

太冲穴凉泻法治疗经尿道膀胱肿瘤切除术后 阴茎水肿合并膀胱刺激征医案1则

邓梓怡¹, 徐柏林¹, 廖穆熙²

1. 广州中医药大学, 广东 广州 510006; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[关键词] 太冲穴; 凉泻法; 膀胱肿瘤术后; 膀胱刺激征

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2026) 04-0193-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.04.033

经尿道膀胱肿瘤切除术(TURBT)后阴茎水肿合并表柔比星膀胱灌注致膀胱刺激征老年男性患者, 常规药物治疗效果欠佳, 现报道采取双太冲穴凉泻法, 得气后行推弩法守气, 症状即刻缓解的医案1则, 分析太冲凉泻法对泌尿系统术后并发症的临床疗效及其可能的作用机制。

1 医案

患者, 男, 78岁, 2025年1月1日初诊。主诉: 膀胱恶性肿瘤术后阴茎水肿1天, 伴尿急尿痛6 h。病史: 患者于2024年4月出现肉眼血尿, 尿频尿急, 尿线变细, 尿道口疼痛, 至当地医院查, 泌尿系彩超示: 膀胱内实质性团块, 大小约48 mm×40 mm, 考虑膀胱癌; 左肾囊肿; 右肾、输尿管、前列腺未见明显异常声像。遂至广州中医药大学第一附属医院泌尿外科治疗, 排除手术禁忌证, 于2024年4月23日行第一次经尿道膀胱肿瘤切除术。术后病理提示: 膀胱高级别浸润性乳头状尿路上皮癌, 侵及黏膜固有层; 免疫组化结果: Her-2(2+, 约40%细胞弱至中等阳性), Ki-67(约60%+)。术后予表柔比星50 mg膀胱灌注化疗1次。并于2024年5月25日行化疗联合免疫治疗, 具体方案: 吉西他滨1.4 g, 静脉滴注, 第1、8天, 每3周1个疗程; 顺铂75 mg, 静脉滴注, 第2天, 每3周1个疗程; 替雷利珠单抗200 mg, 静

脉滴注, 第4天, 每3周1个疗程。治疗后症状可缓解, 期间未行规范疗程治疗。后为求系统诊治, 于2024年12月24日复诊, 症见: 神清, 精神可, 无肉眼血尿, 无尿频尿急尿痛, 无发热恶寒、恶心呕吐、腹痛腹泻等不适, 纳眠可, 大便正常, 体质量未见明显变化。

入院完善相关检查后决定于2024年12月31日行第2次经尿道膀胱肿瘤切除术并常规留置输尿管, 术后约2 h发现阴茎轻度水肿, 当日予口服地奥司明改善循环, 静脉滴注头孢呋辛抗感染及0.9%氯化钠溶液膀胱冲洗。

2025年1月1日上午11时许行表柔比星50 mg膀胱灌注留置30 min, 当天傍晚18时出现明显的尿急尿痛, 难以忍受。值班医生先后予索利那新及塞来昔布胶囊口服。凌晨12时许患者诉以上症状仍缓解不明显, 难以入睡, 疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分8分, 情绪焦虑, 寻求针灸治疗。专科查体: 各输尿管点按压无压痛, 耻骨联合上未触及充盈膀胱, 膀胱区轻压痛, 术后留置的尿管引流通畅, 尿管引流液色淡黄, 阴茎肿胀呈弥漫性水肿, 阴茎皮肤紧张发亮, 局部皮肤颜色呈暗红, 无渗血渗液, 触诊皮温升高, 质地韧实, 压痛(+), 未触及硬结或条索状物。尿道外口无红肿, 未见异常分泌物。双侧睾丸、

[收稿日期] 2025-09-28

[修回日期] 2025-12-18

[基金项目] 广东省基础与应用基础研究基金自然科学基金面上项目(2023A1515011411); 深圳市南山区卫生科技计划项目(NS2023060); 广州中医药大学“双一流”与高水平大学学科高质量发展“筑峰造尖”行动计划“固本”工程项目(GZY2025GB0204); 广州市科技计划项目(2024A04J4333)

