

## · 验案采撷 ·

# 针药并用治疗腰椎间盘突出部分摘除术后二便失调 1 例

杨 阿 根

(天津中医药大学第一附属医院针灸一病区, 天津市南开区鞍山西道 314 号, 300193)

**[关键词]** 椎间盘切除术; 副作用; 手术并发症; 中医药疗法; 针药并用

## 1 病例摘要

田某某, 女, 45 岁, 系腰椎间盘突出部分摘除术后患者, 主因二便失禁, 于 2006 年 1 月 9 日来天津中医药大学第一附属医院针灸科住院治疗。患者于 2005 年 8 月 17 日无明显诱因而发生左腿疼痛, 伴腰痛, 未予重视, 至 2005 年 11 月 18 日晚大用力后, 遂觉剧痛, 自尾骨部放射至双下肢内侧, 同时二便失禁, 被送至天津市某医院, 行腰椎间盘突出部分摘除术。术后患者仍二便失禁, 采用西药治疗, 效果仍不明显。患者入院时神清, 精神尚可, 呼吸平稳, 时感少气乏力, 尿潴留, 充盈性尿失禁, 大便失禁, 稀软便, 双下肢无力, 纳可, 寐安, 舌淡暗、苔薄白, 脉沉弱。神经系统检查: 双上肢肌力正常, 双下肢肌力均为Ⅲ级, 肌张力略低, 生理反射存, 病理反射未引出, 双下肢背侧及下臀部, 会阴部痛觉消失, 触觉迟钝。腰骶椎MRI示: L<sub>4</sub>~<sub>5</sub> 椎间盘术后改变; L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub> 椎间盘不同程度退变、膨出, 椎体终板炎; L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub> 椎间盘突出, 继发相应椎管狭窄; L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub> 椎间盘向右后突出, 继发相应椎管及右侧椎间孔狭窄; 腰椎骨质增生, 继发L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub>、L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub> 两椎间孔狭窄。西医诊断: 腰椎间盘突出术后马尾神经损伤。中医诊断: 癃闭, 中气不足。治则: 补益中气, 通利水道。处方: 太子参 30g, 炒白术 10g, 茯苓 15g, 焦薏苡仁 20g, 车前子 15g(包煎), 焦三仙 60g, 鸡内金 15g, 砂仁 6g, 扁豆 15g, 泽泻 15g, 瞿麦 10g, 甘草梢 6g。水煎服, 每日 1 次。

2006 年 1 月 10 日~2 月 6 日服用中药汤剂, 并对患者每日进行定时排便训练, 大便基本可定时排出, 但大便便质较干, 偶有数日不行, 遂方中酌加清半夏 10g, 当归 20g, 肉苁蓉 20g, 芦荟 3g。至 2006 年 3 月 14 日大便便质基本正常。针刺治疗: (1) 立法: 助气化, 通经络。(2) 主穴: 中极、关元、气海、中注。(3) 配穴: 肾俞、气海俞、关元俞、小肠俞、膀胱俞、八髎、长强、委中。(4) 针刺手法: 主穴采用提插补法, 每次行针 30 分钟, 配穴采用

提插泻法, 每次行针 30 分钟, 并在脊柱两侧各取一对背俞穴(肾俞、膀胱俞)使用电针, 通电时间 20 分钟, 频率 20Hz, 幅度 5mV, 以下腰部有压迫感为度; 长强穴, 使用芒针(4 寸), 患者采用膝卧位, 自尾骨下缘进针, 沿脊柱平行方向慢慢进针 3 寸左右, 轻轻捻转, 至肛门有紧缩感, 每日行针 2 次, 不留针。自 2006 年 1 月 10 日开始, 针刺治疗 60 天。患者出院时, 神清, 精神可, 呼吸平稳, 小便白天尿潴留及尿失禁症状消失, 夜间偶有遗尿, 大便失禁症状消失, 双下肢较前有力, 可独立行走, 纳可, 寐安, 舌淡红、苔薄白, 脉缓和有力。神经系统检查: 双上肢肌力正常, 双下肢肌力均为Ⅳ级, 肌张力可, 生理反射存在, 病理反射未引出。双下肢背侧、下臀部及会阴部痛觉存在, 触觉较灵敏。

