

针刺促排肾结石 1 例

One case of treating kidney stones by acupuncture

孙阿娟¹ 林彩霞² 李霞³

(1. 山东省威海市立医院, 山东 威海, 264200; 2. 北京中医药大学, 北京, 100029; 3. 山东省医学科学院, 山东 济南, 250062)

中图分类号: R692.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 22-0085-02 证型: DBG

【摘要】 报道 1 例肾结石患者经针刺治疗 1 次即排出结石并通尿顺畅的情况, 证实了穴位针刺具有很好的利尿排石作用。

【关键词】 肾结石; 针刺; 利尿排石

【Abstract】 In the present study, it was reported that a patient of renal calculus discharged the calculus and urinated smoothly after once time of acupuncture treatment. It was confirmed that acupuncture treatment has good curative effects on promoting diuresis and removing urinary calculus.

【Keywords】 Renal calculus; Acupuncture treatment; Promote diuresis and remove urinary calculus

1 病例报道

患者甲, 男, 84 岁, 山东威海人。因“进行性排尿困难 10 年, 加重不能排尿 1 天”于 2008 年 6 月 25 日入我院泌尿外科病房治疗。

患者 10 年前无明显诱因出现排尿困难, 进行性加重, 尿频, 夜尿 4~5 次, 尿急, 尿线细, 尿无力, 尿分叉, 尿后滴沥, 无血尿, 无尿痛, 无尿失禁, 无恶心呕吐, 睡眠饮食可, 大便通畅。1 天前, 突发不能排尿, 遂入我院泌尿外科。患者有泌尿系结石病史 10 年, 高血压病史 10 年, 脑血栓病史 10 年。

入院检查: T36.2℃, P 84 次/min, R 21 次/min, BP170/90mmHg 神志清, 精神可, 查体合作, 自主体位。头颅及五官外形正常, 双侧瞳孔等大等圆, 直径 3mm, 对光反射正常存在, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音。心率 84 次/min, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。脊柱四肢无畸形, 蹒跚步态, 四肢肌力 IV 级, 肱二、三头肌肌腱反射正常存在, 膝腱跟腱反射正常, 巴贝斯基征阴性。泌尿专科查体: 双腰曲线对称, 双肾区无叩击痛, 双输尿管行经区无压痛, 耻骨上腹廉区叩击压痛, 肛诊前列腺 II° 大, 质韧光滑, 无结节, 无压痛, 指套无血迹。2008 年 06 月 25 日, B 超检查示: 双肾大小及形态正常, 集合系统无分离, 双肾内均见多个直径约 3mm 的结石, 右肾上级可见一 20mm×15mm 的囊肿, CDFI 示双肾血供欠丰富。双侧输尿管上下端未见扩张及结石。膀胱中度充盈, 壁尚光滑, 未见异物。前列腺 27mm×50mm×31mm, 结构清晰, 形状规则, 回声不均匀, 包膜完整, 可见强回声光斑。2008 年 6 月 26 日尿常规: WBC 250/ul, PH 6.0, SG 1.025, PRO(-), LEU 2+125cells, RBC209/ul, EC17/ul。肝肾功能: K 3.41mmol/l, Na 136mmol/l, CL 93 mmol/l, BUN 8.41 mmol/l, Ca 2.60mmol/l, IP 1.47 mmol/l, MG 0.97mmol/l, CREA112 umol/l, UA218 umol/l, GLO33.9g/l, TBIL20.3 umol/l, IBIL15.0 umol/l。血常规: WBC7.4×10⁹/L, HGB152g/l, NEUT%65.8%, LYM%

24.2%, HCT 44.6%, MONO% 8.70%, RBC 4.54×10¹²/L, MCV98fl, MCH 34pg, PLT158×10⁹/L。血凝检验: PT 13.2sec, APTT 36.8sec, TT14.4 sec, Fib 3.08g/l。PSA 0.3mg/L。CysC 1.38mg/l。

