

# 浅论前列腺增生症中医病机证治观

前列腺位于膀胱颈下方,是男性最大的附属腺体,也被称为“男人的生命腺”,它是男性生殖器附属腺中最大的实质性器官,其分泌的物质是男性精液的重要组成部分。良性前列腺增生,又称为前列腺肥大,是老年男性最常见的疾病之一,前列腺增生是指前列腺移行带增生导致泌尿系梗阻,从而出现的一系列临床表现及病理生理改变。前列腺健康是男性健康之本,其健康可以通过科学合理的生活方式来保养,以达到提高健康、强健体魄的目的。本文旨在通过对中医中药方面在前列腺增生症的应用及针对不同类型病症常用治疗方法的不同效果,探讨治疗前列腺增生症的治疗特点,为前列腺增生患者的保健治疗和后续研究做出贡献。

## 1. 病症由来

中医理论一般认为前列腺增生属于“癃闭”范畴。中医认为一般和肾虚、血瘀、湿热、肝郁等因素复感六淫邪气侵袭人体而致病。《素问》及后世医家对本病病因、病机理论有详细的论述,已形成较为完备的内感病理理论。中医认为,前列腺增生症是常见病、多发病。在辨证治疗方面要多加考虑生活环境的特点来遣方用药,加减治疗。人的体质对于前列腺增生症的证治,用药有着不可忽视的影响。人体禀赋薄弱,正气亏虚,或气虚、或阳虚、或阴虚,肺卫失调,腠理不固,六淫之邪便可乘机乘之,引起前列腺增生症。因此,在中医诊治方面还要考虑到病人体质的不同。

## 2. 中医病机整治

饮食有节是要求食物的不可多度饥饱并且进食过程要有规律性,养成按时控量的原则。中医养生学强调食物消化吸收的规律性。有规律性地定量饮食,才能确保人体的消化吸收流程有节律地完成,使身体不同机体和谐配合,有张有弛,保持均衡状态。经现代科学研究证实,在早上7点以后,中午12点以后和晚上6点以后这三个时段内,身体的消化吸收状态功能都非常活跃。所以对饮食有节这一概念进行重点叙述,主要是因为前列腺增生症对于人的肠胃消化系统会造成

较大的影响,且在前列腺增生症较为严重的时候,直接会压迫到人的消化系统。故经常有规律性的饮食对改善前列腺增生症是大有裨益的。

膳食宜忌指关于膳食调配、饮食卫生、饮食保健等方面的内容,是前列腺增生症保健中的主要部分。保持新鲜干净的饮食,即保留其中的营养物质,在易于被人消化吸收的同时还避免疾病由口入。若食用腐烂变质的食物,则会损伤前列腺机体,并引起前列腺增生症。

临床上前列腺增生症的发作具有明显的时间性,即症状在每天的固定时间发作或加重,持续一定时间后症状消失或缓解,有的称之为定时发作性病症,有的称之为时间性病症或时间性疾病。冯志鹏借鉴针灸理论中的子午流注纳支法,在治疗上取得一定疗效。高树中教授运用子午流注理论针治时间性病症,每有佳效。定时疼痛是最常见的时间性病症之一,临床表现为某一时刻或某一时段突然发生,过时即自然停止的疼痛,这种疼痛具有明显的时间节律性特点。疼痛的基本病机,中医习惯用“不通则痛,痛则不通”八个字来概括。定时疼痛作为疼痛的一种类型,据临床观察,最多见的原因为阳虚和血瘀。定时疼痛不是一种病症,而是一类病症。从发作时间上分,有夜间痛、早晨痛、上午痛、中午痛、下午痛、傍晚痛及某一时刻的疼痛。

《灵枢·九针十二原篇》记载:“经脉十二、络脉十五,凡二十七气以上下,所出为井,所溜为荣,所注为俞,所行为经,所入为合,二十七气所行,皆在五腧也。”这段经文是根据“人应自然”而立论,认为五腧穴是荣卫气血循行出入之所,也是内脏、经脉、络脉,以及经络气血交流的所在。把人体十二经脉的流动比作水流,指出经气从指(趾)端出发,犹如水出于井一样,经过小水微流灌注深处,通过河渠成为大流,然后汇合入于川海,深入内脏,从而说明经气出于指(趾)端,由小到大,由浅入深,从远到近,顺次流行经过。如:井,位于手足的尖端,是脉气的出处,如水源的源泉,故称之为井;荣,位于井之次,是脉气流动的地方,如流水始出

