的范畴，病机根本在于肝肾气血亏虚、三焦气化失常、水道不通所致，中医治疗时应侧重于补益气血、调理三焦、通利水道等方面[5]。益气补血利水汤作为中医经典方剂，具有良好的补肾益气、活血祛瘀、利水渗湿功效，既往在中风后遗症的治疗中有良好效果[6]。针刺治疗是一种古老而经典的中医疗法，选取相应的功能穴位进行针刺治疗，可获得疏通经络、调理气血、滋补阴阳的作用，也可作为中风后遗症的一种有效治疗手段[7]。为此本文以中风后尿潴留患者为对象，考察益气补血利水汤联合针刺治疗的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年6月～2021年10月承德市中医院收治的120例中风后尿潴留患者为对象，纳入标准：符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》中脑卒中诊断标准[8]，经B超诊断确诊；符合《卒中后神经源性膀胱诊治专家共识》中尿潴留诊断标准[9]，经影像尿动力学检查确诊，残余尿量＞200ml；符合《中医病症诊断疗效标准》中气血亏虚证诊断内容[10]，症见小腹坠胀、排尿无力、神疲气短、舌红苔黄等；患者年龄41～80岁；病情稳定，认知功能正常，美国国立卫生研究院卒中量表＜16分，简易精神状态检查量表＞27分；对本研究基础疗法、益气补血利水汤、针刺治疗无禁忌症；患者入组前经宣教了解本研究主要内容并知情同意。排除标准：非中风原因导致的尿潴留；原发性泌尿系统疾病患者；入组前接受其他治疗方案的患者；并发严重心、肺、肾等脏器疾病；中途自愿退出本研究的患者；治疗期间严重不适者。将患者用电脑随机均分为3组，各40例。3组间一般资料比较差异无统计学意义，见表1。本研究通过医院伦理学委员会审查（批件号：2017-113）。

1.2 方法 对照1组以常规治疗＋益气补血利水汤治疗，常规治疗包括改善脑内微循环、控制血压血糖血脂在正常范围、维持水电解质平衡、神经营养药物及控制并发症。同时患者进行膀胱功能训练。益气补血利水汤方剂组成为：黄芪20g、当归尾12g、党参20g、赤芍12g、川芎10g、升麻6g、柴胡6g、白术12g、茯苓12g、泽泻10g、鸡血藤10g、甘草6g。每日1剂，水煎煮得药汤300ml，于早晚分次服用。对照2组以常规治疗＋针刺治疗，常规治疗与对照1组相同，针刺治疗选取患者的膀胱俞穴、肾俞穴、三焦俞穴、关元穴、中极穴、三阴交穴、丝竹空穴、关冲穴。以40mm×0.3mm华佗牌针灸针进行针刺治疗，其中膀胱俞穴直刺0.8～1寸、肾俞穴直刺0.5～1寸、三焦俞穴直刺0.5～1寸、关元穴直刺1～1.5寸、中极穴直刺0.5～1寸、三阴交穴斜刺1.5～2.5寸、丝竹空穴平刺0.5～1寸、关冲穴斜刺0.1～0.3寸，提插捻转，平补平泄法得气后留针30min，每日1次。联合组以常规治疗＋益气补血利水汤＋针刺治疗，常规治疗、益气补血利水汤方法与对照1组相同，针刺治疗与对照2组相同。3组患者均以14d为1个疗程，连续治疗3个疗程。

1.3 评定标准 ①临床疗效：治疗后参照《中医病证诊断疗效标准》进行疗效评估[10]，总有效率＝显效＋有效。②中医症候积分比较：在治疗前后对患者的主要中医症候包括小腹坠胀、排尿无力、神疲气短、舌红苔黄进行评估比较，根据症候程度无、轻、中、重记为0～3分，分值越低患者的症候程度越轻[11]。③尿动力学参数比较：在治疗前后采用Ndly 11B型尿动力学分析仪测量患者的尿动力学参数包括最大尿流量、最大逼尿肌压力、最大膀胱容量、残余尿量等指标，检查开始前1h患者先饮用500ml水，待出现尿意尿急时开始检查，向患者的尿道内置入一根测压管，首先测量尿

