

5 病案举隅

5.1 轻型患者 黄某,女性,42岁,2020年1月16日初诊。主诉:反复面部红斑15年。患者15年前无明显诱因下出现头痛,自行服用药膏后症状未缓解,至浙江省人民医院就诊,查抗核抗体1:80,抗双链DNA抗体(+),确诊为SLE,予强的松4片/d,羟氯喹1片/d口服治疗,后遵医嘱将强的松逐渐减量至1片/d,两颊片状红斑反复发作。目前服用强的松1片/d,羟氯喹1片/d,面部皮疹颜色不深,双上肢小关节偶有游走性疼痛,胃纳一般,大便难解,多日一行,夜寐不安。查体:神清,精神可,两颊红色片状皮疹,双肺呼吸音清,心律齐,无杂音,无压痛,移动性浊音(-),双下肢无水肿,舌质红,有齿印,质中裂,苔薄,脉细。血常规:白细胞 $3.30 \times 10^9/L$ 。抗核抗体1:120,抗双链DNA抗体(+),补体C3、C4均偏低。西医诊断:SLE(SLEDAI评分9分);中医诊断:阴阳毒,辨证:阴虚内热。拟益气养阴、解毒祛瘀为治,方用解毒祛瘀滋阴方加减:生地黄15g,赤芍15g,牡丹皮12g,青蒿30g,佛手9g,生当归10g,升麻9g,醋鳖甲(先煎)12g,生甘草9g。共14剂,水煎服,每日2次。服用14剂后,患者自觉面部皮疹颜色消退,自行于当地转方14剂,继续服用。

2020年2月13日复诊。患者因劳累出现乏力,四肢关节游走性疼痛加剧,余症尚可,在原方的基础上去当归,加黄芪15g、醋延胡索10g、木瓜12g。服用1个月后,患者诉关节疼痛症状改善,继续予益气养阴、解毒祛瘀为治。患者目前诸症稳定,继续予西药联合中药治疗,复查白细胞 $4.5 \times 10^9/L$,乏力症状好转。

按:本例患者SLEDAI评分为9分,为SLE轻度活动期,患者确诊已有15年余,长期服用糖皮质激素及免疫抑制剂,先天禀赋不足,加上后天失养,邪稽而不解,久则深入,累及血脉,出现面部暗红色红斑;风湿热邪由肌表入经络,痹阻气血,则肌肉酸楚、关节游走性疼痛;舌质红,有齿印,质中裂,苔薄,脉细,为阴虚内热之症。在治疗上范教授没有选用大黄、石膏等大寒大苦之药,而是用解毒祛瘀滋阴方加减清热解斑、益气滋阴。方中生地黄、牡丹皮、青蒿、升麻清热解斑,鳖甲滋阴退热,赤芍凉血化瘀,甘草解毒护中并调和诸药,改善解患者面部红斑、关节疼痛等症状。治疗过程中患者出现乏力,考虑长期服用西药免疫力下降,加用黄芪,顺应病势,健脾补气;患者关节疼痛加剧,加用醋延胡索、木瓜转筋通络止痛。待患者症

状稳定,仍以益气养阴、解毒祛瘀为治,病情稳定。

5.2 重型患者 田某,女性,28岁,2020年5月7日初诊。主诉:反复头痛5年余,面部红斑1年余。患者5年前多次出现头痛,自行服用止痛药后缓解,未予重视。2017年7月29日因头痛剧烈出现昏迷,于当地医院就诊,诊断为“癫痫大发作”,予卡马西平抗癫痫治疗后症状缓解。近年来患者反复头痛,2020年4月再发癫痫后出现面部红斑,伴有血小板、白细胞偏低,于浙医一院查抗核抗体:1:160,抗双链DNA抗体(+),确诊“SLE”,曾予利妥昔单抗和糖皮质激素治疗,效果一般。后因出现蛋白尿,查尿蛋白(++),诊断为狼疮肾炎(未做肾活检)。

