

通关蠲痛汤综合治疗前列腺痛

★ 梁开发 (四川绵竹人民医院 绵竹 618200)

关键词:前列腺痛;中医药疗法;通关蠲痛汤

中图分类号:R 289.5 文献标识码:B

前列腺痛是指非感染性和前列腺、膀胱无器质病变而出现的与排尿无关的“盆腔”疼痛,或前列腺不适,或具有间歇性尿急尿频、排尿困难等症状的一类前列腺疾病。近年来笔者以自拟通关蠲痛汤综合治疗前列腺痛,收到了较好的疗效。总结报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 35 例均为门诊病人。年龄 18~49 岁,病程 6 个月~4 年。35 例患者曾均在别处经西医或中西医结合治疗后来诊。

1.2 诊断标准^[1] (1)主要症状为与排尿无关的“盆腔”疼痛(如会阴、阴茎、耻骨上、阴囊或尿道);(2)有间歇性尿频尿急、夜尿增多或排尿困难;(3)部分病人可见不同程度的梗阻性排尿障碍症状(如排尿淋漓、尿流无力、尿线中断);(4)前列腺液镜检正常;(5)前列腺触诊及 B 超或膀胱镜检查无特殊异常;(6)排除其它引起盆腔疼痛的基础疾病;(7)多见于 20~45 岁的男性。

2 治疗方法

2.1 基本方药及加减 黄柏、乌药、川芎、当归、茯苓各 10~15 g,桃仁、乳香各 10~12 g,丹参、白芍、荔枝核各 18~30 g,肉桂 3~6 g。随症加减:湿热偏甚者酌加白茅根、败酱草、半枝莲;气虚者酌加党参、黄芪、白术;阳虚者酌加附子,肉桂量倍用;肝肾阴虚较著者酌加熟地、女贞子、旱莲草;肝郁气滞者酌加柴胡、香附、郁金。水煎分 3 次服,每日 1 剂(病情好转后或疼痛不甚者亦可 3 天服 2 剂)。1 个月为一疗程(未滿 1 个疗程中断治疗者不作为统计案例)。

2.2 盆肌锻炼 采用坐位或卧位均可。首先意念集中于盆底会阴部,在微施腹压的情况下,轻柔缓和用力、轻轻地收缩肛门,同时放松盆肌及全身,继而重复如前,每次重复做 20~30 遍(刚开始做者,可适当少做,循序渐增)。每天坚持做 2~3 次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:症状全部消失,半年内未见复发;有效:症状基本或大部分消失;无效:症状无改善。

3.2 治疗结果 治愈 11 例,有效 19 例,无效 5 例,总有效率为 85.72%。治疗时间最短者 1 个月,最长者 4 个月。

4 病案举例

马某某,男,41 岁,乡镇企业干部,2002 年 10 月 15 日初诊。患者 3 年前常感会阴、阴茎、毛际及骶尾部疼痛不适,伴见间歇性尿频尿急、排尿不畅。每因劳累或“上火”后症状明显加剧。曾于多处医院检查就治,疗效不著,时好时差。近两月加重,经前列腺触诊及 B 超、膀胱镜检查无异常,无其它引发盆腔疼痛的基础疾病。转服中药治疗。述会阴、阴茎处疼痛不适牵及阴囊、毛际及骶尾部,有间歇性尿频尿急、排尿不畅,伴见头昏少寐,心烦口苦,腰酸膝软,舌体瘦薄、苔白中心略黄,脉细弦。诊为前列腺痛。辨证属肝肾两虚兼气滞血瘀、余邪羁留下焦,导致膀胱气机失调,经脉不畅。拟通关蠲痛汤加减治之。处方:熟地、女贞子、当归、川芎、乌药、黄柏、茯苓各 15 g,荔枝核、白芍各 18 g,白茅根 30 g,桃仁、乳香各 12 g,肉桂 3 g。按上述法服用,并坚持做盆肌锻炼。1 个月,各种症状均明显改善,继续坚持治疗 1 个月,诸症皆失而停药。随访半年未见复发。

5 讨论

前列腺痛临床上以青中年男性多见。现代医学对其病因的认识尚未完全明确,多认为可能是由于骨盆底部肌肉习惯性挛缩或痉挛所引起,或盆腔交感系统原发异常,造成不完全的膀胱颈松弛和外括约肌部尿道功能性狭窄所致。精神因素也有一定影响。中医医籍中无前列腺及前列腺痛等记载,故不少人将之归属于“盆腔疼痛症”予以论治。笔者以为:根据其痛在“盆腔”牵及阴器、毛际及伴有间歇性排尿不畅等症状,以及中医“经络所过,病症所主”等观点,其病位主在膀胱及肝肾二经。故可将其归属于疝病^[2](文义疝有三:一泛指体腔内容物向外突出的病证;二指生殖器、睾丸、阴囊部位病症;三指腹部剧烈疼痛,兼有二便不通的病症)、小腹痛、会阴痛等病症范畴予以辨治。根据中医学“痛则不通”的观点,结合临床见症及其病程一般较长(久病多虚、多瘀)等特点,其病因病机可概括为“肝肾亏虚,气滞血瘀,邪气羁留,膀胱气机失调,经脉不畅”。

