

孙伟辨治尿道综合征经验管窥

郑 敏 夏 平

(南京中医药大学附属医院, 江苏省中医院肾内科, 江苏南京 210029)

摘 要 孙伟教授辨治尿道综合征经验丰富,认为本病病机为本虚标实,本虚以肾虚为主,五脏相关,标实以湿热、瘀血多见。治疗常采用益肾培元、补中益气、辛散宣肺、疏清相合、清心通淋、活血通瘀等方法。附验案1则以佐证。

关键词 尿道综合征;病因病机;辨证论治;孙伟

中图分类号 R269.95 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)02-0032-04

尿道综合征,亦称尿频-排尿困难综合征,是一组以尿频、尿急、尿痛及排尿不适为主要表现的症候群。此病在已婚女性中较常见。在美国,每年有500万患者因该病就诊,英国的发病率在成年女性中可达20%~30%。然而,一项来自土耳其的研究显示,尿道综合征的诊断率仅为15%^[1]。该病发病率高,诊断率低,且症状反复发作,因此,临床须加以重视。

现代医学认为尿道综合征主要与膀胱尿道感染或肌肉痉挛、尿道外口因素、排尿控制功能退化、雌激素缺乏、精神因素等相关^[2]。目前尿道综合征的治

疗通常采用改善尿道平滑肌舒缩障碍、口服雌激素、抗精神抑郁等,但疗效并不显著。近年来,多项临床研究表明中医药治疗本病疗效确切^[3-5]。江苏省中医院孙伟教授专研中西医结合肾病30余载,对尿道综合征治疗颇有心得。孙教授认为,本病主要由于肾虚膀胱热所致,邪热客肾,郁结极甚而气血不能宣通,气不行则小便不畅,血不行则刺涩作痛,故以益肾清利活血法作为治疗尿道综合征之大法,常一举获效。笔者有幸跟师孙教授,现将其辨治尿道综合征之经验介绍如下,以飨同道。

2019年1月4日三诊:诉服药后病情基本改善,继服14剂。3个月后随访,患者无上腹胀痛,无暖气反酸,纳食可。

按语:该患者表现仍为典型的肝胃不和证,但气滞症状较为明显,胃气不能正常通降则大便难下,且该患者伴有胆汁反流。故方中加用木香、槟榔、青皮、川厚朴之品加强行气。此外,川厚朴有下气除满之功,青皮具有消积之效,取六腑以通为用之意。现代药理研究表明,木香、枳壳、柴胡等具有加快胃的排空及小肠的推动作用^[6]。脾胃同属中焦,脾升胃降,相辅相成,故方中加用佩兰、茯苓、薏苡仁等甘淡渗湿之品,以恢复中焦气机升降之功。

6 结语

葛师诊治肠系膜上动脉压迫综合征的经验,充分体现了中医临床诊治脾胃疾病时,要重视气机失常及久病入络,在治疗时注意标本兼顾,气血同治,主次分明,灵活加减,方有疗效。

参考文献

[1] 吴楚添,汤绍辉.肠系膜上动脉压迫综合征的诊疗进展[J].

海南医学,2019,30(3):388.

- [2] 刘勇,罗羽宏.肠系膜上动脉压迫综合征的诊疗进展[J].中国普外基础与临床杂志,2011,18(2):225.
- [3] 张国学.补中益气汤治疗十二指肠淤积症2例[J].实用中医药杂志,2000,16(11):39.
- [4] 满光亮,葛惠男.葛惠男运用益气活血方治疗难治性消化性溃疡经验采撷[J].中国中医急症,2015,24(10):1769.
- [5] 王建伟.蛭螂虫临床应用体会[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(23):175.
- [6] 吕立刚,沙宝瑜.疏肝和胃降逆汤治疗胆汁反流性胃炎40例[J].陕西中医,2005,26(1):27.

