

综 述

从尿路感染探讨有关淋证治疗的进展

陈 梅 芳

祖国医学中淋证有湿热淋、血淋、砂淋、石淋、膏淋、气淋、劳淋之分,包括现代医学中的尿路感染、尿路结石、乳糜尿……等等,范围很广,病种很多,本文拟通过对尿路感染一病的文献复习,探讨有关淋证治疗的进展。

病 因

尿路感染一般是指细菌侵犯尿路任何部分引起炎症的总称,尿路感染可分上尿路感染(如肾盂肾炎)及下尿路感染(如尿道炎、膀胱炎等)。下尿路感染常有尿频、尿急、尿痛等症状,与淋证症候甚为相似。肾盂肾炎的感染途径虽有上行性、血行性、淋巴道传播及邻近组织感染蔓延等多种,但大多数是由膀胱炎上行所致,而肾盂肾炎的尿菌排入膀胱又可引起膀胱炎,两者互为因果,有时可同时并存,所以上尿路感染也多具淋证表现。

经云:“诸淋所发皆肾虚而膀胱有热也,……蓄于下焦故膀胱急。”《诸病源候论》云:“膀胱与肾为表里,俱主水,水入小肠与胞行于阴为溲便也。若饮食不节、喜怒不时,虚实不调,脏腑不合致肾虚膀胱热,肾虚则小便数,膀胱热则水下涩,数而且涩则淋漓不宜。”说明本病部位在肾与膀胱,外因为湿热,内因肾虚,肾虚则湿热之邪得而凑之。而肾虚的原因又是多方面的,它可以由于饮食、精神、生活、其他内脏器官的变化而诱发。我们在临床也确实观察到凡能降低机体或尿路抵抗力的因素如糖尿病、肝脏病、心力衰竭、慢性肾小球疾病、膀胱张力减弱等等均易诱发本病,因此调理全身状况很为重要。

辨 证

近代中医认为淋证可分为急性期与慢性期。在急性发作阶段,大多由于湿热蕴积下焦,膀胱气化功能失常,以邪实为主,可按“湿热淋”论治;慢性期常出现脾胃虚弱兼有下焦湿热不清的表现,属正虚邪恋,可按“劳淋”等论治。

一、急性期

常见于尿路感染急性期或慢性肾盂肾炎急性发作。起病急,有尿频尿急尿痛而涩及腰痛等症状,不伴有或伴有不同程度的恶寒发热,为湿热蕴蒸所致的实热证。有些单位根据本期临床表现不同,予以不同辨证:

1. 膀胱湿热:有畏寒发热,尿频、尿急、尿痛、点滴难下,少腹胀痛,腰痛,苔黄腻或白腻,脉濡数或滑数。

2. 肝胆郁热:寒热往来,心烦欲吐,口苦胁痛,不思饮食,腰痛,少腹胀满,尿频而痛,脉弦数,苔深黄。

3. 胃肠实热:壮热持续,汗出热不退,口气秽浊,口渴欲饮,腹痛便秘,头痛腰痛,小便混赤,尿时涩痛,舌质红、苔黄腻,脉数。

4. 邪衰:经治疗后热退,症状减而未尽,尿液检查改善,但尚未恢复正常。

5. 癃闭:淋证可诱发癃闭或导致癃闭。多数在慢性肾盂肾炎的基础上急性发作,导致肾功能衰竭而急性少尿或尿闭;少数为急性肾盂肾炎应用抗菌素后发生过敏反应或致急性间质性肾炎而急性尿闭;部分为其他肾脏疾病如慢性肾炎、孤立肾、畸形肾、肾结石等,并发急性尿路感染后发生肾功能衰竭及出现尿毒症。

二、慢性期

多由急性泌尿道感染未彻底治愈而转为慢性,或为急性期症状不明显,一旦发现已成慢性疾患,临床上见尿路刺激症状时起时伏,反复不定,并伴有正虚之象,尿常规检查或尿细菌培养阳性,间或阴性,但尿爱迪氏计数常见白细胞增高。根据表现证候不同,予以不同辨证:

1. 肝肾阴虚、下焦蕴毒:除尿路刺激症状外,常有头晕耳鸣,低热盗汗,咽干唇燥,腰痛腰痠,尿色黄,脉弦而数,舌红少苔,肾功能正常。

2. 脾肾两虚、下焦蕴毒:除尿路刺激症状外,尚

有面浮肢肿或消瘦纳差、腰痠、神疲乏力或有少腹坠胀、尿频等气虚下陷的症状，苔薄白、舌淡红，脉软或沉细无力，肾功能正常或在代偿期。

3. 肾精不足、浊阴上泛：面色萎黄，神疲乏力，纳食甚少，尿量或多或少，肾功能不全，有氮质潴留。

治则与疗效

尿路感染的治疗，现代医学以抗菌素抑菌为主，其次比较重视诱因及合并症的治疗。中医治疗，根据急则治标的原则，急性期，先以清热解毒、利水通淋为主，至慢性期则标本兼顾，在补肾健脾的基础上，伍以清利湿热或清热解毒之品。

一、急性期的治疗

上海中医学院(1979)提出膀胱湿热以清热解毒利尿通淋的八正散加减治疗；肝胆郁热则以清利肝胆通调水道的龙胆泻肝汤合小柴胡汤加减；胃肠实热以清热通腑的异赤承气汤加减治疗。

朱氏(1983年)报道^[1]以清淋合剂(生地榆、生槐角、半支莲、白花蛇舌草、大青叶各30克，白槿花、飞滑石各15克，生甘草6克)治疗100例急性泌尿系统感染，重症剂量加倍，高热加柴胡20克，炒子芩15克。急性者52例服药1周，慢性急性发作者服药2周。尿菌培养见有多种球菌、杆菌生长。服药后48小时症状体征消失，尿常规转阴，72小时尿培养转阴，共40例；症状体征在服药后72小时内基本消失，尿培养至第7日转阴，共26例；症状体征减轻，第7日尿培养的菌落数 $<10^6$ 个/毫升，共16例；治疗前后无明显改善者18例。近期治愈率66%，总有效率82%。

韩氏(1983年)报道^[2]银蒲八正散治疗急性肾盂肾炎32例，方剂组成为金银花、蒲公英、紫地丁各30克，篇蓄15克，车前子、瞿麦、滑石各12克，栀子10克，大黄6克，木通、生甘草梢各5克。结果，治愈29例，无效3例。有效病例一般服药约10剂左右，尿检查转为阴性。

黄氏(1981年)报道^[3]龙蛇茅草饮治疗尿路感染130例，主要药物为龙须草、白花蛇舌草、荠菜花各30克，粉川萆薢各12克，瞿麦穗、篇蓄草、车前草、凤尾草各15克，茯苓皮12克，大生地10克，木通、生草梢各5克。治疗后临床症状消失，尿常规检查阴性98例(75.4%)，平均疗程为6.3天；临床症状消失，尿常规检查明显好转25例(19.2%)；临床症状消失或明显减轻，尿常规检查好转不明显7例

(5.4%)。

上海市第七人民医院(1977年)报道^[4]辨证治疗尿路感染31例，其中有9例(4例因高热不能控制，4例因病情无改善及1例因服中药呕吐)改用西药治疗，其余22例均以单纯中药治疗见效。平均退热时间4.5天，尿路刺激症状消失需5.7天，尿常规转为正常需19.2天，尿培养近期转阴率为33.3%。而西药组9例，发热、尿路刺激症状、尿常规检查及尿培养近期转阴率等均较中药组略胜一筹，但他们认为服用西药者，当急性症状被控制后出现邪去正衰时就缺乏理想的治疗方法，而中药确有调理病后体虚，从而缩短了康复的日程并巩固了疗效。他们的治疗方法是急性期用清解湿毒、利水通淋的基本方：忍冬花藤、鸭跖草、凤尾草、鱼腥草、篇蓄草、黄柏、甘草。发热在38℃以上，每日煎服2剂；38℃以下，每日1剂；发热在39℃以上者，基本方加柴胡、白头翁、黄连、黄芩。对有血尿、腰痛、腹胀、胸闷、纳呆、大便秘结等症，则随证加用相应药物。通过上述治疗，邪实症状减轻，而病后体虚之象渐显，即进入邪衰型或邪衰正虚型，此时逐渐减少基本方中清热解毒药而加入益气(偏气虚者，可加苡仁、黄芪、白术、党参等)或养阴(偏阴虚者，可加入生地、知母、花粉、石斛等)之品。