患者现服用泼尼松4片/d,他克莫司250mg,2次/d。近日感头痛,疼痛为胀痛,可自行缓解,偶有肋下疼痛,胃纳一般,饭后易干呕,夜寐一般,大便溏,小便黄,有泡沫。查体:神清,精神可,皮肤黏膜无皮疹,双肺呼吸音清,心律齐,无杂音,无压痛,移动性浊音(-),双下肢轻度水肿,按之凹陷可自行恢复,舌暗红苔薄腻,脉沉细。血常规:白细胞 $4.30 \times 10^9/L$ 。抗核抗体1:80,抗双链DNA抗体(+),24h尿蛋白3.7g,谷丙转氨酶 $56U \cdot L^{-1}$ 。西医诊断:SLE(SLEDAI评分18分);中医诊断:阴阳毒,辨证:肝郁血瘀证。治拟清热化湿、平肝和胃,处方:青蒿30g,黄芩9g,黄柏9g,枳壳12g,竹茹12g,陈皮6g,茯苓12g,半夏9g,泽泻9g,金樱子20g,薏苡仁18g,天麻6g(先煎),甘草9g。共14剂,水煎服,每日2次。服用14剂后,患者自觉头痛有所好转,自行于当地转方14剂继服。后因外感,出现咽痒咳嗽,头痛反复,自行服用中成药(具体不详)后咳嗽稍有缓解。

2020年6月18日复诊。上方加桔梗6g、苏叶9g宣肺止咳祛痰。服用1个月后,患者诉诸症好转,继续予清热化湿为治。患者目前诸症稳定,继续予西药联合中药治疗。

按:本例患者SLE评分为18分,为SLE重型活动期。患者先天禀赋不足,后天失养,加之容易外感,邪稽而不解,久则深入,累及厥阴肝及少阴肾,导致湿热内蕴、肝郁血瘀;肾失封藏,则精微下泄出现蛋白尿;湿阻三焦,则小便黄;湿热犯胃,胃气上逆,出现饭后干呕;肝郁则气滞,肝失条达,不通则头胀痛;舌暗红苔薄腻,脉沉细为肝郁血瘀证之象。患者目前服用大剂量糖皮质激素,“药邪”壅滞于体内。在治疗上范教

授用蒿芩清胆汤为基础清热化湿,加薏苡仁健脾开胃、利水消肿,茯苓、泽泻、金樱子补肾利水,改善解患者狼疮累及肾脏导致的蛋白尿等症状;并以天麻平肝止痛。治疗过程中患者出现外感之证,考虑长期服用西药免疫力下降,加用桔梗、苏叶,顺应病势。待患者外感症状好转,仍以蒿芩清胆汤加减方为治,患者病情稳定。

6 结语

SLE是一种系统性风湿免疫病,至今尚无法根治,糖皮质激素和免疫抑制剂目前依然是治疗SLE的关键和基础药物。糖皮质激素的长期大剂量使用和免疫抑制剂的不当使用均会引起肾脏、神经系统、呼吸系统、循环系统等多系统损伤^[11-13],因此降低糖皮质激素和免疫抑制剂的不良反应也成为重要的临床研究课题。SLE临床病情复杂,表现多种多样,在不同时期均有不同证型及表现,范教授紧扣主要病机,辨证论治,提出“二型九证”辨证法。针对SLE的不同时期以及不同证型,范教授均运用青蒿配伍他药辨证论治,分型治疗。以青蒿之清热解毒,治疗SLE轻型阴虚兼有热毒证;以青蒿之透邪滋阴,治疗SLE轻型余邪内伏证;以青蒿之清胆理气,治疗SLE重型肝郁血瘀证。现代研究也为青蒿在SLE治疗中的应用提供了有力支持。可见,在SLE的临床治疗上,合理运用青蒿是值得深入研究的课题。范教授运用青蒿并配伍相关药物,治疗SLE疗效显著,其经验值得推广学习。

参考文献:

