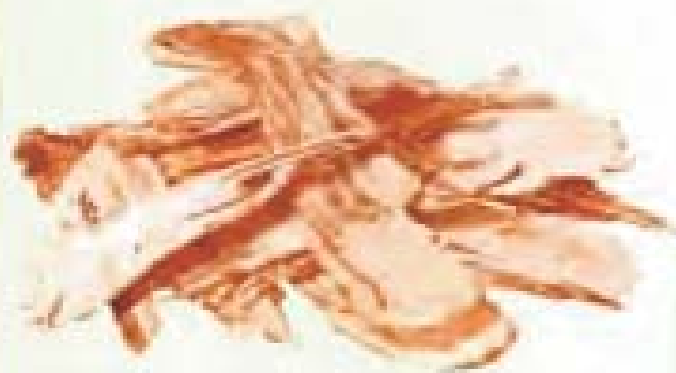


吴大真 王凤岐 王 雷 等主编

现代名中医

肾病

治疗绝技

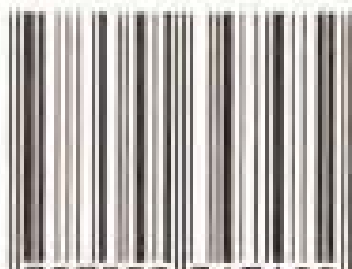


科学技术文献出版社

- 现代名中医前列腺治疗绝技
- 现代名中医肾病治疗绝技
- 现代名中医股骨头坏死治疗绝技
- 现代名中医糖尿病治疗绝技
- 现代名中医冠心病治疗绝技
- 现代名中医胃病治疗绝技
- 现代名中医颈肩腰腿痛治疗绝技
- 现代名中医精神神经疾病治疗绝技
- 现代名中医高血压中风治疗绝技

封面设计
宋雪梅

ISBN 7-5023-4748-8



9 787502 347482 >

ISBN 7-5023-4748-8/R·1198

定价: 19.00元

现代名中医肾病 治疗绝技

主 编	吴大真	王凤岐	王 雷
	曾瑞如	尹志超	白素媛
副主编	苏圣仁	王怡心	王玉娇
编 委	阮建萍	周 韵	王 雪
	赵 为		

图书在版编目(CIP)数据

现代名中医肾病治疗绝技/吴大真等主编. -北京:科学技术文献出版社, 2005. 4(重印)

ISBN 7-5023-4748-8

I. 现… II. 吴… III. 肾病(中医)-中医治疗法 IV. R256.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 081388 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)68514027, (010)68537104(传真)

图书发行部电话 (010)68514035(传真), (010)68514009

邮 购 部 电 话 (010)68515381, (010)58882952

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 袁其兴

责 任 编 辑 袁其兴

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王芳妮

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 北京国马印刷厂

版 (印) 次 2005 年 4 月第 1 版第 2 次印刷

开 本 850×1168 32 开

字 数 290 千

印 张 11.875

印 数 6001~10000 册

定 价 19.00 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。



【主編 吳大真】

【第一主编吴大真的话】

我是1942年出生于宝岛台湾的。先祖虽为儒宦世家，但因宦海沉浮之轻，人命关天之重，悬殊之比，便“崇尚医学”，悟出“宁为良医，莫为良相”之理。其后，家族中造就了几位国医大师。

我出世后，父辈承继前人，便赐名为“大真”，意为“医学于人至真至大”。国民党元老陈立夫前辈也曾为我题有“能容乃大，至诚曰真”之语，寓意孔孟之学的奥义。

20世纪中期，有幸进入当时的中医药首府深造，深得多位名家的耳提面命，浏览于医林瀚海，学贯中西，为日后的临床、教学、科研、著述，打下了深厚的基础，并初窥祖国医学博大深奥的殿堂。毕业以后，辗转于西北各地，或临床，或教学，十余春秋，虽艰苦奔波，但于医学之道受益匪浅。实践出真知，此时才真正明白了一般医生与名医的差距在于“经验”。我以为“经验”必须经过“时间”加“悟性”二者的刻骨铭心，才能取得。人们常说：“病人需要医生”，其实医生更需要病人。只有长期地临床，不断地磨炼、发掘与领悟，才有可能取得经验，才能成为“名医”。名医需要时间，需要悟性，需要病人。

回京后，虽然临床时间不如以往，但学术交流增多，使我犹如一叶小舟投入了大海，更加开阔了眼界，得到了锻炼，深深领悟到“医学是人文医学”。医生看病，既要关注疾病，更要关注人。只有真正地关注人，理论才能发挥透彻，临床效果才会提高，才能真正实现医生的天职“治病救人”。

如今，我虽年过花甲，时至夕阳，但仍存有“老骥伏枥，不用扬鞭自当奋蹄”之心。不敢敝帚自珍，愿把家传与自悟所得医术精华，奉献给同仁同道，算是我站在先辈的肩头，做后人的“上马石”，愿后学者攀登，平生之愿足矣。

注：吴大真主编，历任中国医药科技出版社副社长、中国中医药出版社社长、中国医药报社社长、中国药学会秘书长、北京同仁医院院长等职。现为中国保健协会副理事长、北京国际医药促进会常务副理事长等职。

通讯地址：北京朝外工体西路吉庆里2-10B 邮编：100020

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

当代名医学识博深,经验丰富,绝技秘法,成竹在胸,故临证常能力挽沉疴,起死回生,如:余瀛鳌“风水”验方三则;王凤岐等辨治肾炎、肾病经验——这些绝技妙法,屡试屡效,深受国内外称赞。本书精选近 10 年国内权威期刊中所发表的各家名医临床治疗肾病的实践经验,展示最新科研成果。为了充分弘扬名医的学术思想、临床经验,便于广大科研工作者、临床医生和医学爱好者阅读、借鉴,本社特系统出版当代各家名医治疗绝招,以飨读者。

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。

目 录

刘渡舟	慢性肾炎治验	(1)
吕仁和	治疗慢性肾炎经验	(7)
李学铭	治慢性肾炎十法	(13)
李炳文	治疗慢性肾炎特色	(18)
余承惠	清平法治慢性肾炎	(23)
江尔逊	慢性肾炎多属虚中夹实	(25)
杜锦海	分五型治肾炎	(27)
叶景华	辨治肾炎经验	(31)
张盘根	分型分症论治慢性肾炎	(35)
姚亚南	活血八法治肾炎	(38)
陈 迎	从肺论治肾炎	(41)
张志坚	重视风邪 自拟宣肺靖水饮	(47)
陈恩树	蟾蜍芪黄汤治慢性肾炎	(50)
叶景华	肾炎外感的调治	(53)
赵恒志	慢性肾炎特殊见症的辨证施治	(57)
赵玉敏	虫类药治慢性肾炎	(60)
王新陆	治肾病验方	(63)
徐 颖	中药预防慢性肾炎继发感染	(66)
余瀛鳌	“风水”验方三则	(68)
任 义	自拟方辨治急性肾炎	(70)
韩子江	坤草茅根汤辨治急性肾炎	(74)
朱良春	“药对”治肾盂肾炎	(77)
尤松鑫	益肾渗利方治慢性肾盂肾炎	(80)
全小林	慢性肾盂肾炎辨因、湿、瘀、虚	(82)

宋 炜	疏肝法治疗肾盂肾炎	(86)
李久荣	肾盂肾炎血尿的治验	(89)
陈一鸣	治疗肾盂肾炎的经验	(92)
王德祖	紫草乌蕨汤治肾盂肾炎	(94)
李洁生	肾盂清解方	(96)
周 珊	妇科千金片治疗慢性肾盂肾炎	(99)
戴舜珍	慢性肾盂肾炎的药疗与食疗	(100)
刘宝厚	中西医结合治疗紫癜性肾炎	(104)
孙郁芝	过敏性紫癜性肾炎的治疗经验	(106)
叶任高	中西医结合治狼疮性肾炎	(109)
王明如	狼疮性肾炎的治验	(113)
卢君健	肾病综合征的辨治经验	(116)
杨霓芝	治疗难治性肾病综合征	(123)
黄春林	药物、食疗并用治肾病综合征	(132)
孙继芬	三步治疗肾病综合征	(139)
石景亮	分三法拟三方治疗难治性肾病	(142)
曹恩泽	中西医结合治疗肾病综合征	(147)
何世东	治疗顽固性原发性肾病综合征经验	(153)
付予君等	分型论治肾病综合征	(158)
孙中诚等	肾病综合征的论治	(161)
赵富生等	真武汤治疗肾病综合征	(167)
辛国栋等	健脾益肾解毒化瘀治疗肾病综合征	(170)
魏小萌	自拟健脾益肾豁痰化瘀方治疗肾病综合征	(172)
李海坚等	肾病综合征并发下肢静脉血栓的治疗	(176)
李雅琴	中西医结合治疗老年原发性肾病综合征	(178)
杨尚凌	无比山药丸治疗肾病综合征	(181)
陈培智等	桃红四物加味治疗难治性肾病综合征	(183)
陈卫东	黄芪治疗原发性肾病综合征	(187)

李传平	五联疗法治疗难治性肾病综合征·····	(189)
陈兴强等	中药与激素治疗原发性肾病综合征·····	(191)
杨运清等	中药加激素或免疫抑制剂治疗肾病综合征·····	(193)
任琢珊	治疗糖尿病肾病的经验·····	(198)
成秀梅	通补结合治疗糖尿病肾病·····	(201)
朱晓红	温阳益气法治疗糖尿病肾病·····	(203)
朱晓岚等	平消固精汤治疗早期糖尿病肾病·····	(205)
李 瑛	补肾明目饮治疗糖尿病肾病·····	(208)
杨 华等	金水宝胶囊治疗糖尿病肾病·····	(211)
郑庆媛	辨证分型论治糖尿病肾病·····	(214)
宋林萱等	以“久病入络”理论治疗糖尿病肾病·····	(218)
谢宗昌	自拟降糖八味方治糖尿病肾病·····	(221)
姚定国等	桃红二子汤治疗早期糖尿病肾病·····	(225)
张瑞彬	分型论治糖尿病肾病·····	(228)
程益春	中药与木糖醇治疗糖尿病肾病·····	(231)
何立华	芪参饮治疗早期糖尿病肾病·····	(234)
高书荣	左归丸治疗 2 型糖尿病肾病·····	(236)
施兰英	活血化瘀法治疗糖尿病肾病·····	(239)
陈以平	分期论治 IgA 肾炎 ·····	(241)
张敏鸥	IgA 肾病的中医药疗法 ·····	(243)
朱彩凤	四法辨治 IgA 肾病 ·····	(246)
周家俊等	固本通络冲剂治疗 IgA 肾病 ·····	(250)
耿迎春等	五草益肾汤治疗 IgA 肾病 ·····	(253)
马红珍等	当归六黄汤治 IgA 肾病 ·····	(255)
时振声	治慢性肾炎蛋白尿的经验·····	(258)
王铁良	分型治疗慢性肾炎蛋白尿·····	(263)
董 平	五法辨证治疗蛋白尿·····	(267)
叶传蕙	虫类药治疗肾炎蛋白尿·····	(271)

张善才	清固两法治蛋白尿·····	(275)
郑平东	治慢性肾炎蛋白尿经验·····	(277)
蒙木荣	分六型辨治肾病蛋白尿·····	(281)
刘志明	治疗肾病水肿的经验·····	(286)
万友生	白茅根汤治水肿·····	(292)
张沛虬	保肾汤与鲤鱼方治水肿·····	(296)
丁 樱	小儿紫癜性肾炎血尿的治验·····	(299)
黄调钧	论治小儿急肾水肿与血尿·····	(302)
田家运	小儿急性肾炎的分期分证论治·····	(306)
陈龙卿	“陈氏风水方”治疗小儿急性肾炎·····	(310)
曹元奎	芪蛭黄七子汤治疗儿童复发性肾病综合征·····	(311)
张平中	中西医结合治疗儿童肾病综合征·····	(314)
刘晓鹰等	分阶段辨治小儿肾病综合征·····	(317)
管日军	中医辨治小儿原发性肾病综合征·····	(323)
施丽君等	从湿论治小儿肾病蛋白尿·····	(329)
赵锦艳	中药保留灌肠治疗尿毒症·····	(332)
王瑞道	肾衰经验方苏叶解毒汤·····	(334)
张振军等	辨治恶心呕吐·····	(338)
王凤岐等	辨治肾炎、肾病经验·····	(342)
肖相如等	汗法治肾病·····	(354)
何 婕	从肝论治肾病·····	(357)
叶任高	急进性肾炎的治疗·····	(360)
李文娟等	高尿酸血症肾病的研究与治疗·····	(362)
文 丹	补肾痛风汤治疗痛风性肾病·····	(367)
黄晓娟	中药与抗生素治疗无症状性血尿·····	(369)

刘渡舟

慢性肾炎治验

已故名老中医刘渡舟教授,是中医经方派大家,对于仲景学说的研究更著名于世,他运用张仲景的经方对慢性肾小球肾炎的主要症状,如水肿、蛋白尿、血尿及氮质血症等,进行了精辟的论述,临床取得了极高的疗效,给我们留下了极其宝贵的经验。现分述如下。

一、燮理阴阳,祛邪寓于扶正,以治水肿

水肿是慢性肾小球肾炎的常见症状,是由于水液瘀积于体内,从而导致阴阳失衡,气血失调。慢性肾小球肾炎的水肿大部分属于中医的“阴水”范畴,但如果慢性肾小球肾炎遇到六淫等邪诱激而急性发作,则又可属于“阳水”范畴。慢性肾小球肾炎水肿往往是病程较长,反复发作,既具有虚的一面,又呈现出虚实夹杂、体虚标实的病机。在治疗方面,总以祛除体内瘀积的水液为先,正如《素问·汤液醪醴论》所云“去菀陈莖”的原则,或发汗(即《内经》所说的“开鬼门”),或利尿(即《内经》所说的“洁净府”),但在治疗上又要注意邪正的关系,祛邪的同时注意固本扶正,调补肺、脾、肾三脏,以恢复其气化功能。

