

• 综述 •

中医、中西医结合治疗泌尿系统疾病的研究进展

上海医科大学附属华山医院 施霖珠

泌尿系疾病在祖国医学中常归于水肿、淋证门，包括现代医学的肾小球肾炎、尿路感染、尿路结石、乳糜尿等范围。近年来在中医、中西医结合治疗泌尿系统疾病方面有不少的研究，对传统治疗泌尿系疾病的常用治法进行了机理探讨，对辨证用药和有效验方的研究有新的发展，兹综述如下。

一、对泌尿系疾病的常用中医治法的研究

1. 利尿法与温肾利尿法：水肿是泌尿系疾病最常见的症状之一，与肺、脾、肾三脏关系密切，在利尿法中有宣肺利尿、健脾利尿、温肾利尿等法。根据现代医学研究，不少利尿药含钾量较高，利尿作用可能通过钾离子排出时产生的渗透性利尿作用实现，如木通、泽泻、葫芦壳、黑白丑、带皮槟榔、车前子等均有很高的含钾量，而猪苓、茯苓含钾量不高。在高血钾、少尿时要注意不宜过大剂量应用含钾量较高的利尿药，而应用茯苓、猪苓并无弊端。较为严重的“水湿逗留”，常由于脾肾阳虚。温肾利尿法常用于慢性肾炎肾病型水肿而属于肾阳虚者，在利尿药基础上可加用附块、肉桂、仙灵脾、仙茅、黄芪等温肾益气药，如再加用少量枳壳、升麻、柴胡等行气药，可提高气化功能。据近代研究温肾利尿药能改善血液动力学，使肾有效血流量增加，促进肾小球滤过率的增加而引起尿量的增加，温肾利尿法的起效常见于血浆白蛋白的降低尚未回升时，尿蛋白的漏失尚未改善前，温肾利尿法产生的利尿时间平均为10天左右，疗效较为巩固，且不易造成电解质的紊乱⁽¹⁾。在温肾利尿法应用于输尿管结石伴肾盂积水征的研究中发现，温肾利尿法能增加鼠肾去甲基肾上腺素的含量及 cAMP 量，对鼠肾盂内压、输尿管蠕动及输尿管平滑肌的松弛皆有一定的好处⁽²⁾。

2. 益气健脾法：脾主运化水湿，脾运失司亦是造成水肿的常见病机之一。益气健脾法能调理脾胃，改善消化功能，使脾实健运。肾病综合征时胃肠粘膜可有水肿，影响食欲，还可有腹泻表现，因而进一步加剧负氮平衡，益气健脾法有利于消化道症状的改善，有利于阻断以上的恶性循环。益气健脾法对人体的免疫功能有一定的调动作用，由黄芪、白术、防风组成

的玉屏风丸对防治肾炎由于感冒诱致复发有一定的疗效，经1~2个月治疗后，原有免疫功能低下者，大多数得到显著的改善，提示对人体的免疫功能有一定的调节作用⁽³⁾。玉屏风丸有促进健康人淋巴细胞转化的功能，有诱生干扰素的能力，能提高易感者鼻分泌物中IgA与IgG的含量。玉屏风丸治疗实验性肾炎，治疗组的肾脏炎性改变较对照组为轻⁽⁴⁾。有人发现玉屏风丸对小鼠脾脏抗体形成细胞数(PFC)有双向调节作用⁽⁵⁾。

3. 清热利湿法：清热利湿药常有抑菌作用，并可增加尿流量，起到冲洗尿路的作用，在急、慢性尿路感染中常用。清热利湿法在急性肾炎和慢性肾炎急性发作时亦常用此法，部分清热利湿药尚有免疫调整作用。动物实验发现清热利湿药有增加尿流量及增强输尿管蠕动的的作用，促进肾小管排钠，因此在治疗尿石症时可提高自然排石率⁽⁶⁾。

4. 活血化瘀法：活血化瘀法在慢性肾炎和轻、中度肾功能不全时应用较多，山西省中医研究所提出了以益肾汤为代表的活血化瘀、清热解毒法治疗慢性肾炎，实验证明，益肾汤有增加肾血流量和抗变态反应炎症作用⁽⁷⁾。丹参静脉点滴治疗慢性肾功能不全，有改善肾功能的作用⁽⁸⁾。川芎亦可增加肾血流量及肾髓质前列腺素的含量，动物实验证明，有预防实验性急性肾功能衰竭，保护肾组织结构完整，保护肾小管功能⁽⁹⁾。许多活血化瘀药有一定免疫抑制的作用，用当归和黄芪治疗实验性兔系膜增殖性肾炎，发现治疗组肾小球系膜区IgG和C₃沉积明显减少⁽¹⁰⁾。南京中医学院用补阳还五汤加减治疗实验性肾炎，通过光镜、免疫荧光、电镜观察肾脏病理变化，发现治疗组的病理变化明显轻于对照组⁽¹¹⁾。临床上已把活血化瘀法作为治疗各种肾小球肾炎有瘀血征象或FDP阳性时的常用治法，不单在狼疮性肾炎、紫癜性肾炎、慢性肾炎中应用，而且还应用于急性肾小球肾炎。