[作者简介] 邓梓怡(2002-), 女, 硕士研究生。

[通信作者] 廖穆熙(1983-), 男, 医学博士, 主任医师。

附睾触诊无异常。阴囊皮肤无水肿。舌淡暗、苔黄厚腻，脉弦细。辅助检查：2025年1月1日尿常规示，白细胞数204个/ μL ，白细胞数(高倍视野)36.69个/HPF，红细胞数26个/ μL ，红细胞数(高倍视野)4.68个/HPF。血常规：白细胞计数 $9.45 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞百分比76.7%，淋巴细胞百分比15.7%。C-反应蛋白13.3 mg/L，余指标未见明显异常。既往史：平素喜好肥甘厚腻之品，否认高血压、冠心病、糖尿病等慢性疾病病史，无化学性物质、放射性物质、有毒物质接触史。已婚已育，配偶及子女均体健，否认家族肿瘤病史。西医诊断：经尿道膀胱肿瘤切除术后创伤性阴茎水肿；化学性膀胱炎；导尿管留置状态。中医诊断：阴肿，淋证；属湿热瘀阻肝络证。治以疏肝泻热、活血利水。予双侧太冲穴凉泻法针刺治疗。具体操作：选用规格0.30 mm $\times$ 25 mm的一次性无菌针灸针。患者取坐位，术者左手拇指紧按针穴，右手将针刺入穴内，深度约12 mm，得气后左手减轻压力，右手拇指向后连续捻提3~5次，待针下沉紧，提退2 mm左右，针尖向有感应的部位，连续慢(轻)插急(重)提3~5次，拇指向后再连续捻提3~5次，运用推弩法^[1]守气，即针尖拉着产生感应的部位，拇指向后捻住针柄，且不使针尖脱离感觉，即不失气，产生凉感。守气约3 min后，急速拔针，不扞针孔，患者尿急、尿痛大减(VAS评分1分)，阴茎水肿较前消退。其后，患者无诉明显不适，并于术后第2天出院。

2 讨论

膀胱癌发病率位列全球肿瘤第9位，而非肌层浸润性尿路上皮癌是膀胱癌最常见的病理类型(约占75%~85%)^[2]，其常规治疗包括TURBT及术后膀胱灌注化疗以降低复发风险^[3]。本案患者于术后膀胱镜检后出现阴茎水肿，结合术后血尿常规等相关检验结果，考虑与手术操作，如膀胱镜摩擦或电切术导致的局部组织损伤、炎症反应或淋巴回流受阻相关，故期间维持头孢呋辛抗感染及地奥司明改善循环。其后，患者出现以尿频、尿急、尿痛为主要表现的膀胱刺激征，应与表柔比星膀胱灌注刺激膀胱黏膜有关，相继服用索利那新及塞来昔布胶囊，达峰浓度时症状仍未明显改善。虽本案病因复杂，影响因素众多，但针刺采取双侧太冲穴凉泻法取得即刻缓解的效果，仍是值得深入研究。

中医学认为，TURBT术后阴茎水肿及表柔比星膀胱灌注引发的膀胱刺激征可以分别归属于阴肿、淋证范畴。患者既往长期过食肥甘厚味之品，饮食不节，湿热下注膀胱，且年逾七旬，《素问·上古天真论》^[4]云：“丈夫……七八，肝气衰，筋不能动。八八，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极。”肾气衰惫，膀胱气化失司，水湿内停，久郁化热，湿热下注灼伤血络，如《诸病源候论》^[5]云，“诸淋者，由肾虚膀胱热故也……著热甚者，血则散失其常经，溢渗入胞。”《灵枢·百病始生》^[6]载：“凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。”日久酿生癌毒。输尿管软镜通过尿道的过程，是为金刃外伤，直接损伤阴器，导致局部气血壅滞，血瘀水停，如《金匱要略》^[7]中强调的“血不利则为水”，是故发为阴茎肿胀。且中医学认为化疗药物有“火邪”的属性，为大毒之品，具“攻伐”之性^[8-9]。表柔比星性烈属“火毒”，灌注后滞留膀胱，灼伤黏膜，湿热毒邪蕴结下焦，脉络受损，膀胱气化失司。加上术后患者多伴情志不畅，肝气郁结则气机升降失常，更是加剧了膀胱水液代谢障碍。

本案患者属本虚标实，肾虚气化不利致水湿停聚，加之手术金刃损伤脉络，术后阴茎水肿如蚯蚓盘曲，血瘀水停，更有表柔比星于下焦酿成湿热毒邪，情志郁结不畅，脉弦提示肝气郁结，苔黄厚腻佐证湿热内蕴之机，舌暗反映有瘀血的存在，此为标实，治按“急则治其标”。《灵枢·经脉》^[6]载足厥阴肝经“循股阴，入毛中，环阴器”“所生病者……闭癰”，与本案阴茎水肿、膀胱刺激征的标实证候高度契合。《针灸甲乙经》^[10]载太冲主“腰痛，少腹满，小便不利”，《千金翼方》^[11]治“不得尿”取穴太冲，太冲穴穴底又与涌泉穴相对^[12]，皆提示其对下焦水液代谢障碍的调节作用。太冲为肝经原穴，《灵枢·九针十二原》^[6]载“五脏有疾当取之十二原”，且原穴为三焦之气运行输注所在，针刺太冲可调节肝经气血，疏泄下焦湿热瘀滞，改善本案气血壅滞、血瘀水停的问题，促进瘀血消散及水液代谢恢复^[13-15]，符合“气行则血行，血行则水消”之理，亦为“经脉所过，主治所及”的核心依据。从现代脑功能机制出发^[16-17]，足厥阴肝经上入颞颥，针刺太冲可通过调节情绪、疼痛等相关脑区协同治疗。

