

论》曰：“诸风掉眩，皆属于肝”，“诸暴强直，皆属于风”。若肝气郁结，气郁化火，就可上灼肺阴，形成肝火灼金，金鸣异常，而症见怪叫。“小儿脏腑娇嫩、形气未充”、“稚阴稚阳”、“纯阳之体”，故有“肝常有余”之说。肝主疏泄，藏血，主筋，开窍于目，其华在爪。若情志郁结，肝失疏泄，日久化火，热极生风，肝风内扰；肝血不足，心失所养，心神不定，睡眠不安；血虚生风，筋脉失养，则见不自主扭肩、耸肩，肌肉抽动无常等症；肝强脾弱，肝乘脾则口撮，口唇颤动。肝气横逆，脾失健运，水湿停运，痰浊内生，上逆于脑，蒙蔽神志则抽动、呼叫、秽语不由自主。肝肾同源，肝阴不足，虚风内动，精血失充，相火内炽，金鸣异常，而症见怪叫，单声干咳。小儿脾常不足，脾虚失却健运，水湿潴留，聚液为痰，则喜吐口水。壅滞胸中，则胸胀满喜太息。故笔者认为，本症病位在肝，责在脾，如治疗不当、迁延日久则伤及肺、肾二脏。治疗此病应该先从肝脾两脏入手。治疗原则应以疏肝理气，平肝熄风，健脾祛湿化痰为主，久治不愈则须养肺阴滋肝肾。平肝熄风化痰方中蝉蜕、僵蚕、钩藤熄风止惊，清热平肝，化痰散结；桑叶辛凉疏泄，助钩藤清肝熄风；生地黄、白芍、生甘草酸甘化阴，滋阴化液，疏肝缓急；浙贝母、竹茹清热化痰；茯苓健脾渗湿通调水道，平肝宁神；郁金行气解郁；麦芽健脾疏肝。诸药合用，共奏平肝熄风，养阴舒筋，健脾化痰之功效。

醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后尿失禁100例

河北省邯郸市中医院(056001)

杨泉鱼 孙建峰

尿失禁为神经系统疾病所致的膀胱尿道功能障碍，临床上常表现为尿液非自主逸出，此类尿失禁为神经原性尿失禁。脑血管疾病早期恢复期尿失禁的发生率大约为51%~83%。随着时间的推移，尿失禁的发生率会逐渐下降。脑卒中后长期随访资料显示，尿失禁持续存在者占15%。笔者2001~2005年采用醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后尿失禁，取得了满意疗效，现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

160例患者均为河北省邯郸市中医院脑科住院或门诊患者，全部入选病例均行头颅CT或MRI检查，并行神经泌尿系统的全面评估。脑卒中后最少每日尿失禁1次以上，并伴有尿急、尿频等症状。确诊为脑梗死126例，脑出血34例。均符合1995年第四次全国脑血管病会议的诊断标准。排除：(1)意识不清者；(2)合并心、肝、造血系统等严重原发疾病者及精神病患者；(3)尿路结石，肿瘤，泌尿系感染，急、慢性肾功能衰竭而致的尿急、尿频、尿失禁；(4)未按规定进行计划治疗以致无法判定疗效或资料不全等影响疗效判定者。

1.2 一般资料

160例患者随机分为治疗组、对照组，治疗组100例中，男性56例，女性44例；年龄38~83岁，平均年龄(56±6.1)岁；脑梗死

76例，脑出血24例；额叶病变40例，颞叶病变30例，顶枕叶病变20例，脑干病变10例；病程5天~30个月；有2次(含2次)卒中发作作者62例，首次发作作者38例。对照组60例，男性34例，女性26例；年龄40~75岁，平均年龄(57.6±4.7)岁，脑梗死50例，脑出血10例；额叶病变24例，颞叶病变21例，顶枕叶病变9例，脑干病变6例；病程6天~32月；有2次(含2次)卒中发作作者36例，首次发作作者24例。以上两组患者在年龄、性别、病程、临床表现等方面差异无显著性意义($P>0.05$)具有可比性。

2 治疗方法

2.1 观察内容

采用统一表格记录患者每日尿失禁的次数及多少，有无尿意，2次排尿间隔时间，排尿量及膀胱内有无残余尿。

2.2 治疗方法

两组患者中西医常规治疗及康复治疗方法相同，治疗组患者均在生命体征稳定，神经学症状不再发展后48小时，格拉斯哥昏迷评分(GCS) >8 小时接受针灸治疗。(1)取穴：百会、合谷、三阴交、气海、关元、阴陵泉；(2)操作方法：患者取平卧位，取32号1.5寸毫针，取百会穴根据病灶部位选择针刺方向，如病灶在额叶，横刺向前进针0.5~1寸；取合谷穴，使针直刺进针0.5~1寸，使针感向上扩散；取三阴交穴，呈45°向上斜刺进针0.5~1寸，使针感向上扩散。取32号3.5寸毫针，阴陵泉直刺进针2.5~3寸。以上4穴均用呼吸补泻法。取30号2寸毫针，在气海、关元穴，向下斜刺1~1.5寸，使针感达外阴部，选用旋刮法加强针感扩散。以上穴位停止运针后再用艾条行温和灸，每穴10分钟，留针30分钟。上述治疗每日1次，10次为1个疗程，间隔2天，进行下一个疗程。3个疗程后评价疗效。对照组选用阿米替林(常州四药制药有限公司)每次12.5mg，每日2次，连续口服，1个月后评价疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