(一) 阳水

肿势较剧,治以外散内利,务使水道疏通。若周身水肿、二便不利、脉浮滑、体力不衰者,药效可峻猛,用疏凿饮子(商陆、羌活、秦艽、槟榔、大腹皮、茯苓皮、椒目、木通、泽泻、赤小豆、生姜皮)加减化裁,但要中病即止,水利后即改用越婢加术汤(麻黄、石膏、生姜、甘草、大枣、白术)加减化裁或防己黄芪汤(防己、黄芪、白术、甘草)加减化裁。

若患者形气较差,或年老体弱之人,在外散内利的同时,要兼以固本,用茯苓导水汤(茯苓、泽泻、白术、桑白皮、大腹皮、木香、木瓜、陈皮、砂仁、苏叶、麦冬、槟榔)加减化裁治之最宜。

(二) 阴水

在治疗时,既要注重渗利停积之水湿,更要注重温通脏腑之阳气,通阳化气,消阴利水。

如见下肢浮肿、时轻时重、大便溏薄、畏寒气怯、肢冷、脉象软等症者,为脾阳虚水停,治以实脾饮(厚朴、白术、木瓜、木香、大腹皮、附子、茯苓、干姜、甘草)加减化裁。

如见下肢浮肿、面色黧黑、小便不利、心悸头晕、背恶寒、脉象沉等症者,为脾肾阳虚水停,治以真武汤(白芍、生姜、茯苓、白术、附子)加减化裁。

如见腰酸脚软、小便不利、尺脉沉迟或细小等症者,为命门火衰,水气不化,治以金匱肾气丸(桂枝、附子、地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻)加减化裁,缓治为宜。

如见下肢浮肿、时轻时重、小便短黄、舌苔薄黄腻、脉象虚滑等症者,是湿热为患,治以《医宗金鉴》当归拈痛汤(当归、茵陈、茯苓、白术、猪苓、泽泻、羌活、防风、人参、升麻、黄芩、甘草、苦参、知母、葛根、苍术)加减化裁,清热利湿,鼓动气化,屡有效验。

【病案举例】 包某,女,40岁。刻诊:患者面部、下身俱肿,下肢尤甚,按之如泥囊,小便短少,腰部酸楚,乏力,呼气短,纳呆泛恶,舌质淡,舌苔白腻,脉象沉而弱。尿检有蛋白、颗粒管型、红细胞及白细胞。既往史:素体虚弱,3个月前下肢轻度浮肿,当时未介意,后浮肿日趋加重,并逐渐波及全身,此时才去当地医院诊治,诊断为“慢性肾小球肾炎”,经用中西药治疗,肿势渐减。因时值秋收秋种,患者勉强劳动2日后,水肿再起,赴医院诊治数次,疗效不显。今来刘老处求诊。刘老诊断为“阴水未愈,阳水又发”。由过劳伤中,脾虚不运,水湿内泛,上干肺娇,下壅肾关所致。本着急则

治标、标本兼顾之意,既要去菀陈莖,外散内利,又要虑其素体虚弱,不任大伐,故选茯苓导水汤治之,药用:茯苓、泽泻、白术、桑白皮、大腹皮、木香、木瓜、陈皮、砂仁、苏叶、麦冬、槟榔。2剂,每日1剂,水煎服。

二诊:服药后小便量增多,肿势顿挫,大便溏薄,日行2次,气短乏力,畏寒,两手指尖发凉,带下量多质稀,舌脉如前。此乃脾肾阳气不振,气化不及,虽水邪已十去七八,但仍残留为患。治以通阳消阴,化气利水。方用实脾饮加防己、黄芪。20剂,每日1剂,水煎服。

三诊:服药后水去肿消,诸症皆愈,尿检正常。嘱长期服用金匮肾气丸,以巩固疗效。

二、调理脾肾,补益寓于祛邪,以治蛋白尿

脾主运化水谷精微,若水湿困脾或脾虚不运,则精微不为全身而下陷。肾主蛰封脏腑精气,水气伤肾,肾失固封,则精微必然下漏于尿中。蛋白尿是慢性肾小球肾炎的主要临床表现之一,与脾、肾二脏功能失调最为相关,因此,紧紧抓住调理脾肾一环,是治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿之关键。首先是补脾气,因脾执中央以灌四旁,脾土封疆,则水不泛滥,精微不散,而肾之蛰藏,必藉土封之力,正如《杂病源流犀烛》所云:“试观江湖河海,未有不载于土上,行于土中者。”其次,应注意祛邪,邪不去则正难安,蛋白尿是由于邪气困正、伤正所致。故治疗中应以补益与祛邪并重,切不可专事补涩,否则,越补邪气越恋,越涩病情越重,关门留寇病终难愈。在补益时,重在助其脏用,而非一味补其脏体,要因势利导,充分调动脏腑之生化机能,以提高其抗病能力。首先治以健脾益气,利湿化浊,使邪去正复。若蛋白仍有渗漏者,再以固肾收涩法。方用参苓白术散(人参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、甘草、山药、莲子肉、桔梗、砂仁、苡仁)加白豆蔻、焦三仙、泽泻、芡实等。若浮肿者,加用五皮饮(陈皮、大腹皮、桑白皮、茯苓皮、生姜皮);或用防己黄芪汤合五苓

散(茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝)加减化裁。

【病案举例】 张某,男,干部。刻诊:下肢轻度浮肿,面色黄白,腰酸乏力,小便短少,口干不欲饮,舌质淡,舌苔厚略腻,脉象左滑右濡。尿检:有蛋白、颗粒管型。血检:胆固醇、血红蛋白均不正常。患者患慢性肾小球肾炎肾病型已3年,在北京某大医院诊治,但蛋白尿长期居高不下,患者出示旧服处方,皆为滋补固涩剂。刘老说,湿浊内阻,脾气不健,若纯事止涩,邪恋不去,故收效缓慢。应治以分利湿浊、健运脾气法。处方参苓白术散加减化裁:人参、茯苓、白术、炙甘草、淮山药、白蔻仁、砂仁、焦三仙、莲子肉、炒扁豆、桔梗、茜草、泽泻、芡实、陈皮、生苡仁等。3剂,每日1剂,水煎服。

二诊:服药后,尿量增多,尿蛋白及颗粒管型减少。继服10剂,每日1剂,水煎服。

三诊:近几日稍有劳累,两眼睑晨起微肿如卧蚕,动则汗出,乏力,舌质淡,舌苔白,脉象沉。用防己黄芪汤化裁:防己、黄芪、白术、茯苓、泽泻、桑白皮、生姜、大枣。10剂,每日1剂,水煎服。

四诊:尿检蛋白转阴。嘱服八珍丸(人参、茯苓、白术、甘草、当归、白芍、地黄、川芎),以善其后,巩固疗效。

三、着眼湿热,临证须分虚实,以治血尿

《金匱要略》云:“热在下焦者,则尿血也。”在慢性肾小球肾炎的病程中,有相当一部分患者的浮肿并不明显,而主要表现为持续性肉眼血尿如洗肉水样或咖啡样,或见镜下红细胞满视野,治疗颇为棘手。刘老认为与下焦湿热密切相关,湿热伤及肾与膀胱血络所致。

若湿热下注伤肾,迫血妄行,除血尿外,并伴有一系列湿热证,治当以清利为法,方用小蓟饮子(小蓟、生地黄、滑石、通草、蒲黄、竹叶、藕节、当归、栀子、甘草)加减化裁。

若镜检红细胞多、小便短赤、心烦、失眠、舌质红、少苔、脉象细

数等,是肾阴不足,湿热稽留,损伤血络所致。治宜猪苓汤(猪苓、茯苓、滑石、阿胶、泽泻)加减化裁,育肾阴,清湿热。方中药性缓和,有补有利,补而不滞湿,利而不伤阴,既可清下焦湿热,又可滋少阴之源。刘老指出肾阴与肾阳一样,在肾主水中发挥着重要作用,但肾阴虚与肾阳虚所导致的水液病变类型不同,一方面阴虚导致停水,另一方面肾阴虚不能上济心火,又能产生内热,停水与内热相互搏结,形成了水热互结这一特殊病理结果。本方为阴虚水热互结而设,育阴,清热,利水,止血。

刘老说,慢性肾炎尿血不宜使用止涩之品,否则易致血瘀于内,反使出血加重,或生变证。正如《医学心悟》所说:“凡治尿血,不可轻用止涩药,恐积瘀于阴茎,痛楚难当也。慎之,慎之。”

【病案举例】 贾某,女,工人。患慢性肾小球肾炎半年余,症见腰痛、小便不利、眼睑浮肿、小腹坠胀、口渴、心烦、失眠多梦、舌质红、少苔、脉象细数等。尿检:有红细胞、蛋白、白细胞。此乃肾阴亏损,湿热下侵所致。治以滋肾阴,清湿热,用猪苓汤加减:猪苓、茯苓、泽泻、滑石、阿胶、女贞子、旱莲草、白茅根、半枝莲、茜草。10剂,每日1剂,水煎服。

二诊:服药后眼睑肿消,舌脉如前。尿检:红细胞及蛋白均减。守方继服10剂,每日1剂,水煎服。

三诊:尿检:已无蛋白及白细胞,惟红细胞(±)。上方去半枝莲、茜草,再服5剂,每日1剂,水煎服。

药后,尿检阴性,诸症悉平。

四、疏利三焦,溃散邪毒,以治氮质血症

氮质血症是由慢性肾小球肾炎逐渐发展而来,是肾功能不全的表现,若不及时治疗或治疗不当,可很快向尿毒症阶段转化。刘老认为,本证是湿毒壅滞三焦,三焦气化不利,使肺失宣降,脾失健运,肾失蒸腾,肺、脾、肾的功能俱损,表里升降出入之机弛废,邪毒泛滥全身,邪毒伤正使然。治以祛邪以扶正,溃散三焦邪毒之主,

疏利三焦表里上下升降出入,使三焦畅,气血利,表里通,上下达,大气一转,其气乃散,五脏元真通畅,人即安和。刘老自拟荆防肾炎汤:荆芥、防风、柴胡、前胡、羌活、独活、桔梗、枳壳、半枝莲、白花蛇舌草、生地榆、炒槐花、川芎、赤芍、茜草、茯苓。本方为荆防败毒散(荆芥、防风、羌活、独活、柴胡、前胡、枳壳、茯苓、桔梗、川芎、甘草)加减而成,方中羌活、独活出入表里;荆芥、防风发表达邪,有逆流挽舟之用;柴胡、前胡疏里透毒,以宣展气机为功;桔梗、枳壳升降上下;半枝莲、白花蛇舌草化湿解毒;生地榆、炒槐花溃邪止血;川芎、赤芍、茜草、茯苓入血逐邪,以祛血中之湿毒。

【病案举例】 杨某,男,农民。近半个月来,浮肿加剧,以下肢为甚,小便短少,腰酸冷,纳差,腹胀,肢软,便溏,时有咽痒、咳嗽,面色晦暗不泽,舌苔厚腻,脉象滑略弦。尿检:有蛋白、红细胞、白细胞。生化检查:尿素氮、肌酐等均异常。既往史:患者于3年前患慢性肾小球肾炎,常因感冒、劳累等使浮肿、腰痛反复发作,经多方治疗,效果不彰。治以溃邪解毒,通利三焦。予荆防肾炎汤,7剂,每日1剂,水煎服。

二诊:药后浮肿明显消退,小便量增多,诸症减轻。尿检及生化检查均有好转。再服10剂,每日1剂,水煎服。

三诊:药后浮肿尽退,舌质淡,舌苔白微腻,脉象软而无力。尿检及血生化均已正常。此大邪已退,正气来复,须将息之,以参苓白术散加减化裁。

数月后,诸恙皆瘥。

吕仁和

治疗慢性肾炎经验

著名中医肾病专家吕仁和教授(北京中医药大学东直门医院, 邮编:100700), 针对慢性肾小球肾炎的病因、病机转化、分期辨证论治方案和方药等方面, 进行了详细的论述, 对于指导临床治疗与研究有一定意义。

吕仁和教授认为分期研究慢性肾小球肾炎, 有利于探讨其疾病发生、发展、转归和预后的规律, 更好地寻找有效的防治措施。吕仁和教授根据肾脏病理生理特点及慢性肾小球肾炎的病机转化、症状学与证候学特点, 在大量病例分析总结的基础上, 提出以血肌酐 $177 \mu\text{mol/L}$ 为界, 把慢性肾炎分为前后 2 期辨证治疗, 以力求分期指标简单、明确, 并可反应出每期的特殊性。

一、慢性肾小球肾炎前期

各种原因导致肾元亏虚, 再感受虚邪贼风, 这是慢性肾小球肾炎发病的根本原因。其病位在肾, 涉及肝、脾等脏器。病变为肾体受损, 肾用失司, 从而主水、封藏等功能减退, 出现水肿、尿浊、尿血、腰痛等表现。慢性肾小球肾炎病位在肾, 其虚又有偏阴、偏阳之不同, 并且又可因脏腑失和等因素出现湿热、血瘀等兼夹证, 并因此使病情反复或加重, 证候复杂, 变化多端。

