

活血化瘀、温肾散寒治疗间质性膀胱炎验案 2 则

于思明¹ 张德欣² 刘艺涵² 陈瑞艳¹

(1.黑龙江中医药大学附属第一医院,黑龙江哈尔滨 150040; 2.黑龙江中医药大学,黑龙江哈尔滨 150040)

关键词 间质性膀胱炎 少腹逐瘀汤 活血化瘀 补阳还五汤 温肾散寒 四逆散 验案

中图分类号 R277.543 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2018)10-0044-02

间质性膀胱炎是一种病因不明的慢性非感染性膀胱炎症病变,多发于中年女性,在临床上相对少见,医师多对其缺乏认识^[1]。间质性膀胱炎诊断困难,目前主要基于排除性诊断和对临床症状的综合分析。膀胱镜检及麻醉下膀胱水扩张对诊断有一定意义,患者依从性较差^[2-4]。目前的治疗手段包括饮食行为管理、口服药物治疗、膀胱灌注治疗、膀胱水扩张术、膀胱注射、骶神经电刺激神经调节术及侵入性手术治疗^[5-6]。也有不少研究表明,膀胱水扩张联合灌注透明质酸钠取得良好的疗效^[7-8]。确诊前患者多应用抗生素,或按一般膀胱炎使用清利湿热的治疗方法,待确诊时已发病日久,因过用苦寒,杀伐正气,患者多有下腹冷痛,遇寒加重等膀胱虚寒表现。又因患病日久,久病入络,阻滞脉络,因膀胱虚寒,血得寒则凝,脉络涩滞,故下腹疼痛,舌多紫暗。膀胱内部出现瘀斑、出血,甚至瘢痕、膀胱挛缩等表现,也属于中医学“瘀血寒凝”征象。因此可尝试采用活血化瘀、温肾散寒法治疗慢性间质性膀胱炎。现将验案 2 则介绍如下。

1 案例介绍

案 1.高某,女,52 岁。2016 年 9 月 11 日初诊。

患者因“尿频,尿急,尿痛反复发作 10 年”就诊。既往始终按尿路感染治疗,久治不愈,后行膀胱镜检查,诊断为“间质性膀胱炎”,给予膀胱水扩张术等治疗,未见好转,故来就诊。刻下:尿频、尿急、尿痛,下腹部冷痛,得温稍减,排尿前后下腹部均有明显疼痛,舌质紫暗,脉涩。尿液分析:隐血(+).辨证为膀胱虚寒,瘀血阻络。治拟活血化瘀,温肾散寒。方选少腹逐瘀汤加减。处方:

炮姜 15g,肉桂 10g,延胡索 15g,桃仁 15g,乳香 10g,没药 10g,川芎 20g,赤芍 15g,红花 15g,补骨脂 15g,淫羊藿 20g,菟丝子 15g,枸杞子 15g,琥珀粉 5g,甘草 10g。常法煎服。共服 15 剂。

二诊:下腹冷感减轻,排尿前后尤甚,面浮肢肿,舌色紫暗,加炒车前子 20g、益母草 30g、生薏苡仁 20g,兼以清利水湿,使邪有去路。继服 14 剂。

三诊:下腹部不冷,痛减,呈阵发性,晨起膀胱充盈及排尿后疼痛,面肿,腰痛。加狗脊 15g 补益肝肾,强腰脊。共服 14 剂。

四诊:患者排尿前疼痛,尿频减轻,小腹坠胀。上方加黄芪 30g 补中益气,柴胡 10g 升举阳气。共服 14 剂。

五诊:患者下腹部不冷,腰痛缓解,排尿后有轻度不适感,下腹隐痛,忧思恼怒时加重。去炮姜、延胡索、琥珀粉,加入柴胡 10g、白芍 30g、枳实 15g,以透邪解郁,疏肝理脾,继续调补至 12 月末,患者尿频、尿急、尿痛缓解。