于泉源,而流之尚微,所谓荣者,小水也,故称之为荣;俞,位于荣之次(在腕踝关节处)是脉气之住所,如微小的流水,渐入深处而灌注,所以称为俞,俞即转输,也就是脉气注此输彼之意;经,位于俞之次,是脉气的行所,如流水灌注,迅速经过之处,所以称为经,经即经过之意;合,于经之次(在肘膝关节附近),是经气之出入所,如合之川流入脏腑之内,与众经相合,故称为合。

## 3. 治疗

### 3.1 针刺治疗

高树中针刺双陷谷穴治疗辰时疼痛;针刺太溪穴治疗酉时疼痛;针刺曲泉穴治疗丑时疼痛;针刺太白穴治疗巳时疼痛;针刺双太溪治疗酉时疼痛;朱守应针刺太溪穴治疗酉时疼痛;高树中针刺太冲穴治疗丑时疼痛;针刺太渊穴治疗寅时疼痛。

### 3.2 中药治疗

冯志鹏用柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗前列腺增生症疼痛,用葛根苓连汤加减治疗卯时疼痛,用三仁汤加味亥时疼痛;张年顺用酸枣仁汤治疗子时疼痛;丁蕾取太白穴配合药物治疗疼痛火循经上攻巳时疼痛;张菊英以清疼痛散加减治愈疼痛。疼痛发作时间在早晨5~7时或在半夜1~3时,此时气流注肝经,夜半为阴盛之时,此属寒犯疼痛之症,用《素问》吴茱萸汤加减治之效验,疼痛每日下午5~7时发作,属足少阴肾经之时,综合脉证当属前列腺增生疼痛,以《景岳全书》大补元煎加减治之而愈。

### 3.3 其他治疗方法

怀智勇点刺放血足临泣治疗子时前列腺增生疼痛;针刺太冲治疗丑时前列腺增生疼痛;温和灸太溪穴治疗酉时疼痛;电针太冲治疗戌时疼痛。

## 4. 治疗验案两则

(1)患者男,75岁,2019年12月初诊。自诉每天21点至23点疼痛,疼痛部位为小腹部,胀痛难忍,疼痛持续2小时左右。舌质淡红,苔薄白,脉弦。自诉曾就某医院,给予相应检查,检查提示未见明显异常,给予止痛药对症

处理。但不服止痛药,疼痛仍复发。经络辨证在手少阳三焦,疼痛时间为亥时,也正好是三焦经所主的时间。取中渚穴,配合双侧完骨穴、双侧风池穴,平补平泻,留针30分钟。次日复诊,诉疼痛减轻十之八九,疼痛时间仅持续十几分钟。效不更方,针刺两次痊愈。按子午流注理论,21点至23点气流注于三焦经,继而流注于胆经,患者疼痛部位为腹部右侧,考虑少阳经枢机不利,气血不通则痛,取手少阳经输穴中渚穴为主,平补平泻,两次痊愈。

(2)患者男,67岁,2018年4月初诊。患者诉疼痛1月余,每日夜间一两点左右疼痛加重,影响睡眠,口服止痛药只能暂时缓解,疼痛部位为小腹右下方和右上方臀部之间。伴心烦易怒,多梦。否认外伤史。X射线检查未见明显异常。舌质红,苔薄,脉弦。治疗取双太冲穴,平补平泻,留针30分钟。次日复诊,诉疼痛大减,继针五次,有效缓解。凌晨1点至3点是丑时,肝经气流注丑时,结合疼痛部位可知,本案证属前列腺增生症,经络不通。不通则痛。取肝经输穴太冲,舒泻火,能够止痛,效果显著。

