

CHANGJIAN BINGZHENG

ZHONGXIYI JIEHE ZHENZHI CONGSHU

常见病症中西医结合诊治丛书

血 尿

张 昱 主编

XUENIAO

 科学技术文献出版社

常见病症中西医结合诊治丛书

总主编 唐旭东 张 昱

血 尿

主 编 张 昱

副主编 张 晨 王梅玲

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

血尿/张昱主编. -北京:科学技术文献出版社, 2007. 8

(常见病症中西医结合诊治丛书)

ISBN 978-7-5023-5637-8

I. 血… II. 张… III. 血尿-中西医结合-诊疗 IV. R696

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 044009 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720, (010)68514035(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 张金水

责 任 编 辑 张金水

责 任 校 对 赵文珍

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 富华印刷包装有限公司

版 (印) 次 2007 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 850×1168 32 开

字 数 189 千

印 张 7.875

印 数 1~6000 册

定 价 12.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书从现代医学角度对血尿的病因、诊断方法、诊断思路、检查流程以及相关疾病进行了全面系统地阐述,同时重点介绍了中医对血尿的认识、辨证论治和常用方药,反映了近年来中西医对血尿的研究概况;结合名老中医经验和临床具体病例,体现中医的治疗特色和优势。本书内容丰富,注重实用,对临床医生诊治血尿具有启迪思路、丰富治法的作用,亦可供血尿患者阅读参考。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

前 言

所谓病症,即人体内在的病理变化表现于外的症状或体征,是临床医生诊治病人的重要依据。中医学历来重视辨证论治,所谓证即是对症状和体征进行分析而得的病理特征的概括,其诊断方法主要是“以外揣内”,通过望、闻、问、切等手段来收集有关疾病的信息。中医非常重视对症状的搜集、分析和总结判断,而在治疗上对症状的改善也往往比较明显,这是中医的特色和优势之一。因此,中医内科学往往以病症作为一个疾病名称,如“头痛”、“水肿”等,通过分析病症的特点、伴随症状及舌脉情况,又将某一病症分为不同的证型,进行不同的治疗。因此,从古到今中医有关病症理论和治疗的内容丰富多彩,如何从常见病症入手,将中医疗法运用于临床,是提高整体临床疗效的重要措施之一。但是,也应该看到,病症只是病理变化反映于外的一个现象,还不能作为最后的诊断。因此,中医在对病症进行治疗的同时,还需要现代医学给予明确诊断。

尽管近年来现代医学有了长足的进步,各种实验室检查有了惊人的发展。但是,通过详细的病史询问和细致的体格检查,透过临床的各种症状和体征,结合所学过的医学知识和临床实践经验进行综合分析判断,仍然是临床医生诊治疾病最基本也是最重要的手段。从某种意义上讲,用简单的检查就能正确诊断疾病的医

生才是高明的医生。但令人遗憾的是,当前不少医生普遍存在轻临床重实验的倾向,有时单靠详细的有启发性的病史和体格检查就足以做出诊断的病症,却仍要使用“先进的”、昂贵的实验室或器械检查来诊断,不仅给病人带来了不必要的麻烦甚至痛苦,而且无谓地增加了医疗费用,加重了病人和社会的负担,这是不可取的。因此,对于临床常见病症,如何确定诊断思路、诊断程序,以及需要采取何种有针对性的实验室检查予以确诊,是十分重要的。

基于以上认识,我们组织我院从事中医及中西医结合临床工作多年的有关专家编写了《常见病症中西医结合诊治丛书》。该套丛书选择了5种临床常见病症(头痛、腰痛、胸痛、血尿、水肿),专病专著,力求突出中医治疗的特色,在全面、新颖、深入、实用上狠下工夫,对每一个病症均较全面地介绍现代医学的发病机制、诊断、鉴别诊断及治疗等,而重点介绍的是中医的病因病机、辨证论治,并配合文献中的具体病例和名老中医治疗该病症的经验进行分析,使读者能更全面地认识病症的辨证思路及处方用药,在中医治疗为主的基础上,中西医结合,博采众长,互为补充,融会贯通。同时,对目前尚在研究,但前景看好的治疗方法也做了适当介绍,对临床医师诊治常见病症具有启迪思路、丰富治法的作用。