(一) 辨治主证

1. 肝肾阴虚证

症状: 头晕目眩、腰腿酸软、疲乏无力、手足心热、舌质暗红、脉象弦细或细数等。

治则: 补益肝肾, 益气养阴。

方药: 二至丸(女贞子、旱莲草)、六味地黄丸(地黄、山萸肉、山

药、茯苓、丹皮、泽泻)、四君子汤(人参、茯苓、白术、甘草)等加减化裁。

2. 脾肾阳虚证

症状:面浮肢肿、畏寒肢冷、腰腿重痛、神疲乏力、舌体胖有齿印、脉象细而无力等。

治则:益气健脾,补肾助阳。

方药:水陆二仙丹(金樱子、芡实)、济生肾气丸(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻、桂枝、附子、车前子、牛膝)、四君子汤等加减化裁。

3. 阴阳两虚证

症状:不耐寒热、困倦乏力、腰腿酸软、舌体胖有裂纹、脉象细滑无力等。

治则:调补阴阳。

方药:右归丸(地黄、山萸肉、山药、肉桂、附子、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、杜仲、当归)、四君子汤等加减化裁。如阴虚偏重者,加二至丸化裁;如阳虚偏重者,加水陆二仙丹化裁。

(二) 辨治兼夹证

1. 湿热阻滞证

症状:胸脘痞闷或脘腹胀满、纳谷不香、便溏、舌体胖嫩、舌苔黄腻、脉象滑数等。

治则:清热利湿。

方药:茵陈五苓散(茵陈、茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝)、四逆散(柴胡、枳壳、白芍、甘草)、平胃散(苍术、厚朴、陈皮、甘草)等加减化裁。

2. 痰湿不化证

症状:背部发凉、时有咳痰、食欲不振、舌体胖、舌苔白腻、脉象滑等。

治则:健脾胃,化痰湿。

方药:苓桂术甘汤(茯苓、桂枝、白术、甘草)、补中益气汤(黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、党参、甘草、当归、生姜、大枣)等加减化裁。

3. 外感热毒证

症状:感受外邪后,发热咳嗽、咽喉肿痛、咽干口燥、便干溲黄、舌质红、脉象浮数等。

治则:辛凉解表。

方药:银翘散(银花、连翘、桔梗、竹叶、薄荷、荆芥、豆豉、牛蒡子、甘草)等加减化裁。

若因疮疡脓疡不愈引起发热者,则治以清热解毒,用五味消毒饮(银花、野菊花、紫花地丁、紫背天葵、蒲公英)、麻黄连翘赤小豆汤(麻黄、连翘、赤小豆、茵陈、杏仁、甘草、生姜、大枣)等加减化裁。

4. 肝郁气滞证

症状:胸胁苦满、胸闷喜太息、口苦咽干、纳谷不香,舌质淡、舌苔薄、脉象弦等。

治则:舒肝解郁理气。

方药:四逆散、丹栀逍遥丸(丹皮、栀子、当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、甘草、薄荷、生姜、大枣)等加减化裁。

5. 血脉瘀阻证

症状:腰背酸痛或刺痛,痛有定处、夜间为甚,舌质暗有瘀斑、脉象沉紧、甚而涩滞等。

治则:活血化瘀。

方药:桂枝茯苓丸(桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、芍药)、丹参三七片等加减化裁。

二、慢性肾小球肾炎后期

(一) 辨治主证

1. 气血阴虚、湿浊内停证

症状:面色苍黄、唇舌色淡、时有呕恶、神疲乏力、腰膝酸软、五

心烦热、大便干结、舌体瘦、舌苔黄、脉象弦细或沉细无力等。

治则：益气养血，滋阴降浊。

方药：调胃承气汤（大黄、芒硝、甘草）、六味地黄汤、八珍汤（党参、茯苓、白术、甘草、当归、地黄、芍药、川芎）等加减化裁。

2. 气血阳虚、湿浊内停证

症状：畏寒肢冷、面色㿠白、浮肿便溏、时有呕恶、疲乏无力、腰腿重痛、舌体胖、舌苔白、脉象细弱等。

治则：益气养血，助阳降浊。

方药：温脾汤（大黄、人参、附子、炮姜、甘草）、八珍汤、济生肾气丸等加减化裁。

3. 气血阴阳俱虚、浊毒内停证

症状：面色无华、唇舌色淡、时有呕恶、不耐寒热、神疲乏力、腰膝酸痛、肌肤甲错、脉象滑而无力等。

治则：调补阴阳气血，降浊利水。

方药：调胃承气汤、右归丸、人参养荣汤（人参、茯苓、白术、甘草、当归、地黄、芍药、黄芪、肉桂、五味子、远志、陈皮、生姜、大枣）等加减化裁。

（二）辨治兼夹证

1. 胃肠结滞证

症状：寒热往来、胸胁苦满、口苦咽干、大便秘结、舌苔黄厚等。

治则：通腑导滞，内泻热结。

方药：大柴胡汤（柴胡、大黄、枳实、黄芩、白芍、半夏、生姜、大枣）等加减化裁。

2. 水凌心肺证

症状：胸闷气短、心悸喘憋、甚则难于平卧，舌质暗、舌苔腻、脉象细数等。

治则：益气养阴生津。

方药：生脉散（麦冬、五味子、人参）、葶苈大枣泻肺汤（葶苈子、

大枣)等加减化裁。

3. 浊毒伤血证

症状:鼻衄、齿衄、肌衄等。

治则:清热解毒,凉血止血。

方药:于治疗主证的方药中加入三七粉、水牛角粉等。

4. 肝风内动证

症状:抽搐、震颤、头痛、眩晕、失眠,甚至神昏等。

治则:清热平肝熄风。

方药:天麻钩藤饮(天麻、钩藤、犀角、全蝎、木香、甘草、生姜)等加减化裁。

5. 毒犯心包证

症状:身热烦躁、神昏谵语、痰盛气促、舌苔黄垢腻、脉象细数弱等。

治则:清心解毒,豁痰安神。

方药:以西洋参煎汤化服至宝丹。

三、对症治疗

(一) 辨治血尿

琥珀粉、三七粉为通用方药。

如湿热伤络者,治以清利湿热,选用小蓟饮子(小蓟、藕节、蒲黄、生地黄、滑石、通草、淡竹叶、栀子、炙甘草)等加减化裁。其中小蓟为主要药物,用量要大,一般不少于 30 g。

如属郁热不解,损伤血络者,选用失笑散(蒲黄、五灵脂)、四逆散加生地榆、生地黄炭、血余炭、连翘等加减化裁。

如属心火移肾,损伤血络者,用导赤散(生地黄、木通、甘草、淡竹叶)等加减化裁。

若属热毒内盛,灼伤肾络者,用犀角化毒丹配三七粉等。

如属血虚者,选用归脾汤(白术、党参、黄芪、当归、炙甘草、茯神、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣)等加减化裁。其中当

归用量要不少于 15 g,党参用量要不少于 20 g。

若属阴虚有热者,用知柏地黄丸(知母、黄柏、地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)等加减化裁。其中生地黄要用到 30 g 以上。如阴伤者,要常服六味地黄丸。

若属气虚失摄者,以补中益气汤等加减化裁,其中党参用量要不少于 30 g。

如血尿伴下腹痛者,可用金铃子散(金铃子、元胡)、失笑散等加减化裁。

血尿便秘者,加生大黄。

(二) 辨治蛋白尿

湿热内蕴者,用四妙散(苍术、黄柏、牛膝、苡米)等加减化裁。

气郁不解者,用加味逍遥丸(丹皮、栀子、当归、芍药、柴胡、茯苓、白术、甘草、生姜、薄荷)、四逆散等加减化裁。

血瘀不化者,以桃红四物汤(桃仁、红花、当归、芍药、地黄、川芎)加三七粉等加减化裁。

中气亏虚者,用补中益气丸等加减化裁,其中白术、黄芪剂量要加倍。

脾肾亏虚者,以水陆二仙丹加菟丝子等加减化裁。

肝肾亏虚者,重用二至丸加枸杞子等加减化裁。

肾阴亏虚者,宜久服六味地黄丸。

肾阳虚弱者,宜久服金匮肾气丸,要坚持服用 3 个月以上。

四、食疗药膳举例

如浮肿者,可食黄芪炖鸡、糖醋鲤鱼等。

如尿蛋白量不多,但长期不止者,可久服三红粥(红豆、红枣、红糖、粳米)等。

李学铭

治慢性肾炎十法

李学铭教授(浙江中医学院, 邮编: 310053)医技精湛, 医德高尚, 治学严谨, 是全国首批名老中医、硕士研究生导师、主任医师。李老在 40 多年临床、教学、科研工作中, 深得广大医患及学生的尊敬, 他擅长于用中西医结合的方法治疗肾病、免疫性疾病、风湿类等疾病, 尤其在治疗肾病方面经验丰富, 疗效显著。李老总结出以下常用的十法以治疗慢性肾小球性肾炎, 李老说治病要灵活多变, 强调“治病必求其本”, “急则治标, 缓则治本”, 辨证论治不能拘泥, 要根据患者标本虚实、正邪主次, 合理辨证, 灵活立法。

一、疏风宣肺法

1. 适用于“风水”, 即慢性肾小球性肾炎急性发作者。外邪袭表, 首先犯肺, 久病则肺卫护外之力减弱, 肺失宣发肃降, 通利水道失职, 三焦水道不通, 水液潴留, 泛滥于肌肤。

症状: 见发热、咽干、鼻塞, 或头痛身重, 或颜面浮肿, 或咳嗽, 舌质红、舌苔薄、脉象浮或数。

方药: 多选用越婢汤(麻黄、石膏、生姜、甘草、大枣)加减化裁, 以发汗解表, 宣肺利三焦。这正是《内经》所云: “其在上者, 因而越之。其在表者, 渍形以为汗。”《丹溪心法》云: “水气在表, 可汗。”

2. 适用于表证明显, 但无浮肿, 尿检异常者。

方药: 多选用桑菊饮(桑叶、菊花、连翘、杏仁、薄荷、桔梗、芦根、生甘草)加减化裁, 药用: 桑叶、菊花、豆豉、薄荷、生甘草、桔梗、板蓝根、连翘、炒山栀、天花粉、芦根、酸枣仁、生地、蝉衣等。

3. 适用于小儿慢性肾小球性肾炎并外感时。由于小儿先天不足, 往往外感表邪虽解, 但肺之气阴不足。

方药:多选用百合固金汤(百合、生地、熟地、麦冬、贝母、当归、白芍、玄参、生甘草、桔梗)加减化裁,以润肺补肺,药用:生地、玄参、百合、浙贝母、生甘草、桔梗、鱼腥草、当归、北沙参等。

二、清利湿热法

1. 适用于慢性肾小球性肾炎急性发作者。由于水湿之邪日久在体内郁而化热,蕴结于下焦,致膀胱气化失司。

症状:见小便灼热涩痛、小腹不适、溲黄赤、腰腿酸重、舌质红、舌苔黄腻、脉象数等。

方药:多选用六一散(滑石、甘草)加制大黄、瞿麦、泽泻、炒山栀、炒黄柏、黄芩、黄连、竹叶、车前子等。

临证加减:如尿检有镜下血尿者,宜凉血止血,上方加白茅根、蒲公英、石韦、白花蛇舌草、马齿苋等。如尿检蛋白增高者,上方加鳖甲、龙骨、萆薢、菖蒲等。

2. 适用于肾功能不全兼有湿热者。

阳虚者,治以温阳泄浊,温中降逆,合清利湿热法。方药多选用苏梗、六月雪、茯苓、附子、制大黄、竹茹、黄连、生姜等。

肝肾阴虚者,症见五心烦热、头晕耳鸣、目眩、腰酸等。治以滋阴平肝,合清利湿热法。方药多选用左归丸(茯苓、熟地、山萸肉、山药、枸杞子、甘草)与天麻钩藤饮(天麻、钩藤、茯苓、石决明、牛膝、栀子、黄芩、珍珠母、杜仲、桑寄生、夜交藤)加减化裁。

三、清热活血法

适用于慢性肾小球性肾炎,病程冗长,往往伴有上呼吸道慢性炎症病灶,但临床症状不显著,而又很难治愈者。

方药:多选用野菊花、连翘、银花、大青叶、蒲公英等清热药;红花、桃仁、益母草、鸡血藤等活血化瘀药;白茅根、山楂、神曲、蝉衣、昆布等。

四、清热柔络、凉血止血法

1. 适用于热邪炽盛于下焦,脉络受损,血渗膀胱者。

症状:见口干咽痛、尿频、尿色鲜红、轻度小便灼热、或小腹不适、舌质红、舌苔薄或薄黄、脉象数或滑数等。

方药:多选用忍冬藤、青风藤、鸡血藤、白茅根、竹叶、白花蛇舌草、生石膏等为主,加生地、北沙参、太子参、天花粉、生黄芪等益气生津之品。

2. 适用于热邪偏盛者。

症状:见发热、咽干痛、舌苔燥白、脉象沉数等。

方药:多选用一枝黄花、大蓟、小蓟、浮萍、蝉衣、玉米须、玄参等,以清热解毒利咽。

五、养阴清热法

1. 适用于病情日久,肾阴亏虚,虚火内炽,灼伤脉络者。

症状:见腰膝酸软、口干咽痛、大便干结、舌苔薄、脉象细或细数等,尿检查异常。

方药:多选用六味地黄汤(熟地、山萸肉、山药、丹皮、茯苓、泽泻)加减,药用生地、山萸肉、山药、五味子、丹皮、女贞子、旱莲草、当归、生甘草等。

2. 适用于兼有面色少华、神疲乏力者。

方药:多选用生黄芪、红枣、丹参、炒谷芽、沙参、麦门冬、太子参、野荞麦根等,以益气滋阴生血。

六、补虚固摄法

适用于慢性肾小球性肾炎日久,脾肾气虚,脾气虚则健运失职,不能运化水谷精微,升降失调,精微反而下注;肾气虚则失于封藏,精浊下流者。

症状:见畏寒、腰膝酸软、乏力、面色萎黄、胃纳不佳、大便易溏、舌质淡、舌苔薄或薄腻、脉象细等。检查尿蛋白始终不降,或活动后尿蛋白增加,24小时定量 $>1\text{ g/L}$ 。