- [1] 闻向晖,范永升,温成平.系统性红斑狼疮证候特征、中医临床疗效及作用机制研究(英文)[J].浙江中医药大学学报,2019,43(10):1108-1113.
- [2] 范永升.系统性红斑狼疮的中医临床探索与实践[J].浙江中医药大学学报,2019,43(10):1030-1035.
- [3] 杨敏,呼永河,郭明阳,等.青蒿素对类风湿关节炎的治疗作用[J].风湿病与关节炎,2013,2(8):66-69.
- [4] 夏明明,陈娟.青蒿鳖甲汤治疗系统性红斑狼疮的研究进展[J].光明中医,2019,34(13):2096-2099.
- [5] 吴塘.温病条辨[M].张志斌,点校.福州:福建科学技术出版社,2010:109.
- [6] 曾安琪,华桦,陈朝荣,等.金银花、山银花抗炎药理作用研究[J].中国中药杂志,2020,45(16):3938-3944.
- [7] 肖立皓,李海波,黄玉欣,等.青蒿的化学成分研究 I [J].中国中药杂志,2021,46(5):1160-1167.
- [8] 李海波,秦大鹏,葛雯,等.青蒿化学成分及药理作用研究进展[J].中草药,2019,50(14):3461-3470.
- [9] 常杰,李忱,张文.青蒿、青蒿素及其衍生物治疗系统性红斑狼疮研究现状 [J]. 中国中西医结合杂志,2019,39(3):377-380.
- [10] 龚晓红,李松伟,李桓,等.青蒿鳖甲汤化裁治疗阴虚型系统性红斑狼疮增效减毒的Meta分析[J].风湿病与关节炎,2020,9(9):33-38,42.
- [11] 曾小峰.系统性红斑狼疮[M]//葛均波,徐永健,王辰.内科学.9版.北京:人民卫生出版社,2018:815.
- [12] 范瑞强,赖梅生,张文娟,等.系统性红斑狼疮诊疗指南[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(11):146-148.
- [13] FAVA A, PETRI M. Systemic lupus erythematosus: Diagnosis and clinical management[J]. J Autoimmun,2019,96:1-13.

(收稿日期:2022-01-17)

(上接第831页)

- [18] 刘健,李芮,毛悦,等.血肉有情之品治疗难治性再生障碍性贫血理论探析 [J]. 浙江中医药大学学报,2022,46(2):161-165.
LIU Jian, LI Rui, MAO Yue, et al. Analysis on the theory of treating refractory or resistant aplastic anemia with flesh and blood sentient products [J]. J Zhejiang Chin Med Univ,2022,46(2):161-165.
- [19] 刘爱京,潘峻,冯楠,等.胶原诱导性关节炎伴贫血大鼠模型的建立及沙利度胺对其血红蛋白的影响[J].解放军医学杂志,2008,33(2):212-215.
LIU Aijing, PAN Ling, FENG Nan, et al. Reproduction

- of a rat model of collagen-induced arthritis with anemia and the effect of thalidomide on hemoglobin of these rats [J]. Med J Chin PLA,2008,33(2):212-215.
- [20] UCHIYAMAC Y, KOIKE N, MIHARA M. Anemia in monkey collagen -induced arthritis is correlated with serum IL -6, but not TNFalpha [J]. Rheumatol Int, 2008,28(9):879-883.
- [21] LI MM, ZHANG Y, WU J, et al. Polysaccharide from *Angelica sinensis* suppresses inflammation and reverses anemia in complete Freund's adjuvant -induced rats [J]. Curr Med Sci,2020,40(2):265-274.

(收稿日期:2022-03-25)

郭瑾,等:范永升教授运用青蒿治疗SLE临床经验

方剑乔教授针灸治疗术后尿潴留经验探析

李邦伟¹ 周传龙¹ 王超¹ 刘盈君¹ 方剑乔²

1.浙江中医药大学附属第三医院 杭州 310005 2.浙江中医药大学

摘要: [目的] 探讨方剑乔教授针灸治疗术后尿潴留的临床经验。[方法] 通过跟师临床,查阅术后尿潴留的相关文献记载,探讨中医对该病的理论渊源及治疗认识,从病因病机和治疗特点等方面总结方教授临床针灸治疗术后尿潴留经验,并附验案一则。[结果] 方教授认为该病病机为肾与膀胱气化不利,针灸治疗采用深刺结合低频电针强刺激次髎穴及重灸腹部腧穴的方法,腹背同治,以推动膀胱气化,通调水道,通利小便。所举验案为笔者临床跟诊过程中所见的术后尿潴留患者,方教授运用骶部电针强刺激结合腹部重灸治疗,临床疗效显著。[结论] 方教授采用深刺结合低频电针强刺激次髎穴及重灸腹部腧穴的方法治疗术后尿潴留,疗效显著,值得深入研究、推广学习。

关键词: 电针;艾灸;次髎穴;术后尿潴留;经验探析;方剑乔

中图分类号:R245 文献标志码:A 文章编号:1005-5509(2022)08-0831-04

DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2022.08.003

Professor FANG Jianqiao's Experience in Treating Postoperative Urinary Retention with Acupuncture LI Bangwei, ZHOU Chuanlong, WANG Chao, et al *The Third Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou(310005), China*