入院诊断: 前列腺增生, 双肾结石, 右肾囊肿, 高血压病 3 级, 陈旧性脑血栓

入院后留置持续导尿, 盐酸坦索罗辛缓释胶囊 0.2mg, 口服 qn, 通畅排尿辅助排石。2008 年 6 月 26 日给予派拉西林舒巴坦 2.5g 静滴 bid、培氟沙星 0.4g 静滴 bid 消炎治疗。2008 年 6 月 28 日下午 1:40, 患者导管引流不畅, 停止留置尿管, 嘱患者勤排尿。下午 3:00 腹部尿道 X 片检查示: 双肾区输尿管走行区, 膀胱区及尿道区未见明显阳性结石影。排尿较通畅, 无尿痛。2008 年 6 月 30 日下午 5:00, 患者出现头痛头晕, 呕吐 2 次, 转入神经内科病区诊治。2008 年 7 月 2 日经专科诊治患者有轻度头晕, 无恶心呕吐, 生命体征平稳, 小便有尿不尽感, 次数多, 尿急。给予头孢哌酮舒巴坦钠消炎治疗, 盐酸坦索罗辛控制症状。2008 年 7 月 4 日行 B 超检查: 膀胱残余尿量为 855ml。医嘱留置导尿, 引出残余尿 500ml。2008 年 7 月 16 日复查肝肾功: K 3.78mmol/l, Na 145mmol/l, CL 109mmol/l, BUN 4.23 mmol/l, Ca 2.37mmol/l, IP 1.05 mmol/l, MG 1.18 mmol/l, CREA 87 umol/l, UA 129 umol/l, GLO 26.8g/l, TBIL 13.5 umol/l, IBIL 7.7umol/l。血常规: WBC 6.4×10⁹/L, HGB132g/l, NEUT% 57.7%, LYM% 33.2%, HCT 38.2%, MONO%7.5%, RBC 3.87 ×10¹²/L, MCV 99fl, MCH 34pg, PLT 147×10⁹/L。CysC 1.12mg/l。为帮助患者加快排尿通畅神经内科 2008 年 7 月 21 日请我针灸科会诊治疗。症见: 患者精神不振, 面色晦暗, 寐少, 乏力, 纳食少, 大便粘腻不爽, 舌质暗红苔黄白腻, 脉沉弦尺脉弱。辨证: 脾肾俱虚、气滞湿盛。我科给予针刺治疗, 主穴: 三阴交(双), 足三里(双), 阴陵泉(双), 气海, 肾俞(双), 关元, 水分。三阴交, 足三里, 阴陵泉, 水分, 以

泻法为主，强刺激；气海，肾俞，关元，以补法为主。先取俯卧位，针刺双肾俞得气有胀麻感拔针，转仰卧位针刺其他穴位，得气后 15min 行针一次，留针 30min。针刺一次。2008 年 7 月 22 日上午 9:00 患者病情稳定，拔除尿管，观察排尿情况，排出结石 2 枚，分别为 10 mm×5mm、5 mm×4mm 大小。观察几日，病情一直稳定，排尿通畅，随即出院。

2 讨论

肾结石是中医学中淋证之一，属砂淋、石淋范围。肾结石的形成与肝脾肾及水液代谢通道关系密切。本病例患者为老年男性，肝脾肾均不足。肾气不足，精亏液耗，以致开阖失司。气虚则膀胱无司，气化不利，不能温化水湿，致使浊物沉积于内而成砂块。脾主运化水湿，脾失健运，水湿不化，蕴久化热，结于下焦，尿液受热煎熬而成砂石。肝主条达，主疏泄，肝郁气滞于内，升降失序，则三焦气化不利，水液通道失常，膀胱气化失约，肾失开阖亦成砂石。本病例产生与肝、肾、脾、膀胱等有关，虚实夹杂，但就针灸排石来讲，气机不畅，水道失疏则是结石产生存在的根本所在，如使气机调畅、水道通利则结石自可下。故通利水道最为重要。笔者认为治疗所有泌尿系结石，以辨病为主，辅以辨证。水道通，石自出。取穴亦是利尿排石为主，兼顾补虚。三阴交、足三里、阴陵泉，健脾以助运化水湿、利尿疏通气机。《大成》“小便不通，阴陵泉、气海、三阴交。”气海，育之原穴，益元气以升脾阳。《席弘赋》