表1 3组患者一般资料比较

组别	n	性别（例）		年龄	体质指数	尿潴留病程	基础合并症（例）		
		男	女	（岁，$\bar{x}\pm s$）	（kg/m^2，$\bar{x}\pm s$）	（d，$\bar{x}\pm s$）	高血压	糖尿病	高脂血症
联合组	40	19	21	61.36±10.25	22.92±2.92	6.96±1.79	4	6	8
对照1组	40	23	17	58.98±9.98	23.09±2.98	6.76±1.97	6	7	7
对照2组	40	21	19	60.87±9.98	23.54±2.92	6.45±1.87	5	8	5
χ^2/F		0.802		0.623	0.475	0.749	0.457	0.346	0.840
P		0.670		0.538	0.623	0.475	0.796	0.841	0.657

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

流量和最大膀胱容量，然后调整至肌电生物模式，测量患者的最大逼尿肌压力，最后测量患者的残余尿量。④不良反应发生率比较：统计比较3组患者治疗期间的不良反应发生率。

1.4 统计学方法 SPSS 25.0处理数据，计数资料用百分率表示，组间比较采用 χ^2 检验；计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示，组间均数比较采用独立样本 t 检验，组内均数比较采用配对样本t检验，检验水准 $\alpha=0.05$。

2 结果

2.1 3组临床疗效比较 联合组总有效率为95.00%(38/40)，高于对照1组、对组2组的72.50%(29/40)、77.50%(31/40)，差异有统计学意义($P<0.05$)，对照1组和对照2组总有效率比较差异无统计学意义。见表2。

表2 3组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
联合组	40	21(52.50)	17(42.50)	2(5.00)	38(95.00)[ab]
对照1组	40	16(40.00)	13(32.50)	11(27.50)	29(72.50)
对照2组	40	16(40.00)	15(37.50)	9(22.50)	31(77.50)
χ^2 值					7.458
P 值					0.024

与对照1组比较，[a]$P<0.05$；与对照2组比较，[b]$P<0.05$

2.2 中医症候积分比较 治疗前3组中医症候积分比较，差异无统计学意义。治疗后3组患者中医症候积分均显著降低，联合组中医症候积分包括小腹坠胀、排尿无力、神疲气短、舌红苔黄均低于对照1组、对照2组($P<0.05$)，对照1组和对照2组各指标比较差异无统计学意义。见表3。

2.3 不良反应发生率比较 治疗期间3组患者不良反应发生率分别为17.50%(7/40)、12.50%(5/40)、10.00%(4/40)，3组间差异无统计学意义，见表4。

表4 3组治疗期间不良反应发生率比较 例(%)

组别	n	头晕头痛	恶心呕吐	皮疹	电解质紊乱	总发生率
联合组	40	2(5.00)	2(5.00)	2(5.00)	1(2.50)	7(17.50)
对照1组	40	2(5.00)	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	5(12.50)
对照2组	40	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	4(10.00)
χ^2 值						1.010
P 值						0.604

2.4 尿动力学参数比较 治疗前3组间尿动力学参数比较差异无统计学意义。治疗后，3组患者最大尿流量、最大逼尿肌压力、最大膀胱容量高于治疗前($P<0.05$)，残余尿量低于治疗前($P<0.05$)，联合组最大尿流量、最大逼尿肌压力、最大膀胱容量高于对照1组、对照2组($P<0.05$)，残余尿量低于对照1组、对照2组($P<0.05$)，对照1组和对照2组各指标比较差异无统计学意义。见表5。

3 讨论

尿潴留是中风患者在康复期常见的一种后遗症，据相关报道统计约有30%～40%中风患者在康复阶段会出现不同程度的排尿困难、小便不利等尿潴留症状。对其发病机制的分析认为中风导致的颅内组织缺血缺氧损伤，使得患者大脑皮层中央区控制膀胱及排尿反射的神经组织出现损伤，出现功能性异常，进而影响患者正常的排尿功能，尿液不能自行排出，同时中风导致的中枢神经系统损伤还会使患者膀胱外括约肌痉挛以及括约肌-逼尿肌协同失调，患者的排尿阻力增

