

## 高艳霞教授中医治疗淋证临床经验举隅

刘晓露<sup>1</sup>, 高艳霞<sup>2\*</sup>

(1 山西省中医药研究院, 山西 太原; 2. 山西省中医院, 山西 太原)

**摘要:** 高艳霞教授是山西省中医院肾病一科主任、主任医师, 硕士研究生导师, 医学双学士学位。她先后从山西医科大学医疗系和北京中医药大学西学中研修班毕业。在临床方面, 她师承名医于家菊、孙郁芝主任, 现为全国首批名老中医孙郁芝教授学术经验继承人。其在多年临床实践中, 擅长从整体观念和辨证论治入手运用中医诊治淋证, 方法独特, 疗效甚佳, 笔者师从高艳霞教授学习, 受益匪浅。现将其临床治疗经验介绍如下。

**关键词:** 高艳霞; 中医; 淋证; 名医经验

**中图分类号:** R759.2

**文献标识码:** B

**DOI:** 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.72.113

**本文引用格式:** 刘晓露, 高艳霞. 高艳霞教授中医治疗淋证临床经验举隅 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(72): 231, 233.

## 0 引言

泌尿系感染是临床上比较多见疾病之一, 是由于各类病原体在尿路中不断滋生、繁殖所导致的尿路感染性疾病。泌尿系感染可以发生于任何人群, 由于解剖结构的不同, 女性尿道较男性尿道更短、更宽、更直, 更容易感染, 所以女性此病的发生率高于男性, 约为男性的 10 倍, 据流行病学资料显示, 我国该病的发生率为 0.91%, 女性的发病率明显高于男性, 未婚女性发病约 1%~3%, 已婚女性发病率约 5%, 60 岁以上女性发病率高达 10%~20%。属于中医学的“虚劳”、“淋证”等范畴。

## 1 病因病机

淋证一词, 首见于《内经》。张仲景在《金匱要略》中描述本病为:“淋之为病, 小便如粟状, 小腹弦急, 痛引脐中”<sup>[1]</sup>。朱丹溪在《丹溪心法·淋》中说道“淋有五, 皆属乎热”<sup>[2]</sup>。巢元方在《诸病源候论》指出“诸淋者, 由肾虚而膀胱热故也”<sup>[3]</sup>。现在普遍认同的病机就是肾虚以及膀胱湿热。膀胱湿热的病因可从以下几个方面进行阐述:(1) 首先, 也是最常见的原因, 饮食不节, 摄入肥甘辛辣之品过多, 致使脾失健运, 湿邪困脾, 日久化热, 终至湿热蕴脾, 下蓄膀胱;(2) 外感湿热之邪, 导致肝胆湿热, 肝经循行下焦, 作用于州都之官, 酿为本病。(三) 外阴不洁, 浊邪逆行上侵州都之官, 酿生湿热为患。肾虚的病因也可以归纳为以下几个方面: 先天禀赋不足, 后天失于调养; 房事不节, 致使肾精亏虚; 年事已高, 肾精自然衰弱。由此可见, 淋证的发病主要责乎肾与膀胱, 肾虚与膀胱湿热的病因二者想兼而致小便淋漓涩痛。

高教授认为, 此病的发生主要责之于湿热、瘀血、肾虚等。外邪侵袭以及中焦运化功能失司均可以导致湿热的产生。初期湿热互结蓄积于膀胱, 导致膀胱气化不利, 水液代谢功能失调, 则见小便淋漓不尽、涩痛不舒, 小腹疼痛; 肝经湿热, 湿热下注于膀胱, 致膀胱气化失司, 则小便不利; 心经热邪亢盛, 心与小肠相表里, 则热邪下移小肠, 损及膀胱血络, 则小便艰涩刺痛; 日久累及于肾, 导致肾气阴两虚, 再则阴损及阳, 阴阳俱虚, 或久病致瘀。在诊断淋证这一方面, 导师紧跟现代医学的步伐, 采用中西医结合的思路。本病的诊断主要依据患者的临床表现, 以及相关的检验, 如尿常规, 尿培养 + 药敏试验, 以及相关的辅助检查(泌尿系彩超以及膀胱镜等)。