Abstract: [Objective] To discuss the clinical experience of Professor FANG Jianqiao in the treatment of postoperative urinary retention with acupuncture. [Methods] Through clinical consultation with the teacher and reviewing the relevant literature records of postoperative urinary retention, this paper reviewed the theoretical origin and therapeutic cognition of postoperative urinary retention, and summarized Professor FANG Jianqiao's clinical experience in treating postoperative urinary retention with acupuncture in terms of etiology, pathogenesis and treatment characteristics and presented with a test case. [Results] Professor FANG believes that the pathogenesis of the disease is that the gasification of kidney and bladder is unfavorable, and the acupuncture treatment uses deep acupuncture combined with low-frequency electroacupuncture to strongly stimulate ciliao(BL32) point and heavy moxibustion abdominal acupuncture points, and treats the abdomen and back together to promote the Qi transformation of the bladder, regulate the water channels, and facilitate urination. The case cited in this article was the case of postoperative urinary retention, Professor FANG treated with sacral electroacupuncture strongly stimulation combined with abdominal moxibustion, and the therapeutic effect was remarkable. [Conclusion] Professor FANG Jianqiao's treatment of postoperative urinary retention with deep acupuncture combined with low-frequency electroacupuncture to strongly stimulate ciliao(BL32) point and heavy moxibustion of abdominal acupuncture points has remarkable efficacy and is worthy of further study and promotion.

Key words: electroacupuncture; moxibustion; ciliao(BL32); postoperative urinary retention; empirical investigation; FANG Jianqiao

术后尿潴留是指患者手术后8 h无法自行排尿,且膀胱储尿量超过600 mL,或患者无法自行完全排尿且残尿量超过100 mL,临床表现为小便少、排尿费力或尿液无法排出,膀胱过度充盈,导致腹部膨胀、疼痛等^[1]。尿液长时间潴留可致膀胱过度膨胀和逼尿肌的永久损伤,给患者带来极大痛苦和不便。术后尿潴

留常因手术方式、麻醉、年龄、心理、情绪及尿管留置等因素引起,是手术后常见并发症之一^[2-3]。留置导尿是术后尿潴留的常用处理方式之一,但长期留置导尿会增加患者泌尿系感染风险,泌尿系感染反过来又可加重尿潴留,给患者带来生理、心理及经济的多重负担^[4-5]。

基金项目:方剑乔全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教发[2013]47号);浙江省方剑乔名老中医专家传承工作室建设项目(GZS2012014)

Fund projects: The National Famous and Old Chinese Medicine Experts FANG Jianqiao Inheritance Studio Project(G.TCM.R.J.F.[2013]47); Zhejiang Province National Famous Doctor of Traditional Chinese Medicine Experts FANG Jianqiao Inheritance Studio Project(GZS2012014)

通信作者:方剑乔,E-mail:fangjianqiao7532@163.com

方剑乔教授为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、国家中医药岐黄学者、浙江省国医名师,从事针灸科研、临床、教学工作30余年,学验俱丰,擅长运用针灸治疗痛症及多种疑难杂症,对术后尿潴留的治疗有独到经验,笔者有幸跟诊,受益匪浅,现将其经验浅述如下。

1 病因病机

术后尿潴留属中医学“癃闭”范畴。癃闭是以排尿困难、小腹胀闷,甚则小便闭塞点滴不通为主症的疾病,病势较重者称“癃”,欲解不得解、胀急难通、病势较急者称“闭”,一般多合称为“癃闭”,为水道关隘发生障碍的病变。《内经》对人体津液代谢有详细描述,如《素问·上古天真论》记载“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之”;《素问·经脉别论》记载“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精上归于肺,通调水道,下输膀胱”;《素问·灵兰秘典论》云“三焦者决渎之官,水道出焉。膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣”,均说明人体津液代谢与肾、膀胱、三焦、脾、肺等脏腑密切相关。《素问·标本病传论》曰“膀胱病,小便闭”,说明癃闭的病位在膀胱,主要病因有外邪、内伤、肿块结石所致尿道梗阻、败精等。《谢映庐医案·癃闭门》云“小便之通与不通,全在气之化与不化”^[6],说明癃闭总病机为肾与膀胱气化不利,且与五脏、小肠、膀胱和三焦均有关^[7]。手术后出现的癃闭与手术导致脉络不畅、气血瘀滞有关,或手术耗伤气血,或术后疼痛所致情志不舒,或上述因素相互影响,从而导致膀胱气化失司^[8]。