表3 3组中医症候积分治疗前后比较 分，$\bar{x}\pm s$

组别	n	下腹坠胀		t	P	排尿无力		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
联合组	40	2.53±0.47	0.68±0.17	23.410	0.000	2.50±0.49	0.73±0.19	21.301	0.000
对照1组	40	2.51±0.49	0.97±0.26	17.558	0.000	2.48±0.51	0.92±0.25	17.371	0.000
对照2组	40	2.48±0.51	0.91±0.24	17.617	0.000	2.46±0.53	0.98±0.24	16.088	0.000
t_1 值		0.186	5.904			0.179	3.827		
P_1 值		0.853	0.000			0.859	0.000		
t_2 值		0.456	4.946			0.350	5.165		
P_2 值		0.650	0.000			0.727	0.000		
组别	n	神疲气短		t	P	舌红苔黄		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
联合组	40	2.48±0.52	0.78±0.22	19.042	0.000	2.45±0.49	0.84±0.21	19.100	0.000
对照1组	40	2.47±0.53	0.89±0.19	17.748	0.000	2.42±0.53	0.99±0.25	15.433	0.000
对照2组	40	2.43±0.51	0.93±0.19	17.431	0.000	2.46±0.54	1.06±0.27	14.666	0.000
t_1 值		0.085	2.393			0.263	2.906		
P_1 值		0.932	0.019			0.793	0.005		
t_2 值		0.434	3.264			0.087	4.068		
P_2 值		0.665	0.002			0.931	0.000		

注：t_1/P_1 为联合组与对照1组比较；t_2/P_2 为联合组与对照2组比较

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表 5 3 组尿动力学参数治疗前后比较 $\bar{x}\pm s$

组别	n	最大尿流量(ml/s)		t	P	最大逼尿肌压力(cmH_2O)		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
联合组	40	6.21±1.98	17.32±3.97	15.838	0.000	21.32±4.98	39.92±5.92	15.206	0.000
对照 1 组	40	6.65±1.97	13.02±3.89	9.239	0.000	22.26±4.89	33.28±5.45	9.519	0.000
对照 2 组	40	6.78±1.94	12.27±3.79	8.155	0.000	22.91±4.79	34.43±5.19	10.316	0.000
t_1 值		0.996	4.893			0.852	5.219		
P_1 值		0.332	0.000			0.397	0.000		
t_2 值		1.301	5.819			1.455	4.410		
P_2 值		0.197	0.000			0.150	0.000		
组别	n	最大膀胱容量(ml)		t	P	残余尿量(ml)		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
联合组	40	152.42±16.73	286.19±30.12	24.555	0.000	132.11±12.37	92.17±9.91	15.937	0.000
对照 1 组	40	153.38±16.20	261.21±27.83	21.178	0.000	130.23±12.16	110.26±12.34	7.290	0.000
对照 2 组	40	154.47±15.24	254.28±26.19	20.833	0.000	131.23±10.34	116.87±13.29	5.393	0.000
t_1 值		0.260	3.853			0.685	7.229		
P_1 值		0.795	0.000			0.495	0.000		
t_2 值		0.573	5.056			0.345	9.190		
P_2 值		0.568	0.000			0.731	0.000		

注：t_1/P_1 为联合组与对照 1 组比较；t_2/P_2 为联合组与对照 2 组比较

加，最终发展成为尿潴留[12]。因此，对于中风后尿潴留患者应给予积极有效的治疗方案，以恢复患者正常的排尿功能。西医中对于中风后尿潴留缺乏特效治疗手段，主要通过放置导尿管、排尿训练等方法，虽有一定效果，但并不能根治。中医理论认为中风后尿潴留属于“癃闭”、“尿闭”的范畴，是由于中风患者的肝肾不足，气血两亏，素有瘀血痰浊内停，内虚邪中导致气血逆乱、脏腑功能失调，进而导致的肾气不固、肾阳不足、膀胱失司，进一步使患者的三焦气化无力、水道不通而闭阻即为癃闭，引起腹胀、腹痛、排尿困难等尿潴留症状[13]。因此，根据中医病机剖析，该病的病机在于肝肾气血亏虚、三焦气化失常、水道不通，中医治疗侧重于补益气血、调理三焦、通利水道[14]。