由于本套丛书涉及中西医,内容比较广泛,加之受编写字数的限制,编写上有一定的难度,疏漏之处在所难免,敬请读者和同道指正。

《常见病症中西医结合诊治丛书》编写组

2007年1月于中国中医科学院西苑医院

目 录

第一章 血尿的定义、来源和诊断方法	(1)
一、血尿的定义	(1)
二、血尿的来源及病因	(2)
三、诊断方法	(3)
四、血尿的临床检查诊断流程	(8)
第二章 常见肾小球性血尿	(10)
一、原发性肾小球疾病	(10)
(一)急性肾小球肾炎	(10)
(二)隐匿性肾小球肾炎	(12)
(三)IgA 肾病	(13)
(四)慢性肾小球肾炎	(17)
二、继发性肾小球疾病	(19)
(一)过敏性紫癜性肾炎	(19)
(二)系统性红斑狼疮性肾炎	(22)
(三)肺出血肾炎综合征	(27)
三、先天遗传性肾小球疾病	(29)

(一) Alport 综合征	(29)
(二) 薄基底膜肾病	(34)
第三章 常见非肾小球性血尿	(39)
一、急性肾盂肾炎	(39)
二、慢性肾盂肾炎	(42)
三、泌尿系结核	(44)
四、泌尿系结石	(47)
五、肾脏恶性肿瘤	(50)
(一) 肾癌	(50)
(二) 肾母细胞瘤	(52)
(三) 肾盂癌	(53)
六、先天性肾血管畸形	(54)
七、肾静脉血栓形成	(57)
八、左肾静脉受压综合征	(59)
九、囊肿性肾疾病	(62)
(一) 成人型多囊肾	(62)
(二) 单纯性肾囊肿	(64)
(三) 获得性肾囊肿	(65)
十、特发性高钙尿症	(66)
十一、腰痛血尿综合征	(69)
第四章 中医对血尿的认识	(74)
一、源流	(74)

二、病因病机·····	(76)
三、临床表现及分类·····	(78)
(一)临床表现·····	(78)
(二)证候分类·····	(78)
(三)类证鉴别·····	(79)
四、辨证论治·····	(80)
(一)辨证要点·····	(80)
(二)分型论治·····	(81)
五、单方、验方及食疗·····	(90)
(一)单方、验方·····	(90)
(二)食疗·····	(92)
第五章 名中医治疗血尿经验荟萃·····	(93)
一、颜德馨经验·····	(93)
二、张琪经验·····	(95)
三、时振声经验·····	(99)
四、叶景华经验·····	(102)
五、杜雨茂经验·····	(106)
六、叶传蕙经验·····	(110)
七、刘宝厚经验·····	(113)
八、郑平东经验·····	(115)
九、皮持衡经验·····	(117)
十、管竞环经验·····	(120)

十一、孙郁芝经验	(124)
十二、郭恩绵经验	(127)
十三、聂莉芳经验	(130)
十四、贺永清经验	(133)
十五、胡仲仪经验	(137)
十六、刘晓鹰经验	(139)
十七、黄文政经验	(142)
十八、于家菊经验	(149)
十九、李松林经验	(153)
二十、韩臣子经验	(156)
第六章 中医治疗血尿方剂及应用	(159)
一、肾小球性血尿中医方剂及应用	(159)
二、非肾小球性血尿中医方剂及应用	(190)
第七章 治疗血尿常用中药	(215)
一、清热解毒药	(215)
二、清利湿热药	(223)
三、止血药	(227)
四、补益药	(232)

第一章 血尿的定义、来源 和诊断方法

一、血尿的定义

正常人尿中无红细胞或偶见红细胞,尿常规检查高倍镜视野(HP)红细胞 0~2 个/HP,当尿液检查 10 ml 中段尿液离心(1 500 r/min 转速,5 min 沉渣镜检)红细胞>3 个/HP 为血尿(hematuria),如做尿沉渣 Addis 计数,正常人 12 h 尿排出的红细胞应少于 50 万个。