二、慢性期的治疗

一般肝肾阴虚、下焦蕴毒，常用滋阴利水的知柏地黄丸合清热解毒之剂治疗，脾肾两虚、下焦蕴毒，常用健脾补肾兼以清利湿毒的方药，如补中益气汤、三妙丸合六味地黄汤加减。

郁氏(1964年)^[5]将59例慢性肾盂肾炎辨证分为三个类型：(1)湿热内蕴、郁久成毒型(7例)，用萆薢、乌药、益智仁、毕澄茄、木通、山栀、瞿麦、泽泻、生甘草等治疗；(2)肝肾阴虚、下焦蕴毒型(16例)，用生地、丹皮、山药、茯苓、泽泻、川断、寄生、篇蓄、瞿麦等治疗；(3)脾肾两虚、下焦蕴毒型(36例)，用生芪、党参、白术、茯苓、陈皮、生地、川断、寄生、菟丝子、枸杞子等治疗。以上三个类型治疗药物中均适当地佐以清热解毒药如银花、连翘、公英、黄连、苦参、败酱草、贯仲、土茯苓、赤小豆、当归等药物。郁氏等认为慢性肾盂肾炎经过较长时间中医药治疗，痊愈率(包括基本痊愈)较文献报告用西药者高(西药组为11.4%，而中药组为22.03%)，且59例中有37例过去曾经用过一种或多种抗菌素治疗无效。另5例过去用抗菌素治疗无效，但经过一阶段中药治疗后，再用西药，均获效果，因此他们认为中医中药对抗菌素治疗无效的耐药菌株所致的肾盂肾炎有一定

的疗效。

殷氏(1980年)⁽⁶⁾以解毒化瘀为主, 治疗 54 例慢性肾盂肾炎, 解毒化瘀药多用苦参、土茯苓、白花蛇舌草、丹参、当归、益母草、桃仁、没药等, 再加辨证用药, 辨证分为正虚邪恋型、脾虚型、肾虚型, 分别予以益气养阴、健脾利湿、温补脾阳等法随证加减治疗。治疗效果: 痊愈 29 例, 显效 13 例, 好转 7 例, 无效 5 例。

黄氏(1981年)报道⁽⁷⁾ 中医治疗肾盂肾炎 178 例, 急性期以解毒通淋、清热利湿为主, 用柴芩汤加减。重症一日 2 剂, 分 6 次服。非急性期, 用调理脏腑功能及清热解毒并重, 标本同治, 用知柏地黄汤加味或益气通淋汤加减。治疗结果: 急性肾盂肾炎 84 例, 治愈 69 例 (82.1%), 慢性肾盂肾炎 94 例, 治愈者 73 例 (77.6%)。

史氏(1981年)报告⁽⁸⁾, 11 例外伤性截瘫合并绿脓杆菌尿路感染, 经西药治疗 1 月未愈患者, 改用通淋 2 号方(防风、木通、秦皮、川芎、苦参、当归、红花各 15 克, 木香、篇蓄、白头翁各 20 克)煎服, 每日 1 剂; 篇蓄粉每次 1 克, 每日 3 次口服。同时以 25% 鸭跖草当茶饮。并配合适时冲洗膀胱及针刺疗法, 全部病例于用药 5~15 天见效, 平均 10 天治愈。

讨 论

一、通过上述文献综述, 可以看到各家对尿路感染急性发作期多按淋证治疗, 至慢性期则除了治淋之外还加上调理脏腑各法来提高疗效, 在辨证论治方面各家意见基本上一致, 但疗效评定标准还有所出入, 因此各家的疗效有较大的差距。若今后能统一疗效评定标准, 则能更有助于资料综合与比较, 便于方药的舍取。

二、上述文献中有好几篇报道指出, 中医药在治疗尿路感染方面对制菌与改善症状方面有一定疗效, 而更可贵的是对一些抗菌素无效病例经中医药调治后获效, 我也有此同感。我院除上述文献报道以外, 还有以下几种情况也归纳介绍于下:

1. 慢性肾盂肾炎能为抗菌素控制, 但停药即复发, 长期应用后逐渐产生抗药, 虽然也订有 3~4 种抗菌素联合运用, 以防其抗药性产生, 但有时由于种种原因药物品种不敷应用, 所以若能配合清热利水的中草药交替应用, 则可以减少抗药性产生。另外, 清热解毒的中草药品种很多, 可以经常调换轮流使用。常用的清热解毒药有银花、连翘、蒲公英、黄连、黄柏、苦参、败酱草、贯仲、土茯苓、红藤、人