痊愈：小便有尿意，并能自行控制，2次排尿间隔2小时以上，每次尿量达400ml；显效：小便时有尿意，基本上能自行控制，2次排尿间隔在2小时，每次尿量不足400ml；有效：小便偶有尿意，但有时不能自行控制者；无效：治疗前后临床症状无明显改善者。

3.2 治疗结果

治疗组100例中，痊愈41例(41%)，显效39例(39%)，有效16例(16%)，无效4例(4%)，愈显率为80%，总有效率为96%；对照组60例中，痊愈19例(31.7%)，显效16例(26.7%)，有效13例(21.6%)，无效12例(20%)，愈显率为58.4%，总有效率为80%。两组疗效比较差异有显著性意义($P<0.01$)。

4 讨论

本组病例均为脑血管疾病导致脊髓排尿中枢失去随意控制，而小便失禁。中医学认为，心主神志，肾为先天之本，肾主骨髓，脑为髓之海，脾为后天之本，气血生化之源，肾与膀胱相表里，膀胱的开阖主于肾，肾开窍于二阴，司二便，肾虚，气化无权，则膀胱失约，尿频或失禁。《内经》曰：“心者，君主之官也，神明出焉”，“主明则下安”。心为五脏六腑之大主，从中风后

二便失禁看,其病位在脑,病机为脏腑失养,髓海不足,痰瘀互结。中风后尿失禁,乃大脑元神失控所致。所以采用醒脑开窍法,“制其神,令气易行”,醒神御气,意在“主明则下安”。人体水液代谢调畅有赖于三焦的气化功能正常,三焦的气化功能又依靠肺、脾、肾三脏维持,三焦决渎无力,膀胱疏泄失司,故小便失禁。

百会穴是三阳五会,总督一身之阳,其脉上达于脑,下连足太阳膀胱经能达到升举收摄之效,针刺时向前后左右透刺;从解剖学上看,其下为大脑皮层的旁中央小叶,可以兴奋大脑高级排尿中枢的功能,是皮下下排尿中枢的调节;合谷穴是手阳明之脉所过原穴,《灵枢·九针十二原》所说,“凡此十二原者主治五脏六腑之有疾者也”;阴陵泉为足太阴之脉所入为合,有清利湿热,利水道作用,《素问·咳论》曰:“治腑者治其合”;三阴交为足三阴经的交会处,通调三阴经气以运行下焦,有疏肝益肾功能,肝为将军之官,主谋略,主疏泄,与肾同源,肾主骨生髓通于脑,肝主筋,小便失禁也是由于膀胱之经筋松弛;关元穴为足三阴、任脉之会,又为小肠之募穴,与气海合用可补肾气,振奋膀胱气化功能;另一方面还根据1989年王富春教授提出合募配穴治疗腑病这一配穴方法。中医学认为,膀胱实则闭塞,虚则遗尿,治疗根据《灵枢·本腧》说:“遗溺则补之”,故配合艾灸。以上诸穴合用,达到醒脑开窍控尿目的,针刺不仅激活了下排尿中枢,同时也将神经冲动传向上排尿中枢,引起效应器膀胱和尿道的功能改变。治疗组无发现有明显的毒副作用,对照组服药后有口干、便秘的不良反应,伴前列腺肥大的有3例出现尿潴留。

中药治疗高尿酸血症27例

山西省长治市中医医院(046000)

赵 岭 梅

1 临床资料

1.1 一般资料

38例高尿酸血症患者全部来自山西省长治市中医院肾内科住院患者及门诊患者。实验室检查血尿酸 $\geq 420 \mu\text{mol/L}$,临床无急性关节炎,痛风石等痛风诊断依据,男性32例,女性6例,年龄36~75岁。伴高血压17例,高血脂16例,冠心病11例,脑梗死8例,糖尿病7例,慢性气管炎3例,肾功能不全3例。38例中因检查发现高尿酸血症,无临床症状者7例。余主诉均无特异性,主要表现为腰酸,乏力,头晕,胸闷,肢体酸痛,口干,口苦等。