第一作者:丁早(1995—),女,硕士研究生,专业为中医内科脾胃病学。

通讯作者:葛惠男,医学硕士,教授,主任中医师,博士研究生导师。szzzy88@163.com

收稿日期:2019-04-28

编辑:傅如海

1 病因病机

古籍上并无尿道综合征的记载,但依据其临床特点,可将其归为中医“淋证”范畴。其病因病机最早载于《内经》:“阳明司天之政……病中热胀,面目浮肿……小便黄赤,甚则淋。”说明古人观察到在火热偏盛之年,人们容易发生尿赤和淋证这样的症状,故而热邪很有可能是淋证的重要病因。这与仲景的描述甚为相符,其在《金匱要略》中写到“热在下焦……令淋秘不通”,将其病机归为“热在下焦”,除指出热的病因外,明确指出本病的病位为“下焦”。华氏《中藏经》进一步提出“五脏不通……营卫耗失”皆可致淋,认识到淋证可能与全身脏腑相关。隋·巢元方之《诸病源候论》集前人之大成,对其病位病机作了高度概括,认为“诸淋,肾虚而膀胱热故也。”后世众多医家多遵循这种本虚标实的病机分析。明代以后越来越多的医家意识到此病与精神状态相关,如戴元礼在《证治要诀·淋闭》中指出,淋证与“气郁”有关。李中梓的《医宗必读》也提及妇女多郁,以致妇人气淋和石淋的发病率较高。清《冯氏锦囊秘录》中总结:“内经言淋,无非湿与热……然有因忿怒,气动生火者。”这既说明湿热之邪在本病发生发展中的重要作用,也提醒医家重视肝气不舒的致病因素。目前临床也的确常见本病在情志不舒、忧虑下发作或症状加重,患者也常伴有紧张、焦虑等情绪。当然不可忽视的是,《中藏经》所言五脏不通、营卫耗失等虚损状态是同样可以致病的。孙教授继承古人之旨,多从本虚标实论治本病,其病位在膀胱,与五脏关系密切,病机以本虚标实为主,其中本虚主要为肺、脾、肾三脏虚损,又以“先天不足”为根本,标实以气滞、湿热、血瘀多见。但因人群不同,有不同侧重。

1.1 肾气不足是发病根本原因 临床发现年老体弱,尿道结构异常,绝经后的女性更容易患尿道综合征^[6]。孙教授认为本病发生与否,决定于肾气之强弱。年老体衰,或先天禀赋不足而致尿道结构异常,皆为肾气不足。《素问·上古天真论》云:“女子七岁……七七,任脉虚……天癸竭”,绝经后女性更容易出现肾精、肾阴亏虚。《诸病源候论》也认为诸淋皆与肾虚相关。肾为水脏,主水,司二便,肾虚则下元不固,膀胱气化失司,出现小便频数。流行病学研究提示女性尿道综合征的证型中以肾虚最为常见^[7]。肾虚起始多以肾气不足多见,肾气虚日久可发展为肾阳虚,两种证型多见小便频数、腰膝酸软、形寒肢冷等。又因尿道综合征易误诊为尿路感染,误用寒凉性质的抗生素,进一步损伤肾阳,久之则气化无权

施展,湿热积聚难除。患者平素多腰酸痛,怕冷,夜尿频数,舌淡、苔白,脉细弱。

1.2 五脏相关致疾病缠绵难愈 孙教授认为本病虽以肾虚为主,然五脏相关,相互影响,常一损俱损,治一脏而遗其他,令疾病反复发作,迁延不愈。(1)脾气不足,溲便为变。《内经》云:“膀胱者……津液藏焉,气化则能出”,膀胱的功能正常取决于脾肾的正常气化,与全身气机调畅亦相关,而脾为气机升降之枢,若脾虚则会导致气机升降失常,从而影响到膀胱正常气化功能。此外脾主肌肉,而尿道实际正是一群有序组成的肌肉,脾虚则肌群失调,故发此病。如《灵枢·口问》云:“中气不足,溲便为之变也。”(2)肺气虚寒,金不生水。肺为水之上源,经云:“饮入于胃……上归于肺,通调水道”,肺气虚寒,则津液难布,水道失司。如仲景《金匱要略·肺痿肺病咳嗽上气篇》所言:“肺痿……其人不渴,必遗尿,小便数。”因上虚难以制下,气不摄水故也。况肺肾乃母子相关,肺弱则下生肾水难矣,水无金生则水不能制火,易生热证,下焦之火亦挟水沸腾,则成淋证。(3)肝郁化火,湿热胶结。现代社会生活压力加大,很多女性出现精神烦躁或焦虑,尿频症状因此而发或加重,与气淋相似,并伴有胸胁不适、月经不调等。《证治要诀》曰:“气淋,气郁所致。”提示气机郁滞也是本病的病因之一。肝藏血,主疏泄,助膀胱气化。若患者情志不舒,气机郁滞,则膀胱气化不利,肝郁亦能化火,以致水火升降难以顺接贯通,湿热胶结为患。(4)心热移肠,清浊难辨。心主神明,具有统摄全身生理活动的功能,小便排泄正常也需心的参与。同时,心与小肠相表里,小肠具有分清泌浊的功能,心热下移于小肠,则小肠难分清浊,出现小便淋沥涩痛,频数而多,即《辨证奇闻》所言“小肠热而心亦热”。