中白、篇蓄草、瞿麦、苍耳草、嫩柳条叶等等。常与清热利水药合用, 如金钱草 30 克, 篇蓄草 30 克, 土茯苓 15 克, 生甘草 3 克, 煎汤代茶, 每日 3~4 次, 每次一大碗。不但有清热通淋, 还有制菌作用, 又能起稀释尿液冲洗尿路的作用。方中的篇蓄草和土茯苓可以经常与上面所列举的其他清热处理药换用, 藉此可避免抗药, 抽减西药, 巩固疗效, 减少复发。

2. 慢性肾盂肾炎反复发作, 长期应用抗菌素可刺激胃肠道引起胃肠功能失调, 胃纳差, 甚至造成营养不良, 消瘦乏力, 免疫功能不佳, 机体抵抗力减弱, 而致细菌与机体长期共存, 不易消灭, 此时即使再用大量抗菌素虽可使尿培养阴转, 但患者一般情况仍差, 或稍一劳累, 尿细菌培养又转阳性。对此种病人, 首先应重视调理脾胃, 待食欲好转后, 再补肾强身, 应用增加机体细胞免疫功能的中药, 如黄芪、玉屏风散等等。

本院有一职工患慢性肾盂肾炎反复发作, 长期运用抗菌素, 因注射局部变硬、硬结, 口服后胃痛不能耐受, 转为中西医结合治疗。当时见症为消瘦乏力, 面色苍白, 纳食衰少, 嗝气, 大便不畅, 舌苔薄黄, 脉沉细弱。上腹部压痛及肾区叩痛, 辨证属体虚邪实, 胃失和降, 脾失健运, 湿浊下注, 郁而化热。停用西药。治拟攻补兼施, 扶正祛邪, 予健脾和胃与清热化湿剂并进, 方宗香砂六君与八正散出入。党参 9 克, 制半夏 6 克, 茯苓 9 克, 陈皮 6 克, 木香 3 克, 砂仁 3 克, 全瓜蒌 12 克, 大黄 3 克, 徐长卿 15 克, 滑石 12 克, 车前子 9 克, 黄柏 6 克。患者服药后腹痛渐解, 纳食渐增, 尿路刺激症状缓解, 体重增加, 诸症改善出院, 门诊巩固治疗 1 年, 未见大发。

3. 部分病人长期服呋喃唑酮, 会发生周围神经疾病, 有时用维生素 B₁、B₁₂ 治疗无效。此时可加用中药虎杖方(虎杖、忍冬藤、婆婆针、金雀根、延胡索各 15 克)加减治疗。

本方治疗的第 1 例是一位慢性肾炎伴尿路感染患者, 在外一直用呋喃唑酮治疗, 数月后逐渐出现下肢疼痛, 最后发展到剧痛而转来我院急诊。曾先用维生素 B₁ 未效, 后用麻醉止痛药也只能收一时之效。后来请会诊, 给予虎杖方, 服后 2 天疼痛即减, 1 周后完全缓解。以后以此方加减应用于其他周围神经炎病人, 也均见效。

4. 慢性肾盂肾炎长期用抗菌素治疗, 中段尿细菌培养转阴, 但却有霉菌生长, 此时宜停服抗菌素, 给予清热利湿的中药, 如生地 15 克、木通 4.5 克、甘草 3 克、一枝黄花 30 克、野蔷薇根 30 克、炒车前

15克等加减。

曾在门诊遇2例此类病人,以上方治愈,究竟是停用抗菌素后,使霉菌阴转,还是中药抑制了霉菌,因病例过少不能肯定。但停用抗菌素后,中段尿培养不但霉菌转为阴性,其它细菌也持续阴性,由此可见在某些病例中抗菌素用之过久,可以用中药替代之。

5. 慢性肾盂肾炎尿检已转阴性,但尿路刺激症状不缓解(尿道综合征),抗菌素对之常无能为力,此时可用养阴清热通淋方,大生地30克,木通6克,生草梢9克,土茯苓9克,延胡索15克,知母9克,黄柏9克,两面针15克,加减进治。