本案采取的凉泻法，是郑魁山教授在融汇贯通

传统针刺手法精髓的基础上,删繁就简,对传统“透天凉”手法的简化^[1,18]。

2.1 三五助泻之数理阐释 传统烧山火及透天凉手法将手法操作层面分为“天地人”三层,若在太冲等四肢末端皮层较薄的部位操作,对施术者的操作有较高的要求。而郑魁山教授将施术层面化一,并把烧山火与透天凉施展的九六之数简为三五之数,是为易经数术的应用,暗合河图三五十五之玄秘。《周易》以奇数为阳,偶数为阴,“三”为少阳,即阳之始,象征阳气初升,生机萌动。在针灸中,三代表温补启动之力,通过3次捻转或提插,可激发肝经气机,促进气血运行。河图“五”居中央属土,为万物生发之基,象征调和与平衡,郑魁山教授将5次操作融入补泻中,既避免九阳数之燥烈,又增强手法稳定性,符合“土生万物”的生理特性,调和脏腑功能。即以“三”启少阳之生机,以“五”调中和之气化,保留手法的核心,又不失刺激量,快速疏通肝经湿热,解除下焦壅塞。此法既保留了传统针法“透天凉”的精髓,又通过数理简化提升了临床操作的可行性,尤其适用于术后体质虚弱的老年患者。

2.2 左手揣穴与右手捻提补泻 郑魁山教授曾经实验测得凉泻法可即刻降低同侧经络穴位皮温1.75℃,最高可达5.0℃,亦可降低对侧同经穴位皮温及血管容积波幅^[19],提示该手法治疗不仅对局部有效,也对全身有迅速调节的作用。《临证指南医案》^[20]载:“厥阴内患,其症最急。少腹绕前阴如刺,小水点滴难通,环阴之脉络皆痹,气化机关已息。”本案患者因手术创伤及化疗药物刺激导致局部络脉瘀阻,三焦水道壅塞,局部针刺如操作不当,可能误伤膀胱或引起感染加重炎症,若远处取穴,单纯右手针刺又可能难以有效传导针感。而左右手协同操作可增强针感的穿透力,能使凉泻效应直达病灶,快速缓解阴茎肿胀、尿急尿痛等急性症状。

如《难经·七十八难》^[21]所说:“知为针者,信其左;不知为针者,信其右。当刺之时,必先以左手压按所针荣俞之处。”操作前应仔细揣穴,先以左手手指切宣散局部气血,预放松患者组织的紧张度,减少进针时因局部阻力或痉挛引起的疼痛,并协助刺手躲避肌腱血管及准确定位感觉强烈之处。而后右手进针得气行捻提补泻,郑魁山教授认为,针刺

如船撑篙,其治疗是利用力学原理作用的,针力结合力向变化产生补泻效应,右手持针,拇指通常会向前下方倾斜,如若右手拇指向后捻转,则会无形中伴随着上提之力,从而产生泻的效应。本案在太冲穴施用凉泻法,右手捻提形成“右转+上提力”的复合方向,如《标幽赋》中“动退空歇,迎夺右而泻凉”,达疏肝理气、泻热利水之效^[22]。同时,左手拇指按压太冲穴远端,以行“闭其下气,导气上行”之势,使针感向病所传导,气至而效速。

2.3 推弩法守气 《素问·宝命全形论》^[4]言“经气已至,慎守勿失”,得气之后最好不要“失气”,本案采用推弩法守气,持续引导凉感沿肝经上传,使得气时间延长。“推弩法”并非字面上单一的“推”的动作,“推”意指针尖方向的引导与针感的催动,可通过拇指向前或向后捻住针柄来引导,而“弩”喻指弓弩蓄势,本案操作过程中,针尖顶住有感觉的位置,右手拇指向后捻,将针尖微微朝向离心方向,同时,要求指下保持“弩”的张力,以保持感觉时间的延长。守气期间是为泻针至针下松滑,患者自觉膀胱灼热感缓解,而后针去痛解,效果维持久。本案患者年高气弱,若无持续守气,恐难以彻底疏通下焦瘀阻。从当代筋膜链视角解析^[23],推弩守气非简单的“持针不动”,而是通过力学传导与能量调控实现“以针为媒,引气攻疾”的动态过程。这个“调气”的过程,通过调控前深筋膜链的张力-流体平衡,实现足-盆-膀胱跨节段整合治疗。术后阴茎肿胀,质地韧实,局部筋膜张力增高,说明推弩法对释放筋膜张力、改善水液代谢有一定的作用,或许推弩法守气本质上是维持筋膜力刺激的持续输入实现筋膜的张力释放,需进一步通过超声弹性成像检测筋膜张力来验证。