## 2 讨论

中药组方乃四君子汤、八正散化裁而成。四君子汤补中益气, 利脾胃, 促运化, 提升脾阳, 使其补中固脱, 清升浊降, 配以焦薏苡仁、焦三仙、砂仁、鸡内金助四君燥湿运化。八正散去大黄、栀子、灯心草之寒凉之品, 以防伤脾胃阳气, 车前子、泽泻等药物乃通利水道之用。该方益中气, 通小便, 以达通利水道, 补益中气之效。

针刺以化气为先, 刺中极、关元、气海等穴, 又因患者在得病之初有剧痛之症, 乃内必有不通之故, 所以辅疏通经络之法, 刺太阳之背俞及长强、委中等穴。《针灸甲乙经》曰: “内闭不得洩, 刺足少阴, 太阴与骶上(骶上乃长强穴)。”故刺以上诸穴。

现代医学认为, 排尿功能是神经反射性活动, 与神经系统的关系密切, 其中支配膀胱壁和内括约肌的是盆神经和腹下神经, 支配外括约肌的是阴部神经。而盆神经(副交感神经)在其中起主导作用, 它从脊髓骶段 2~4 节侧角发出, 到达膀胱, 其传出冲动能引起膀胱逼尿肌收缩, 内括约肌松弛, 因而使膀胱排尿。该患者L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub> 椎间盘不同程度退变、膨出导致临近椎管的狭窄。从胸脊髓开始, 神经根便向下斜行, 在脊髓圆锥以下的腰骶节段神经根在椎管内的方向, 几乎垂直, 在其移行的过程中, 必然会受到椎管狭窄或椎间盘膨出

的影响,盆神经也不例外,当其受到压迫后,导致排尿障碍。通过中药及针刺,排尿功能的恢复证明盆神经的功能也在恢复。同时笔者认为宏观辨证基础上的局部针刺应该重视,特别是脊柱病变。《针灸甲乙经》中虽未明确指出具体穴位,但已明确指出部位。

排便也是一种反射活动。大脑皮质对其存在抑制作用,而该抑制是通过脊髓腰骶段的初级排便中枢来

实现的。由于椎间盘或椎管病变的影响,则反射弧中的某个环节有可能被破坏,则抑制无法实现,患者出现大便失禁,通过针刺及中药治疗,这种抑制被建立起来。从另外一个侧面证明,针刺及中药对神经系统病变的恢复存在作用,而利用中药调理,对建立反射起到了很好的辅助作用。

(收稿日期:2006-08-21)

## 清泻阳明汤治疗慢性前列腺炎综合征 23 例

李宏军<sup>1</sup> 刘迎辉<sup>1</sup> 张晓亚<sup>1</sup> 李国萍<sup>2</sup>

(1. 河南省平顶山市中医院内二科,平顶山市中兴路北段西 4 号,467000; 2. 河南省平顶山市哮喘病医院)

慢性前列腺炎综合征(CPS)是一种病理机制尚未完全阐明的综合征。临床发现许多CPS患者存在着便秘或者其他肠道疾病,如慢性溃疡性结肠炎、痔疮、肛裂等,但以便秘最为多见。我们在常规西药治疗的基础上配合清泻阳明汤治疗本病取得满意疗效,报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 病例资料

1999 年 2 月~2003 年 4 月,观察 42 例 CPS 患者。平均年龄(42±2)岁,其中习惯性便秘者 14 例(占 33.33%);间断性便秘者 7 例(占 16.67%);慢性肠炎者 9 例(占 21.43%);兼内痔者 7 例(占 16.67%);兼肛裂者 11 例(占 26.19%)。

#### 1.2 诊断标准

用简单随机方法分为治疗组 23 例,对照组 19 例。两组基本情况具有可比性。根据美国国立卫生研究院(NIH)制订的诊断标准,慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)的症状尺度分≥4 分,或前列腺按摩液常规检查每高倍视野白细胞>10 个。便秘诊断参照 1999 年罗马 II 标准。本研究主要针对功能性便秘排除肠道本身和全身器质性病因以及其他因素导致的便秘。