1.3 湿热瘀阻为重要病理因素 淋证初期由于湿热毒邪的蕴结,下阴不洁,秽浊之邪侵入膀胱,或外感湿热,内归脾胃,皆酿湿热,阻滞膀胱,发而为淋,淋证日久,正气耗伤,气阴亏虚,气虚则血行无力,阴虚则血黏质浓,致血行不畅形成瘀血,气血瘀滞,阻于脉络,影响膀胱气化功能,尿液不能畅下而致淋。瘀血一经形成,阻滞气机,壅塞肾关,瘀阻经络,反化热生湿成毒,致使病情更趋复杂缠绵。故《血证论》云:“凡复发者,其中多伏瘀血。”研究发现,女性尿道综合征患者盆腔内血流缓慢,提示本病与血瘀密切相关^[8]。湿热血瘀既是病理产物,又是致病因素,贯穿于整个发病过程。

1.4 阳虚内寒遭外寒入侵收引 除上述病因外,孙教授认为寒邪同样不容忽视。《诸病源候论·诸淋

病候》即有“寒淋”病名,“寒淋者……由肾气虚弱,下焦受于冷气……而成淋”。《三因极一病证方论·淋证治》也指出:“如寒……以至暴淋等。”如风寒之邪袭表,寒凝气滞,膀胱不利,则致淋证。然外来之寒为水气而通于肾,外寒之所中,常先有内寒,多由命门火衰,膀胱虚冷,复感外寒而致小腹拘急,所谓“诸寒收引,皆属于肾”。此外临床也常见寒热错杂之证,往往既有尿道灼热疼痛等湿热内蕴之证,又见小腹冷痛坠胀、腹冷等肾阳不足、寒困下焦之证,给治疗带来一定困难。

2 辨证论治

淋证的治疗,中医学者历来存在诸多分歧,如丹溪在《丹溪心法·淋》提出“淋漓赤涩皆内热也”,认为治淋当以清热为首要,不可乱用补法,强调“最不可用补气之药……热得补而愈盛。”张景岳指出:“凡热宜清,涩宜利……虚宜补”,他认为治疗此病,绝非一法可行,热证当有清利,虚证亦可温补,这与丹溪之论有较大出入。清·陈复正注重实际,治学严谨,其在《幼幼集成》写道:“小儿患淋……皆属于火热”,这部分解释了丹溪的见解,即对纯阳之体而言,热邪应当是淋证的主要原因。但应对纷繁复杂的临床患者时,应如《临证指南医案》所言需辨清虚实,正所谓:“治淋之法,有通有塞。”孙教授溯端竟委,融会贯通,主要从以下六个方面治疗本病。

2.1 益肾培元 不论从治疗疾病或预防疾病复发的角度来讲,益肾培元都是求本之法。主要措施有二:一补肾气,运用补气之品,如黄芪、党参等,孙教授认为黄芪“大补肾脏元气”,作为“补药之长”,直补肾中元气,而益一身之气。在补气药中据“阳化气”之理,佐温肾助阳药,如杜仲、淡附片等,化肾气而除内寒。二填肾精,选用平和益肾之药,如枸杞子、菟丝子、山茱萸等,尚可选用麦冬、玄参等以补金生水,二者相合,以求阴阳互生,致肾气源流不绝。对于西药抗生素等药物,孙教授认为寒凉损伤肾气,临床要慎用、少用。

2.2 补中益气 中气不足,气虚下陷是本病的另一重要原因,《万病回春》云:“酒欲过伤而成淋”,即是此理。对于这一类型,孙教授常宗东垣升补中气之法,以补中益气汤为治疗主方。一般认为,治淋证忌补,“气得补愈胀,血得补愈涩,热得补愈痛”,然此证患者余沥不尽,神疲无力,少气懒言,纳差,舌体胖大,脉虚细无力,愈服通利而愈甚,非用补气不为功。况一切淋证,日久中气必虚,虽有瘀浊未清,也必用补气之法。孙教授常以石韦、虎杖与参、芪、柴、升同用,石韦“主劳热邪气,五癃闭不通,利小便水道”(《神农本草经》),虎杖清热解郁利湿,《药性论》称其