3 小结

本案患者系老年男性,行2次TURBT后,并发阴茎水肿,继而膀胱灌注化疗后出现膀胱刺激征。其病机错综,既因金刃所伤,致局部气血缠滞,水道不利;又因药毒侵袭,灼损腠络,酿生湿热。本案为探索性案例,独取足厥阴肝经原土之穴太冲。操作前先行揣穴定位,再施以凉泻针法,而后推弩守气,共奏疏肝泻热、活血利水之效。其中,捻转提插依三五之数施术,既契合易理阴阳之变,又化繁为简,便于临床施行;复以左右手协同行针,导

引经气；推弩守气，则令气至病所，效势绵延。案例在抗感染、改善循环基础上联合针灸，提示中西医协同可能提升并发症治疗效果，为老年肿瘤术后并发症治疗提供思路，并可避免抗胆碱药物所致老年患者便秘、口干等不良反应，也为肿瘤支持治疗提供安全经济的针灸方案。

[参考文献]

- [1] 郑魁山. 郑氏针灸全集[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 224-253.
- [2] 叶俊兵, 李王坚, 万俊彦, 等. 非肌层浸润性膀胱癌治疗的研究进展[J]. 国际泌尿系统杂志, 2020, 40(5): 938-941.
- [3] 靳英辉, 曾宪涛. 中国非肌层浸润性膀胱癌治疗与监测循证临床实践指南(2018年标准版)[J]. 现代泌尿外科杂志, 2019, 24(7): 516-542.
- [4] 佚名. 黄帝内经素问[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [5] 丁光迪. 诸病源候论校注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 292-295.
- [6] 佚名. 灵枢经[M]. 田代华, 刘更生, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [7] 张仲景. 金匱要略[M]. 何任, 何若苹, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 52-54.
- [8] 张越, 杨焱, 马伊锐. 化疗前后肿瘤患者的证候规律[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(10): 2724-2726.
- [9] 肖双双. 妇科恶性肿瘤化疗前后中医气血阴阳证候的演变规律初探[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [10] 皇甫谧. 针灸甲乙经[M]. 影印本. 北京: 人民卫生出版社, 1956: 124-125.
- [11] 李景荣. 千金翼方校释[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 430-431.
- [12] 高式国. 高式国针灸穴名解[M]. 修订版. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 205-206.
- [13] 刘嘉嘉, 何慧英, 陈翠, 等. 《针灸大成》中太冲穴的临床应用探析[J]. 中国当代医药, 2024, 31(11): 92-96.
- [14] 杨凯航, 吴清明. 《针灸甲乙经》中太冲穴的定位及临床应用[J]. 山西中医药大学学报, 2022, 23(3): 225-227, 232.
- [15] 李燎原, 魏小桐, 李小贾, 等. 针刺太冲穴与触觉刺激男性外生殖器的感觉传入fMRI比较研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(9): 1222-1226.
- [16] 李胜南, 李晓陵, 于苗苗, 等. 针刺太冲穴脑效应机制功能性磁共振成像研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(8): 73-77.
- [17] 杨旭. 基于fMRI技术针刺健康青年太冲穴脑效应机制研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2023.
- [18] 方晓丽, 王芬, 郑俊江. 郑魁山教授创新针法“热补”法与“凉泻”法[J]. 中国针灸, 2012, 32(1): 35-38.
- [19] 郑魁山, 郑俊江, 郑俊朋, 等. 对热补(烧山火)凉泻(透天凉)针法实验研究总结[J]. 甘肃中医学院学报, 1996(8): 10-13.
- [20] 叶天士. 临证指南医案[M]. 苏礼, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 112-113.
- [21] 凌耀星. 难经校注[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 119-120.
- [22] 杨继洲. 针灸大成[M]. 靳贤, 补辑重编. 黄龙祥, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 56-57.
- [23] MYERS T W. 解剖列车——徒手与动作治疗的肌筋膜经线[M]. 3版. 关玲, 周维金, 瓮长水, 主译. 黄龙祥, 主审. 北京: 北京科学技术出版社, 2016.

(责任编辑: 刘淑婷)