

林兰辨治尿崩症经验

郑亚琳 黄 达 苏诚炼 指导:林 兰*

中国中医科学院广安门医院,北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号,100053)

* 通讯作者:linlan05@163.com, (010)88001423

[摘 要] 介绍林兰对尿崩症的中医诊断和鉴别诊断思路、对病因病机的认识、辨证论治思路 3 个方面的经验,并对典型病例进行分析总结。

[关键词] 尿崩症;名医经验;林兰

林兰(1938—),女,中国中医科学院广安门医院主任医师,全国第四批老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医内科疑难杂症的医疗、科研、教学工作 40 余年,擅长治疗糖尿病、糖尿病合并心、脑、肾及肢体等血管病变,甲状腺功能亢进症、甲状腺炎、甲状腺结节等甲状腺疾病。先后主持国家“九五”、“十五”、“十一五”攻关课题,国家自然科学基金课题,国家中医药管理局课题等 10 余项。获新药证书 4 项、国家专利 1 项。荣获部、局、市级一、二、三等奖 16 项。出版专著 10 余部。

尿崩症以烦渴、多饮、多尿为主要临床表现,隶属于中医学中“消渴”范畴,所谓“消”即消谷善饥、形体消瘦,“渴”即口渴引饮、小便频数。但历代医家对“消渴”的描述有广义和狭义之分:广义“消渴”,凡具有“消”和“渴”的症状者均属于消渴,涵盖了现代医学中的尿崩症、甲状腺功能亢进症、库兴综合征等内分泌疾病;狭义“消渴”为消渴病,既具备了“消”和“渴”的症状,同时伴有尿甜的特征,属于现代医学的糖尿病^[1]。尿崩症和甲状腺功能亢进症等其他内分泌疾病可通过现代化检测手段如尿比重测定、激素测定、影像学检查等明确区分。中国中医科学院广安门医院林兰教授长期从事中西医结合内分泌疾病的临床研究,现将其治疗尿崩症的经验总结如下。

1 病因病机

林老师指出,本病的病机为津液代谢失调,气血运行失常。其病位主要在肺、脾、肾三脏。其发病在于素体五脏柔弱,加之外感六淫、情志内伤、饮食不节、劳逸失度或外伤导致气血亏虚。气虚不固则影响津液的输布、排泄;血虚则无以生津。气血虚进一步导致肺、脾、肾三脏功能失调,使脾不能散精转运、肺不能通调水道、肾不能开阖气化;而且三脏之间常相互影响:肺燥津伤,津液不得输布则脾胃失于濡养,肾精失于资助;胃热偏盛则上灼肺津;肾阴不足、虚火上炎则可燔灼肺胃之津。因此,该病初起多表现为气阴两虚证或阴虚燥热证;病程日久阴损及阳

可表现为阴阳两虚证;津凝成痰、津枯血瘀则可表现为挟痰、挟瘀证,具备后三证则提示病情加重。

2 辨证论治思路

林老师治疗本病常中西药联合应用,西药以醋酸去氨加压素片(弥凝)补充激素水平,中药以益气养阴为主,结合相关病变脏腑辨证论治,常以金匱肾气丸、六味地黄丸为基础方。临证加减法:肺胃燥热明显者合白虎汤、竹叶石膏汤加减;脾气虚者合四君子汤加减;肝肾阴虚者合一贯煎加减;肾阳虚者合右归饮、真武汤、保元汤加减,脾阳虚合大小建中汤加减;挟痰者合二陈汤加减;挟瘀者合桃红四物汤加减。长期大量临床观察证明,中西药联合不仅能迅速、有效缓解临床症状,而且患者激素的使用剂量和减量速度、疾病的好转率明显优于单纯西药治疗者。

3 典型病例

例 1:患者,女,5 岁,2011 年 3 月出现尿频尿急,尿量不多,当地医院检查未见明显异常,未治疗,2 周后自行好转。5 月无明显诱因出现口渴多饮多尿,每日饮水约 4~9 L,尿量与饮水量基本接近。1 个月内体重下降 2 kg。6 月就诊于当地医院,查尿比重 1.010~1.015,空腹血糖 4.7 mmol/L,头颅 MRI 示垂体柄增粗,神经垂体未见高信号。禁水加压试验:给加压素前尿比重在 1.001~1.004(手测)给加压素后尿量明显减少,尿比重升至 1.016(手测),尿 pH 值在 6.5 左右,未见肾功能和尿微量白蛋白异常。垂体功能方面检查:甲状腺功能正常,促肾上腺皮质激素(ACTH)正常,空腹皮质醇 740.4 nmol/L,生殖系统检查未见明显异常。患者无头痛、视物模糊、视野缺损。足月剖宫产,无头颅外伤史。尿崩症诊断基本成立。垂体柄增粗,进一步鉴别垂体炎、生殖细胞瘤等疾病。当地医院给予口服弥凝治疗,在药效作用期间内患者口渴、多饮、多尿、皮肤干燥等症状能有效改善,血药浓度低时症