方药:多选用白术、山药、山萸肉、芡实、锁阳、炒龟版、炒鳖甲、龙骨、陈皮、菟丝子、仙灵脾、茯苓、生黄芪等。

如果舌质偏暗,肾功能正常,可加炒地龙、川牛膝、桃仁等活血之品。

若阴虚明显者,可加炒黄柏、生地等滋阴药物。

腰膝痛者,加川断、炒杜仲、怀牛膝等益肾强腰。

七、健脾益气,滋补肾阴法

适用于慢性肾小球性肾炎后期,脾气不足,肾阴亏损者。

症状:见腰酸乏力、手足心热、口干、舌质偏红、舌苔薄、脉象细或细数等。

方药:多选用大补元煎(熟地、党参、山药、杜仲、枣仁、枸杞子、山萸肉、炙甘草、补骨脂、白术、肉桂、附子)加减化裁,如太子参、山药、熟地、杜仲、枸杞子、当归、山萸肉、茯苓、陈皮、白术、炙甘草、红枣等。

八、活血化瘀法

1. 适用于慢性肾小球性肾炎蛋白尿或血尿有血瘀征象者。由于病久不愈,气血虚弱,气虚则血行不畅,瘀阻脉络。

症状:见反复或长期血尿,或局部疼痛拒按或麻木,或妇女月经不调、痛经,舌质偏暗、脉象细或涩等。

方药:多选用生黄芪、当归、赤芍、川芎、红花、制大黄、川牛膝、炒地龙、桃仁等。

临证加减:如果兼有热象者,可加石韦、蒲公英、三叶青等清热解毒之品。

2. 适用于慢性肾小球性肾炎伴肾功能不全,或慢性肾小球性肾炎高血压型有血瘀征象者。

症状:见面色黧黑或晦暗、腰痛、肢体麻木、舌质暗淡、脉细涩等。

方药:多选用桂枝茯苓丸(桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、芍药)加制大黄等为主,活血化瘀散结,另外加用补虚益气养阴的制首乌、仙灵脾、丹参、绞股蓝、生黄芪、茯苓皮等,以防活血而伤正。

九、温阳化湿法

适用于慢性肾小球性肾炎全身浮肿,或慢性肾功能不全者。由于三焦气化不利,水道不通,水湿泛滥肌肤,而发为水肿。

症状:见浮肿明显、面色㿠白、畏寒肢冷、腰膝酸痛、神疲乏力、大便易溏、纳差、舌质淡或淡胖、脉象沉细等。其中又分为寒湿、水湿两种。无论是寒湿或是水湿,活血化瘀药可贯穿治疗始终。另外可配合中药灌肠,以排除毒素,降低血尿素氮、肌酐。

(一) 寒湿

适用于脾阳虚弱,失于运化者。治以温阳补虚、化湿运中法。

方药:多选用吴茱萸汤(吴茱萸、生姜、大枣、人参)合附子理中汤(附子、人参、白术、干姜、甘草)加减化裁。

(二) 水湿

适用于水湿为患,三焦决渎失司,膀胱气化失常,阳气不能舒展者。治以健脾运中、通阳利水法。

方药:多选用桂枝、猪苓、茯苓、泽泻、防己、黄芪、桑白皮、大腹皮、陈皮等。

十、和解少阳法

适用于慢性肾小球性肾炎服用糖皮质激素2个月以上者。中医认为此时邪气由内外达于半表半里之间,病情比较稳定,中药既可以帮助激素减量,又能提高疗效。

症状:见无明显不适、舌质淡、舌苔薄、脉象细或细数等,尿检基本正常。

方药:多选用小柴胡汤(柴胡、黄芩、半夏、党参、生姜、甘草、大枣)加生黄芪、当归、青蒿、生地黄、沙参、麦冬、知母、黄柏等。

李炳文

治疗慢性肾炎特色

李炳文教授(海军总医院,邮编:100037)1966年毕业于北京中医学院中医系,1981年在中国中医研究院研究生毕业,获医学硕士学位。现任海军总医院中医科主任、主任医师,国家卫生部新药(中药)品种保护审评委员会委员,全军中医学会会长,第四军医大学兼职教授。李炳文教授业医30余年,穷究经旨,学贯诸家,且勤于实践,在内外妇儿各科均积累了丰富的经验。1996年被确定为全国第二批中医师承制导师之一。

李炳文教授认为慢性肾小球性肾炎属中医“水肿”、“腰痛”、“虚损”等范畴,以程度不等的水肿、蛋白尿、镜下血尿、肾功能不全等为主要临床表现。其病因复杂,病程迁延,目前中、西医均无特效疗法。本文仅就其治疗慢性肾小球性肾炎的特色介绍如下。

一、疏泄风热,培补肾阴

此法主要用于慢性肾小球性肾炎病情相对稳定、无肾功能不全发生而有风热证候者。慢性肾小球性肾炎发病的内因为肾阴亏损,外因为感受风阳之邪。虚之所在,为受邪之所,因肾之阴精亏损,风阳之邪乘虚而入,邪客少阴,病由而生。

症状:咽干咽痛、口苦口渴、小便黄赤、舌边尖红、舌苔薄黄或少津、寸脉浮大等。

治法:治本强调培补肾阴,治标着重于疏风清热,兼利膀胱。治本固然重要,然慢性肾小球性肾炎治标亦断不可少。因感染等因素可导致慢性肾小球性肾炎急性发作,致使病情迁延不愈,或使病情恶化,甚至就此进入尿毒症期,故防止感染对改善预后十分重要。疏风清热确可减少感染机会,起到防传截变、稳定病情的作

用,并可望在此基础上促使病情逐渐好转,进而渐趋痊愈。

方药:培补肾阴以六味地黄丸(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)或知柏地黄丸(六味地黄丸加知母、黄柏)为主。疏散风热常用清宣解毒汤(桑叶、菊花、夏枯草、蝉衣、金银花、连翘、防风、黄芩、荷叶、白茅根、生甘草)加减化裁。

临证加减:热象明显者,加苦丁茶、败酱草;尿蛋白突出者,重用苦参、五倍子、金樱子;血尿明显者,加大蓟、小蓟、藕节。

【病案举例】 王某,男性,16岁,确诊为慢性肾小球性肾炎已3年,这期间反复上呼吸道感染发热,病情随之而波动,每年平均上感发热近10次。就诊时,尿蛋白(++),有红、白细胞少量。治以上述方药,培补肾阴,疏散风热。服药1个月后,尿蛋白降至(+),红、白细胞消失。再服药2个月,尿蛋白转阴。服药期间,从未出现过感冒发烧。以后又随访半年,尿检正常。

二、和解少阳枢机

对于慢性肾小球性肾炎或因治疗不当,或因将息失宜,或因反复感染等因素,均可使病情进一步向少阳正虚邪实方面转化。少阳三焦是水液运行之道路,三焦不利,不能化气行水,则水聚而为肿。

症状:水肿、小便不利、眩晕等。

治疗:和解少阳枢机,利水活血。

方药:小柴胡汤(柴胡、黄芩、半夏、人参、甘草、生姜、大枣)、当归芍药散(当归、芍药、川芎、泽泻、白术、茯苓)加减化裁。

临证加减:水肿明显者,可再加五皮饮(茯苓皮、陈皮、生姜皮、大腹皮、桑白皮),以加强利水消肿之功。

对于肾功能不全甚至尿毒症者,此时,脏腑功能衰惫,邪毒积聚,壅滞三焦,气机逆乱,上下格阻而成“关格”。大虚大实交结并存,攻邪则伤正,扶正则滞邪,实属攻补两难。权衡八法,唯和法可行,此法多能缓解症状,改善化验指标,从而达到使病人提高生活

质量的目的。

治疗:和解少阳,益气养阴,并清热、解毒、和胃、通便。

方药:小柴胡汤合参芪生脉饮(人参、黄芪、麦冬、五味子)加黄连、苏叶、大黄等。其中大黄用量以保持大便通畅,日行1~2次为宜。

【病案举例】 刘某,女性,36岁。刻诊:眼睑及下肢反复浮肿、腰痛、头晕、疲乏、失眠等,血压在(17.3~19.0)/(11.3~13.0)kPa之间,尿蛋白(+++)~(+++),偶有管型。既往史:患妊娠后肾炎8年,来诊前同时服用潘生丁、卡托普利、肾炎康等6种药,效果欠佳。治以小柴胡汤与当归芍药散加减,并让其停用其它药物。1个月后,水肿消失,血压降至正常。3个月后,尿蛋白减为(+),诸症消失。随访1年中,间断服用上述中药,多次检查尿蛋白在微量~(+),血压平稳,无明显不适。

三、清利湿热,健运脾胃

(1)慢性肾小球性肾炎湿热型者,在病变过程中复感外邪,内舍于肺,肺失宣降,水道不通,水聚为患。

症状:面目宣浮、下肢浮肿、小便短少、舌苔白腻或黄腻等。

治疗:宣肺化气行水。

方药:三仁汤(杏仁、苡仁、蔻仁、竹叶、厚朴、通草、滑石、半夏)出入。

临证加减:表证明显者,宜宣肺行水,化湿清热,与越婢加术汤(麻黄、石膏、甘草、生姜、大枣、白术)加减化裁。

(2)阴虚火旺,水火失济,水热互结膀胱者。

症状:小便不利、小腹胀满、口渴夜甚等。

治疗:滋阴清热,利水化湿。

方药:猪苓汤(猪苓、滑石、茯苓、阿胶、泽泻)、茵陈四苓散(茵陈、猪苓、茯苓、泽泻、白术)与六味地黄丸或左归丸(生地黄、山萸肉、山药、枸杞子、菟丝子、牛膝、鹿角胶、龟版胶)出入。

(3)脾虚为主者

症状:肢倦、纳呆、腹胀、便溏、面色萎黄等。

方药:参苓白术散(人参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、山药、甘草、莲子、砂仁、苡仁、桔梗、大枣)出入。

(4)小儿肾炎在治疗过程中,要使脾胃健运,体质增强,则病趋向愈。

治疗:消食化积。

方药:保和丸(神曲、山楂、麦芽、连翘、陈皮、半夏、茯苓、莱菔子)出入。

【病案举例】 杨某,女性,10岁。刻诊:身体瘦削、面色萎黄、纳差倦怠,饮食稍不合适则胃脘作痛、大便溏泻等,尿蛋白(+)~(++),红、白细胞各5~10个。既往史:慢性肾小球性肾炎已2年余。治以参苓白术散、保和丸出入。3个月后,病人食欲好转,面色转佳,体质逐渐强壮,尿蛋白消失,仅偶见红、白细胞。

四、清热凉血,解毒活血

在生理情况下,五脏六腑虽皆有阴阳,但就具体脏腑而言,其阴阳绝非均等,如心有阴阳,以阳为主,肾有阴阳以阴为主,故病理情况下,慢性肾小球性肾炎长期应用激素、雷公藤、环磷酰胺等药者,阴虚远较阳虚为多见,阴虚则火旺,故其体内恒有邪热存在。此种阴虚内热体质,如再遇外邪袭扰,极易从阳化热,而致血分蕴热酿毒,使病情进一步发展,深入病之本脏,则病情更为错综复杂,当务之急,应清热凉血,解毒活血,以防它变。

症状:面赤唇红、口干咽痛、齿鼻衄血、血尿、舌红等。

方药:犀角地黄汤(犀角、地黄、芍药、丹皮)加减化裁,方中犀角可以羚羊角粉或水牛角粉代用。

临证加减:血尿明显者,与小蓟饮子(小蓟、藕节、蒲黄、生地、白术、滑石、通草、竹叶、当归、栀子、甘草)加减化裁。热毒循经上扰,燔灼咽喉,咽红咽痛者,与玄麦甘桔汤(玄参、麦冬、甘草、桔

梗)、升降散(大黄、蝉衣、姜黄、僵蚕)加减化裁。

【病案举例】 张某,男性,26岁。刻诊:大便不畅、尿黄短赤、舌质红绛、脉象细数、血压偏高等。尿蛋白(+++),尿蛋白定量3.7 g/24 h。既往史:患慢性肾小球性肾炎已5年,反复使用激素,并曾用环磷酰氨,效果均不理想。今予以犀角地黄汤、升降散加减化裁,效果颇佳。1个月后,症状、舌脉均好转,尿蛋白定量降至1.2 g/24 h。以上方出入半年,尿蛋白稳定在1.0~1.5 g/24 h。

余承惠

清平法治慢性肾炎

余承惠教授(南京中医药大学,邮编:210000)应用其独创的清平法治慢性肾小球性肾炎,疗效显著,介绍如下。

慢性肾小球性肾炎大都属免疫介导性炎症疾病。免疫系统失调,不论是抗原与抗体形成的免疫复合物,还是致炎性细胞因子表达过度,均可造成肾脏的自我损害,这正是中医所说的“亢则害”,这种损害遂成为一种内生邪毒,蕴结在肾,具体表现为风毒、湿热、痰浊、瘀滞等病理因素,贯穿于疾病的始终。余承惠教授根据《素问·至真要大论》所说:“谨察阴阳而调之,以平为期。”运用清平法,即是清除、平抑蕴结胶着的病理邪毒,扶助不足的正气。况且在扶助正气时要“清”,慎用温补,以免犯“实实”之戒,而使“亢者更亢”。

