

当代名医

吴立文运用升降清化汤治疗慢性泌尿系统感染经验

韩红帽

吴立文(1944~),男,河北省南和县人。1970年毕业于北京中医学院中医专业。1983年跟随中国中医研究院时振声教授从事内科临床学习研究,获硕士学位。现在甘肃中医学院从事中医内科学教学、临床工作。曾任中医系主任、中医内科学教研室主任,院学术、学位委员会委员,中医内科学硕士研究生导师,甘肃省中医药学会内科学会副主任委员,全国第三批老中医药专家学术经验继承工作指导老师。擅长内科杂病的中医辨治,善于运用痰瘀理论及气机升降理论指导临床实践,方药应用多有独到之处。公开发表学术论文30余篇,主编或参与编写《中医内科学》等教材、著作8部。

主题词 泌尿道感染/中医药疗法 @ 升降清化汤 @ 吴立文

慢性泌尿系感染为临床常见的泌尿系统常见病、多发病,在中医学中属于淋证的范畴,大部分属于热淋,一部分属于血淋、劳淋。该类患者,尤其是女性,长期迁延不愈,一遇外感、劳累或值经期便发作或加重,给患者带来很大的身心痛苦。我院吴立文教授单纯运用中药治疗本病有良好的疗效,在治疗过程中,尤其重视运用中医的气机升降理论指导实践,兹就其常用的升降清化汤介绍如下。

1 升降清化汤

该方是吴立文教授根据其导师中国中医研究院时振声教授运用验方“升清降浊汤”的基础上加味组成的。由淡豆豉、荷叶、半夏、枳实、制没药、通草、土茯苓、篇蓄、生蒲黄、生甘草组方。

升降学说是中医理论的重要组成部分,升降出入是气化的基本形式。人体水液代谢与肺、脾、肾、三焦、膀胱等脏腑功能密切相关。肺之宣发敷布、脾之转枢运化、肾与膀胱的气化开阖,维持着三焦通畅、水液的升降出入。任何脏腑功能的失调,都会导致气机升降出入障碍,水液代谢失常。泌尿系感染属中医淋证范畴,其病变以湿热为主要病理因素。其慢性病变,虽伴见不同的正虚演变,但均存在不同程度的残湿郁热未尽,留恋难去及气血瘀滞。在这种情况下,正虚患者应适当结合

补益之法;而对于残湿郁热的病理因素,若单行清热利湿法,多疗效不佳,或久治而取效困难,往往有束手无策之感。如能运用中医气化理论,调整气机升降,疏畅气血运行,往往给治疗带来转机。

该方以淡豆豉宣畅上焦;荷叶升清,半夏、枳实和胃降气,使脾升胃降,运转中焦;通草通下焦以降浊;枳实配没药行气活血。如是,则上下通达,气血通畅,治上有助于治下,清气得以升腾,浊阴得以下降,肾之气化功能得以恢复,湿化热透而渐解。同时,合用土茯苓、篇蓄增强清化湿热的作用,用生蒲黄行血止血止痛,以利于改善症状。适用该方治疗慢性泌尿系感染的临床表现为:不同程度的尿次频多、小便涩痛不畅,或有尿急,或尿检有少量脓细胞、白细胞及红细胞,小便色黄,舌苔黄腻或厚或薄,尤其舌根部比较明显,这是湿热留恋未尽的表现。常伴有小腹胀满、小腹坠胀、坠痛等症,这是气机阻滞的主要表现。

加减法:一是根据湿热的轻重与偏盛加味用药。若小便色黄、排尿灼热感明显,或伴有低热者,为热偏盛,酌加黄柏、虎杖;若小便短少不利,舌苔腻而较厚,或大便偏溏者,为湿偏盛,酌加生薏苡仁。二是根据症状表现加味用药。尿痛不适明显者,加郁金;尿频次多,尤其是夜尿多者,加山药、益智仁;小腹胀满者,加香附、乌药;小腹坠胀、坠痛者,加黄芪、防风或柴胡;伴寒热症状者,加柴胡、黄芩;腰部酸困不适者,加牛膝、续断、桑寄生;乏力气短者,加黄芪、党参。尿红或尿检红细胞较多者加白茅根;脓细胞较多者,适加蒲公英、野菊花;白细胞较多者,辨湿热的主次,参上述加味用药。

2 病例介绍

患者温某,女,21岁,学生,2003年8月4日来诊。主诉间断小便涩痛、尿频2年余,加重2月余。2年前,无明显诱因出现小便时涩痛,尿频,排尿不尽,自服消炎药后症状消失。2月前又出现上述症状,服用消炎药后症状减轻但未痊愈,停药后则反复如前。6月6日尿检查:潜血(++),白细胞(±);镜下:红细胞0~3/HP,脓细胞0~4/HP;血常规检查正常。目前尿频,日行20余次,白天半小时就要排尿,且排尿不尽,小腹胀

(下转第618页)

* 甘肃中医学院附属医院内科,兰州市嘉峪关西路732号

(730000)