根据其外观和颜色分类,血尿轻者须显微镜方能查见,称为镜下血尿,重者尿呈红色或洗肉水样(当出血量>1 ml/L),称肉眼血尿,有时可含有血凝块,表明肾或尿路有异常出血。根据血尿发作时间可分为一过性、间歇性和持续性血尿;根据血尿发作伴有的症状又可分为症状性血尿和无症状性血尿。当尿 pH 为酸性时,尿呈酱油色,应与血红蛋白尿相鉴别。

如何根据尿色来估计出血量,可以参考表 1-1。

表 1-1 尿色与出血量的估计

尿中混入血量 (ml/L 尿)	尿 色	24 h 出血量 (ml/1.5~2.5 L 尿)
1.0	微红	1.5~2.5
5~10	明显血色	10~25
50	血色	100
100	有血块或凝血	>150

二、血尿的来源及病因

血尿是临床常见症状之一。据报道,血尿病人约占泌尿科就诊病人的 20%,占住院病人的 3.9%~13.6%。按人口统计,血尿发生率为 0.1%。血尿是泌尿系统疾病常见的一种重要的临床表现,虽然引起血尿的病因很多,但 98%左右来源于泌尿系统疾病,只有 2%左右来源于泌尿系邻近器官或全身病变。

血尿是肾脏疾病的一个重要临床表现,病因复杂多样,与血尿相关的疾病是一大类疾病。据报道,肾小球肾炎是青年人血尿的常见原因。此外,泌尿系结石占血尿的 20%,泌尿系肿瘤占 15%,尿道炎及膀胱三角区炎症约占 15%,急性泌尿系统感染约占 10%。引起血尿的常见病因有:

1. 泌尿系统疾病 ①炎症:可分为非感染性和感染性。非感染性主要为原发或继发的免疫反应性炎症,如肾小球疾病包括原发性肾小球肾炎、IgA 肾病、糖尿病肾病、高血压肾病、遗传性肾炎、薄基底膜肾病、过敏性紫癜性肾炎、狼疮性肾炎等。泌尿系统感染常见细菌感染包括肾盂肾炎和(或)膀胱炎等,少见的可为病毒、放线菌引起的感染。②泌尿系统结核:包括肾结核、膀胱结核等。③泌尿系统结石:包括肾结石、输尿管结石、膀胱结石,以及尿

酸盐、草酸盐结晶等。④肿瘤：包括肾癌、膀胱癌及前列腺肿瘤等，40岁以上多见。⑤血管病：肾动脉或肾静脉血栓或栓塞。⑥泌尿系统操作：如导尿、膀胱镜检查及外伤、手术损伤等。⑦其他：遗传性、先天性泌尿系统疾病如肾囊肿、多囊肾、肾下垂、游走肾、血管异常、畸形等，由于肾移动时牵扯肾蒂，肾静脉回流障碍，肾充血等引起血尿。

2. 全身性疾病 ①感染性疾病，如流行性出血热、猩红热、钩端螺旋体、败血症；②血液病，如血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、白血病及血友病等；③急性风湿热、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、过敏性紫癜；④血管炎、充血性心力衰竭、亚急性心内膜炎、急进性高血压。

3. 肾邻近器官疾病 如急性或慢性盆腔炎、急性阑尾炎、前列腺炎、结肠或直肠炎症，恶性肿瘤如宫颈癌、结肠癌等及其他疾病侵及或刺激尿路时，也可产生血尿。

4. 药物 环磷酰胺(CTX)、抗凝药、磺胺、吲哚美辛、甘露醇、汞剂等可引起血尿。

5. 功能性血尿 健康人可于运动后出现血尿，为运动后一过性血尿，而休息后血尿消失。

三、诊断方法

诊断血尿，临床医师必须仔细询问病史及进行体格检查，采集病史时，仔细询问发病年龄，有无高血压、糖尿病、系统性红斑狼疮、各种肾炎肾病及伴有的临床表现。有无外伤史等。查体方面，除心率、血压等一般体征外，应仔细检查有无肾区叩击痛、输尿管点压痛、腰部包块、肿瘤及有无全身其他部位出血灶。通常血尿的诊断步骤如下：

