

基于提壶揭盖法火龙罐联合间歇导尿 治疗 1 例神经源性膀胱患者护理体会

邝明光, 朱彩红

(北京市中西医结合医院 康复医学科, 北京, 100039)

摘要: 本文总结基于“提壶揭盖”法的火龙罐联合间歇导尿治疗 1 例神经源性膀胱患者的护理体会。在常规中医辨证施护基础上,依据“提壶揭盖”理论实施分阶段火龙罐治疗并配合动态调整的间歇导尿方案,二者相辅相成,安全性良好,能有效改善神经源性膀胱症状,促进自主排尿功能恢复,加快患者康复进程,缩短住院时间,提高生活质量。

关键词: 提壶揭盖法; 火龙罐; 间歇导尿; 神经源性膀胱; 脊髓损伤

Nursing Experience of Fire Dragon Cupping Combined with Intermittent Catheterization Based on the "Lifting the Pot Lid" Method in Treating a Patient with Neurogenic Bladder

ZHI Mingguang, ZHU Caihong

(Department of Rehabilitation Medicine, Beijing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 100039)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of Fire Dragon Cupping combined with intermittent catheterization based on the "Lifting the Pot Lid" method in treating a patient with neurogenic bladder. Building upon conventional TCM syndrome differentiation and nursing, the staged Fire Dragon Cupping therapy was implemented according to the "Lifting the Pot Lid" theory, alongside a dynamically adjusted intermittent catheterization regimen. The two approaches complemented each other, demonstrating good safety and effectively improving neurogenic bladder symptoms, promoting the recovery of voluntary urination, accelerating rehabilitation, shortening hospitalization duration, and enhancing quality of life.

KEY WORDS: Lifting the Pot Lid method; Fire Dragon Cupping; intermittent catheterization; neurogenic bladder; spinal cord injury

神经源性膀胱(Neurogenic bladder, NB)是脊髓损伤后的常见并发症,发病率高达 70%~80%,临床主要表现为尿潴留、尿失禁及反复泌尿系感染,严重损害患者生活质量^[1]。中医将其归属于“癃闭”范畴,《黄帝内经》指出其病机关键在于肺失宣降、三焦气化不利,这一理论为中西医结合治疗提供了重要依据。现代医学领域,间歇导尿被公认为管理该病的金标准,结合药物、盆底肌训练及手术干预可显著降低泌尿系感染风险^[2]。在中医特色疗法中,火龙罐疗法独具优势,即其罐体由玄石紫砂混合烧制而成,内置蕲艾柱,基于

“提壶揭盖”理论,通过宣发肺气以通调水道,同时温补下焦以改善排尿功能。将火龙罐综合灸与间歇导尿联合应用,可协同发挥“温、通、调、补”效应,有效促进排尿功能恢复,帮助患者重建自主排尿能力。本文结合 1 例典型病例的治疗实践进行总结,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,70 岁,主因“颈部不适伴躯干及四肢活动不利 3 月余”于 2024 年 10 月 29 日入院。2024

年 07 月 11 日因摔伤致颈部脊髓损伤(ASIA C 级),于 07 月 17 日行颈椎手术,术后遗留颈部僵紧、酸痛,双下肢乏力(双下肢肌力 4 级)、双手精细活动障碍及神经源性膀胱(长期留置导尿管)。既往史:高血压、糖尿病及高脂血症 30 余年,冠心病 20 年,均规律服药控制良好;颈椎及腰椎管狭窄病史多年,未系统治疗。过敏史:否认药物及食物过敏史。

1.2 体格检查

专科检查:颈椎活动受限(前屈 0~30°),C4-T1 棘突压痛(+),颈部脊髓损伤(ASIA D 级)双下肢自腹股沟以远深感觉减退。辅助检查:残余尿量>260 mL,尿常规示白细胞阳性。中医四诊:望:神志清楚,精神可,两目有神,面色晦暗,四肢不遂,舌暗红,苔白;闻:言语清晰,无异常体气及口气;问:颈部僵紧、酸痛、左肩痛,下肢酸胀乏力,纳可,眠差,入睡困难,小便困难,留置尿管,大便干;切:脉弦。