2 治疗方法

治疗组27例,男性24例,女性3例,年龄36~75岁。其中血尿酸 $\geq 420 \mu\text{mol/L}$ 而 $< 450 \mu\text{mol/L}$ 11例; $\geq 450 \mu\text{mol/L}$ 而 $< 500 \mu\text{mol/L}$ 9例; $\geq 500 \mu\text{mol/L}$ 而 $\leq 800 \mu\text{mol/L}$ 6例; $> 800 \mu\text{mol/L}$ 1例。对照组11例,男性10例,女性1例,年龄36~75岁。无症状及不愿服中药者归入对照组。其中血尿酸 $\geq 420 \mu\text{mol/L}$ 而 $< 450 \mu\text{mol/L}$ 4例; $\geq 450 \mu\text{mol/L}$ 而 $< 500 \mu\text{mol/L}$ 4例; $\geq 500 \mu\text{mol/L}$ 而 $\leq 550 \mu\text{mol/L}$ 2例; $> 550 \mu\text{mol/L}$ 1例。

两组均维持原发病的基本治疗,如降压、降糖、降血脂药的

应用。并给予饮食、生活方式指导,对照组不使用任何抑制尿酸生成或促进尿酸排泄药物。治疗组予以中药补肾、健脾、利湿、通络方药:山药30g,肉苁蓉15g,巴戟天15g,黄精15g,生地黄、熟地黄各15g,何首乌15g,黄芪20g,白术15g,苍术15g,生薏仁15g,丹参30g,泽泻12g,威灵仙15g,草薢15g,车前子30g(包煎),土茯苓15g,每日1剂,水煎服。

加减方法:如兼关节游走疼痛者,加独活、羌活、防风各15g以疏散风邪;若关节剧痛、痛有定处加麻黄10g、桂枝15g、附子10g以温经散寒止痛;高血压者加夏枯草、枸杞子、菊花各15g;冠心病加丹参、川芎、檀香;高血脂加山楂、蒲黄;糖尿病加玄参、知母;腰背疼痛加千年健、老鹳草;肢体拘挛,抽掣疼痛加全蝎、蜈蚣各3g研末吞服;血尿砂石加虎杖、金钱草;尿痛加篇蓄、瞿麦;腹满不减、伴大便不通加椒目、葶苈子、大黄;若尿痛,尿血加大蓟、小蓟、白茅根凉血、止血。疗程6~8周,复查血尿酸、血糖、血脂肾功能,治疗组按临床证型轻重记录改善情况。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

显效:1个疗程结束后,腰酸无力、肢体酸痛、头晕、胸闷、口干、口苦等症状消失,血尿酸、血脂、血糖降至正常或明显下降;有效:头晕、无力、肢体疼痛、腰痛明显减轻或好转,血尿酸、血脂、血糖下降或轻度下降;无效:症状、体征、血尿酸、血脂、血糖改善不明显或无改善。

3.2 结果

治疗组27例,显效7例,有效18例,无效2例,总有效率为92.59%;对照组11例,分别为2例、4例、5例、54.55%。两组疗效比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

4 讨论

中医学尚无高尿酸血症病名,高尿酸血症所表现的相关的证候属于中医“痹证”、“痛风”、“腰痛”、“淋证”、“癃闭”、“关格”等病证的范畴。中医认为,本病系由先天禀赋不足,气血虚弱,周流不畅,血停为瘀,湿停为痰,痰瘀互结,复与外邪相合闭阻经络,深入骨骼,郁久化热,邪伤于肾所致。或他脏有病,脏腑虚损,气血运行不畅,湿瘀痹阻,或风寒湿热之邪相合,流注经络关节,内外合邪,蕴积发热,内舍于肾所致,属本虚标实。《素问·阴阳应象大论》曰:“年四十,而阴气自半也,起居衰矣;年五十,体重……”。《素问·奇病论》曰:“此人必数食甘美而多肥也……”。不良的饮食生活习惯,如酗酒,喜好肉食是诱发或加重高尿酸血症的重要因素之一,中医养生调摄,有事半功倍的作用。(1)忌食烟酒,节制饮食,忌食高嘌呤食物,如动物内脏,鱼虾蟹及肉禽浓汤等。(2)适量运动,每日半小时以上,少量出汗,心率达到100~120次/分左右。(3)避免过劳,焦虑紧张,感受风寒,此是引发痛风的诱因。

自拟方中的山药、肉苁蓉、巴戟天、黄精、何首乌、生地黄、熟地黄补肾益精、滋肾水为补肾圣药;黄芪、白术、苍术、生薏苡仁、土茯苓健脾渗湿强筋骨,祛风除湿;黄芪补益脾胃,益气升阳,行气利水,调节血脂,改善高凝状态,调整机体免疫力;丹参促进组织修复再生,降低血尿素氮、肌酐,使肾小球滤过率、肾血流量增加,肾功能改善,促进尿素氮、肌酐、钠离子、血磷排