清平法基本方为:生牡蛎 30 g,藤梨根 30 g,白花蛇舌草 30 g,生黄芪 20 g,何首乌 15 g,半枝莲 15 g,山慈姑 10 g。每日 1 剂,水煎服。3 个月为一疗程。一般用 3 个疗程。方中生牡蛎、藤梨根、白花蛇舌草、半枝莲、山慈姑等有清除湿热痰浊、散结解毒之功,临床药理研究证实这些药物均有一定的调整机体免疫功能、抑制抗原抗体反应、抗过敏、抗病原微生物、改善微循环等作用;黄芪、何首乌等具有益气生肌、消肿利水、补益精血、扶正托毒等作用。它们调节免疫代谢,清除自由基,调动机体内源性抗氧化剂的作用已被现代医学所证实。

临证加减:如兼风热者,加防风、银花、连翘等;如有痰浊者,加郁金、泽泻、决明子等;如有湿浊者,加藿香、佩兰、苍术等;若有气虚者,加党参、白术等;若阴虚者,加女贞子、生地等;若蛋白尿明显者,加雷公藤多甙片,或火把花根片;有瘀滞者,加赤芍、丹皮、丹参

等;如有高血压或感染者,均予对症处理;如见舌质紫黯、舌苔腻者,病情更是缠绵难愈,必须用药有力,持之以恒,才能获得良效。

余承惠教授用上法上方治疗、观察、总结 102 例患者,均依据 1992 年安徽太平会议制订的肾小球性肾炎分型标准确诊,其中男性 60 例,女性 42 例;年龄 22~69 岁;病程 1~12 年。经肾穿刺 26 例,病理诊断为 IgA 肾病 8 例,系膜增殖型 14 例,膜性肾病 2 例,膜增殖型 2 例,肾功能氮质血症 8 例,其它肾功能正常。

经治 3 个疗程后,102 例中 22 例完全缓解(症状消失,尿检连续 4 次阴性,24 小时蛋白定量正常。其中经治 1 个疗程 6 例,2 个疗程 8 例,3 个疗程 8 例),34 例显效(症状减轻,尿蛋白定量较治疗前减少 50% 以上。其中经治 1 个疗程 10 例,2 个疗程 11 例,3 个疗程 13 例),36 例有效(症状、蛋白尿有改善。其中经治 1 个疗程 6 例,2 个疗程 12 例,3 个疗程 18 例),10 例无效(症状、蛋白尿无改善)。有效率 90.2%。尿蛋白定量,治疗前(2.78 ± 1.8) g,治疗后(0.8 ± 0.7) g。肾功能氮质血症病人的检测指标都有不同程度下降。治疗前舌质紫黯、舌苔白腻或黄腻者,分别为 24 例、39 例,治疗后分别为 7 例、8 例。

江尔逊

慢性肾炎多属虚中夹实

江尔逊主任医师(四川省乐山市人民医院,邮编:614000)为全国首批 500 名老中医之一。临证 60 多年,经验丰富,闻名遐迩。江老授业解惑言简意赅,著文则“惟陈言之务去”。

江尔逊主任医师治疗慢性肾小球性肾炎有独到的经验,他认为慢性肾小球性肾炎多属虚中夹实,即使患者病程很长、虚弱症状很多时,也不可以纯虚者对待。例如有些患者的舌象似乎毫无湿热稽留之征,但若纯用补益之药,往往加重病情。又例如尿蛋白经久不消者,不可单纯予以补养与固摄;尿中红细胞长期存在者,忌用温肾阳与耗血动血药物。慢性肾小球性肾炎尤以脾肺气虚、三焦湿热蕴蓄和肝肾阴虚、下焦湿热稽留两种证型最为常见。现分述如下。

一、脾肺气虚、三焦湿热蕴蓄证

症状:见面目及下肢微肿、腰脊酸软、酸重或酸痛、气短乏力、面色晄白或淡黄、脘痞纳差、大便微溏、小便微黄量少、舌质偏淡、舌苔白或微黄而腻、脉象濡等。尿化验检查蛋白经久不消。

治疗:补脾益肺,宣畅气机,渗利湿热。

方药:防己黄芪汤(防己,黄芪,白术,甘草)与三仁汤(杏仁,白蔻仁,苡仁,竹叶,厚朴,通草,滑石,半夏)加减化裁:黄芪 30~60 g,白茅根 30 g,苡仁 20 g,茯苓 15 g,滑石 15 g,白术 12 g,厚朴 12 g,防己 10 g,杏仁 10 g,桔梗 10 g,法半夏 10 g,通草 10 g。

江老强调三仁汤原方中的白蔻仁去掉,而改用桔梗宣畅肺气,并且还可助黄芪升补脾气,为方中的必用之品。

临证加减:如果患者尿蛋白经久不消时,加玉米须 60 g,谷精

草 60 g,生山药 30 g。患者平时用谷精草煎汤代茶饮。若见患者舌苔厚腻时,上方加广藿梗 15 g,佩兰 15 g。如患者腰背酸痛甚时,上方加杜仲 15 g,续断 15 g,菟丝子 15 g。

二、肝肾阴虚、下焦湿热稽留证

症状:见面目、下肢微肿,腰脊、腰骶酸痛,面色晦暗、头晕耳鸣、少寐多梦、小便黄少、口干不欲饮、舌质偏红、舌苔薄黄欠润、脉象细数等。检查多有血压升高。尿化验检查红细胞长期存在。

治疗:滋补肝肾,渗利湿热。

方药:(1)杞菊地黄汤(枸杞子、菊花、地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)加淮牛膝、白芍、白茅根等。但在具体方药运用上切须注意滋阴不碍湿、渗利不伤阴。

(2)同时每日取车前子 10 g,炒熟捣细,分 3 次吞服。服后小便增多,水肿消退较快。

临证加减:如腰脊、腰骶酸痛甚者,加杜仲、续断、骨碎补等。若尿中红细胞长期存在者,加花蕊石、茜草。另用三七粉 3 g,琥珀粉 6 g,和匀分 3 次吞服,连服半月以上。如血压高者,加石决明、夏枯草等。如症见头痛、齿衄等时,上方与玉女煎(石膏、知母、牛膝、地黄、麦冬)加减化裁。



分五型治肾炎

杜锦海教授(福建省厦门市中医院,邮编:361001)长期从事肾小球性肾炎的临床研究,积累了丰富的经验。

弥漫性肾小球性肾炎(简称“肾炎”),常归属于中医“水肿”范畴。临床上因病程的不同,可以分为急性肾小球性肾炎和慢性肾小球性肾炎。急性肾小球性肾炎的特点为肺卫受邪,发病的机制在肺,属于中医温病范畴,主要是人体正气虚,而为风热、湿热、疫毒等温邪侵袭使然,即“温邪上受,首先犯肺”,或风寒外袭,寒郁化热。急性肾小球性肾炎患者都表现为热毒炽盛或邪正相争,邪实正虚,以全身水肿、血尿、血压增高、蛋白尿及管型尿为特征。慢性肾小球性肾炎则由于急性肾小球性肾炎久治未愈或急性期症状不明显缓慢发展而成,一般而言属于虚证,病程长,久病正虚。慢性肾小球性肾炎的病理变化主要在脾与肾,患者除表现脾虚的症状外,可见肾虚的症状;也有体虚易感外邪,而出现虚实夹杂之象。本病的发病机制主要责之于肺、脾、肾三脏,其中以肾为本,以肺为标,以脾为制水之脏。此三脏相互联系,相互影响。如肾虚水泛,逆于肺,则肺气下降,失其通调水道之职,使肾气更虚而加重水肿。若脾虚不能制水,水湿壅盛,必损其阳,久则导致肾阳亦衰;反之,肾阳衰不能温养脾土,脾肾俱虚,亦可使病情加重。

杜锦海教授在临床上把肾炎分为5型:肺热型、肺热脾虚型、脾虚型、脾肾两虚型、肾虚型。急性肾小球性肾炎多见于肺热型、肺热脾虚型,慢性肾小球性肾炎多见于脾虚型、脾肾两虚型、肾虚型。治疗遵循“开鬼门,洁净府”的原则立法。慢性肾小球性肾炎治疗不当,病情发展而出现肾功能不全,引起氮质血症或尿毒症,

最终造成机体气机升降逆乱而形成所谓的“关格”，表现为上下不通，在上不能饮食，在下排泄困难，即大小便均不通的关格证。

一、急性肾小球性肾炎

(一)肺热型

症状：眼睑浮肿，继则四肢及全身皆肿，发热不恶寒，或稍恶寒，有汗或无汗，咽喉疼痛或咽部红肿、咳嗽，痰黄黏稠，口干渴，尿色黄或皮肤疮疥、湿疹瘙痒，舌质红，舌苔黄、脉象浮而数等。

治则：疏风宣肺，清热利水。

处方：(1)白茅根 30 g，大青叶 18 g，板蓝根 15 g，桑白皮 12 g，金银花 9 g，连翘 9 g，黄芩 9 g，防风 9 g，蝉衣 9 g。

(2)若因疮疖而致肾炎水肿者，需加凉血之品。处方：土茯苓 30 g，白茅根 30 g，生地 18 g，防风 9 g，黄芩 9 g，丹皮 9 g，蝉衣 9 g，白鲜皮 9 g，荆芥 6 g，黄连 6 g，甘草 3 g。

(二)肺热脾虚型

症状：颜面黄白欠华、神倦纳呆、尿少便溏，或口渴、咽红痛、咳嗽，舌质淡、舌苔白、脉象细数等。

治则：清宣肺热，健脾利水。

处方：白茅根 30 g，鱼腥草 18 g，板蓝根 15 g，黄芪 15 g，党参 15 g，茯苓 15 g，白术 9 g，金银花 9 g，连翘 9 g。

临证加减：如有瘀血，加益母草等。

二、慢性肾小球性肾炎

(一)脾虚型

症状：全身浮肿或双下肢水肿较明显，面色晄白、神倦肢冷、脘闷腹胀、纳减便溏、小便短少、舌质淡、舌苔白滑、脉象沉细弱等。

治则：健脾利水。

处方：(1)脾虚水湿泛滥明显、水肿为主者，治以健运脾气，利水消肿。处方：茯苓皮 30 g，苡仁 30 g，赤小豆 30 g，白茅根 30 g，黄芪 18 g，泽泻 12 g，防己 9 g，猪苓 9 g，车前子(包煎)9 g。

(2)脾胃虚弱明显、水肿不明显者,治以健脾和胃。处方:马蹄金 15 g,茯苓 15 g,神曲 15 g,山楂 12 g,防风 9 g,蝉衣 9 g,谷芽 9 g,麦芽 9 g。

(二)脾肾两虚型

症状:面色灰白、浮肿或不浮肿、肢冷、腹胀纳呆、便溏、腰酸膝软、尿少、舌质淡嫩、舌苔薄白、脉象沉细无力等。

治则:健脾益肾利水。

处方:茯苓 30 g,黄芪 18 g,党参 15 g,生地 15 g,山药 15 g,泽泻 12 g,苍术 9 g,白术 9 g,山茱萸 9 g,丹皮 9 g。

临证加减:如有瘀血者,加益母草等。

(三)肾虚型

症状:面浮身肿、腰以下尤甚或不浮肿、神疲怯寒、面色灰滞、头晕耳鸣、腰部冷痛酸重、双膝酸软、肢冷尿少、舌质淡、舌体胖、舌苔白、脉象沉细或沉迟等。

(1)肾阳虚,以蛋白尿、腰酸痛、浮肿为主者,治以温阳利水,用济生肾气丸加减。处方:熟地 15 g,茯苓 15 g,山药 15 g,车前子(包煎)15 g,泽泻 12 g,制附子 9 g,山茱萸 9 g,丹皮 9 g,牛膝 9 g,肉桂粉(冲服)3 g。每日 1 剂,水煎服。

(2)肾阳虚无明显浮肿,以腰膝酸软、蛋白尿为主者,用五子衍宗汤(枸杞子、五味子、菟丝子、覆盆子、车前子)加减化裁。处方:菟丝子 15 g,金樱子 15 g,桑椹子 15 g,益智仁 9 g,覆盆子 9 g,牛膝 9 g,杜仲 9 g。每日 1 剂,水煎服。

(3)肾阴虚者,治以滋阴潜阳利水。处方:石决明 30 g,益母草 18 g,旱莲草 18 g,钩藤 12 g,丹参 12 g,泽泻 12 g,天麻 9 g,丹皮 9 g,女贞子 9 g,黄芩 6 g。每日 1 剂,水煎服。

三、调护

(1)肾炎经过治疗,水肿消退,病情缓解,尿检正常,这时一定要巩固治疗,以防止肾炎复发。可以使用人参、冬虫夏草等对肾功

能有一定保护作用的滋补品,但要虑及患者虚实夹杂的多少,不能纯补,必须扶正祛邪,标本兼顾。一般恢复期偏于脾虚者,常用参苓白术散(人参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、山药、甘草、莲子肉、砂仁、苡仁、桔梗、大枣);偏于肾虚者,常用六味地黄丸(地黄、山药、茯苓、丹皮、泽泻、山萸肉)。

(2)注重合理调节饮食,一定要清淡,对于虚损之体宜用血肉有情之品来补精血,如蛋、鱼、瘦肉等,但量要少而精,且鱼、肉以蒸、煮作汤为佳,不宜煎、炒、炸等,也就是说要选择优质低蛋白、高热量、高维生素、低盐的饮食。

叶景华

辨治肾炎经验

叶景华主任医师(上海中医药大学, 邮编: 200032)治疗肾炎经验如下。

急性肾小球性肾炎可分为邪盛期和恢复期两个阶段, 属中医“风水”、“阳水”范畴, 大多数有感受风热、风寒、湿热等外邪入侵所致的病史(如扁桃体炎、腮腺炎、淋巴结炎等)。《医学入门》云: “阳水多外因, 涉水冒雨或兼风寒暑气而见阳证。”并指出或由“疮痍”所致。根据临床实际情况和中医理论, 用疏解外邪、清利湿热的治疗方法。疏解外邪能消除病原, 控制感染; 清利湿热能消炎利水, 退肿止血尿。