1.3 诊断

中医诊断:痿证类病,气虚血瘀证。中医辨证:患者年高体虚,气虚无力推动血液运行,导致血液瘀滞脉中,闭阻筋脉,故见颈肩僵紧酸痛、左肩痛及下肢酸胀乏力;气滞血瘀,气血运行失常,膀胱气化不利,故见小便困难;血瘀气滞,肠腑失养,推动无力,故见大便干;气血亏虚,心神失养,故见眠差。舌暗红、苔白,脉弦,均为气滞血瘀之象。本病病位在颈部筋骨,病性属本虚标实,病因主要为血瘀气滞。西医诊断:颈部脊髓损伤(术后),神经源性膀胱,泌尿系感染。

1.4 治疗干预

患者于 10 月 29 日因神经源性膀胱伴尿潴留入院,入院后 3 d 拔出尿管,拔管后患者出现短暂尿频(8~10 次/d)、夜尿 2~3 次,初始残余尿量>260 mL。采用提壶揭盖法的火龙罐联合间歇导尿治疗,患者 11 月 26 日出院时入量 2500 mL、出量 2280 mL,残余尿量从超过 260 mL 显著降至 80 mL,排尿次数稳定在 4~5 次/d,夜尿≤1 次,无尿失禁,成功实现从间歇导尿向自主排尿的过渡,逐步恢复自主排尿能力,排尿功能及生活质量明显改善。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 排尿功能评估

借助排尿日记记录患者 24 h 饮水量与排尿状

况,入院前期日均入量 2380~3550 mL,出量 1150~2770 mL,出入量失衡。尿流动力学检查显示逼尿肌无反射、膀胱顺应性降低,属国际尿控协会(International Continence Society, ICS)储尿期与排尿期混合型功能障碍。采用神经源性膀胱症状评分表(Neurogenic Bladder Symptom Score, NBSS)^[3]从尿失禁、储尿和排尿、结局 3 个维度评价,该量表共 24 个条目,总分 74 分,得分越高症状越明显。本例患者得 49 分,表现为尿频(8~10 次/d)、尿急、排尿困难及残余尿量>260 mL。

2.1.2 疼痛程度评估

针对入院时存在泌尿系感染的患者,采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)^[4]评估疼痛,评分 0~10 分,1~3 分为轻度,4~6 分为中度,7~10 分为重度。患者 VAS 评分为 4 分,属中度疼痛,膀胱及尿道有灼烧感,排尿终末加重。

2.1.3 睡眠质量评估

匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)量表含 7 个维度,总分 0~21 分^[5],评分≤7 分为良好,评分>7 分存在障碍。本例患者 PSQI 评估为 15 分,入睡时间>60 min(3 分)、夜间觉醒≥3 次(3 分)、实际睡眠时间<5 h(3 分),存在明显睡眠障碍。

2.1.4 心理社会评估

汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)^[6]包含 14 个项目,总分<7 分为正常,7~13 分为可能焦虑,14~20 分为肯定焦虑,评分>21 分为明显焦虑。本例患者 HAMA 评分 14 分(精神性焦虑 7 分,躯体性焦虑 7 分),对排尿功能及疾病预后担忧。自制照顾者技能评估表(满分 10 分)显示,主要照顾者得 4 分,导尿操作技能需加强。

2.2 护理诊断

尿潴留/排尿功能障碍:与神经源性膀胱有关;疼痛:与泌尿系统感染有关;睡眠型态紊乱:与疼痛与尿意频繁觉醒有关;焦虑:与患者担心疾病预后有关;潜在并发症:跌倒风险,与排尿功能障碍及潜在肌力下降平衡障碍有关。