“气海专能治五淋，更针三里随呼吸。”肾俞，背俞穴，补肾利尿而通闭。关元，手太阳小肠经募穴，任脉与足三阴交会穴，助阳化气通闭。水分，分利水道、行尿行水效穴。苏氏等^[1]文献总结治疗肾输尿管结石肾绞痛使用频率较高的穴位依次为三阴交、肾俞、足三里、阴陵泉，更突出了“以通为主”的治疗方向。一般情况下针灸排石在 1cm 以下，若结石大于 1cm，一般考虑用其他方法治疗。针刺后 1 次排石成功，且排石较大，在临床中比较少见。本病例虽然应用盐酸坦索罗辛缓释胶囊，但此药物仅具排微小结石的作用^[2]，故可忽略此药物的影响。故本比例进一步证明针刺具有很强的通调水道、排结石作用。临床上针对肾结石等泌尿系结石，我们应该大胆自信的应用针刺等治疗方法，为患者解除病痛。

参考文献:

- [1] 苏国龙,李万瑶.针刺治疗肾绞痛研究述要[J].中医药学刊, 2002,20(7): 63-64
- [2] 蒋晓明,徐海红.盐酸坦索罗辛在输尿管微小结石排石中的作用[J].临床泌尿外科杂志,2008,23(11):874-875

作者简介:

孙阿娟(1978-),女,北京中医药大学 2002 级硕士研究生,主治中医师,方向:针灸、小儿推拿。

编号:EA-11090522(修回:2011-11-20)

(上接 84 页)

3 讨论

脑中风是严重危害人类健康和生命安全的常见的难治性疾病,存在着明显三高(发病率高、致残率高、死亡率高)现象。根据统计我国每年发生脑中中风病人达 200 万。发病率高达 120/10 万。致残率高达 75%。已得过脑中中风的患者,还易再复发,每复发一次,加重一次。所以,更需要采取有效措施预防复发。中风常因残留不易康复的肢体偏废等后遗症,给病人造成沉重的心理压力和家庭社会负担。随着生活条件的改善,糖尿病、高血压、高血脂病人逐年增加,中风发病率呈上升趋势。在中风发生后,经过急救,患者生命体征稳定的前提下,针刺治疗应该及早介入。这样能显著提高机体瘫痪之肌力,并能最大程度的避免肌肉萎缩、关节僵硬,有助于提高治疗的效果和患者的康复^[3]。

针灸疗法可以疏通经络,使瘀阻的经络通畅,发挥患者的正常生理功能,达到快速治疗疾病的目的。随着对中风认识的不断加深,经过历代医家的不断总结,针灸治疗中风偏瘫的思路和技术方法不断得到改善,疗效不断得到提高。《黄帝内经》曰:“治痿独取阳明。”治疗时主要取患者手足阳明经穴为主,

辅以太阳、少阳经穴,初病可单刺患侧,久病则刺灸双侧,初病宜泻,久病宜补^[4]。在临床中,我们采用效果尤佳的针刺配合电针治疗。中风初病,取上肢手三里、外关,下肢取足三里、丰隆,用电针治疗时,选用较大电流,刺激周围神经、兴奋中枢神经,使患肢产生酸麻感,并使相关肌群出现节律性收缩,即针刺中的泻法。见效后逐次适当减小电流,即针刺中的补法。针灸能更有效地促进患者肢体功能的康复,同时对治疗中风后口舌歪斜、言语、吞咽功能障碍等后遗症也有显著疗效。

参考文献:

- [1] 王维治,主编.神经内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.134
- [2] 霍春暖,张雅静,王国平等.脑卒中偏瘫病人早期针刺治疗的探讨[J].现代中西医结合杂志,2010,16(10):11-12
- [3] 刘桂花.针灸治疗对老年性中风病人功能恢复影响[J].西川中医,2009,13(9): 94-95
- [4] 王秀敏.脑卒中偏瘫病人肩关节半脱位的康复治疗[J].河北中医,2008,18(2): 184

编号:ER-11102402(修回:2011-11-25)