一、邪盛期

最常见的证型有两类。

1. 风邪侵袭

(1) 感受风热者

症状: 面浮肢肿、恶风发热、咳嗽、咽痛、小便短赤、舌质边尖红、舌苔薄白或薄黄、脉象浮数或弦数等。

治疗: 疏风, 清热, 利湿。

方药: 荆芥、西河柳、浮萍草、板蓝根、牛蒡子、金银花、连翘、半枝莲、白茅根、小蓟、车前子、赤苓、猪苓等。

(2) 感受风寒者

症状: 面浮肢肿、恶寒无汗、发热不甚、小便短少、舌苔薄白、脉象浮紧或弦。

治疗: 疏风, 散寒, 利水。

方药: 上方去清解之品, 加麻黄、紫苏、生姜等。

加減:肿甚喘咳者,加甜葶苈、桑白皮;发热高而舌苔黄者,加黄芩、山栀。

2. 湿热阻滞

症状:面浮肢肿、低热、口干苦、小便短赤或如浓茶样,或皮肤上有脓疱疮、舌苔薄黄或黄腻、脉弦或数等。

治疗:清利湿热为主。

方药:黄柏、山栀、半枝莲、白茅根、车前子、赤苓、猪苓、甘草、小蓟、荠菜花等。

加減:血尿甚者,加苎麻根、血余炭、蒲黄等。偏湿重而有寒证,表现纳呆、腹胀、便溏、苔白腻者,去清热之品,加苍术、厚朴、桂枝、薏仁、大腹皮、陈皮等。兼外感风热而发热、咽痛、咳嗽者,先按风邪侵袭型治疗。

二、恢复期

1. 无虚证、湿热未清者

症状:外邪解,浮肿退,一般情况好转,仅有口苦、小便短赤、舌苔薄黄等,且小便仍有红细胞、蛋白。证属湿热未清。

治疗:仍以清化为主。

2. 有虚证者

症状:神疲乏力、气短、舌苔薄、脉象濡等。

治疗方药:可在清化剂中加党参、黄芪、仙鹤草、茯苓、陈皮、甘草等。

加減:若口干、舌质红、或有低热、盗汗、脉象细等,可配合生地、黄、丹皮、地骨皮、旱莲草、黄柏、白茅根、知母、甘草等。

【病案举例】 陈某,男性,30岁,农民。2周前感冒,鼻塞,怕冷。5天前开始面部浮肿,继而全身浮肿,小便减少,大便干燥,纳可,咽红,左下肢小腿前侧皮肤有浅表溃疡,舌苔黄白腻,无肾炎史。体温 $T 38.2^{\circ}\text{C}$, 血压 $161/106\text{ mmHg}$ 。检查:两肺呼吸音粗糙,血白细胞 $9.0 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 0.79,淋巴细胞 0.21,血肌

酐 $159 \mu\text{mol/L}$, 尿素氮 19.3 mmol/L , 血沉 8 mm/h , 白蛋白 27 g/L , 球蛋白 19 g/L , 尿蛋白(+++), 24 小时尿蛋白定量 3.33 g , 尿红细胞 $10 \sim 15/\text{HP}$, 白细胞 $2 \sim 3/\text{HP}$, 24 小时尿量 600 ml 。西医诊断:急性肾小球性肾炎。中医诊断:风邪侵袭,通调失职。治则:疏风解表,宣肺利水。处方:西河柳 30 g , 金银花 30 g , 白茅根 30 g , 车前子(包煎) 30 g , 猪苓 15 g , 浮萍 10 g , 连翘 10 g , 牛蒡子 10 g , 荆芥 10 g , 杏仁 10 g , 前胡 10 g , 甘草 4 g 。2 剂,水煎服,每日 1 剂。

二诊:热退,体温 $T 36.9^\circ\text{C}$, 小便量每日增至 1500 ml , 血压 $150/101 \text{ mmHg}$ 。仍予清解利水。处方:白花蛇舌草、枳壳、地丁草、蒲公英、猪苓、白茅根、车前子(包煎)、牛蒡子、荆芥、连翘、金银花。5 剂,水煎服,每日 1 剂。下肢局部溃疡外敷生肌散。用丁桂散、甘遂散敷脐。

三诊:浮肿渐退,小便量每日增至 2000 ml , 但咳嗽气促,两肺呼吸音粗,心率较快 100 次/分 , 心律不齐,血压 $152/118 \text{ mmHg}$ 。治则:泻肺利水。处方:金银花、万年青根、鱼腥草、陈皮、甘草、白茅根、猪苓、车前子(包煎)、杏仁、葶苈子、桑白皮。3 剂,水煎服,每日 1 剂。另服肺风药(黑白丑,大黄)。

四诊:小便量每日增至 3000 ml , 肿退,咳减,气平,心律齐,下肢局部溃疡渐愈,舌尖红,舌苔薄黄,脉象缓,血压 $120/79 \text{ mmHg}$, 血尿素氮 7.3 mmol/L , 肌酐 $132 \mu\text{mol/L}$, 尿蛋白(++), 红细胞 $4 \sim 5/\text{HP}$, 白蛋白上升至 33 g/L , 球蛋白 19 g/L 。处方:陈皮、茜草根、忍冬藤、荠菜花、小蓟、白茅根、苈麻根、黄柏、苍术。

服药 3 周后,一般情况好,血压稳定,血尿素氮及肌酐正常,尿蛋白($\pm$),尿中少许红细胞。2 个月后,血压与尿化验均正常。

三、慢性肾小球性肾炎的治疗以益肾清利、活血祛风为主

病因病机:慢性肾小球性肾炎由于正虚,感受风、湿、寒、热等邪,邪阻脏腑经络,迁延不解,导致血瘀,或反复感受外邪,形成正

虚邪恋,虚实夹杂。

辨证:多为肾虚,湿热蕴阻。

治则:益肾清利,活血祛风。扶正与祛邪兼顾,着重于祛邪与调整机体内部的平衡。

叶景华主任医师自拟“慢肾方”:以牛膝、楮实子、鹿含草益肾;以半枝莲、白茅根、黄柏清利;以益母草、金雀根活血;以肿节风、菝葜、徐长卿祛风。

随症加减:肿甚、小便少者,加:车前子、桂枝、白术、泽泻、猪苓等;肝阳上亢、头晕胀痛、脉象弦者,加:地龙、川芎、钩藤、白蒺藜等;尿蛋白多、神疲乏力者,加:芡实、黄芪等;血尿多者,加:茜草、苎麻根、血余炭等;泛恶呕吐、舌苔腻者,加:苍术、厚朴、陈皮、制半夏等;口干、舌质红、少苔、脉象细数者,加:知母、生地等;形寒肢冷、舌质淡、舌体胖、脉象沉细者,去清利之品,加仙灵脾、熟附块等。

【病案举例】 朱某,男性,37岁,农民。7岁时曾患“肾炎”。近2个月来面部浮肿,尿中有蛋白,用激素等西药未见好转,而来住院。刻诊:见面部及下肢浮肿,口干苦,纳可,小便黄,大便正常,舌质红,舌苔薄黄,脉象细缓等。检查:血压120/71 mmHg,尿蛋白(++),24小时尿蛋白定量6.9 g,有少许红、白细胞,血肌酐159 $\mu\text{mol/L}$,尿素氮7.1 mmol/L,血胆固醇9.3 mmol/L,甘油三酯2.3 mmol/L,血清蛋白30.5 g/L,球蛋白28 g/L。西医诊断:慢性肾小球性肾炎。中医诊断:肾虚,湿热瘀阻。治以益肾,清利湿热,除瘀。予自拟慢肾汤加减,处方:制茅术30 g,鹿含草30 g,金雀根30 g,白茅根30 g,半枝莲30 g,徐长卿30 g,菝葜30 g,毛冬青30 g,川牛膝15 g,黄柏10 g,赤芍10 g,丹皮10 g,夏枯草10 g。

服药3周后,浮肿消退,其他症状也除,尿蛋白渐减少而转阴,血脂下降。住院4周后出院。门诊再治疗5个月,一般情况好,恢复工作。

张盘根

分型分症论治慢性肾炎

张盘根医师(河南周口市中心医院,邮编:466000)依照辨证分型及分症论治慢性肾小球肾炎,有一定效果。

慢性肾小球肾炎是一种常见的肾脏疾患,属祖国医学“水肿”、“虚劳”等范畴。《诸病源候论》云:“水病者,由脾肾俱虚故也。肾虚不能宣通水气,脾虚又不能制水,故水气盈满,渗溢皮肤,流遍四肢,所以通身肿也。”起居失节易伤肺,饮食不节易伤脾,房事不节易伤肾,肾虚不能温煦脾土,致脾虚,脾虚则土不生金,致肺虚,肺、脾、肾三脏在水液气化方面起着主导作用,宣肃失调,水道不能,故形成水肿。慢性肾小球肾炎病机主要为肺卫失宣,脾肾虚损。脾虚不能摄精,肾虚不能固藏,水谷精微下注,形体失养,脏气亏虚,久则阴阳气血俱损,转为虚劳证候。病至后期,脾肾衰败,浊阴内盛,上凌心肺;肾阴亏损,水不涵木,阳亢风动可致本虚标实之尿毒症危象,因而慢性肾小球肾炎的治疗在临床上仍属棘手的难题。慢性肾小球肾炎可概括为脾肾阳虚、肝肾阴虚、脾肾衰败等三种主要类型,以此辨证论治,精选方药,可以取得执简驭繁的良好效果。另外,除治疗外,慢性肾小球肾炎病人一定要注意摄生,慎起居,防外感,节饮食,忌房事,适量活动,以促进机体的恢复和提高抗病能力。

一、慢性肾小球肾炎主要辨证分型论治

(一)脾肾阳虚

临床症状:见身肿、腰以下甚,按之凹陷不起、面色晄白、精神倦怠、形寒肢冷、腰背酸痛、腹胀纳呆、舌质淡、舌苔白、脉象沉细等。

治则：温补脾肾。

方剂：实脾饮合真武汤加减化裁。

常用药物：附片、白术、茯苓、干姜、党参、巴戟天、泽泻、益母草、赤药、桃仁、丹参等。

临证加减：如偏脾虚者，加山药、生玉米等；如偏肾虚者，加仙茅、仙灵脾等。

（二）肝肾阴虚

临床症状：见颜面浮肿、头晕心悸、失眠多梦、心烦少寐、口干咽燥、腰酸遗精、舌质偏红、舌苔薄、脉象弦细等。

治则：滋养肝肾。

方剂：杞菊地黄丸加减化裁。

常用药物：枸杞子、菊花、生地、山萸肉、牛膝、金银花、赤药、益母草、马鞭草等。

临证加减：如阴虚阳亢者，加天麻、珍珠母、石决明、钩藤等；如阴虚湿热者，加知母、黄柏、苍术等。

（三）脾肾衰败

临床症状：见周身虚浮、面色晦暗、精神委顿、形瘦腹胀、厌食纳呆、恶心呕吐、小便短少，或烦躁不宁、神志不清、心悸气喘，舌体胖、舌苔腻、脉象沉细等。

治则：扶正泄浊。

方剂：温脾汤加减化裁。

常用药物：附片、人参、半夏、生大黄、陈皮、茯苓、泽兰、益母草、桃仁、枳实、竹茹、赤芍等。

二、慢性肾小球肾炎主要分症论治

（一）血尿

反复血尿是慢性肾小球肾炎的突出表现之一，治疗血尿要分辨证型。

早期为热伤血络，迫血妄行，治疗当配伍清热凉血之品，如牛

角、大小蓟等。

后期为脾肾亏虚,血不归经,治疗当健脾固肾为法,常加用黄芪、白术、山药、山萸肉等药。

(二)蛋白尿

慢性肾小球肾炎蛋白尿,主要病机为脾肾两虚,肾气虚损,则精关不固,精气外流;脾气虚陷则固摄无权,精微下泄,肾气充沛又赖于脾气运化水谷精气的濡养,故治疗蛋白尿,重在温补脾肾,增强脏腑功能,改善临床症状。常选山药、黄芪、党参、芡实、金樱子、生龙牡等药。

(三)活血化瘀,贯穿治疗始末

根据“久病入络”理论,慢性肾小球肾炎病人多半有不同程度的瘀血症状。这与现代医学研究发现的肾小球基底膜增厚、肾小球毛细血管内皮细胞增生、肾小球玻璃样变和纤维化、肾小管萎缩等病理变化相吻合。故在方中加益母草、赤药等活血化瘀之品,取血行水亦行之意,以调整肾脏血液循环,改善血氧供应,促进新陈代谢。

(四)病程始终,更需清热解毒

祖国医学认为本病的发生是由于“外邪侵袭,脾肾亏损”。现代医学认为,慢性肾小球肾炎的发生、复发和迁延不愈,与某些细菌和病毒感染有密切关系。所以治疗中控制感染及清热解毒药的应用是非常重要的。临床常用金银花、生大黄等作为清热解毒的首选之药。

姚 亚 南

活血八法治肾炎

姚亚南医师(江苏省如东县中医院, 邮编:226400)在辨证与辨病相结合的思想指导下治疗急、慢性肾小球性肾炎, 以辨证为主, 结合辨病, 灵活地运用活血方法, 在消退水肿、消除尿蛋白、降低血压、排除血中氮质以及改善肾功能等方面, 均取得了一定的疗效。