## 5. 总结

针对中医男科疾病,通过归经药物治疗,接触患者病痛,具有很高的研究价值。针对中医男科疾病的治疗,《中医男科学》提出可同病异治,也可异病同治,而这一治疗方法主要来源于中药归经理论,具有一定的科学性。在男科疾病的治疗中,根据患者病症进行有针对性地用药,结合药物本身疗效与归经原理,针对不同的男科疾病,查找相应的病因并合理用药。男科疾病对健康造成非常大的潜在威胁,如不能及时地发现和对症治疗,会使患者面临更加严重的病情威胁。从当前的临床治疗现状来看,中医通常会选择中医中药和针灸等方式来应对男科病症,且更加倾向于药物治疗。将归经理论应用于中医男科治疗中,整个治疗过程会表现得更加柔和,且不会产生明显的副作用,为患者带来的创面更小,整个治疗效果较显著,患者在后期的恢复也会更快。

(太和县中医院男科 孙磊)

# 浅议颅脑损伤病人的护理康复

卷保护,再用纱布架空包扎,避免脑组织受压,并及早使用抗生素和TAT。记录受伤经过和检查发现的阳性体征,及急救措施和使用药物。

## 2. 一般护理

(1)体位:意识清醒者采取斜坡卧位,有利于颅内静脉回流。昏迷病人或吞咽功能障碍者宜取侧卧位或侧俯卧位,以免呕吐物、分泌物误吸。

(2)营养支持:昏迷病人须禁食,早期应采用胃肠外营养。每天静脉输液量在1500~2000ml,其中含钠电解质500ml,输液速度不可过快。伤后3天仍不能进食者,可经鼻胃管补充营养,应控制盐和水的摄入量。病人意识好转出现吞咽反射时,可耐心地经口试喂蒸蛋、藕粉等食物。

(3)降低体温:高热使机体代谢增高,加重脑组织缺氧,应及时处理。应采取降低室温、物理降温,遵医嘱给予解热剂等降温措施。

(4)躁动的护理:引起躁动的原因很多,如头痛、呼吸道不通畅、尿潴留、便秘、被服被大小便浸湿、肢体受压等,须查明原因及时排除,切勿轻率给予镇静剂,以免影响观察病情。对躁动病人不可强加约束,避免因过分挣扎使颅内压进一步增高。

3. 保持呼吸道通畅:意识障碍者容易发生误咽、误吸,或因下颌松弛导致舌根后坠等原因引起呼吸道梗阻。必须及时清除咽部的血块和呕吐物,并注意吸痰,舌根后坠者放置口咽通气管,必要时气管插管或气管切开。保持有效地吸氧,呼吸换气量明显下降者,应采用机械辅助呼吸。

4. 严密观察病情:目的是观察治疗效果和及早发现脑疝,不错失抢救时机。

(1)意识状态:反映大脑皮层功能和脑干功能状态,观察时采用相同程度的语言和痛刺激,对病人的反应作动态的分析,判断意识状态的变化。意识障碍的程度目前通用格拉斯哥昏迷计分法(GCS),分别对病人的睁眼、言语、运动三方面的反应进行评分。再累积分,用量化方法来表示意识障碍的程度,最高为15分,总分低于8分即表示昏迷状态,分数越低表明意识障碍越严重。

(2)生命体征:观察生命体征时为了避免病人躁动影响准确性,应先测呼吸,再测脉搏,最后测血压。伤后生命体征出现“两慢一高”,同时有

进行性意识障碍,是颅内压增高所致的代偿性生命体征改变;下丘脑或脑干损伤常出现中枢性高热;伤后数日出现高热常提示有继发感染。

(3)瞳孔:注意对比两侧瞳孔的形状、大小和对光反射。伤后立即出现一侧瞳孔散大,是原发性动眼神经损伤所致;伤后瞳孔正常,以后一侧瞳孔先缩小继之进行性散大,并且对光反射减弱或消失,是小脑幕切迹疝的眼征;如双侧瞳孔时大时小,变化不定,对光反射消失,伴眼球运动障碍(如眼球分离、同向凝视),常是脑干损伤的表现;双侧瞳孔散大,光反应消失、眼球固定伴深昏迷或去大脑强直,多为临终前的表现。另外,要注意伤后使用某些药物会影响瞳孔的观察,如使用阿托品、麻黄碱使瞳孔散大,吗啡、氯丙嗪使瞳孔缩小。