5. 通腑逐水法：以大黄为主的通腑逐水法治疗慢性肾功能不全已被广泛的应用，有人认为大黄降低尿素氮的机制，不是直接作用于尿素生成的鸟氨酸循环酶体系所致。有人推测可能是大黄加速尿素循环而降

低非蛋白氮⁽¹²⁾。大黄配红花等组成的中药结肠灌注液对实验性急性肾功能衰竭有显著的保护和治疗作用,吸收后能产生全身性作用,能增加肾血流量,改善肾微循环,减轻肾小管坏死程度,促进坏死肾小管上皮细胞的再生修复⁽¹³⁾。

二、近年来中西医结合治疗某些泌尿系疾病的进展

1. 肾小球肾炎

(1)急性肾小球肾炎:急性肾小球肾炎传统用药常用麻黄连翘赤小豆汤、越婢加术汤、小蓟饮子等方加减。现代中医认为急性肾炎的发病除免疫机制参与外,还与肾小动脉及毛细血管痉挛、血液凝固机制紊乱有关。在体外微循环观察中亦发现有一定的异常,如甲皱微循环、舌微循环、舌血流量等。此可作为应用活血化瘀法治疗急性肾炎的理论依据。王氏用黄芪、半枝莲、半边莲、茜草、蒲黄、丹参等治疗162例急性肾炎,有效率为85.2%,治疗1~2天即显有利尿作用者87例,3~6天后出现利尿作用者75例;临床治愈在109例随访病人中占67.3%⁽¹⁴⁾。亦有用当归、川芎、三棱、莪术、水蛭、虻虫、桃仁、红花、槐花、艾叶等治疗急性肾炎,疗效亦较满意⁽¹⁵⁾。

(2)慢性肾炎:慢性肾炎常辨证为脾气虚弱型、脾肾阳虚型、肝肾阴虚型。现代医学认为,肾炎病理中常显示有补体系统的激活,中性粒细胞的浸润和毛细血管内凝血等。在辨证论治的基础上,结合上述病理特点,不少学者主张加用活血化瘀、清热利湿的中药。骆氏用益母草地黄汤治疗慢性肾炎,重用益母草⁽¹⁶⁾。应用于肾炎的常用活血药尚有当归、川芎、丹参等。在应用活血药的同时,常配以益气药黄芪。章氏用补阳还五汤加减治疗慢性肾炎,与用常规辨证治疗、不用活血药相对照,益气活血组疗效显著胜于对照组⁽¹⁰⁾。

对于肾病综合征的治疗主张分阶段、有机地中西医结合治疗。在应用肾上腺皮质激素的早期,激素剂量较大,主张加用滋阴泻火药(生地、知母、甘草)以减少激素所造成的“阴虚火旺”之症状,生地、知母、甘草并能减轻外源性激素所造成的对自身的垂体——肾上腺皮质轴的压抑作用。当激素递减为维持剂量时,加用益气补肾法。当激素接近撤除及撤除后改用温补脾肾法,中西医结合治疗肾病综合征可以提高缓解率,尚能减少复发率⁽¹⁷⁾。

雷公藤对于肾病综合征有较好的近期疗效,据陈氏报道其近期显效率(尿蛋白 $<0.2\text{g}/24\text{小时}$)为35%,雷公藤可以改善肾小球毛细血管通透性,并有

抗炎及抑制免疫作用⁽¹⁸⁾。

(3)狼疮性肾炎:狼疮性肾炎的临床辨证常分为四型,热毒炽盛型,阴虚火旺型,脾肾两虚型及气阴两虚型。瘀证是各型中常见的兼证。狼疮性肾炎的肾病综合征时常示有纤维结合蛋白(Fn)明显升高,因子Ⅲ相关抗原、纤溶活性以及抗凝血酶Ⅲ的下降,其中在弥漫增殖型较明显,因此主张在辨证论治基础上加用活血化瘀药,如当归、川芎、丹参、益母草等⁽¹⁹⁾。