状复发。为求中医药治疗来我院就诊。初诊症状：口渴、多饮、多尿间断发作，面黄，消瘦，脱发，偶感前额疼痛，食欲不佳，皮肤略干燥，大便干，1~2天1次。舌红、苔薄白，脉细。身高109cm，体重20kg。现每次服弥凝0.025mg，每6小时1次。中医诊断：消渴（脾肾气虚，津血不足），方药：生地黄10g，熟地黄10g，山萸肉6g，茯苓10g，泽泻10g，益智仁6g，覆盆子6g，菟丝子10g，杜仲6g，肉苁蓉6g，芡实10g，炒白术10g，党参10g，陈皮10g，焦三仙各30g，30剂。二诊：口渴、多饮、多尿较前稍好转，头痛减轻，面色、唇色见红润，皮肤不干燥，食欲不佳，眠可，二便调，身高体重无明显变化。舌尖红、苔薄白，脉细滑。现每次服弥凝0.025mg，每日3次（夜间至上午8~10h服1次，午后6~8h服1次，根据排尿间隔及口渴程度自行调整）。血生化：血肌酐 $23\mu\text{mol/L}$ ，空腹血糖 4.4mmol/L ，血渗透压 279.86mOsm ，血常规：中性粒细胞（NE）49.2%，淋巴细胞（LY）45.2%。尿常规：pH4.5，尿比重1.025。中医诊断：消渴（脾肾气虚，津血不足），方药：生地黄10g，熟地黄10g，山萸肉10g，桑螵蛸10g，益智仁10g，覆盆子10g，杜仲10g，菟丝子10g，枸杞子10g，金樱子10g，生黄芪10g，紫河车6g，30剂。随访时患者诉续前方服药半年余，目前口渴、多饮、多尿、头痛症状明显改善，皮肤不干燥，胃口好，身高体重均增加。弥凝药量减为每次0.025mg，每日2次。

按：患儿面黄、消瘦、纳差均提示患者素体脾肾气虚，发育不良。肾为先天之本，对津液的输布和代谢起主宰作用，肾不化气上升，津液不布则口渴多饮，下焦不摄则尿频多；脾为后天之本，脾失健运，饮食水谷精微不能化生气血营养周身，体表肌肤津液不足则毛发干燥枯槁，皮肤粗糙；九窍津液不足则头痛、口干鼻燥、唇干、舌红；胃津不足则不能腐熟水谷而纳食不佳，肠液干燥则燥屎内结而便秘。故初起以金匱肾气丸、四君子汤加减健脾益肾。后以金匱肾气丸加生黄芪、紫河车补肾填精。诸药合用，使患儿肾精渐充，肾气渐旺，脾得健运，肺得滋养，治节有权。故口干烦渴多饮、小便量多、食欲不振诸症皆消，生机旺盛，身高、体重均增加。

例2：患者，男，9岁。2011年4月因口渴、多饮、多尿入当地医院检查，毛森他试验：饮水量6500ml，24h尿量4290ml，尿比重1.001~1.005。禁水试验：24h尿量660ml，尿比重1.002~1.010。加压素试验：尿量明显减少，尿比重1.010，垂体磁

共振示：垂体后叶T1W1高信号减低，双侧脑室体后部旁白质脱髓鞘；左侧筛窦炎症。当地医院确诊为中枢性尿崩症，给与弥凝口服治疗。2012年1月开始服弥凝每次0.05mg，每日2次。效果不佳。2012年1月13日测夜间饮水4200ml，排尿3500ml，尿比重1.005。2012年1月14日白天饮水4300ml，排尿2800ml，尿比重1.002。患者于2012年2月入北京某三甲医院诊治，核磁共振示：垂体柄增粗。肝肾功能未见明显异常。弥凝改为每日下午13时0.025mg，睡前0.05mg口服。现夜间（晚10时—早7时）无排尿，白天饮水约2L，排尿4或5次（量不详）。首诊症状：口渴、多饮、多尿间断发作，右侧太阳穴处、枕骨处阵发性疼痛，鼻塞，纳食不佳，乏力，睡眠可，记忆力无明显变化，体型偏胖。大便正常。舌红、苔白腻，脉滑。弥凝每日下午1时0.025mg，睡前0.05mg。现夜间（晚10时—早7时）无排尿，白天饮水约2L，排尿4或5次（量不详）。中医诊断：消渴（气阴两虚，挟痰挟瘀），方药：生地黄10g，熟地黄10g，山萸肉10g，茯苓10g，牡丹皮10g，益智仁10g，覆盆子10g，太子参10g，五味子10g，麦冬10g，玉竹10g，丹参12g，杜仲6g，桑螵蛸10g，乌药6g，金樱子10g，菟丝子10g，30剂。二诊：服药后口渴、多饮、多尿症状好转，现已将弥凝改为睡前0.05mg口服，夜间（晚10时—早7时）无排尿，白天饮水约2L，排尿4或5次（量不详）。头痛未发作，纳可，睡眠佳。大便正常。舌红、苔白，脉滑。中医诊断：消渴（气阴两虚，挟痰挟瘀）方药：上方去丹参、杜仲，加紫河车6g，60剂。三诊：患者电话咨询，诉服药后口渴、多饮、多尿症状明显改善，未诉其他不适症状。现已经将弥凝停药1周，复查尿比重正常。嘱其中药守上方继续服药以巩固疗效。

按：此例小儿体型偏胖、鼻塞、头痛、舌苔白腻提示患者素体气阴不足，气滞津凝则成痰、成瘀；肾气不足，脾失健运，肺失宣发则口干、多饮、多尿。因此，林教授治疗此例患儿，初起以六味地黄汤合生脉饮为基本方，气阴双补，肺脾肾同调；加桑螵蛸、乌药、金樱子、菟丝子固精缩尿；加丹参、杜仲活血。复诊诸症减轻，效不更方，基本方不变。加紫河车补肾填精，促进发育。诸药合用，使患儿诸症渐消。

参考文献

- [1]林兰.现代中医糖尿病学[M].北京：人民卫生出版社，2008：1

（收稿日期：2012-11-02；修回日期：2012-12-18）

〔编辑：洪涛〕