本研究联合组患者的临床总有效率高于 2 个对照组，各项中医症候积分改善最佳，表明益气补血利水汤联合针刺治疗能显著提高中风后尿潴留治疗效果。究其原因，益气补血利水汤由黄芪、当归尾、党参、赤芍、川芎、升麻、柴胡、白术、茯苓、泽泻、鸡血藤、甘草等中药材组成，方中黄芪有补中益气、益卫固表、托毒利尿之功效，当归尾则是活血祛瘀、逐瘀通经之良药，党参健脾补肾、益气养阴，三者在方中共为君药；赤芍可清热凉血、散瘀止痛，川芎则能活血行气、祛风止痛，升麻清热解毒、升气降浊，柴胡升阳举陷、和表解里，在方中共为臣药；白术具有健脾益气、燥湿利水之功效，茯苓则是健脾宁心、利水渗湿之良药，泽泻具有利水、渗湿、泻热之功效，主治小便不利、水肿胀满，鸡血藤具有活血补血、疏经通络之功效，在方中共为佐药；甘草理气宽中、调和诸药，为使药[15]。全方诸药合用共奏补肾益气、养血补血、活血祛瘀、升气降浊、利水渗湿之功效，对中风后尿潴留有良好治疗效果。另外，本文还选取膀胱俞穴、肾俞穴、三焦俞穴、关元穴、中极穴、三阴交穴、丝竹空穴、关冲穴等功能穴位进行针刺治疗，其中膀胱俞穴、肾俞穴、三焦俞穴均归为膀胱经要穴，针刺后能够补肾益气、增强膀胱功能，针刺关元穴具有调气回阳、培肾固本之功效，中极穴为肝脾肾三经交会穴，针刺可增强患者肝肾功能，针刺三阴交穴可获得健脾补血、调补肝肾之功效，针刺丝竹空穴、关冲穴可获得调畅气机、通利水道之功效[16]。联合组以益气补血利水汤联合针刺治疗，其中益气补血利水汤发挥补肾益气、利水渗湿、升气降浊的功效，而针刺治疗提供刺激相应的功能穴位发挥调畅气机、通利水道的功效，两者联合应用分别从不同的作用机制和作用途径发挥协同增效的目的，使得两种方法的优势互补，进一步增强尿潴留患者的治疗效果。

中风后尿潴留患者病情进展过程中伴随着尿动力学参数的异常改变，本文中联合组治疗后的最大尿流量、最大逼尿肌压力、最大膀胱容量高于 2 个对照组，残余尿量低于 2 个对照组，表明益气补血利水汤联合针刺治疗能够改善患者的尿动力学参数。得益于益气补血利水汤中白术、茯苓等中药材有良好的利水渗湿、升气降浊功效，另外研究表明[17-18]，针刺腰骶、腹部穴位可直接刺激阴部神经和盆丛神经，促进排尿反射通路的正常运作，还可调畅气机，使膀胱区域的动脉和静脉充盈，从而增强膀胱的控尿能力和排尿功能。联合组以益气补血利水汤联合针刺治疗，3 组患者不良反应率无统计学差异，提示该中医联合疗法有较好的安

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

全性。

综上所述，益气补血利水汤联合针刺治疗中风后尿潴留有良好临床疗效，可改善患者临床症状和尿动力学参数，且有较好的治疗安全性。由于研究时间限制，本文也存在一定的不足，比如中医联合疗法对尿潴留的长期疗效、复发率的改善方面尚未进行研究，这也是本研究今后需重点关注的方面。

【参考文献】

[1] 黄如训. 脑卒中预防的创新思维之浅见——重视脑卒中发作的预防[J]. 中华神经科杂志，2021，54(10)：1099-1102.

[2] 刘岩松，孙青峰，李红玲. 康复机器手在脑卒中后手功能康复中的研究进展[J]. 中国康复，2022，37(7)：430-434.

[3] 丁俊，赵曼，王婷婷. 腹部艾灸联合间歇性导尿对促进脑卒中术后尿潴留患者膀胱功能恢复的效果[J]. 包头医学，2022，46(2)：41-43.