肾炎是一种变态反应性疾病, 它的主要病理变化是肾小球血流量减少、缺血, 基底膜增厚、变性等, 常属中医学的“瘀血”、“血行不畅”等范畴。又由于肾炎往往病程迁延, 不易速愈, 中医说“久病人络”、“久病必瘀”。活血药具有增加肾血流量、改善肾缺血、抑制肾小球基底膜的增生、变性和抗变态反应等功效, 具有针对性的治疗作用, 这对临床治疗肾炎采用活血法有一定的指导意义。活血法用于肾炎, 仅是治疗中的一种方法, 不能作为肾炎的唯一治疗方法, 应根据临床症状的不同, 辨证地、灵活地加以运用, 既能提高疗效, 又不失中医的辨证施治宗旨。应用活血法治疗肾炎, 要“择其善者而从之”, 根据病机属性恰当选择活血药物, 如湿热者, 应凉血清营; 寒湿者, 应活血通络; 阳虚、气虚者, 应甘温行血; 阴虚者, 应滋润和血等。

一、疏风活血行水法

适用于“风水”阶段, 即急性肾小球性肾炎或慢性肾小球性肾炎急性发作期。由于风邪袭表, 内客于肺, 肺气失于通降, 水湿不能下输膀胱, 潴聚于内所致。

症状: 发热恶风、咽痛、面目浮肿、小便不利、舌苔薄、脉象浮等。

方药: 浮萍、麻黄、连翘、连皮茯苓、车前子(包煎)、赤小豆、芥

菜花、鱼腥草、小蓟炭、白茅根等。

二、清热利湿活血法

适用于急性肾小球性肾炎或慢性肾小球性肾炎反复发作型。辨证为湿热证。

症状：水肿按之易起，尿色深黄、量少而热，口干且苦、舌苔黄腻、脉象细滑等。

方药：苍术、白术、黄柏、赤茯苓、猪苓、木通、苡仁、冬瓜皮、丹皮、赤芍、石韦、马鞭草、苏木、茜草、怀牛膝等。

三、益气活血法

适用于慢性肾小球性肾炎肾病型。辨证为脾肾两虚、气血不足证。

症状：面色晄白少荣、气短懒言、肢体按之如泥、纳减便溏、腰酸腿软、尿多泡沫、舌质淡或有紫气、舌苔薄、脉细涩。

方药：黄芪、红参、白术、山药、茯苓、甘草、当归、丹参等。

四、活血利水法

适用于“阴水”阶段，即慢性肾小球性肾炎肾病型或水肿反复发作的患者。

症状：水肿时消时长、面色灰暗、肌肤干燥、板滞不活、舌衬紫。

方药：当归、茯苓、泽泻、桂芯、车前子（包煎）、王不留行籽、红花、泽兰、丹参等。

五、滋阴活血法

适用于慢性肾小球性肾炎高血压型或肾病型患者。辨证为阴虚阳亢证。

症状：头晕目眩、心悸不宁、失眠多梦、口干少饮、目视昏糊、耳鸣如蝉、舌质红、舌苔少、脉象细弦等。

方药：枸杞子、桑椹子、杭菊花、生地、紫贝齿、山萸肉、丹参、桑寄生、怀牛膝、地龙、茺蔚子、地鳖虫、生卷柏等。

六、温养活血法

适用于慢性肾小球性肾炎肾病型或反复发作型或肾功能不全者。由于肾阳式微,无以温煦蒸化,虚寒内生,凝结血脉,肾督失养所致。

症状:面肢虚浮、形寒怯冷、腰酸绵绵、神疲体倦、阳痿滑泄、舌体胖嫩、舌质紫、舌苔薄、脉象细弱或沉迟等。

方药:鹿角片、紫河车、丹皮、丹参、益母草、苏木、制附子、肉桂、仙灵脾、山萸肉、山药等。

七、调中活血法

适用于慢性肾小球性肾炎肾功能不全及氮质血症者。辨证为清浊相干脾胃证。

症状:恶心呕吐、腹胀、不思饮食、便溏、头昏、神倦、舌苔腻而滑等。

方药:砂仁、蔻仁、木香、炒党参、白术、茯苓、法半夏、陈皮、川连、藿香、佩兰、槐花、丹参、泽兰、大黄等。

八、解毒活血法

适用于肾功能衰竭、尿毒症后期。由于肾病日久,阴阳耗伤,分清泌浊功能失司,水邪不去,蕴而生毒,水毒内阻,伏结血分,停滞为瘀,瘀热相搏,上损阳络所致。

症状:神情时疲时烦、面目虚浮、晦暗无华、鼻衄齿衄、血色暗紫、小便短少或尿闭、舌质淡或发紫、舌体胖等。

方药:水牛角、丹皮、生地、赤芍、玳瑁、茜草、景天、三七、槐花、大黄炭、怀牛膝、代赭石等。

陈 迎

从肺论治肾炎

陈迎医师(河南濮阳中原油田运输医院,邮编:457000)认为急、慢性肾小球肾炎与肺的关系密切,在临证中注重肺与肾的关系,从肺论治急、慢性肾小球肾炎每获良效。

一、肾炎肇始于肺卫受邪

肺为五脏之华盖,在五行属金,肺朝百脉,主一身之气,开窍于鼻,喉为其系,外合皮毛;又肺为娇脏,不耐寒热,外邪袭人,往往首先犯肺,因此清肺自能源清洁流。

(一)疏风清肺

急、慢性肾小球肾炎常感染链球菌,于上呼吸道感染或急性扁桃体炎感染后1~4周发病,感染即为风、热、毒邪从肺卫或口鼻而入,滞于咽喉,伤于肺卫,蕴结于肺,总以肺经热毒为主要病机。西医认为急、慢性肾小球肾炎的发病多起始于免疫反应,为免疫反应复合物在肾小球毛细血管基底膜的沉积,激活补体,引起一系列炎症反应而致。各种病原微生物或其它抗原即为风、湿、热邪,或火热毒邪。急、慢性肾小球肾炎初期或慢性肾小球肾炎急性发作时,即以风、湿、热、毒之邪杂合外侵为病机重点,其治疗的关键在于疏风清肺,祛湿解毒,以蠲其邪。若病属初发,肺卫受邪,表证尚在,以上呼吸道为主者,当以疏风清肺为主法,常用方如麻黄连翘赤小豆汤(麻黄、连翘、赤小豆、茵陈、杏仁、炙甘草、生姜、大枣)、桑菊饮(桑叶、菊花、杏仁、连翘、薄荷、桔梗、芦根、甘草)、银翘散(银花、连翘、薄荷、桔梗、竹叶、荆芥穗、淡豆豉、牛蒡子、生甘草)等。常用药如银花、连翘、麻黄、淡豆豉、牛蒡子、薄荷、桔梗、蝉蜕、荆芥、防风、桑白皮等。现代药理研究证明,麻黄、蝉蜕、荆芥等疏风清肺药能

明显减轻免疫器官胸腺和脾脏的重量,明显降低腹腔巨噬细胞的吞噬功能,且能稳定肥大的细胞膜,阻滞过敏性介质的释放,降低毛细血管的通透性,从而抑制变态反应。

(二)清肺解毒

其它感染如脓疮疮、丹毒、猩红热亦是本病的诱发或加重因素,多为风热火毒、湿毒之邪从皮毛内归于肺,从而导致肺热气壅,外则皮毛腠理为之闭塞,水湿不能化为汗液从毛窍排泄,内则肺失肃降,治节失司,致三焦气化不利,水湿泛滥肌肤而成水肿。此时当以清肺解毒法为主,常用方如三黄石膏汤(黄柏、黄芩、黄连、石膏、麻黄、栀子、淡豆豉、葱白)、五味消毒饮(金银花、紫背天葵、蒲公英、紫花地丁、野菊花)等。常用药如金银花、紫花地丁、石膏、连翘、芦根、鱼腥草、升麻、黄芩、黄连、知母、栀子等。现代药理研究证明,金银花、升麻、连翘、甘草等清热解毒药有解热、抗炎、抗过敏等作用,对溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、流感病毒等多种病原微生物有抑制作用,故可截断抗原的产生,阻断免疫复合物的生成,从而减少肾脏病理损害,起澄源洁流的作用。故清肺解毒是本病治疗之重点,临床上清解上焦肺经热毒常伴有利尿效果,《潜斋医学丛书》说:“肺主一身之气,肺气清则治节有权……肺气肃则下行自顺,气化成藉以自宣,故清肺药皆利小水。”

二、水湿内停可因肺失通调

肺为水之上源,肾小球肾炎的发生与肺卫受邪、宣降失司有着密切的关系。因此宣肺则可水精四布。

(一)宣肺利水法

肺的宣发与肃降对体内津液的输布、运行和排泄有疏通和调节作用,“水化于气,故其标在肺”。感邪之后,肺卫先受其邪,每致肺气腠郁,治节不施,应降不降,肺气失于肃降,通调失职,三焦失司,以致津液不能宣发外达,风遏水阻,风水相搏,泛滥肌肤,发为“风水”。肺气以降为顺,《素问六节藏象论》云:“肺者相傅之官,治

节出焉。”肺对全身之气血津液及三焦气化活动有治理调节作用。急性肾小球肾炎或慢性肾小球肾炎急性发作多属于此,初起表现为眼睑、颜面浮肿,继则四肢、全身皆肿,来势迅速,肢节酸重,小便不利,发热恶寒。治宗发汗解表,宣肺利水,使表邪去,水湿之邪从皮肤而出,肺之宣降功能恢复,肺气降则能通调水道,下输膀胱,人体水液得以调理,水肿自消。临床尚有温宣、清宣之分。

1. 温宣利水法

适用于风水泛滥之风寒型。因外感风寒,肺失宣达,三焦气化失调所致。

症状:眼睑、头面、四肢浮肿,恶寒发热,或伴咳喘,口渴,尿少色黄、大便干、舌苔薄白、脉象浮紧等。

治则:温宣肺气,利水消肿。通过宣通肺阳,使阳气外达于皮肤组织间隙,调整三焦气化功能以消水肿。

常用方:五皮饮(茯苓皮、陈皮、桑白皮、大腹皮、生姜皮)、麻黄加术汤(麻黄、桂枝、杏仁、白术、甘草)、射干麻黄汤(射干、麻黄、生姜、紫菀、款冬花、半夏、五味子、大枣)等方出入化裁。五皮饮调理肺脾,消除水肿速捷。射干麻黄汤温肺驱寒,升降肺气以治咳喘,有开上源调整三焦气化、通调水道、下输膀胱作用。

常用药如麻黄、桂枝、杏仁、蝉衣、生姜等。

2. 清宣利水法

适用于风水之风热型。因感受风湿热之邪,致肺失肃降,三焦气化失调。

症状:开始面部头皮浮肿、四肢轻度浮肿,逐渐高度浮肿、头痛发热、咽喉肿痛、咳嗽、口渴喜饮、尿少色赤、大便偏干、舌质红、舌苔薄黄、脉象浮数等。

治则:疏风清热,宣肺利水。于疏解外风、宣降肺气之中以消除水湿泛滥。

常用方:越婢汤(麻黄、石膏、生姜、甘草、大枣)、麻黄连翘赤小

豆汤,或五皮饮合银翘散等方。

常用药如麻黄、连翘、蝉衣、杏仁、桑叶、菊花、石膏、浮萍、薄荷等。

(二)清热宣肺利水法

病程稍长,水肿由两目延及四肢全身,症见面红痤疮、或身患疮疡、或合并丹毒、腥红热、口苦口黏、但热不寒、小便赤涩、大便不爽或便干、舌质红、舌苔黄或兼腻、脉象弦滑或数等。为热毒与水湿浸淫,内归肺脾所致。治以清热解毒,宣肺利水,使热毒清除,感染病灶消除,恢复脾之升清、肺之宣降功能。用麻黄连翘赤小豆汤、五味消毒饮、五皮饮等方加减。常用药如麻黄、连翘、杏仁、桑白皮、银花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵、生姜皮、茯苓皮、白茅根

候,以咽喉肿痛为主者,可用银蒲玄麦甘桔汤(银花、麦冬、甘草、桔梗)、利咽汤等方加减。常用药如玄参、麦冬、桔梗、薄荷、牛蒡子、白茅根、升麻等。如用清热利湿法。

3. 愈缘于肺虚感染

球肾炎病程长,缠绵难愈,常因感邪而复发或加重,卫外不固,是患者易于感受外邪的主要原因。肺气亏因是外邪侵袭,往往以风邪为主,风邪外犯,必内舍于肺之后,以致肺气受损,卫表空虚,卫外不固,更易感邪,循环,从而使蛋白尿经久不消。尿蛋白原属人体之精微所化生,肺宣发布散。尿蛋白经久不消,精微下夺,脾气不生津,以致肺脾气虚。慢性肾小球肾炎病程较长,日久致肾虚,肾虚日久及肺可致肺肾气虚,精气亏虚,不能上滋致肺肾阴虚,正虚邪恋,易招致外邪侵袭,并可产生湿热、病理产物,使虚者愈虚,实者愈实,形成本虚标实格局,久治慢性肾小球肾炎的病机较为复杂,发病主要与肺、脾、肾三

脏关系密切,本虚以肺脾肾气虚(阳虚)为病机关键。慢性肾小球肾炎见大量蛋白尿,与肺虚气失治节、脾虚精微下泄、肾虚封藏失蛰有密切关系,故治疗时当以养肺、健脾、固肾为补,活血渗湿为通,肾病治肺,旨在治节有度,水道通调,增进肾之封藏泌浊,因此益肺利于祛邪安正。

(一)益肺固卫,邪不可干

肺气亏虚,表卫不固,腠理疏松,每易招致外邪的侵袭,引发或加重肾小球肾炎,应用玉屏风散(黄芪、防风、白术)或桂枝加黄芪汤(桂枝、黄芪、芍药、甘草、生姜、大枣)等方以实卫固表,使邪不能侵,有治未病之功用,与西医之摘除扁桃体、消除感染病灶有异曲同工之妙。