2.3 护理计划

运用提壶揭盖法的火龙罐辨证取穴治疗,制定严格的间歇导尿方案,重点监测残余尿量变化,加强泌尿系统管理,每日早晚用温水清洁会阴部;通过匹兹堡睡眠质量指数监测结果实施调整饮水时间和镇痛方案,指导患者进行放松训练;重视心

理支持,定期使用焦虑量表评估患者心理状态,提供专业的疾病知识教育和导尿技能培训,强化家属的支持系统;康复训练改善运动功能,提高日常生活自理能力。重点加强膀胱功能训练,盆底肌训练、憋尿训练。

2.4 护理措施

2.4.1 提壶揭盖理论指导下的火龙罐综合灸

依据《黄帝内经》“提壶揭盖”理论,肺为水上源,主宣发肃降,通调水道。肺气闭郁则上窍闭塞,下窍不通,犹如壶盖紧闭则水液难出。故通过宣发肺气、开提上焦,可促进三焦气化,使水道通调。火龙罐综合灸结合艾灸温通之力与手法导引,既能温补下焦元气以固本,又能宣肺揭盖以治标,实现“上焦得通,津液得下”的协同效应,从而改善神经源性膀胱的气化失司、开阖不利。

选穴原则:肺经穴位(宣肺揭盖):太渊(肺经原穴)、孔最(肺经郄穴),以宣发肺气,促进气机升降;膀胱经与任脉穴位(通调水道):中极(膀胱募穴)、关元(补元气,任脉要穴、小肠募穴)、神阙(温阳)、次髎(调理盆腔),以温阳化气、通利下焦^[7]。火龙罐操作方法:施术前挑选中号玄石紫砂火龙罐,仔细检查罐体完整性,确认无裂痕。暴露施术部位时,患者仰卧位对应腹部、上肢,俯卧位(身体条件允许的情况下)对应背部,以酒精消毒后均匀涂抹润肤油。罐内艾炷点燃,将罐口预热至50~60℃。采用运法时,罐口平扣皮肤,小鱼际紧贴,用于太渊、孔最穴位,激发肺气宣发;推法以罐口15°弧边推熨,沿任脉操作,促进膀胱气化;摇拨法通过快速震颤罐体,作用于次髎、肾俞,松解局部筋结;点法则利用罐口花瓣凸起按压,重点刺激关元、中极,强化温补下焦效果。施术按序进行,先沿肺经、任脉、膀胱经运罐,接着碾、揉、点穴,刺激关元、中极。整个过程需密切观察皮肤反应,以皮肤红润、微汗、轻微出痧为宜,谨防烫伤^[8]。

疗程安排:治疗分阶段推进,第一阶段(1~7 d),着重刺激肺经的太渊、孔最穴位,1次/d,30 min/次,并结合每4~6 h进行1次的间歇导尿;第二阶段(8~14 d),增加对膀胱经的肾俞、次髎与任脉的关元、中极的刺激;第三阶段(15~25 d),采用肺经、膀胱经、任脉三经联合治疗,巩固前期治疗效果。注意事项:治疗前需确认皮肤无破损,施术过程中及时调整罐温,防止灼伤;术后24 h内做好保暖,避免受凉;定期超声监测残余尿量,依据监测结果动态调整导尿频率。

2.4.2 间歇导尿管理

2.4.2.1 建立个体化导尿计划

患者初期因膀胱功能代偿性失调,出入量差值显著,残余尿量波动>260 mL。根据国际尿控协会指南,于11月01日启动间歇导尿,初始阶段设定导尿频率为5次/d,1次/4 h,单次导尿量严格限制在400 mL以内,避免膀胱内压超过安全阈值;随着治疗进展,当残余尿量降至200~250 mL时调整为4次/d,1次/6 h;150~200 mL时,减至3次/d,1次/8 h;100~150 mL时进一步调整为1~2次/d;当残余尿量稳定<100 mL,即膀胱容量的20%时停止导尿。建立详细的排尿日记记录,记录内容涵盖每次导尿时间、尿量、尿液性状(颜色、透明度)及自主排尿情况,定期超声残余尿量监测,目标值<100 mL,动态调整导尿频率;患者既往有泌尿系感染病史,尿常规示白细胞阳性,导尿操作严格执行无菌技术,使用一次性导尿包,导尿前采用0.5%碘伏溶液彻底消毒尿道口及周围皮肤,每日进行会阴清洁护理,晨起、睡前各1次,保持会阴部清洁干燥。