## 2 辨证论治

高教授认为淋证有虚实之别, 且多为虚实夹杂, 又易相互转化。发病之初, 以实证为居多, 多为湿热下注膀胱, 致使

膀胱气化不利, 治宜清热利湿, 利尿通淋。病久迁延不愈, 湿热之邪必伤及肾之气阴, 或伤及血络, 而致肾虚、血瘀。湿热、瘀血和肾虚三者相兼为病, 治宜清热利湿, 补肾健脾, 活血化瘀。临床治疗过程中要以虚实作为大纲, 实泻虚补, 标本皆治。主要分为以下几证型:

## 2.1 实证

## 2.1.1 膀胱湿热证

症候: 小便频数, 淋漓不尽, 尿道有烧灼感, 少腹拘急, 大便秘结, 口苦呕恶。舌红, 脉数。

治法: 清热利湿通淋。

方药: 八正散加减。滑石、炙甘草、车前草、川军、山栀子仁、篇蓄、瞿麦等。腹胀便秘甚者重用大黄, 配枳实。

## 2.1.2 肝胆湿热证

症候: 小便淋漓涩痛, 伴有烦躁易怒, 口苦咽干, 或伴有胸胁胀满, 或伴有外阴潮湿, 带下色黄量多, 舌红、苔黄, 脉弦数。

治法: 疏肝清热, 利湿通淋。

方药: 龙胆泻肝汤加减。恶心、呕吐甚加陈皮、竹茹; 胸胁胀痛加川楝子, 枳实。

## 2.1.3 心火炽盛证

症候: 小便淋漓刺痛, 面赤, 心胸郁热, 口舌干燥, 欲饮冷, 口舌生疮。舌尖红、苔黄, 脉数。

治法: 清心解毒, 利水通淋。

方药: 导赤散加减。生地、竹叶、木通、甘草等。心火亢盛, 可加黄连以清泄心火。

## 2.2 虚证

## 2.2.1 脾肾亏虚, 湿热侵袭证

症候: 小便淋漓不尽, 遇劳尤甚, 时发时止, 伴有食少纳呆, 腰膝酸痛, 渴不欲饮, 舌胖苔白, 脉沉缓。

治法: 健脾补肾, 利水渗湿。

方药: 无比山药丸加减。四肢不温, 胃脘冷痛加附子、干姜。

## 2.2.2 肾阴亏损, 湿热留恋

症候: 小便频数, 伴有手足心热, 腰膝酸痛, 舌质偏红, 苔少, 脉细数。

治法: 滋阴补肾, 清热利湿。

方药: 知柏地黄汤加减, 阴虚内热较据者加青蒿、地骨皮。气虚乏力者加党参、黄芪。

## 2.2.3 气滞血瘀, 湿热留恋

症候: 尿急、尿频、尿痛, 或小便淋漓不尽, 腰肋刺痛酸胀, 少腹胀痛不适。脉涩。

治法: 凉血祛瘀, 清利湿热。

方药: 桃红四物汤加减: 桃仁、红花、当归、川芎、川楝子、车前子、泽兰。瘀血明显者加水蛭。腰困者加杜仲、狗脊。

## 3 典型病例

3.1 杨某, 女, 退休教师, 62 岁, 2016 年 5 月 15 日初诊。

(下转第 233 页)