“治大热烦躁,止渴,利小便,压一切热毒”。佐清利于补气之中,使补而不热,并辅陈皮、枳壳,令补而不滞,此法补中有疏,方可见效。

2.3 辛散宣肺 肺为华盖,是人体与外界沟通的场所,又为娇脏,寒热皆所不宜。肾阳虚衰,必致肺阳不足,卫气难固,外寒入侵。寒遏于外,又致火郁于内,热不去而湿难除,必胶结为患。孙教授慧心独具,在治疗时必于方中加荆芥、白芷、细辛等一两味辛温之药,作用有四:一辛温以散外寒,防外寒加重内寒;二因势利导,以热引寒、升散郁火;三宣通肺气,肺气得宣,小便得利;四调气祛湿,气化湿亦化。此“提壶揭盖”之发挥。

2.4 疏清相合 古人有“淋属少阳”之训。少阳统辖胆与三焦,乃水气通行的道路。小柴胡汤证即有“小便不利”之描述。且膀胱连阴器,而阴器属厥阴肝经,因此湿热不只在下焦膀胱,亦在厥阴。对于精神症状严重的患者,从肝而治,常取佳效。孙教授认为仲景之柴胡加龙骨牡蛎汤是治疗本病的重要处方之一,其一治“胸闷烦惊”,二疗“小便不利”,对于“一身尽重,难以转侧”亦有效。所谓“胸闷烦惊”指患者抑郁、焦虑的精神状态,“小便不利”描述排尿不畅,而“难以转侧”正符合患者久治难愈后的辗转难眠的情景。方中柴胡、黄芩以疏少阳,大黄清热,茯苓除湿,龙骨、牡蛎安神治烦,人参、大枣养耗伤之肝血。共成疏肝清热,安神解郁之功。当然除了药物治疗外,对患者心理疏导尤为重要,有助提高疗效。

2.5 清心通淋 除补法之外,清心通淋是自古以来治疗诸淋的又一大法,对于湿热蕴结、侵及三焦诸证,均须以清心通淋之法治之,以八正散、清心莲子饮或导赤散加减。《丹溪心法·淋》:“心清则小便利。”事实上清心通淋法贯穿本病各型的治疗过程中。孙教授常以清心泻火为君,臣淡渗通淋,佐养阴清热,清心泻火药如郁金、淡竹叶、灯芯草、连翘、黄连等;淡渗通淋药如车前子、泽泻、茯苓、瞿麦、篇蓄、猪苓等。火热盛者,需用黄连等清热峻猛之药,宜中病即止,解毒而不伤阴损气。

2.6 活血通瘀 如果清补之法不能奏效,则意识到血瘀的存在,“小便者,血之余也”,因此,对小便淋涩不畅,必须治血,若病已及络,更非活血通络不能治,然此病病本为虚,故慎用耗气破血之品。孙教授临床喜用丹参、丹皮、赤芍、益母草,多有一药二用之意,或活血行水,或活血兼清热。但一味活血化瘀,清利收涩,反致阴血逾伤,瘀血更加干涸,故孙教授在治疗时每于方中加入当归、白芍等养阴生血之品,所谓“血既充满,则滋洩下润,自然流通”。

3 验案举隅

李某,女,51岁。2018年12月13日初诊。

患者1年前自觉尿频尿急,自行缓解。半年前病情加重,尿频尿急尿痛反复发作,平时经常尿后不久又有便意,点滴而出。刻下:尿频尿急尿痛,尿后不久又有便意,点滴而出,睡眠差,胸闷不适,易醒,饮食可,大便干结,日行1次。查尿常规示:尿蛋白(-),尿隐血(-),细菌(-),尿红细胞计数0个,尿白细胞计数0个,心电图及心脏超声未见明显异常。舌偏淡、苔白腻,脉细弦。中医诊断:淋证。辨证属脾肾气虚,湿热阻络。治以健脾益肾,清利和络。处方:

生黄芪30 g,潞党参15 g,炒白术15 g,制苍术15 g,老苏梗12 g,泽泻15 g,虎杖20 g,广郁金15 g,石韦20 g,土茯苓30 g,金钱草30 g,荔枝草30 g,车前草15 g,川续断肉15 g,仙鹤草30 g,厚杜仲20 g,菟丝子15 g,淡竹叶12 g,猪苓15 g,黄蜀葵花20 g,醋柴胡10 g。14剂。水煎,每日1剂,分3次口服。