2.4.2.2 预防感染

每周定期复查尿常规,重点关注白细胞、亚硝酸盐等感染指标,每日观察记录尿液性状变化,出现浑浊、沉淀等异常立即报告,每日监测体温变化。饮水日总量控制在1500~2000 mL,每小时≤200 mL^[9];为患者配备专用尿垫并及时更换,指导保持会阴部清洁方法。

2.4.3 情志护理

中医讲“肝主疏泄”,情志不畅致肝气郁结,会加重膀胱气化不利。该患者因排尿障碍而焦虑。护理时以疏肝解郁为核心,每日让患者听30 min角调乐曲,以调肝气、安神。运用“以情胜情”等原则,引导其回忆开心事,鼓励参与书法等活动,转移对疾病的关注。家属学习“言语疏导法”,营造温馨氛围,助患者重建信心。

2.4.4 饮食护理

依据“肾主水液”及“脾主运化”理论,饮食调理需兼顾温补肾阳与健脾化湿。患者属气虚血瘀兼肾阳不足,晨起可服黄芪山药粥(黄芪30 g、山药50 g及粳米100 g)补益脾肺之气,午后以薏苡仁赤小豆汤利湿而不伤正。针对神经源性膀胱易生湿热的特性,每日用玉米须20 g煎水代茶,既利尿通淋又避免苦寒伤胃。忌食生冷瓜果及辛辣之物,以防损伤脾阳、加重下焦湿热。饮水计划遵循

“昼多夜少”原则^[10],每日总量控制在 1500~2000 mL,晚餐后 2 h 限水,既保证膀胱冲洗需求,又减少夜尿频次。

2.4.5 安全护理

患者因排尿功能障碍及潜在肌力下降,需重点防范跌倒。为保证患者安全,告知其家属留陪,保持地面清洁干燥,活动场所活动场地宽阔,不设障碍物,夜间保持光线充足,指导掌握“三步起床法”(平躺 30 s→坐起 30 s→站立 30 s),嘱其下床活动时需有人陪伴穿跟脚防滑鞋,休息时拉上床档,防止跌倒坠床。建立跌倒风险评估档案,根据评估结果动态调整防护等级。

2.4.6 康复指导

康复训练时加强膀胱功能训练,具体如下:习惯训练:按患者排尿规律安排如厕时间;排尿意识训练:每次放尿前 5 min,让患者平卧、全身放松,听流水声并想象排尿,然后缓缓放尿;反射性排尿训练:导尿前半小时通过寻找扳机点,通过诱发膀胱反射性收缩来排尿;代偿性排尿训练:采用 Valsalva 屏气法,即患者取坐位,身体前倾,屏气呼吸增加腹压,向下用力做排便动作以帮助排尿^[11]。

2.5 护理评价

经过 25 d 火龙罐联合间歇导尿治疗,患者状况显著改善,残余尿量从超 260 mL 降至 80 mL, NBSS 评分由 49 降至 16 分,尿常规白细胞转阴, VAS 评分从 4 分降至 1 分,患者睡眠治疗及心理状态均好转,照顾者已熟练掌握间歇导尿操作技巧。

3 结果与随访

患者排尿功能显著改善,残余尿量稳定维持在 10 mL 以下,尿常规复查显示白细胞转阴,泌尿系感染得到有效控制;中医证候方面,舌质由暗红转为淡红,脉象趋于和缓,气虚血瘀证候明显缓解。随访至患者出院 30 d 后,患者已实现完全自主排尿,日均排尿次数稳定在 6 次以内。