通关蠲痛汤乃笔者在通关五淋散^[3]基础上化裁而成。方中桃仁、乳香、川芎、丹参活血化瘀,行气止痛;肉桂、乌药、荔枝核温补肝肾,助阳化气,散寒止痛;当归、白芍滋肝肾之阴,育阴化气;黄柏、茯苓利湿清热,兼具坚阴和中之功。诸药合用,补泻兼施,温清并用,标本同治,使瘀血祛,滞气行,

拐在下肢骨折康复中的应用

★ 章掌兰 朱友风 (江西丰城市中医院 丰城 331100)

关键词:拐;下肢骨折;康复

中图分类号:R 274.12 文献标识码:B

拐是骨科下肢骨折病人在康复过程中常用的辅助工具。临床实践证明,在下肢骨折时,正确、合理地使用拐,对加速骨折愈合,早期恢复肢体功能,防止骨折畸形发生有重要意义。下面就拐的应用介绍如下。

1 扶拐锻炼前的护理指导

1.1 心理准备 患者由于有各种不同的心理状态存在,如年青女患者常因羞于在人前拐行而过早负重,或截肢患者拐行时间长而悲观失望,护理人员必须做好患者的思想工作,消除顾虑保持乐观,对拐行充满信心。

1.2 指导宣教 嘱患者不要操之过急,应循序渐进,练习次数由少到多,练习时间由短到长;患者自己下地时,要先下健肢;上床时,应先扶患肢上床,健肢再跟上;用拐前多训练肩关节、肘关节、手腕关节,并指导病人拐行负重在手,而不在腋下,病人站立时,肘关节应屈曲 30 度,这样可使身体保持平衡,也可防止腋下压迫引起桡神经损伤。

2 拐的选择

应选择使用轻而坚韧的木质腋拐,拐的长短应适合人体高矮调节。选择拐,一般以患者站立时,拐的上端距腋下 2~3 cm 为宜。过高行走时拐杖将压迫腋下疼痛不适,甚至难于行走,为此,拐的上端最好包上海棉垫。过低患者要弯腰走路,用力不适当,步态不稳,容易疲劳。此外,为防止患者滑倒,应安上橡皮拐头。

3 拐的使用

3.1 保持身体平衡 拐的用力点应手扶把上,利用臂力支撑体重,避免腋部用力,以防受压,扶拐站立时,要抬头挺胸,两目平视,不宜弯腰看脚,做到身体挺直,背部肌肉放松,保持身体重心在双拐和两下肢合理支面以内,这样才能平衡、

稳定,不致跌倒。

3.2 步态 单侧下肢骨折,应选择双腋拐,三点着地负重,行走时两手握住拐把,先出双拐,再迈患肢,随后跟上健肢,如此反复,保持两拐及一个健肢形成一个等边三角形。用拐时注意步态,正常步态为足稍外旋 10~15°,三点着地负重。

双下肢骨折时,在行走时有四个点与地面接触,顺序为右腋拐、左足、左腋拐、右足,如此反复进行,这种步态缓慢而稳定。

4 不同骨折部位的用拐时间

下肢骨折用拐下地的时间要根据骨折愈合情况、骨痂生长好坏、骨折对位的情况而异,临床按下肢骨折部位不同,用拐时间大致分为以下几种:

人工股骨头置换术后 3 周扶双拐下地活动,术后 6 个月后改用单拐;人工髋关节置换术后 3 周扶双拐下地;截肢术后 1 周扶拐下地,6 个月后可装假肢;股骨粗隆间骨折容易形成髓内翻,需行牵引 6 周,床上功能锻炼 1~2 周后扶拐下地;股骨干骨折,一般先牵引 4~6 周后扶双拐下地锻炼;胫腓骨骨折术后 2 周扶双拐下地,6~8 周负重;踝部骨折术后 2 周扶双拐下地活动,6~8 周逐渐负重;髌骨骨折,应加强股四头肌的锻炼,术后 2 周即可扶拐下地,4 周后负重。

5 小结

拐是骨折科病人在康复过程中常用的辅助工具。下肢骨折病人经中西医结合治疗后,其康复的好坏与精心的护理及早期康复锻炼是分不开的。如何指导病人正确、合理地应用拐,为加速骨折愈合,早期恢复肢体功能,起到了非常重要的作用。

(收稿日期:2006-04-17)

羁留之余邪得以蠲除,肝肾阴阳复以平调,病变部位经脉通畅,膀胱气机正常,前列腺痛诸症自然而解。由于本病疼痛的产生与盆腔肌肉紧张痉挛有关,通过盆腔锻炼和心理疏导,则有利于盆底肌肉的松弛和紧张心理的消除,对治疗自有相得益彰之妙。

此外,对于本病的治疗时,亦不可忽视告诫病人,注意生活调节。临床上常遇到一些病人,认为性生活加重病情,而采用禁欲方式。其实这样做是错误的,与之相反,适度和谐的性生活,对盆腔肌肉痉挛的松弛,对前列腺疼痛的缓解

是大有裨益。再者,少食辛辣厚味,保持大小便通畅,在前列腺的预防中也是不可忽视的一环。

参考文献

- [1]陈艳.实用临床糖尿病手册·糖尿病与前列腺炎[M].北京:中国科学技术出版社,1998.498~509
- [2]中医辞典编辑委员会编.简明中医辞典[S].北京:人民卫生出版社,1980.569
- [3]梁开发.通关五淋散加减方治疗尿道综合征 67 例[J].新中医,2004,36(5):32

(收稿日期:2006-06-19)