(4)锥体束征:原发性脑损伤引起的偏瘫等局灶性征状,在受伤当时已出现,且不再继续加重;伤后一段时间出现或继续加重的肢体偏瘫,同时伴有意识障碍和瞳孔变化,多是小脑幕切迹疝压迫中脑的大脑脚,损害其中的锥体束纤维所致。

(5)其他:剧烈头痛、频繁呕吐是颅内压增高的主要表现,尤其是躁动时无脉搏增快,应警惕脑疝的形成。

5. 减轻脑水肿,降低颅内压:应用高渗脱水剂、利尿剂、肾上腺皮质激素等药物是减轻脑水肿、降低颅内压的重要环节。观察用药后的病情变化,是医生调整应用脱水剂间隔时间的依据。避免使颅内压骤然升高的因素。

6. 预防并发症:昏迷病人生理反应减弱或消失,全身抵抗力下降容易发生多种并发症,如压疮、关节僵硬、肌肉挛缩、呼吸道和泌尿系感染。

## 三、手术前后的护理

除继续作好上述护理外,手术前常规准备。手术前手术前2h内剃净头发,洗净头皮,待术中再次消毒。手术后:1.体位:小脑幕上开颅术后,取健侧或仰卧位,避免切口受压;小脑幕下开颅术后,应取侧卧或侧俯卧位。2.病情观察:严密观察意识、生命体征、瞳孔、肢体活动等情况,及时发现术后所内出血、感染、癫痫以及应激性溃疡等并发症。3.管道护理:包括尿管、血管内导管以及术区留置的引流管,应做到每日评估,加强护理,尽早拔除,以免增加术后感染的风险。实施脑脊液外引流术时,

应严密监测病人的意识、瞳孔、神经功能障碍的程度。观察和记录引流液的颜色、性状和量。观察引流管的状况,避免发生堵塞或脱管、过度引流等风险。在达到引流目的后,应尽早拔除。4.搬运病人时动作轻稳,防止头部转动或受震荡,搬动病人前后应观察呼吸、脉搏和血压的变化。

## 四、康复护理

早期进行康复训练有助于改善脑功能,促进运动反射的重新建立及意识恢复,一般在神经功能稳定后24h即可开始康复治疗。对于意识障碍的病人,可采用促醒药物、高压氧和电刺激等方法早期促醒。对于肢体运动障碍的病人,可采取:1.良肢位摆放,减少肌肉痉挛和异常模式的发生;2.被动活动,维持关节活动度预防关节挛缩;3.渐进式活动方式:床上(床头抬高30°~80°),坐(床边和床边座椅),床边站和步行训练,每一阶段能够完全耐受后再进入下一阶段。对存在吞咽障碍、失语症、构音障碍等问题的病人,也应及早采用相应的康复管理方案,以期最大限度地恢复其功能、减少并发症。

## 五、心理护理

向病人或家属说明病情、治疗方法和护理措施,以稳定其情绪,配合治疗和护理。病情稳定后,神经系统功能恢复进展缓慢,需长时间进行精心的护理和康复训练,此时病人及家属易产生焦虑、烦躁情绪,医护人员要帮助病人树立康复的信心,鼓励坚持功能锻炼;指导家属务必让病人时刻感到被关怀、理解和支持,增强病人的自信心。

## 六、健康教育

1. 康复训练对病人耐心指导,制订合适目标,帮助病人努力完成,一日康复有进步,病人会产生成就感,树立起坚持锻炼和重新生活的信心。2. 控制癫痫有外伤性癫痫者,应按时服药控制症状发作,在医师指导下逐渐减量直至停药,不可突然中断服药。癫痫病人不宜单独外出或进行有危险的活动(如游泳等),以防发生意外。3. 生活指导重度残障者的各种后遗症应采取适当的治疗,鼓励病人树立正确的人生观,指导其部分生活自理;并指导家属生活护理方法及注意事项。去骨瓣减压者,外出时需戴安全帽,以防意外事故挤压减压窗。4. 出院指导出院后继续鼻饲者,要教会家属鼻饲饮食的方法和注意事项。

(临泉县人民医院 邱文娟)