(4)慢性肾功能不全:慢性轻、中度肾功能不全一般应用以大黄为主的升降浊法。对于重度肾功能不全疗效不显,有时因泻之过盛,损伤正气,如采用中药灌肠的方法,则有利于清除体内蓄积的氮质,不易损伤正气。大黄与温脾、温肾的中药合用亦屡有报道。方氏用党参、黄芪、生甘草、桂枝、大黄等治疗慢性肾功能衰竭,发现慢性肾功能衰竭的病人细胞膜离子转运机制常处于抑制状态,温脾药口服与灌肠合用,治后红细胞膜的 $\text{Na}^+-\text{K}^+-\text{ATP}$ 酶有所升高,提示对细胞膜离子的障碍有一定调节作用⁽²⁰⁾。

活血化瘀法治疗慢性肾功能衰竭亦有一定的好处,董氏观察到慢性肾衰患者的血液凝固性均有不同程度的增高,且与疾病的严重程度和活动程度相平行,21例慢性肾衰患者经丹参静脉滴注2~4周后血尿素氮和肌酐皆有一定程度的改善,尿素氮平均下降为33.7%,肌酐较治疗前平均下降1.4mg,但对严重肾功能衰竭者无效⁽⁸⁾。

2. 尿路结石:动物实验发现清热利湿药有增加尿流量及增强输尿管蠕动的的作用,但对结石横径在0.8cm以上者疗效很差。活血化瘀法对于因结石长时间刺激输尿管壁处,造成局部充血、水肿、炎症及粘连者,疗效较佳,用三棱、莪术、穿山甲、皂角刺、川牛膝、生苡仁、青皮、枳壳等,治疗横径在0.8cm以上者53例,排石31例,有效率58.5%,并以清热利湿法为对照,其排石率明显高于对照组⁽²¹⁾。活血化瘀药对输尿管平滑肌有直接的作用,能使输尿管蠕动的频率和幅度增大,并出现新波。已证实川牛膝能使狗的输尿管蠕动波幅增强,尿流量增加;大黄亦能使输尿管的蠕动波幅增加,但对尿流量无明显变化;金钱草能使输尿管蠕动及尿流量均有显著增强效应;瞿麦有利尿作用,对输尿管蠕动无影响⁽⁶⁾。

输尿管结石嵌顿时间久往往引起肾盂积水,并影响肾功能,排石率会明显降低,温肾利水法有利于因结石嵌顿导致肾盂积水征者⁽²²⁾,动物实验发现,温肾利水药能使肾盂内压力显著增高,输尿管蠕动频率明

显加快,进而测得服用温肾利水药后,大白鼠积水肾(患侧肾脏)cAMP显著升高,双侧肾脏去甲肾上腺素的含量也显著升高,前者使得输尿管平滑肌松弛,后者则使肾盂内压及输尿管蠕动增强,两者协同作用,以促进结石的下移和积水的排除⁽²⁾。

3. 尿路感染:急性尿路感染或慢性肾盂肾炎的急性发作阶段,大多由于湿热蕴积下焦,膀胱气化功能失常所致,以邪实为主,根据急则治标的原则,可采用清利湿热法,如用清淋合剂、银蒲八正散、龙蛇荠草饮等治疗有一定的效果⁽²³⁾。慢性尿路感染,中西医结合治疗可减少复发率,按辨证论治分别采用养阴清热、健脾益肾、益气养阴等,同时轮流使用清热解毒的中草药,可减少抗药性的发生⁽²⁴⁾。

4. 肾移植:中药防治异体脏器的排斥反应是近年来研究的新课题,叶氏采用安胎法对各种异体肾移植进行防治,苏氏采用扶正安胎、安胎活血、养阴活血法治疗,术前5~7天就开始服用,安胎药用黄芩、苎麻根、杜仲(桑寄生)等,如术后移植排斥反应明显,可用皂角刺、生牡蛎等软坚消肿药^(25,26)。活血化瘀法也是肾移植后一个重要的治则,它有改善肾血流量、增加肾小球滤过率、抑制血小板聚集、抗凝血等作用,有利于增生性病变的转化和吸收,促进已损组织的修复,对抗体形成和细胞免疫均有抑制作用⁽²⁷⁾。洪氏曾报道对肾脏移植者,使用了大补元气的人参,并且认为在短程激素冲击治疗停止后应用别直参,有利于排斥反应的早日逆转,避免大剂量激素冲击造成的双重感染⁽²⁸⁾。在肾移植之前服用人参,有移植前1月、3月、6月共15例,肾移植后30天内发生的急性不可逆性排异反应的几率明显地高于未服人参组,而且排异反应较重,发生的时间较早,移植肾的存活率也较低,移植后30天内移植肾丧失功能者服人参组为46.7%,未服人参组为14.3%(2/14例)⁽²⁹⁾。关于服用人参对肾移植有利可能与何时服用较妥有关,在移植早期服用欠妥。