(一) 确认是否存在真性血尿, 排除某些原因引起的红色尿液和假性血尿

1. 红色尿液 如病人自述有尿红或尿色深的情况, 应首先确定病人是否存在血尿。红色尿液不都是血尿。多种药物及化学药品、食物可致红颜色尿。①药物及化学药品: 利福平、吡哆美辛、磺胺、甘露醇、奎宁、苯胺染料、胆色素、伊红、酚酞、尿酸盐等; ②食物: 甜菜、黑浆果等; ③挤压伤、大面积烧伤、溶血性贫血、错型输血等因素导致的血红蛋白尿或肌红蛋白尿。

2. 假性血尿 注意女性阴道出血(经期)或直肠肛门出血污染尿液。应嘱女性病人尿检时, 最好检查尿液前先清洁外阴, 留中段尿。而男性病人假阳性少见, 如有血尿千万不能忽视。

(二) 有无引起血尿假阴性的因素存在

在酸性低渗的环境中, 红细胞极易溶解, 即使存在血尿, 在显微镜下也只能看到少量红细胞甚至缺如, 但尿隐血试验可提示阳性结果。

(三) 排除因全身疾患和尿路附近器官疾病而引起的血尿

测定出凝血时间、凝血酶原时间、免疫指标测定等, 确定血尿的来源。同时采集详尽的病史, 进行全面的体检。只有在排除全身疾患和尿路邻近器官疾病的影响后, 才能确认尿路本身的出血。

(四) 血尿的定位分类

尿三杯试验可作为泌尿道本身疾患所致血尿, 出血部位确定的一个过筛试验。

1. 初始血尿 即第一杯含有血尿, 而其余两杯无血液或血液甚少。常提示前尿道球部和阴茎的病变。该部位的异物、炎症、肿

瘤、息肉、结石及狭窄均可造成初血尿。

2. 终末血尿 仅在第三杯见到红细胞。这是膀胱颈部和后尿道在排尿完毕后肌肉收缩所致。常提示膀胱颈部,膀胱三角区,后尿道或前列腺病变。如后尿道的急性炎症、膀胱三角区尿道炎、前列腺炎、膀胱癌突入后尿道,膀胱颈息肉与癌肿、前列腺肥大与癌肿等。

3. 全程血尿 即在三杯中均见到数量相当的红细胞。提示病变发生在膀胱颈部以上的泌尿道。对此类血尿应进一步监测是肾小球性血尿抑或非肾小球性血尿,因其在病因、治疗上是完全不同的。

(1)肾小球性血尿:其常由各种原发性或继发性肾小球肾炎引起,又可称为内科性血尿。病人高血压、水肿出现较早且明显。此类血尿产生的主要机制为肾小球基底膜(GBM)断裂,红细胞通过该裂缝时受血管内压力挤出,受损的红细胞其后通过肾小管各段又受不同渗透压和 pH 作用,呈现变形红细胞血尿,血细胞比容变小,甚至破裂。

(2)非肾小球性血尿:大多数为外科性血尿。病变在肾小球以下的部位发生,包括肾小球-间质病变、肾盂肾炎,肾脏的结石、结核、肿瘤,输尿管的结石、结核、肿瘤、炎症,膀胱颈部以上的膀胱炎症、结石、结核、肿瘤,以及其他一些少见的疾病,如多囊肾、左肾静脉受压综合征(胡桃夹现象)、腰痛-血尿综合征等。此类疾病病因复杂,须警惕泌尿生殖系统的恶性肿瘤。在临床表现方面,病人伴尿路刺激征、肾绞痛或尿中有明显血块时,应多考虑此类型血尿。

帮助区分血尿来源的方法:

1)小便常规检查 若血尿伴较大蛋白尿和(或)红细胞管形,多提示肾小球性血尿。肉眼血尿而其尿蛋白 $>1\text{ g}/24\text{ h}$ 或定性 $>++$ 则提示肾小球疾病。但应注意在重度血尿时,可因低渗尿($<280\text{ mmol}/(\text{kg}\cdot\text{H}_2\text{O})$),会使尿中红细胞溶解,血红蛋白逸