按语:患者尿路感染反复发作数年,并长期应用抗生素治疗,久病体虚,又过用苦寒之品,更杀伐正气,阳气亏虚,膀胱气化失司,故见尿频、尿急。膀胱虚寒,血得寒则凝,患病日久,久病入络,脉络阻滞,瘀血内阻,故下腹冷痛,舌多紫暗,脉涩。属中医瘀血寒凝之象。对于肾阳虚衰,瘀血阻络的间质性膀胱炎患者,应以活血化瘀、温肾散寒为治则。少腹逐瘀汤出自王清任《医林改错》,其中川芎、赤芍活血散瘀,养血通脉;炮姜、肉桂散寒通阳,温中止痛;延胡索活血祛瘀,散结定痛,加桃仁、红花助活血化瘀之力;乳香、没药活血止痛,消肿生肌;淫羊藿、菟丝子、补骨脂、枸杞子扶助肾气,增温肾散寒之力;琥珀粉活血化瘀,利尿通淋。全方共奏温肾通阳,化气通淋,活血化瘀之功效。祛瘀通脉,肾阳得以温煦,膀胱气化开合如常,气血通畅,则诸症自除。本案阳虚与血瘀并见,兼有湿滞膀胱,气滞络阻,过于滋养恐有敛邪,过用清利恐更伤正气,故用药当温阳而不敛邪,活血而不破血伤正。

案 2.王某,女,61 岁。2016 年 7 月 10 日初诊。

患者因“尿频、尿急、尿痛反复发作 10 年”就

诊,既往多次盆腔手术史,每在尿路刺激症状加重时行抗炎治疗,尿检正常时仍有明显排尿不适及尿频。膀胱镜检查示膀胱容积减少,局部瘢痕形成,可见小片瘀斑,诊断为“间质性膀胱炎”,未行膀胱水扩张、膀胱药物灌注等治疗。现膀胱充盈时有明显耻骨上区疼痛,排尿后仍持续数分钟才缓解,时有尿道及会阴部疼痛,神疲乏力,食后腹胀,情绪急躁,易激动,舌暗红、苔白腻,脉沉弦。尿液分析显示正常,尿细菌培养无细菌生长。辨证属气虚血瘀,肝气郁滞,膀胱气化不利。治拟活血化瘀,疏肝理气,兼清湿热。以补阳还五汤合四逆散加减。处方:

黄芪30g,桃仁15g,红花15g,乳香10g,没药10g,柴胡15g,白芍20g,枳实15g,陈皮15g,赤芍15g,延胡索15g,琥珀粉5g(冲服),泽泻15g,炙甘草15g,车前子30g,灯心草10g。14剂。水煎服。

二诊:患者尿频、尿急稍缓,仍有排尿前后疼痛,继以上方加五灵脂10g(包煎)、蒲黄10g(包煎),增散结止痛之力;杜仲、续断各15g,补益肝肾。继服14剂。

三诊:患者尿频、尿急减轻,排尿后下腹部疼痛,情绪好转,睡眠欠佳,自觉乏力,舌暗红、苔薄白,脉沉。正气未复,继以上方去泽泻、陈皮,加合欢皮20g、夜交藤20g,养血解郁安神;川芎20g活血行气止痛,加减调治2月,患者尿频缓解,膀胱充盈时及排尿后耻骨上稍感疼痛,程度较前明显减轻,情绪好转,病情得到缓解。因患者病史较长,既往有多次盆腔手术史,气虚血瘀日久,疾病难以根除。嘱患者适度锻炼,保持心态平和,避免忧思愤怒,并以上方制成丸药缓图。