参 考 文 献

1. 陈曙霞. 温肾利水药对实验性肾炎的作用研究. 浙江中医杂志 1980; 15(4): 159.
2. 张建国, 等. 温肾利水法治疗输尿管结石嵌顿性肾积水征的治愈原理探讨. 中医杂志 1985; 26(5): 70.
3. 陈梅芳. 玉屏风丸治疗肾小球肾炎的适应症和原理探讨. 上海中医药杂志 1979; (6): 16.
4. 陈梅芳. 玉屏风散治疗实验性肾炎的研究. 中西医结合杂志 1986; 6(4): 229.
5. 易宁青. 中医扶正剂玉屏风散的药理研究. II 对免疫功能双向调节作用有效组分的探讨. 上海免疫杂志 1983; 3(2): 82.
6. 林茂樟. 输尿管结石排石原理的实验研究(中草药对输尿管蠕动和尿流量的影响). 中华泌尿外科杂志 1982; 3(3): 205.
7. 山西省中医研究所内科肾病组. 重用活血化瘀、清热解毒药物——以益肾汤为主治疗慢性肾小球肾炎64例报告. 新医学杂志 1975; 6: 29.
8. 董德长. 肾小球疾病中的高凝状态. 中华内科杂志 1982; 2: 89.
9. 马永江. 川芎预防急性肾功能衰竭的实验研究及临床应用. 中医药国际学术会议论文集. 上海: 中国学术出版社, 1987: 105.
10. 章友康. 黄芪和当归治疗三种不同类型肾炎的实验研究. 中华内科杂志 1986; 25(4): 222.
11. 章永江. 补阳还五汤加味治疗慢性肾炎的实验研究. 中医药国际学术会议论文集. 上海: 中国学术出版社, 1987: 109.
12. 寺泽捷年, 等. 大黄治疗慢性肾功能不全. 国外医学·中医中药分册 1986; 1: 37.
13. 叶传惠. 中药结肠灌注液 I 号治疗急性肾功能衰竭的研究. 中医药国际学术会议论文集. 上海: 中国学术出版社, 1987: 119.
14. 王永钧. 复方益肾合剂治疗急性肾炎162例的临床观察和实验研究. 上海中医药杂志 1987; 3: 20.
15. 李一贵. 小儿急性肾炎的微循环观察与活血化瘀治疗. 中西医结合杂志 1984; 4(11): 669.
16. 骆维杰. 益母草地黄汤治疗慢性肾炎122例疗效分析. 中医杂志 1986; 27(12): 908.
17. 施赛梁. 温补肾阳法临床应用及其研究的进展. 中医杂志 1981; 22(6): 73.
18. 陈思源. 雷公藤降蛋白的疗效分析——中西医结合治疗肾病综合征30例报告. 中西医结合杂志 1985; 5(3): 164.
19. 陈以平. 中西医结合治疗狼疮性肾炎 31 例报告. 中医杂志 1986; 27(8): 58.
20. 方淑媛. 降氮汤灌注治疗19例氮质血症尿毒症. 上海中医药杂志 1987; 3: 19.
21. 刘猷枋, 等. 尿石合剂对上尿路结石的临床治疗. 中西医结合杂志 1981; 1(2): 72.
22. 孙品瑛. 温肾利水法治疗输尿管结石嵌顿性肾积水征100例临床观察. 中医杂志 1985; 26(5): 27.
23. 衡少白. 肾病治法经验汇粹. 上海中医杂志 1987; 3: 15.
24. 窦国祥. 中医和中西医结合治疗尿路感染 196 例疗效分析. 中西医结合杂志 1985; 5(9): 526.
25. 苏祥扶. 中医中药在同种异体肾移植中的应用. 中西医结合杂志 1984; 4(6): 342.
26. 叶朗清. 安胎法对同种异体肾移植的临床观察. 中医杂志 1981; 22(3): 182.
27. 洪用森. 中医药在肾移植抗排斥反应中的应用和体会. 浙江中医杂志 1980; 2: 50.

