

# 中药截瘫康为主对 40 例脊髓损伤核及核下型膀胱功能的影响

张进军\* 陈之罡\* 徐基民\*

**主题词** 脊髓损伤/并发症 膀胱, 神经原性/中医药疗法 @ 截瘫康

神经原性膀胱是脊髓损伤(SCI)最常见的合并症,根据 J Blandy 分类法,可把 SCI 所造成的神经原性膀胱分为核上型、核及核下型两类。所谓核及核下型膀胱是指脊髓排尿中枢腰 2~4 及其以下水平受损所导致的膀胱平滑肌肌力低下,膀胱容量相对增大,膀胱压力降低的一类病症。这部分病人由于膀胱括约肌张力不同,可表现为尿失禁、尿潴留。相当一部分病人残余尿量多,易发生尿路感染。根据中医对 SCI 病机的认识,主要是督脉损伤,肾阳不足。肾与膀胱相表里,肾阳不足则膀胱气化失司,而出现上述病症。为此我们选用了有补督脉,壮元阳功效的中药冲剂截瘫康,共系统观察 40 例,临床疗效满意。现报告如下:

## 1 临床资料

选择本院住院病人,SCI 平面均在腰 2 以下。诊断标准参照美国 SCI 学会 1992 年制定标准,中医辨证均为脾肾两虚型,尿流动力学检查完整患者 40 例,随机分为对照组和治疗组。对照组 19 例,男性 17 例,女性 2 例;受伤到治疗时间为  $10.26 \pm 6.76$  个月(均值±标准差);治疗组 21 例,男性 17 例,女性 4 例;受伤到治疗时间为  $13.7 \pm 14.6$  个月。

## 2 治疗方法

对照组:常规物理疗法训练,每周 5 次,针刺督脉电针加八髎穴,3 个月一疗程。

治疗组:常规物理疗法训练,每周 5 次,针刺督脉电针加八髎穴,3 个月一疗程。另外口服

截瘫康 9g,每日 3 次,3 个月 1 疗程。

截瘫康冲剂根据患者病情,分为软瘫康和硬瘫康两种冲剂。

软瘫康冲剂:温肾阳,通督脉,活血化痰。药物由鹿茸、鹿角、杜仲、山萸肉、熟地、生地、炮附子、肉苁蓉、炙地龙、酒当归等组成。

硬瘫康冲剂:温肾阳,通督脉,散寒解痉,活血通络。药物由鹿茸、鹿角、杜仲、山萸肉、熟地、自然铜、乳香、没药、炮附子、全蝎、乌梢蛇等组成。

## 3 观察指标

观察膀胱容量(ml)、膀胱压力( $\text{cmH}_2\text{O}$ )、残余尿量(ml)。尿路感染发生率:每周查 1 次尿 8 项及镜检,每高倍视野白细胞  $\geq 5$  个为尿路感染,以连续 12 周化验结果求出尿路感染发生率。排尿方式:尿潴留:不能自主排尿,必须间歇导尿;尿失禁:不能控制尿液外流,必须带集尿器;自主排尿:平时无尿失禁,有代偿性尿意,排尿时用腹压或辅以手压小腹。检测仪器使用丹麦产 Djsa05A03 一型尿流动力学检查仪。

## 4 疗效分析

4.1 疗效标准:尿失禁、尿潴留为无效;有自主排尿为有效。

4.2 治疗结果:治疗前对照组尿潴留 6 例,尿失禁 13 例,治疗后有效(自排尿)8 例,无效 11 例(尿潴留 5 例,尿失禁 6 例);治疗组治疗前尿潴留 13 例,尿失禁 8 例,治疗后有效(自排尿)17 例,无效 4 例(尿失禁 4 例)。经统计学处理,治疗组疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。

4.3 两组膀胱容量、膀胱压力比较:膀胱容量,治疗组为  $367.5 \pm 54.7\text{ml}$ ,对照组为  $357.7 \pm 94.4\text{ml}$  ( $P > 0.05$ );膀胱压力,治疗组为  $20.5 \pm 2.2\text{cmH}_2\text{O}$ ,对照组为  $21.3 \pm 4.6\text{cmH}_2\text{O}$  ( $P > 0.05$ )。

\* 中国康复研究中心附属博爱医院中医科,北京永定门外马家堡(100077)

收稿日期:1995-04-20;修回日期:1995-07-27

附表 两组残余尿量、尿路感染发生率的比较

|     | 残余尿量 (ml)     | 尿路感染发生率 (%)   |
|-----|---------------|---------------|
| 治疗组 |               |               |
| 治疗前 | 211.90±98.72  | 74.29±16.90   |
| 治疗后 | 80.71±58.28** | 18.09±17.78** |
| 对照组 |               |               |
| 治疗前 | 197.89±71.61  | 68.16±36.67   |
| 治疗后 | 132.53±50.38* | 63.16±21.36   |