4 讨论

神经源性膀胱作为脊髓损伤后的常见并发症,严重影响患者生活质量,其治疗一直是临床研究的重点。现代医学对神经源性膀胱的治疗多聚焦于膀胱功能训练、药物干预以及间歇导尿等手段。然而,这些常规治疗方法在长期疗效和减少并发症方面存在一定局限性。近年来,中医特色疗法因其独特的理论体系和潜在的治疗优势,逐

渐成为神经源性膀胱治疗领域的研究热点,为临床治疗提供新的思路和方法。

本研究创新性地将基于“提壶揭盖”理论的火龙罐疗法与间歇导尿技术有机结合,为神经源性膀胱的治疗开辟新路径。“提壶揭盖”理论源远流长,最早可追溯至《黄帝内经》,其核心观点为肺乃水之上源,主司宣发肃降,对水道的通调起着关键作用。若肺气闭郁,上窍闭塞不通,下窍亦随之受阻,犹如壶盖紧闭则水液难以流出。正如《医学源流论·小便不通》中所云:“肺气化,则膀胱之气亦化。”这一理论为通过宣发肺气来改善膀胱气化功能提供坚实的理论基础^[12]。火龙罐疗法巧妙地融合艾灸的温通之力与独特的手法导引,不仅能够温补下焦元气以固本,还可宣发肺气以治标,实现“上焦得通,津液得下”的协同效应,从而有效改善神经源性膀胱气化失司、开阖不利的病理状态。现代研究亦表明,艾灸的温热作用能够显著改善膀胱局部的血液循环,促进组织的新陈代谢,增强膀胱平滑肌的收缩力;同时,通过刺激特定穴位,可调节神经反射,增强膀胱的储尿和排尿功能。