28. 洪用霖. 肾移植中的中医药应用. 中医杂志 1980; 21 (10): 36.

29. 苏祥扶. 肾脏移植患者应用人参的初步观察. 中医杂志 1987; 28(4): 276.

脾虚患者小肠吸收、胰外分泌功能与临床症状相互关系的探讨(摘要)

广州军区广州总医院中医科实验室 周礼卿 刘宝臣

我们将实验室指标(D-木糖吸收试验、胰功定试验)与临床症状进行同步观察, 典型相关分析, 根据其相关关系, 为脾虚患者诊断标准的完善提出初步意见。现将结果报告如下。

对象和方法 共观察26例脾虚患者。男20例, 女6例, 平均年龄38岁。十二指肠球部溃疡13例、幽门溃疡3例、胃溃疡3例、复合性溃疡2例、慢性胃炎5例, 均为住院病人。对照组34例, 平均年龄29岁。受试者经胸透, 血、尿、便常规, 肝功能及尿素氮检查为健康人。西医诊断由我院胃镜室医师经纤维胃镜检查所证实。中医辨证分型参照周氏1986年拟定的标准〔周礼卿, 等. 脾虚患者小肠吸收及胰外分泌功能的同步观察. 广州中医学院学报1986; 3(4): 41〕, 其临床症状等级划分见附表。D-木糖吸收试验用金氏法〔金敬善, 等. 尿中D-木糖的简易测定方法. 中华医学检验杂志 1978; (2): 91〕。胰功定试验用陆氏法〔陆国钧, 等. 口服胰功定后测定尿中对氨基苯甲酸方法的改进. 中华消化杂志 1983; 3(2):

36〕。

结果 两项指标试验结果表明脾虚患者与健康人对比有非常显著性差异。十大症状的统计结果表明其严重程度(从重到轻)依次为腹胀、暖气、腹部疼痛、舌胖有齿印、疲乏无力、食欲减退、腹痛有规律、脉虚无力、吐酸、大便溏薄。指标与症状进行相关分析发现两项指标与症状中的腹胀、暖气关系最为密切, 且是正相关。两项指标分别与十大症状经过典型相关分析及 X^2 检验发现, 典型相关系数 $P > 0.05$ 。

讨论 (1) D-木糖吸收试验与胰功定试验能够作为脾虚患者诊断的参考指标已被人们所证实。但是能否作为特异性指标呢? 通过这次试验结果可以看到两组指标的典型相关系数经 X^2 检验 $P > 0.05$, 说明无统计学意义。可能有两种情况, 这两项指标对脾虚患者缺乏特异性, 敏感度不高。这两项指标只能反映脾虚患者综合指标中的一部分。提示今后对脾虚实验室诊断指标应该是多种指标的组合, 否则就难以提高脾虚诊断的阳性率。(2) 这次脾虚的诊断标准是按周氏拟定的, 而西医只选择了上消化道疾病。其目的是为了对于上消化道常见症状在脾虚患者中出现率的高低进行探讨, 为脾虚的症状诊断标准提出有意义的观点。经过典型相关分析后可以看到两者关系不密切, 提示在建立统一标准时要注意对局部病变应有分标准, 同时症状要有程度不同的区别。(3) 反映脾虚患者病变轻重的最敏感的指标主要是D-木糖吸收试验。当D-木糖排泄率降低时, 脾虚症状加重, 而症状的表现又以腹胀为最明显。吐酸严重时脾虚患者的病变不能明显表现出来, 或者较轻, 说明脾虚的干扰症状是吐酸, 中医认为是里虚表实。胰功定试验中的对氨基苯甲酸有上升的趋势, 说明胰功定试验不如D-木糖吸收试验能较好地反映脾虚。

附表 临床症状等级划分

临床症状	分 期 计 分			
	1.0	0.7	0.4	0.1
食欲减退	无	减少 1/5	减少 2/5	减少 3/5
腹 胀	无	下 午	进食后、下午	整 日
大便溏薄	无	软 便	糊 状 便	烂 便
疲乏无力	无	午 后	午后及晚上	整 日
舌胖齿印	无	轻度胖齿印	明显胖齿印	胖 齿 印 深
脉虚无力	无	微 细	细 软	弱 无 力
吐 酸	无	偶 有	日 2~3 次	日 3 次 以上
暖 气	无	偶 有	餐 后 有	整 日
腹部疼痛	无	偶 有	日 2~3 次	日 3 次 以上
疼痛规律	无	时 有 时 无	空腹时出现	空腹时晚上