出而增加尿中蛋白量,易被误认为尿蛋白。此时可做尿蛋白电泳加以区别,如发现 β 球蛋白则为血液所致,因血红蛋白是 β 球蛋白。尿沉渣中如发现管型,特别是红细胞管型,多为肾实质病变。尿中找到白细胞管形常提示为肾盂肾炎引起的血尿。尿中存在大量的结晶细胞有可能是结石引起的非肾小球性血尿。

2)相差显微镜观察尿中红细胞形态 肾小球出血时红细胞形态是多样畸形(尿中红细胞数 $(3.0 \sim 8.0) \times 10^6/L$,变形红细胞70%以上,常见畸形有面包圈样、古钱样、棘状或瘤状、帽状、芽胞状等);非肾小球出血时结果可为均一型(尿中红细胞数 $>8.0 \times 10^6/L$,变形红细胞30%以下)。此法诊断肾小球性血尿敏感性79%,特异性92%。若尿中变形红细胞和正常形态红细胞数目基本相等称为混合型血尿,常提示肾小球损害的同时合并肾小球部位以下的泌尿道损害。Fassett 等认为,混合型血尿多见于IgA肾病和肾结石。近来有人用Uf-全自动尿沉渣分析仪采用流式细胞仪原理来确定细胞的类型和形态,其能给出红细胞的均一性和变异性参数,诊断符合率为88%。

3)尿红细胞容积(MCV)分布曲线 用自动血细胞分析仪测定尿中红细胞和分布曲线,若 $MCV < 72 \text{ fl}$ 且呈小细胞分布,则说明血尿来源于肾小球,此法感性为95%,特异性为96%。文献报道用外周血和尿中MCV来判断血尿来源的灵敏度和特异度较高。红细胞平均体积(MCVB)与尿液红细胞平均体积(MCVU)之差大于16 fl,则诊断为肾小球性血尿,若小于16 fl则诊断为非肾小球性血尿,其对肾小球疾病诊断的灵敏度和特异度分别为97.1%和98.1%。

4)尿蛋白圆盘状电泳 若出现中分子或高分子蛋白尿常提示肾小球性血尿。若为类似于血浆蛋白质的电泳圆形,表明是非肾小球性血尿,因血管破裂出血所致。

(五)确定病因

1. 病史及临床表现 可为确定病因提供重要线索。

(1)疼痛:肾和输尿管结石引起肾绞痛时,疼痛可向下腹部及会阴部放射,排尿困难或尿液突然中断是膀胱或尿道结石的症状。

(2)尿频、尿急、尿痛,病程长症状不能完全缓解者应考虑结核肿瘤的可能。病程短症状可完全消退者以炎症为主。如同时伴有发热及肾区叩痛者,以肾盂肾炎的可能性为大。

(3)血尿伴水肿、高血压、蛋白尿,尤其近期有咽痛和皮肤感染,可考虑链球菌感染后常见于肾小球肾炎。

(4)伴家族史,如病人有血尿、肾功能损害、耳聋、眼损害等并伴肾炎家族史,应考虑遗传性肾病(Alport 综合征)。

(5)有抗生素及中药关木通、马兜铃酸使用史者等,可考虑药物中毒性肾炎(间质性肾炎)。

(6)伴肾肿块,提示多囊肾、错构瘤、畸胎瘤及其他肾肿瘤等。

(7)伴皮肤黏膜出血,可见于血小板减少,过敏性紫癜等全身性疾病或感染性疾病。

(8)血尿伴乳糜尿,见于丝虫病、慢性肾盂肾炎等。

(9)有血凝块或血丝,多为下尿道出血。

(10)有外伤史者,应警惕肾挫伤,注意有无外科疾病。

2. 辅助检查

(1)肾小球性血尿:确定为肾小球性血尿时,在无手术禁忌证的情况下(如感染、出血倾向),可行肾穿刺活检、肾组织病理检查以确定病因。其对各种肾脏弥漫性病变,如肾炎、肾病等均有确诊价值。对 IgA 肾病和乙型肝炎相关性肾病的诊断更有其独特意义。

(2)非肾小球性血尿:X 线检查(腹部平片、静脉肾盂造影、逆行肾盂造影、膀胱造影)、肾脏 B 超、肾 CT、肾动脉造影、膀胱镜等