在操作安全性方面,火龙罐采用玄石紫砂材质,配合 40~45℃ 控温技术,有效避免传统火罐可能导致的皮肤损伤风险。此外,其独特的“运—推—摇—拨”等手法操作轻柔,能极大程度降低患者在治疗过程中的不适感,显著提高患者的治疗依从性。在机制互补层面,间歇导尿作为现代医学治疗神经源性膀胱的“金标准”,能够定时排空膀胱,维持膀胱的安全容量,有效降低泌尿系统感染的风险。而火龙罐通过精准刺激肺经的列缺、太渊以及任脉的关元、中极等穴位,实现“上焦宣肺揭盖、下焦温阳利水”的辨证施治,与间歇导尿相互配合,相得益彰,共同促进患者排尿功能的恢复。从综合效益角度来看,该联合治疗方案显著减少患者对药物的依赖,完全契合《脊髓损伤康复护理专家共识》中优先采用非药物干预的原则,有助于降低药物不良反应的发生风险,提高患者的生活质量^[13]。但本研究的长期随访数据还有待完善,后续研究可追踪 3~6 个月膀胱功能稳定性,并聚焦于优化火龙罐参数,明确艾炷燃烧时间与罐体温度的量化关系,探索将该方法与生物反馈训练等现代康复技术联合应用,提升“通调水道”中西医结合模式的临床价值。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中国残疾人康复协会康复评定专业委员会, 甘肃省残疾人康复学会脊柱脊髓损伤康复专业委员会, 甘肃省医学会物理医学与康复分会, 等. 神经源性膀胱综合管理临床实践指南(上)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2024, 46(12): 1057-1064.
- The Rehabilitation Evaluation Professional Committee of the China Disabled Persons' Rehabilitation Association, the Spinal Cord and Spinal Column Injury Rehabilitation Professional Committee of the Gansu Province Disabled Persons' Rehabilitation Society, the Physical Medicine and Rehabilitation Branch of the Gansu Provincial Medical Association, et al. Clinical Practice Guidelines for Comprehensive Management of Neurogenic Bladder[J]. Chin J Phys Med Rehabil, 2024, 46(12): 1057-1064. (in Chinese)
- [2] 中华医学会泌尿外科学分会尿控学组. 间歇性导尿临床应用中国专家共识[J]. 中华泌尿外科杂志, 2024, 45(9): 654-657.
- The Urology Branch of the Chinese Medical Association and the Urological Continence Group. Chinese Expert Consensus on the Clinical Application of Intermittent Catheterization[J]. Chin J Urol, 2024, 45(9): 654-657. (in Chinese)
- [3] WELK B, MORROW S, MADARASZ W, et al. The validity and reliability of the neurogenic bladder symptom score [J]. J Urol, 2014, 192 (2) : 452-457.
- [4] AITKEN R C. Measurement of feelings using visual analogue scales [J]. Proc R Soc Med, 1969, 62 (10): 989-993.
- [5] BUYSSE D J, REYNOLDS C F 3rd, MONK T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research [J]. Psychiatry Res, 1989, 28(2): 193-213.
- [6] HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating[J]. Br J Med Psychol, 1959, 32(1): 50-55.
- [7] 王燕平. 火龙罐对脑卒中肾阳衰惫型神经源性膀胱患者的临床应用研究[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2024.
- [8] 刘梨花, 黄双, 张燕平. 基于提壶揭盖法的火龙罐综合灸对脑卒中后尿潴留的效果观察[J]. 上海护理, 2022, 22(7): 6-9.
- LIU L H, HUANG S, ZHANG Y P. Effect of comprehensive fire dragon pot moxibustion based on lung-qi dispersing on urinary retention after stroke [J]. Shanghai Nurs, 2022, 22 (7) : 6-9. (in Chinese)
- [9] 张大伟, 朱红军, 柯俊, 等. 依据膀胱安全容量间歇性导尿预防神经源性膀胱相关泌尿道感染[J]. 中国感染控制杂志, 2021, 20(10): 903-908.
- ZHANG D W, ZHU H J, KE J, et al. Efficacy of intermittent urethral catheterization based on safety bladder capacity for the prevention of neurogenic bladder-related urinary tract infection[J]. Chin J Infect Control, 2021, 20(10): 903-908. (in Chinese)
- [10] 郭美燕, 范乾, 李艳, 等. 肾气丸加减联合通督调神针刺辅助治疗脊髓损伤后神经源性膀胱肾阳虚证 20 例临床观察[J]. 中医杂志, 2024, 65(2): 192-197.
- GUO M Y, FAN Q, LI Y, et al. Clinical study of modified Shenqi pill plus tongdu Tiaoshen acupuncture for neurogenic bladder after spinal cord injury of kidney-Yang deficiency syndrome[J]. J Tradit Chin Med, 2024, 65(2): 192-197. (in Chinese)
- [11] 倪小艳, 刘文丽, 何爱华, 等. 间歇导尿联合膀胱功能训练对脑卒中后神经源性膀胱患者预后的影响[J]. 名医, 2024(24): 24-26.
- NI X Y, LIU W L, HE A H, et al. The impact of intermittent catheterization combined with bladder function training on the prognosis of patients with neurogenic bladder after stroke [J]. Renowned Dr, 2024(24): 24-26. (in Chinese)
- [12] 张婷婷, 屈玉疆, 张星平. 以“肝主宗筋”理论辨治压力性尿失禁[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(11): 5941-5944.
- ZHANG T T, QU Y J, ZHANG X P. Differentiation and treatment of stress urinary incontinence by the theory of 'liver mains Zong Jin'[J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2024, 39(11): 5941-5944. (in Chinese)
- [13] 王楚怀, 杨佳佳, 程雪, 等. 脊髓损伤中西医结合康复临床实践指南[J]. 康复学报, 2024, 34(4): 323-335.
- WANG C H, YANG J J, CHENG X, et al. Clinical practice guidelines of integrated Chinese and western medicine rehabilitation for spinal cord injury[J]. Rehabil Med, 2024, 34(4): 323-335. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。