作者简介: 第一作者: 刘晓露, 女, 山西省中医药研究院 16 级研究生。通讯作者\*: 高艳霞, 山西省中医院肾病一科主任、主任医师, 硕士研究生导师。

### 3 医案举隅

苏某,男,50岁。2017年2月16日初诊。

患者3年前确诊“溃疡性结肠炎”,于当地医院治疗后症状好转出院,后遵医嘱口服美沙拉秦缓释颗粒4g/日,进入缓解期自行调整药物用量为美沙拉秦缓释颗粒2g/日,2017年后因饮食不节后复发出出现腹泻、便血伴有黏液,于本院内窥镜室行结肠镜检查示:距肛门约8cm以下直肠黏膜见弥漫性充血水肿,多发溃疡及散在点状糜烂。活检示:黏膜急性炎、慢性炎。诊断:溃疡性结肠炎(慢性复发型、直肠型、活动期中度)。现症见:腹泻伴黏液脓血便,脘腹痞闷不舒,肛门灼热,里急后重,身困体倦,面色晦暗不洁,小便短赤,舌红苔黄厚腻,脉濡细数。

病例分析:患者有UC病史3年,结合患者目前症状体征及结肠镜检查,西医诊断明确为溃疡性结肠炎(慢性复发型、直肠型、活动期中度)。中医学认为UC发病多与先天禀赋不足、感受外邪、情志失调、七情内伤、饮食不洁或不节,以及脏腑功能失调等因素有关,主要病理因素为湿邪,疾病初起以实证为主而见湿热内蕴之候,久则伤脾及肾,经络受阻。其病机多属本虚标实、虚实夹杂之证,但以本虚为主,活动期以标实为主。正如《医宗必读》:“泻皆成于土湿,湿本于脾虚,仓禀得职,水谷善分,虚而不培,湿淫转甚”。中医四诊合参,中医辨证为大肠湿热蕴结,气血失和,治当清热利湿,调和气血。任顺平教授运用“三结合”疗法,予以三仁汤合芍药汤化裁,配合我科灌肠制剂“肠乐一号”。嘱患者清淡饮食,忌食辛辣刺激,避免情志因素。一周后,腹泻及黏液便较前好转,仍有便血,时有里急后重感,肛门部稍灼热,整体辨证考虑大肠仍有湿热之邪滞留,局部对症灌肠,原方14剂后症状缓解。进入缓解期后,任主任结合溃疡性结肠炎的发病机理、临床

表现以及先前治疗中风病的经验,认为UC病情缠绵难愈,终致脾气亏虚,脾胃为后天之本,气血生化之源,则脾气虚,后全身之气亦虚,气为血之帅,气虚无力推动血行而致血瘀,从而形成瘀血病理因素<sup>[1]</sup>。古人亦有“久病必虚”、“久病必瘀”之说,故调整治疗策略,给予“健脾化湿,益气化瘀”之剂,参苓白术散合补阳还五汤加减以维持缓解,防其复发,随访1年未见复发。

### 4 结语

截至目前为止,医学界仍未明确阐述溃疡性结肠炎的发病机制,考虑UC的发病可能与免疫、遗传、感染、饮食、环境及精神心理应激因素等相关,西医治疗主要以5-氨基水杨酸(5-ASA)、糖皮质激素(泼尼松、氢化可的松等)、免疫抑制剂(硫唑嘌呤、硫嘌呤等)、益生菌制剂等为主,这些药物对UC的缓解虽有一定疗效,尚且不能有效控制UC发作、特别在维持缓解、预防复发方面疗效不够理想。UC作为一种炎症性肠疾病,病位虽不在体表,但因其与中医外科“疡”在病因、发病机理及症状表现相类似,任顺平教授创新性地提出“三结合”法治疗UC,借用中医外治法治疗内科病,“从疡论治活动期UC”,在临床上取得满意疗效。同时在治疗缓解期UC时的“从瘀论治缓解期UC”为临床也提供新的思路。

### 参考文献

- [1] 张声生,沈洪,等.溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识意见(2017).中华中医药杂志,2017,32(8):3585-3589.
- [2] 霍红,李艳梅,王灿,等.低分子肝素治疗溃疡性结肠炎高凝状态的效果[J].广东医学,2014,35(14):2209-2210.
- [3] 任顺平.李济春应用益气化瘀法治疗中风病的经验[J].中国医学学报,2000,15(3):77-79.