收稿日期:2004-09-21;修回日期:2004-11-22

肿,甚者表皮破溃,或伴面目浮肿,巩膜黄染,恶心,饮食无味,腹泻黄褐色稀水便,或尿赤,舌质淡红/暗淡/齿痕,舌苔黄白厚腻/白腻,脉滑数/濡。血热阴虚型:症见手足赤胀,指端刺痛怕热,皮肤红疹,目赤涩,口腔溃疡,口角干裂溃烂,腹泻,黄疸,常伴血尿、尿频急痛,或有便血(消化道出血),舌质红,舌苔薄少/黄褐/裂纹,脉细弦数。(2)cGVHD归为湿热和阴虚两型。湿热型(常兼阴虚、血瘀):症见黄疸,纳差,上腹胀闷,口干不喜饮,肤色晦暗,皮疹瘙痒,口腔溃疡或小水泡,可见四肢酸重,皮肤紧硬,活动受限,舌苔黄白腻或兼灰褐色,舌质可见裂纹紫暗,脉弦滑。阴虚型:症见皮肤干燥脱屑、皮疹斑纹,或皮肤硬化、白化斑,面色灰黑,口唇脱皮,顽固口腔溃疡糜烂赤痛,口干少唾,进食艰涩,眼干无泪,畏光,结膜充血涩痛,视物不清,眠差,舌溃疡,舌质光红裂纹,舌苔薄少/剥脱/干黏乏津,脉细弦数。

2 结果

aGVHD:50例次,湿热型34例次。其中Ⅰ度18例次,Ⅱ度12例次,Ⅲ度3例次,Ⅳ度1例次。出现黄疸17例,腹泻13例,血尿(并发出血性膀胱炎)4例。2例Ⅲ度患者因严重腹泻、黄疸、腹膜炎死亡,1例Ⅳ度患者死于感染、多脏器衰竭。其余治疗后缓解。血热阴虚型16例次。其中Ⅰ度6例次,Ⅱ度8例次,Ⅲ度1例次,Ⅳ度1例次。出现黄疸7例,腹泻8例,血尿5例。1例Ⅳ度患者因严重腹泻、消化道出血死亡,1例Ⅱ度患者死于并发症(高血压脑病、呼吸衰竭),1例Ⅰ度患者死于并发症(间质性肺炎)。其余治疗后缓解。

cGVHD:35例次。湿热型9例次均有肝功能损害,肾功能损害2例。阴虚型26例次,其中肝功能损害14例,肾功能损害5例。

23例aGVHD和cGVHD均有者证型分布:持续湿热型3例,始终阴虚型4例,由湿热转阴虚者14例,从阴虚转湿热者2例(均有严重黄疸)。

3 讨论

aGVHD:湿热型明显多于血热阴虚型(超过2/

3),病情偏轻者较多(Ⅰ度超过半数,Ⅱ度超过1/3),半数有肝损害黄疸,超过1/3有肠道损伤腹泻。证候舌象显示患者是以脏腑气机失调为主所致湿热郁滞。血热阴虚型中病情偏重者较多(Ⅱ度及以上占大半),半数有黄疸和腹泻,易并发出血性膀胱炎(5/16),且血尿严重,口腔溃疡严重,危重患者比例大,死亡病例达3/16。中医证候舌象亦显示病损程度较湿热型深重,病在血分、阴精亏耗、脏腑衰竭。

cGVHD:湿热型比例减少(约占1/4),且多兼阴虚、血瘀征象。均有肝损害黄疸,与湿热瘀阻病机相符。部分病例给予清热祛湿、养阴化瘀中药获较好疗效。阴虚型比例明显增多(接近3/4),口腔溃疡严重,乏津症状明显,半数以上有肝损害(14/26),易见肾损害(5/26)。显示阴津亏损,虚火上炎。部分病例试投滋阴凉血清热中药后症状缓解、舌象趋向常态。

初步观察本组病例另一辨证特点即随着病情的加重、病程的延长,阴虚类证型呈增多趋势,与中医理论之谓“阴虚难调”、“久病伤阴”相符。提示我们在下一步研治本病中应重视滋阴护津^[2]。

本病是近年随着干细胞移植的开展凸显出的新的临床难题,目前虽可用多种免疫抑制类药物(包括大剂量皮质激素)治疗,但对重度aGVHD尚无满意的疗法Ⅲ~Ⅳ度aGVHD死亡率高(69±5)%和(97±3)%^[1],且易并发严重感染,常用药物中多有肾毒性、神经毒性,长期应用激素易继发高血压、糖尿病,cGVHD病情持久顽固,使患者生存质量明显降低,因此本病成为中医的一个新课题,应通过观察、辨证逐步认识分析其病变特点及实质,并进一步探索中医治疗方法,争取为这一难治病症增加一条有效无毒的治疗途径。

参考文献

- 1 张之南,杨天楹,郝玉书.血液病学.北京:人民卫生出版社,2003;2029~2037.
- 2 李海燕,冯四洲,钱林生,等.14例恶性血液病造血干细胞移植前后舌象观察.中医杂志,2000,41(7):122.

(上接第578页)

痛不适,腰部酸困,小便色黄,有时胃脘不适,头晕,带下色黄,舌红,苔少微黄,脉细。诊为淋证(慢性尿路感染)。辨证为肾阴亏虚,湿热内蕴,兼脾气不足。治当滋肾养阴,升清降浊,清化湿热。处方:荷叶6g,淡豆豉10g,半夏10g,枳实10g,制没药6g,通草6g,土茯苓30g,篇蓄20g,山药15g,生地黄15g,益智仁15g,白果10g,桑寄生20g,生甘草6g,4剂,水煎服。8月8日二诊时,小便次数减少,日行15~16次,小腹胀痛减轻,

腰部酸困感已不明显,小便黄色变浅,偶有头晕,胃脘不适,食纳一般,月经延期,以往经行腹痛,舌红亦有所减轻,苔少,脉细。上方减白果,山药增至20g,加当归15g,继服。8月11日三诊时,小便日行7~8次,头晕、胃脘不适感消失,仍有小腹胀感。继用上方,去生地黄,加香附10g,黄精15g。8月中旬行经未感到腹痛,月经色量正常。后减香附,因有少量黄带而加椿皮15g。服至8月22日,小便日行6~7次,无其它不适感,尿检查正常。