[4] 索吕，王红星. 中枢神经损伤后膀胱逼尿肌过度活动的治疗进展[J]. 中国康复医学杂志，2020，35(8)：1004-1008.

[5] 李琰异，李雯，常光哲，等. 论眼针配合体针在中风后尿潴留治疗中的作用[J]. 中国中医急症，2021，30(1)：165-167.

[6] 韩红. 自拟温阳利水补血汤对慢性心力衰竭患者心脏标记物，炎症因子反生活质量的影响[J]. 四川中医，2021，29(7)：85-87.

[7] 周芷晴，单春雷. 针刺疗法联合重复经颅磁刺激治疗在脑卒中康复中的研究进展[J]. 中国康复，2021，36(4)：239-244.

[8] 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2018[J]. 中华神经科杂志，2018，51(9)：666-682.

[9] 中国老年医学学会神经医学分会，天津市卒中学会，王毅，等. 卒中后神经源性膀胱诊治专家共识[J]. 中国卒中杂志，2016，11(12)：1057-1066.

[10] 尤焱南，周涛，赵霞.《中医病证诊断疗效标准》修订中文献研究法探析[J]. 中医药导报，2019，25(21)：22-25.

[11] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：29.

[12] 王寅，何宇峰，凌水桥，等. 廉泉穴不同针刺深度联合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍患者临床疗效研究[J]. 中国康复，2021，36(6)：335-338.

[13] 李正飞，卢燚，张洁瑛，等. 加味通关汤配合推拿手法治疗中风后尿潴留的疗效机制[J]. 中国实验方剂学杂志，2018，24(5)：155-159.

[14] 王耀光，张文雷. 疏利三焦针法合汤药治疗功能性尿潴留经验总结[J]. 天津中医药，2021，32(8)：990-993.

[15] 石文英，章薇，罗容，等. 针刺足运感区结合"俞募配穴"治疗中风后尿潴留临床研究[J]. 针灸临床杂志，2019，35(11)：114-117.

[16] 曹畅，张静宇，张力文，等. 年莉教授"利水调脏中医疗法"治疗尿道综合征经验总结[J]. 天津中医药大学学报，2021，40(6)：701-704.

[17] 朱婷立，章海娟，漏佳丽，等. 针刺治疗神经源性膀胱的临床应用进展[J]. 中国中医急症，2020，29(4)：735-738.

[18] 李飞，皮亚彬，王艳，等. 针刺结合"温阳补肾灸"治疗脑卒中后肾阳虚型尿失禁随机对照研究[J]. 辽宁中医杂志，2021，48(7)：194-197.

·外刊拾粹·

听力损失与痴呆的发展

在过去十年，听力损失和痴呆之间的联系受到了特别关注。这项研究探讨了听力损失与痴呆风险之间的关系。本研究数据来自梅奥衰老临床研究(MCSA)，这是一项基于人群的前瞻性研究。参与者是2004年至2019年期间，5766名年龄≥50岁的患者，他们曾被转诊进行听力评估。其中，1200人在入选5年内在一个消音室接受了正式的纯音和言语测听评估。入组时和每15个月对患者进行神经心理测试。计算空气传导和骨传导纯音测听(PTAs)。受试者入组时的平均年龄为79岁。在1200名受试者中，207人在随访期间出现痴呆。听力损失不能预测痴呆的发展。然而，随着时间的推移，PTA和单词识别分数都与认知测试的较差表现相关。由参与者的伴侣评估的听力障碍也与痴呆的发展显著相关，危险比为1.95。结论：这项基于人群的前瞻性研究发现，基于主观信息的听力困难与痴呆症的发展有关，而客观测量则预测随着时间的推移，认知测试的表现较差。 (张长杰译)

Marinelli J, et al. Association Between Hearing Loss and Development of Dementia Using Formal Behavioral Audiometric Testing Within the Mayo Clinic Study of Aging (MCSA): A Prospective Population-Based Study. Lancet Healthy Longev. 2022, December; 3(12): e817-e824.

中文翻译由WHO康复培训与研究合作中心(武汉)组织

本期由中南大学湘雅二医院张长杰教授主译编

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net