(上接第231页)

患者从2015年5月开始出现尿频、尿急、尿痛等症状,未予重视,自行口服抗生素后症状可缓解,停药后症状反复发作。现症见:尿路不适,腰困不舒,口干心烦,胃纳差,盗汗,寐欠佳,舌红苔少,脉细。尿常规示:白细胞186个/ul,红细胞38个/ul,尿潜血(+),辨证属肾阴不足,治以知柏地黄丸加减。知母10g 黄柏10g 山药20g 山萸肉20g 熟地20g 牡丹皮10g 茯苓10g 炒酸枣仁30g 炒三仙<sup>各</sup>10g 甘草6g,7剂。

5月22日二诊:服药7剂后,除腰困不适外,其余症状皆有好转,上方加仙灵脾20g 仙茅20g,再进14剂。

6月7日三诊:连服半个月后,诸症消失,尿检(一),嘱患者忌辛辣,勤排尿,随访至今未再复发。

按:该患者是肾阴亏虚,湿热互结型的淋证。三味补药滋补肾阴;云苓淡渗利湿,以防滋腻碍胃;篇蓄、瞿麦二者利尿通淋,以泄湿浊;酸枣仁养血安神;甘草调和诸药。

### 3.2 陈某,女,银行职员,55岁,2017年3月18日初诊。

患者6年前突然出现尿频,尿急,尿痛等尿路不适症状,自行服用氟哌酸、三金片等治疗,症状可缓解,但停药后易复发,生气时上症尤为明显。曾在某医院诊断为“慢性膀胱炎”。现症见尿频,日行10次以上,尿后淋漓涩痛,伴按之疼痛,胸胁胀满,口苦,舌红苔腻,脉弦数,尿常规示:白细胞258个/ul,红细胞40个/ul,尿潜(++),证属肝胆湿热,治以龙胆泻肝汤加减。龙胆草15g 柴胡12g 车前子<sup>包</sup>30g 通草10g 当归10g 郁金10g 篇蓄15g 瞿麦15g 甘草6g,7剂。

3月25日二诊:患者服用7剂后,上述尿急,尿频,尿痛症状明显改善,但仍胸胁胀满不舒,上方不变,在其上加制川楝子、广木香各15g,再进14剂。

4月9日三诊:连服半月后,上症皆消,尿检正常,嘱患者保持情志舒畅,保持会阴部清洁,禁辛辣饮食,勤排尿。随访至今未复发。

按:此属肝胆湿热型的淋证,方中龙胆草有清泄肝胆湿热;子芩、生栀子苦寒燥湿解毒;车前子利尿通淋,引邪从小便而出;生地、当归滋肝阴,养肝血,以防苦燥太过而伤肝阴;篇蓄、瞿麦利尿通淋;甘草调和诸药。

### 4 结语

中医在诊疗疾病方面的独特优势是从整体入手,不局限于一病一证。高教授认为,淋证发病早期症状轻、病位浅、病情单一、容易根治。如果失治、误治,导致病情加重,那么在治疗上就会有一定的难度。淋证虽然病情复杂变化,但只要牢牢掌握其本质,一切就会迎刃而解。在施护方面,要注重居室的干净、清爽,不可居于潮湿之地;嘱患者多饮水,不可憋尿,勤排尿,以免尿在膀胱里的时间过长,滋生细菌,使本病复发;减少本病复发的影响因素,如忌食辛辣,过度劳累,节制房事等;保持愉悦的心情,让自己的心态处于放松的境界,增强其自愈的信心。

### 参考文献

- [1] 刘艳芳,郭云协,薛黎明.泌尿系感染的中医辨治体会[J].光明中医,2016,31(18):2720-2722
- [2] 杨宇峰,侯泽东,胡长军,等.历代医家论淋证学术思想浅析[J].辽宁中医杂志,2015,42(02):287-288
- [3] 阳晓,朱文锋.《诸病源候论》小便病候辨析[J].湖南中医学院学报,1997,(01):7-8.