2 方剑乔教授治疗术后尿潴留经验

2.1 强刺次髎穴 次髎穴位于骶部,临近胞宫,位于髂后上棘内下方,正对第2骶后孔,为八髎穴之一,属足太阳膀胱经,膀胱与肾相表里,肾主水,调二便,针灸刺激次髎穴可起到调节肾与膀胱功能,调节水液代谢的作用。术后尿潴留病位在膀胱,次髎穴临近病位,《针灸聚英》记载次髎穴“主大小便不利”^[9],针刺次髎穴可起到行气活血、通利小便的作用。次髎正对第2骶后孔,由第2~4节段骶髓发出的副交感神经纤维通过调节逼尿肌及膀胱内括约肌,从而调节尿液的排出^[10]。次髎穴深层分布第2骶神经,深刺次髎穴可刺激第2骶神经,提高膀胱逼尿肌兴奋性,促进尿液排出^[11]。据此,方剑乔教授针刺次髎穴治疗术后尿潴留主要特点为深刺、强刺激,有两个操作要点:第一,进

针深,刺激强。《灵枢·癫狂》记载“内闭不得洩,刺足少阴、太阳与骶以上长针”,因此针刺次髎穴常选用3寸毫针,进针深度2~2.5寸,可行提插捻转手法,有明显酸胀感,针感可向前阴部放射。第二,次髎穴连接电针,连接方式为两极横跨连接,刺激参数为低频(2 Hz),强度以患者耐受为度。低频电针可提高神经肌肉兴奋性,改善局部血液供应,实验研究证实,2 Hz电针刺刺激对膀胱逼尿肌功能的影响优于100 Hz电针^[12]。

2.2 重灸腹部 术后尿潴留病位在膀胱,按“近部取穴”的原则,除了骶部次髎穴外,方教授常选用下腹部关元、中极、气海穴,常规针刺得气后予温针灸治疗,三穴同灸,且每穴灸至少2壮。研究表明,针刺治疗神经源性膀胱选穴多集中于腰骶部和下腹部,以中极、关元最为常用,且中极-关元的关联程度最高^[13]。任脉乃“阴脉之海”,关元、中极为任脉腧穴,两穴均为任脉与足三阴经交会,两穴同用不仅能治疗任脉病症,也能治疗足三阴经病症。《针灸甲乙经》记载“胞转不得溺,少腹满,关元主之”^[14];中极为膀胱募穴,募穴是脏腑之气输注于胸腹部的腧穴,可治疗相关脏腑病证,故刺激中极可调节膀胱气化功能;气海穴亦位于下腹部,为气所深聚之处,“腧穴所在,主治所在”,《胜玉歌》记载“诸般气症从何治,气海针之灸亦宜”^[15],因此温针灸上述穴位可起到调节膀胱气机、温补肾元的作用。临床观察发现,每壮艾柱燃烧时间二十余分钟,连灸两壮可加强温热刺激,临床研究证实,灸法时长45 min疗效较佳^[16]。下腹部为敏感部位,给予一定的刺激,可提高副交感神经兴奋性,从而刺激膀胱括约肌,利于尿液排出^[17]。通过长时温针灸,增加刺激量,使艾灸的温热刺激充分作用于腧穴,能够起到推动膀胱气化,扶正补虚,通调水道,通利小便的作用。

3 典型案例

患者应某,男,17岁,2020年7月21日初诊。主诉:腰椎术后排尿困难2月余。患者2020年5月14日从4楼坠落,致全身多处疼痛伴活动受限,当时无意识丧失,无恶心呕吐,无头痛头晕,二便基本正常,当地医院X线摄片提示:腰椎骨折(L1棘突骨折、L2椎体骨折、L3椎体爆裂骨折伴椎管狭窄、L3左侧椎板两侧横突骨折),胸椎骨折(T9、T10椎体骨折),胸骨体上端骨折,右侧少量气胸,右肺上、中叶肺挫伤。2020年5月20日当地医院麻醉下行“L3椎体爆裂性骨折椎管狭窄后