2018年12月27日二诊:药后症状较前好转,仍感小便不适,尿后不久又有便意,点滴而出,大便日行1~2次,偏干,使用开塞露,睡眠较差,右侧乳腺不适,行钼靶检查未见异常,有肩周炎病史,上举受限,膝关节酸痛,纳可,烘热,阵汗出,有痔疮。上方加制香附10 g、制大黄12 g、槐花15 g,14剂,水煎服。

2019年1月17日三诊:服用上方后病情好转,尿后偶有排不尽感,汗出,烘热,视物模糊,双脚冷,右上臂上举受限,左腰部疼痛(2天前外伤病史),膝关节酸痛,大便日行1~2次,偏干,使用开塞露,痔疮反复,睡眠欠佳,夜间睡着后易憋闷而醒,纳可。上方去猪苓加蜂房15 g、椿皮15 g,14剂,水煎服。

2019年1月30日四诊:尿道刺激症状改善,膝关节酸痛好转,潮热,稍有鼻出血,无夜尿,无尿沫,大便日行1~2次,纳可,多梦。上方去椿皮,加焦山栀12 g,7剂,水煎服。

按:本案患者年老体弱,致脾肾日虚,气虚湿阻,久郁成热,湿热阻络,故见尿频尿急尿痛,湿热蕴结,侵及三焦,故眠差,胸闷,大便干结。方中以参、芪、术、仲等益肾健脾,淡竹叶、石韦、猪苓等清心通淋。方中柴胡作用有二,一则合参芪补中益气,取甘温除内热义;二则疏肝解郁,疗患者气机不畅,湿热郁结。全方共奏益肾健脾、清利通络、泻热除浊之功,初见成效。二诊加强清利泄浊,疏肝解郁,收效显著。本案另一特点在于患者主诉繁多,尿频尿急尿痛,膝关节疼痛,视物模糊,胸闷,乳腺不适等并见,然孙教授把握其主要病机,以益肾清利、活血和络治之,终收奇效。

4 结语

尿道综合征是一种常见的自限性疾病,但因为其较大的医疗花费和生活质量的下降令患者深受折磨。在排除泌尿系统感染之后只能采取保守治疗,仅仅是用药物去控制症状,但这对于饱受痛苦的患者来说是远远不够的。显然,中医药是一种很好的治疗方法。孙教授认为尿道综合征属“淋证”范畴,病位在膀胱,病因病机与五脏密切相关,故孙教授临证治疗以肾为先,兼顾五脏,培补肾元以治肾,补中益气以治脾,辛散宣肺以治肺,疏清相合以治肝,清心通淋以治心。同时孙教授意识到湿热、外寒等病邪与本病发生发展密切相关,故而在治疗时,常贯穿使用清热、温里、解表之法,如佐清热利湿药以除湿热,佐温肾助阳药以除内寒,佐解表散寒药以祛外寒。血瘀是疾病发展到后期的主要病理因素,故而孙教授治疗此病时,常选用补血活血之品,祛瘀以生新。值得注意的是本病因与郁证相关,变证繁多,临床需仔细甄别,并注重心理疏导,如《黄帝内经》言:“告之以其败,语之以其善,导之以其便,开之以其所苦。”

参考文献

- [1] PHILLIP H, OKEWOLE I, CHILAKA V. Enigma of urethral pain syndrome: why Are there so many ascribed etiologies and therapeutic approaches?[J]. Int J Urol, 2014, 21 (6): 544.
- [2] 刘霞,宋武.女性尿道综合征的诊疗进展[J].现代泌尿外科杂志,2009,14(1):77.
- [3] 张春雨,邢鹏,周福荣,等.中医治疗女性尿道综合征的文献计量学分析[J].中国中医急症,2016,25(11):2089.
- [4] 周维华.清肾固本汤治疗尿道综合征疗效观察[J].实用中医药杂志,2017,33(5):502.
- [5] 张大成.穴位不留针治疗女性尿道综合征的研究[D].广州:广州中医药大学,2017.
- [6] 姚剑,舍尼通、特拉唑嗪和尼莫地平联合治疗女性尿道综合征[J].中国综合临床,2002,18(5):464.
- [7] 叶人,程志清.尿道综合征中医辨治思路[J].浙江中西医结合杂志,2007,17(7):421.
- [8] 黄树纲,卢子杰,徐彦.补肾活血汤治疗女性尿道综合征60例[J].中华实用中西医杂志,1999,12(4):615.

第一作者:郑敏(1982—),男,医学博士,主治医师,研究方向为肾脏病的临床诊治。

通讯作者:孙伟,医学博士,主任医师,博士研究生导师。jssunwei@163.com

收稿日期:2019-07-04

编辑:傅如海