按语:患者久病耗气,肾虚膀胱气化失司,故见尿频,尿痛,神疲乏力;气机升降不畅,肝气郁滞,故见食后腹胀,急躁易怒;病邪入络,血脉瘀阻,故见膀胱充盈时有明显耻骨上区疼痛,舌质暗红;久则水停瘀阻,酿生湿热,本虚标实,治当兼顾,故在补虚的基础上,应注意行气活血、通瘀利水。本案应用补阳还五汤合四逆散加减,补阳还五汤出自王清任《医林改错》,补气活血,化瘀止痛。气虚属脾,又因患者肝郁气滞,木郁乘脾,肝脾不和,故方用黄芪补中益气,固表透邪;加陈皮理气健脾;桃仁、赤芍、红花入肝,活血祛瘀,疏肝行气;四逆散,透邪解郁,疏肝理气;乳香、没药活血止痛;琥珀粉活血化瘀,利尿通淋;车前子、灯心草清热利湿通淋,使邪有去路;泽泻利水渗湿,清下焦湿热。

2 结语

间质性膀胱炎符合中医学“淋证”的特点,但又与一般膀胱炎不同,可不合并感染,所以淋证并非全是尿路感染。古有淋证忌补,忌温热之说,对湿热之证确不可补,《诸病源候论·诸淋病候》中提出:“诸淋者,

由肾虚而膀胱热故也”,“肾虚则小便数,膀胱热则水下涩。数而且涩,则淋漓不宣,故谓之淋”。淋证病位在膀胱及肾,以肾虚为主,对于兼见膀胱湿热之象的患者可佐以清利湿热之品。然而在临床上间质性膀胱炎主要以膀胱充盈时下腹部疼痛为主症,感受湿热之邪并非为其主要病机特征,而应试从“瘀血”着手论治。中年女性,肾虚天癸竭,本应注重固护先天之本,未顾及调摄本虚之素体,或因过用苦寒之品,杀伐正气,则膀胱气化无力,病情缠绵不愈。因膀胱虚寒,血得寒则凝,瘀血内阻,又因患病日久,久病入络,脉络阻滞,则下腹疼痛,舌多紫暗,脉涩。故认为对于肾阳虚衰、瘀血阻络的间质性膀胱炎患者,应以活血化瘀、温肾散寒为主。中年女性,肾精亏虚,水不涵木,肝失疏泄,膀胱开合失司,固摄无权,则尿频、尿急,尿后余沥不止;肝郁气滞,郁热内生,肝气乘脾,故治宜疏肝理脾,清利湿热。对于素体气虚,或劳欲过度致气虚患者,因其无力推动血液运行,而至血运迟缓,因气机不畅,气血失调,脉络瘀阻,而形成瘀血,病久酿生湿热。久病气滞,影响膀胱正常气化,治宜补气、活血、理气。

参考文献

- [1] EISENBERG E R, MOLDWIN R M. Etiology: where does prostatitis stop and interstitial cystitis begin[J]. World J Urol, 2003, 21(2): 64.
- [2] 王涛,姚友生. 间质性膀胱炎的病因及诊断[J]. 国际医药卫生导报, 2006, 12(17): 176.
- [3] 孔东丽,田晓军. 膀胱疼痛综合征/间质性膀胱炎的诊断和治疗[J]. 实用妇产科杂志, 2016, 32(5): 326.
- [4] 王宁,陈志强. 非细菌性膀胱炎的新认识[J]. 临床泌尿外科杂志, 2016, 31(7): 663.
- [5] TIRLAPUR S A, RIORDAIN R N, KHAN K S. Variations in the reporting of outcomes used in systematic reviews of treatment effectiveness research in bladder pain syndrome[J]. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2014, 180: 61.
- [6] 李旭东. 膀胱疼痛综合征/间质性膀胱炎的治疗策略及进展[J]. 现代泌尿外科杂志, 2017, 22(6): 404.
- [7] 温世和,陈剑平,欧阳少青,等. 膀胱水扩张联合灌注透明质酸钠治疗间质性膀胱炎的临床分析[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2011, 5(3): 228.
- [8] 王海龙,吕嘉,王金万. 膀胱水扩张加膀胱灌注治疗间质性膀胱炎30例临床分析[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(22): 41.

第一作者:于思明(1978—),男,在站博士后,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向为中西医结合治疗心肾相关疾病。18845125336@163.com

修回日期:2018-04-29

编辑:傅如海