注:治疗前后自身比较 \*P<0.05 \*\*P<0.01

4.4 两组残余尿量和尿路感染发生率比较:附表示,治疗组治疗后残余尿量有非常显著性下降,下降幅度为 61.9%;对照组下降幅度仅为 33.0%;尿路感染发生率,治疗组治疗后有显著

性下降,下降幅度达 75.6%,对照组治疗后无变化。

## 5 讨论

由于 SCI 病人核及核下型膀胱逼尿肌收缩无力,因此膀胱内压低,残余尿量多,这是引发尿路感染的重要因素。目前临床所用西药,虽能不同程度增加膀胱内压,但对促进自主排尿尚不够理想。我们用温补肾阳药物治疗这类病人,大部分病人出现自主排尿,同时残余尿量明显下降,这无疑对 SCI 病人全面康复具有积极作用。由于条件所限,本组病例大多数只作了 1 次尿流动力学检查,无法对膀胱容量、膀胱压力进行疗前疗后比较,这有待今后去修正、完善。

## 竹叶石膏汤治疗呃逆

李成菊\* 郭庆周\*

笔者在临床实践中,曾多次运用竹叶石膏汤治疗胃火上逆之呃逆症,屡用屡验,举例介绍如下:

毕某某,男,58岁,农民。1993年7月9日入院。住院号:22921。

该患者平素嗜食辛辣醇酒。在劳动中突然左侧肢体运动不灵2天,加重数小时,伴有头痛、喷射样呕吐。被送往本院以脑出血收入内科。治疗半月,病情稳定,又因家乡遭受水灾而忧心忡忡,昼夜不眠,伴有便秘不通,(入院半月来无大便)。西医曾于7月14日给予果导片0.2g,日1次睡前服。开塞露20ml肛门注入均未奏效。于1993年7月26日出现呃逆,即给予安定5mg日1次睡前服,阿托品0.3mg日3次口服,28日加用复方氯丙嗪0.2g内关穴位注射仍不效。于29日请愚诊治,证见患者面赤,呃逆频作,呃声宏亮,冲逆而出,不能自利。伴有口渴口臭喜冷饮,心烦不眠、胸中痞满,胃脘灼热、恶心反酸,气逆欲呕,大便不畅量极少。舌质红,苔黄干,脉弦滑。诊为胃火上逆呃逆。治以:通腑泄热、降逆止呃。予竹叶石膏汤合小承气汤加减:石膏(先煎)40g,沙参15g,麦冬15g,半夏10g,柿蒂10g,竹茹15g,大黄(后下)10g,枳实(先煎)15g。2剂,1日1剂水煎两次,早晚分服。

\* 黑龙江省国营农场管理局290农场,黑龙江省绥滨县(156202)

收稿日期:1995-05-04

二诊:7月31日病人呃逆大减,呈间断性,夜已能入眠,恶心消失,胃脘灼热及吞酸亦减轻,见效守方,按原方再进2剂。

三诊:8月1日,病人于今晨排出大便若干,呈黄色软便,呃逆及胃中灼热感已消失。唯口渴喜冷饮,舌质红,右侧无苔,左侧少许黄苔,脉弦细,此乃余热未尽,阴津已伤,改投滋阴清热之剂:石膏(先煎)40g,知母10g,麦冬15g,沙参15g,石斛10g,五味子10g,生地30g,太子参15g,山梔15g,甘草15g,4剂。

四诊:1993年8月3日,患者主诉呃逆于昨日发作,但较轻微,予上方加入柿蒂15g,半夏10g以化痰降逆止呃,大黄10g,枳实15g以通腑泄热,2剂药服完呃逆停止未再发,诸症随之渐消。

竹叶石膏汤即白虎汤去知母,加人参、麦冬益气养阴,竹叶、半夏和胃除烦。正如《医宗金鉴》所说:“以大寒之剂,易为清补之方”。且有清热生津,益气之功。原书用于伤寒解后,“虚羸少气”之证。在实际应用中,凡热病过程中见有气阴两伤,身热有汗不退,胃失和降等皆可使用。因此,能治疗伤寒、温热暑病之后余热未清,气津两伤。身热有汗,心胸烦闷,气逆欲呕,口干喜饮,或虚烦不寐,脉虚、数,舌红苔少者。在运用竹叶石膏汤加减治疗胃火上逆过程中,只要根据病人的脉症做到四诊合参,综合分析,辨证准确,立法得当,方药合理,就会收到良效,则呃逆自可痊愈。