### 2 治疗方法

对照组给予常规综合治疗,即罗红霉素肠溶片每次 150mg,每日 2 次,疗程 10 天;前列腺按摩,每天 1 次;每天 1 次热水坐浴,并配合适当的生活调养,如有规律的性生活,忌酒、咖啡及辛辣食物。治疗组在上述常规治疗基础上配合清泻阳明汤。方药:大黄 10g,麻子仁 15g,枳实 10g,厚朴 15g,炒白术 10g,炒莱菔子 15g,炒杏仁 10g,金银花 15g,白茅根 20g,竹叶 15g,甘草 6g,每日 1 剂,水煎分服。瘀血阻滞者加丹参 10g,赤芍 10g,王不留行 10g;湿热内盛者加龙胆草 10g,柴胡 10g;心肾气虚者加五味子 10g,生龙骨、生牡蛎各 10g,黄芪 10g;腰痛、会阴痛者加杜仲 10g,醋制延胡索 10g;兼有血精者加槐花 10g,生地黄 10g;兼有尿道刺激者加淡竹叶 15g。

### 3 治疗结果

#### 3.1 两组治疗前后 NIH-CPSI 症状总积分比较

治疗组治疗前 NIH-CPSI 症状总积分为(30.0±2.8)分,治疗后为(17.0±3.2)分;对照组治疗前 NIH-CPSI 症状总积分为(30.0±2.9)分,治疗后为(19.1±3.4)分。两组基线一致,但治

疗组积分下降更显著,但差异无显著性意义。说明在综合治疗中中药能显著改善 CPS 的症状。

#### 3.2 两组治疗前后前列腺按摩液中卵磷脂小体和白细胞比较

治疗组治疗前卵磷脂小体为每高倍视野(40.0±8.4)%,白细胞每高倍视野(50.0±11.1)个,治疗后卵磷脂小体为(75.0±9.7)%,白细胞为(30.0±10.4)个;与治疗前比较差异均有显著性意义( $P<0.01$ )。对照组治疗前卵磷脂小体为(40.0±8.1)%,白细胞为(50.0±11.4)个,治疗后卵磷脂小体为(45.0±9.6)%,白细胞为(45.0±10.2)个。治疗组效果显著优于对照组( $P<0.01$ )。

### 4 讨论

由于前列腺的血液供应主要来自膀胱下动脉及直肠中动脉,局部炎症反应时容易相互影响。肠道既是除体表外隔绝外环境的主要屏障,又是体内最大的细菌储源,肠道细菌或内毒素易位进入淋巴或直接引流入肝而成为炎症反应的启动者。便秘时粪便在肠道内滞留时间延长,肠黏膜吸收的大量有害物质通过血供系统影响前列腺,引起炎症反应。另外,便秘时粪块压迫肠壁和前列腺体,导致腺管腔狭窄和尿道狭窄,引起腺液引流不畅,腺管阻塞,肿胀,尿道内压力增高,局部微循环障碍,日久导致纤维组织增生、变硬。前列腺体特殊的解剖结构有利于病原菌进入腺体,且不利于炎性分泌物排出和引流。

中医学认为,CPS 属于中医“淋证”、“血精”、“白淫”范畴,涉及“癃闭”、“遗精”、“阳痿”等。我们认为,湿热蕴结,瘀血内阻为本病的病机特点,方中大黄、枳实、厚朴、炒莱菔子清泻阳明,下瘀血,破积聚,荡涤肠胃;麻子仁、炒杏仁润肠通便;金银花、白茅根、竹叶、甘草清热利湿。

近年来发现,大黄具有保护胃肠黏膜和防止细菌易位的屏障作用,可促进肠蠕动,清除肠道细菌和内毒素,减轻内毒素对机体的损害,减轻肠壁血管通透性,改善肠道的病理损伤。大黄还可抑制细菌繁殖,保持肠道菌群的微生态平衡,改善肠道黏膜的血流灌注,缓解其缺血、缺氧状态。大黄在本方中起着十分重要的作用。综上所述,积极治疗肛肠疾病,如慢性结肠炎、直肠炎、习惯性便秘、顽固性便秘、痔疮、肛裂、肛门周围皮肤病等,可以预防 CPS 的发生及减少 CPS 的复发。保持大便通畅可以作为治疗 CPS 的一般治疗原则。

(收稿日期:2006-05-12;修回日期:2006-08-04)