6. 慢性肾盂肾炎病变波及肾小管,小管功能受损,有多尿及低钾症,下肢瘫痪时发,可予补肾、养阴、收涩、益气方,益智仁9克、台乌药9克、炙鳖甲、炙龟版各9克、菟丝子12克、复盆子9克、黄芪12克、黄精9克等,加减治疗。

7. 慢性肾盂肾炎有大的结石或梗阻性肾病时,必要时需先手术或他法去除梗阻,后再予中药治淋法疗之。

8. 糖尿病易诱发肾盂肾炎,而尿路感染又会影糖尿病的控制,两者互为因果,病情不易速愈,此时可考虑中西药物分别治疗,或用西药控制糖尿病,中药清热解毒治疗尿路感染;对西药难以控制的糖尿病患者,则可考虑以抗菌素控制肾盂肾炎,以养阴补肾中药协助控制糖尿病,尤其是对舌尖光红或剥苔明显者,宜加用天花粉、生熟地、石斛、山药、玉竹、茯

苓、黄柏、知母、丹皮等养阴滋肾清热药物,配合西药胰岛素及抗菌素治疗。

9. 对原有肾脏疾病患者合并尿路感染而诱发癃闭者,应参考癃闭或肾功能衰竭治疗法则进治,因已非淋证范畴,故不多赘,只略提一下临床体会:我们初步认为大蒜外敷肾区对本类患者有增加肾区血流量的作用,从而促进排尿;清热利湿方对控制尿路感染及减少尿路刺激症状与抗菌素有协同作用;通便逐水药及和胃降逆法有减少尿素性胃肠道刺激而改善恶心呕吐症状,维持热量摄入。在缓解期我们以健脾补肾的香砂六君和左归丸治疗有增进食欲和改善全身情况,增加御病能力的作用。

参 考 文 献

- (1) 朱良春等: 清淋合剂治疗100例急性泌尿系感染的疗效观察。江苏中医杂志4(1):21, 1983。
- (2) 韩生江: 银蒲八正散治疗急性肾盂肾炎32例。浙江中医杂志18(2):58, 1983。
- (3) 黄洪舜: 龙蛇荠草饮治疗尿路感染130例疗效观察。中医杂志22(11):848, 1981。
- (4) 上海市第七人民医院中西医结合病房: 中西医结合治疗尿路感染的初步探讨。内部资料, 1977。
- (5) 郁仁存等: 70例肾盂肾炎临床分析及辨证分型治疗探讨。中医杂志(2):9, 1964。
- (6) 殷晓明: 以解毒化痰为主治疗54例慢性肾盂肾炎。江西医学(4):17, 1980。
- (7) 黄星垣等: 中医治疗肾盂肾炎178例效果观察。中级医刊(10):21, 1981。
- (8) 史锡永: 中西医结合治疗尿路绿脓杆菌感染11例体会。辽宁中医杂志(6):16, 1981。

中 药 外 用 治 疗 冻 疮

内蒙古海勃湾矿务局平沟煤矿医院中医科 武世昌

一、药物及用法

取芒硝、黄柏适量,其比例未溃破者,芒硝用量大于黄柏一倍,已溃破者,黄柏用量大于芒硝一倍。两药共为极细末,用时以冰水或雪水(冷开水欠佳)调敷患处;每日换药1次。局部症状轻微者,可按未溃破者用药比例,将黄柏水煎溶化芒硝外洗患处。

二、疗效观察

治疗70例,男49例,女21例;年龄4~7岁13例,8~17岁27例,18~28岁19例,29~45岁8例,46~73岁3例;病程2~45天。冻疮部位为手、足混合者33例,双足13例,耳部15例,双手8例,鼻、面颊、耳部混合者1例。未溃破者54例,已溃破者

16例。70例均按上法分别用药,结果均被治愈,其中63例来年未发。未溃破者治愈时间平均5.9天,溃破者治愈时间平均为10.6天。临床未见有副作用发生。

三、病案举例

崔××,男,5岁,1980年12月25日初诊。

患儿因在冰天雪地中玩耍,手足冻伤,随后奇痒、肿胀疼痛,色紫红,继则双手起水泡、溃破、糜烂,前来就诊。检查:双手指及手背溃破、糜烂呈紫黑色、双足有大小不等的红肿疙瘩,局部发痒、灼热、疼痛肿胀。嘱其用上法外敷治疗1周后,双足肿消、痛减、痒除,双手逐渐生肌收口,10天后两足、两手愈合,皮色渐转正常而治愈。