(二)益气利水,肺脾双调

急、慢性肾炎水肿初起,因肺脾气虚,卫表不固,风邪外袭,或脾失健运,不能制水,以致水湿内停。见症有面目肢体浮肿、肢体沉重、小便不利、汗出恶风、食少乏力、舌质淡、舌苔白、脉象浮等。治宜补益肺脾之气,利水消肿。用防己黄芪汤(防己、黄芪、白术、甘草)、五皮散(桑白皮、陈皮、茯苓皮、大腹皮、生姜皮)等方加减。其中黄芪为补益肺脾之气的要药;茯苓、白术等健脾利水;桑白皮、生姜皮等可散上焦之气郁,开水之上源。诸药合用,使肺脾之气得补,治节有令,升降复常,清者升,浊者降,各行其道,肿热可消。

(三)补肺健脾,益气摄精

肺脾气虚,肺虚气不布津,脾虚则不能升清散精,以致谷气下流,精微下注,形成蛋白尿,此时宜肺脾双补,益气摄精,重用黄芪、百合、玉竹、太子参等品益气养肺,用白术、茯苓、芡实、山药等药健脾、益气、摄精。现代药理研究证明,黄芪、人参等能调理机体的免疫功能;人参还能增强对有害因素的防御能力,并促进正常功能恢复;黄芪能促进细胞代谢功能,改善机体对抗原的清除率,促使肾小球基底膜损伤的修复,从而减少蛋白尿。

(四) 补益肺肾, 益气养阴

蛋白尿日久不消, 常见肺肾两虚。

肺肾气虚者, 症见面浮肿胀、易感冒、面色萎黄、少气乏力、腰膝酸痛、舌质淡、舌苔白润、有齿印、脉象细弱等。治以补肺益肾, 益气固涩。常用药如生黄芪、太子参、芡实、党参、黄精、菟丝子、莲须、金樱子等。

肺肾气阴两虚者, 症见面色无华、少气乏力或易感冒、午后低热、口干咽燥或长期咽痛、咽部暗红、舌质偏红、少苔、脉象细或弱等。治以气阴两补, 肺肾并举。常用方药如参芪地黄汤(人参、黄芪、地黄、茯苓、山药、山萸肉、丹皮、泽泻)加麦冬、五味子等。

张志坚

重视风邪 自拟宣肺靖水饮

张志坚主任医师,是江苏省常州市中医院(邮编:213003)名老中医,对于治疗慢性肾小球性肾炎有着丰富的临床经验,疗效显著。他用自拟方宣肺靖水饮治疗慢性肾小球性肾炎有很好的疗效,他对肾炎的病因、辨证要点、治疗原则以及肾炎蛋白尿、水肿、高血压等常见症状,提出了自己的临床经验与见解,值得很好地学习与推广。

张志坚主任医师认为,慢性肾小球性肾炎的病因有三个方面,即素因、主因和诱因。肺、脾、肾三脏的虚损是素因,外感风邪侵袭是本病的主因或诱因。他认为,风为百病之长,本病的发生多由外邪、尤其是与风邪的侵袭有关,所以说慢性肾小球性肾炎的发病及病程中的变化始终离不开风邪,又由于风邪蕴伏不解,常致病情反复无常,病程迁延不愈。对于风邪与水肿的关系,《素问·水热穴论》云:“勇而劳甚则肾汗出,肾汗出,逢于风,内不得入于脏腑,外不得越于皮肤,客于玄府,行于皮里,传为腑肿,本之于肾,名曰风水。”《素问·气厥论》说:“肺移寒于肾为涌水。”《灵枢·邪气脏腑病形篇》曰:“若醉入房,汗出当风,则伤脾,……若入房过度,汗出浴水则伤肾。”以上这些经文均说明了外受风寒与汗出水湿相合,可以伤及肺、脾、肾。急性肾小球性肾炎大多与风邪外袭有关,慢性肾小球性肾炎急性发作也与风邪密切相关。

张老认为,慢性肾小球性肾炎常出现的高血压症状,往往是由于风邪蕴伏上焦、气机升降失常、血菀于上所致,所以一般使用滋肾平肝,或扶正潜阳的药物常不见效,即使屡进平肝潜阳之品亦收效甚微。如同时伴有形寒、咳嗽、鼻塞、咽痛、咽痒、喷嚏、皮肤痒疹

等风邪犯肺之表现,要以宣肺祛风为主,药用桑叶、菊花、薄荷、钩藤、葛根、僵蚕、蝉衣等,常可收效。

若感冒反复发作,又应属肺气虚弱(西医称之为免疫功能低下)、不能御外所致,可用玉屏风散(黄芪、防风、白术)加甘草,这个处方就是着意补气固卫、扶正祛风。现代药理研究证明,玉屏风散有调节人体免疫功能的作用。

张老认为蛋白是人体的精微物质,来源于人体消化吸收之精微,由中焦受气取汁,经脾气升清,上归于肺,通调水道,人肾封藏。对于慢性肾小球性肾炎的蛋白尿问题,张老认为有三种不同的原因,临床当予细察:①若由于风邪外袭或蕴伏于肺系,风激水浊,肺失宣肃,脏气失调而精微下漏,故小便混浊,尿检出现蛋白。②若脾气下陷,肾气不固,精微物质下泄,尿中也可出现蛋白,且往往与劳累、活动过度等有关,这是脾肾两虚所致的蛋白尿。③如果临床上见到血络受损或肌肤甲错、疼痛,舌有瘀斑、瘀点等表现,这是气滞、血瘀所致。

水肿是慢性肾小球性肾炎的常见症状,张老认为,肾炎水肿的病机错综复杂,与肺、脾、肾及三焦对水液代谢功能失调有关,如《景岳全书》说:“凡水肿等症,乃肺、脾、肾相干之病。盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水唯畏土,故其制在脾。”三焦气化失常,肝郁、气滞、血瘀等为患亦可水肿。但张老又指出,慢性肾小球性肾炎由于风邪蕴伏肺系,肺气膹郁,上焦壅遏,水道通调失司,而出现面肢浮肿,这又加重原本脾肾已虚之程度,此时更不可不辨治风邪。

张老说,肾炎虽称为“炎”,但并非是炎热之症,其本在肺、脾、肾虚,故要慎用苦寒之品,否则徒伤中阳之气,不但无益,反滋其害。

《素问·阴阳应象大论》说:“邪风之至,疾如风雨,故善治者治皮毛,其次治肌肤,其次治筋脉,其次治六腑,其次治五脏。治五脏

者,半死半生也。”张老据此古训,自拟“宣肺靖水饮”一方治疗急、慢性肾小球性肾炎,效果显著,现介绍如下。

方药组成:石韦 30 g,生黄芪 15 g,连翘 15 g,荆芥 10 g,防风 10 g,生白术 10 g,僵蚕 10 g,蝉衣 10 g,生地 10 g,炙鸡内金 5 g,生甘草 3 g。

功用:宣肺祛风,扶正洁源。

主治:急慢性肾小球性肾炎、肾病综合征等。症见咽痛、面肢浮肿、尿蛋白长期不消失、反复感冒、舌苔薄、脉象细或浮细等。

加减运用:如症见恶寒、发热、无汗、鼻塞、头痛、咽痒、咳嗽、脉象浮紧等以风寒为主者,宜加麻黄、桂枝等;如症见发热、有汗、咽红肿痛、脉象浮数等以风热为主者,宜加桑叶、菊花、银花等;如症见高热、面颊肿胀等以湿热蕴毒为主者,宜加五味消毒饮(金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵子)等;若神疲乏力较甚、活动后尿蛋白增加、休息后病情好转者,黄芪加至 30 g,或与补中益气汤(黄芪、人参、当归、橘皮、升麻、柴胡、白术、炙甘草)加减服用,或同时服用补中益气丸,也可加用冬虫夏草、水陆二仙丹(芡实、金樱子)等;若经常咳嗽、咯吐白痰、腰脊凉痛、畏寒肢冷、阴天尤甚者,与阳和汤(熟地、肉桂、麻黄、鹿角胶、白芥子、姜炭、生甘草)加减化裁;若脾肾阳虚患者,病情转机后,可用血肉有情之品,以扶正培督,如龟版、鹿角片、紫河车等;若患者便秘,舌见瘀斑、瘀点等血指征,则可加虎杖 30 g,龙葵 30 g,与倒换散(大黄、荆芥)、升降(大黄、姜黄、僵蚕、蝉衣)等加减化裁服用;对于久服激素者,病情稳定、撤减激素后,可加仙灵脾 30 g、仙茅 15 g 等益肾固品,以助少火。

陈恩树

蟾蜍芪黄汤治慢性肾炎

陈恩树医师(安徽省无为县医院, 邮编: 238300)临床辨证以正虚邪实为纲, 并结合自拟的蟾蜍芪黄汤治疗慢性肾小球性肾炎, 获得满意的疗效。

慢性肾小球性肾炎由于病程长, 导致正虚邪实, 是一种虚实夹杂之证。邪实有风热、风寒、湿热阻滞、热毒内蕴、湿浊内停、瘀血等, 其中又以湿热阻滞、热毒内蕴贯穿于本病始终。正虚多为肺、脾、肾三脏虚损, 其中尤以脾肾气虚最为关键。临床施治必须处方全面, 补气健脾, 滋养肾阴, 化瘀利水泄浊, 扶正祛邪, 补泻兼施。

蟾蜍芪黄汤组成: 活蟾蜍 1 只(约 200 g), 干蜈蚣 4 只(约 20 g), 生黄芪 30 g, 益母草 20 g, 生地 20 g, 山药 20 g, 白术 15 g, 白茅根 15 g, 银花 15 g, 生大黄 10 g, 丹皮 10 g, 山茱萸 10 g, 丹参 10 g, 陈皮 10 g。先把活蟾蜍洗净去内脏, 锅内加适量水煮沸 20 分钟后, 再将 1 枚煮熟鸡蛋去壳, 入蟾蜍汤内继续煮 30 分钟。方中其它药物另煎取服汁, 并取蟾蜍汤所煮熟的鸡蛋服半个, 服中药第二次煎汁时, 再服剩下半个。1 个月为一疗程, 连治 3~6 个疗程。蟾蜍与干蜈蚣是民间的验方, 具有破癥结、清热解毒、利水消肿、疗疮肿等功效。生大黄有除下焦湿热、逐瘀通腑、泄浊解毒等功效, 现代医学研究证明生大黄可降低血清尿素氮、肌酐、胆固醇。黄芪、山药、白术补气益脾肾, 固表摄精利水。生地、山药、山茱萸滋养肾阴。益母草、丹皮、丹参活血祛瘀, 利水消肿。银花清热解毒。白茅根清热止血利尿。陈皮理气健脾燥湿。临证时在上方的基础上辨证加减。

1. 湿热阻滞

症状:口渴不欲饮、口苦口黏、呕恶厌食、舌苔黄腻、脉象濡数等。

方药:基础方加苡仁 25 g,山栀 10 g,黄芩 10 g,厚朴 10 g,藿香 10 g。

2. 热毒内蕴

症状:身热、咽痛、皮肤疖肿或疮疡、舌苔黄、脉象数等。

方药:基础方加蒲公英 15 g,蚤休 15 g。

3. 湿毒留滞

症状:恶心呕吐、面色灰滞、头晕、纳呆、舌质淡、舌苔腻、脉象濡、肌酐与尿素氮增高等。

方药:基础方中生大黄用至 20 g(后下),并加茯苓 15 g,藿香 10 g,半夏 10 g,白豆蔻 10 g。

4. 肺脾气虚

症状:面浮肢肿、气短乏力、纳差腹胀、舌质淡、舌体胖嫩、脉象细弱、易感冒等。

方药:基础方中黄芪加至 40 g,白术加至 25 g,并加生晒参 10 g。

5. 肝肾阴虚

症状:腰膝酸软、五心烦热、耳鸣、口燥咽干、舌质红、脉象细等。

方药:(1)基础方加北沙参 15 g,枸杞子 15 g,麦冬 10 g。

(2)若同时见血压高者,基础方加生牡蛎 40 g,生石决明 30 g,杜仲 15 g。

6. 脾肾阳虚

症状:畏寒肢冷、面浮肢肿、纳呆便溏、腰膝酸软、舌体胖、舌质暗、舌苔润、脉象沉细等。

方药:基础方加桂枝 10 g,制附片 10 g。

7. 血脉瘀阻

症状：眼眶发黑、舌暗有瘀斑、脉象细等。

方药：基础方中益母草用至 30 g，并加三七粉 10 g（分 2 次冲服）。

叶景华

肾炎外感的调治

叶景华主任医师(上海中医药大学,邮编:200032)在长期从事中医药诊治肾炎的实践基础上,分析外感与肾炎的关系,认为外感是肾炎发病的主要原因之一,也是导致肾炎病情反复的重要因素。根据急、慢性肾小球性肾炎的临床表现,一般均认为属于中医的“水肿”范畴,《内经》谓之“风水”;《金匱要略》论述“风水”除水肿外,多兼有外感表证;《医学入门》指出水肿发病主要由于感受外邪,由“涉水冒雨,或兼风寒暑气”所致。根据急、慢性肾小球性肾炎临床所见,有一部分患者水肿不甚,而以血尿为主,这在中医又属于“尿血”范畴,《诸病源候论》谓:“风邪入于少阴则尿血”,指出尿血也可由外邪侵入所致。

急性肾小球性肾炎以邪实为主,治宜祛邪,不仅须祛除外感之邪,更要注意肾炎水肿及小便异常等情况。急性肾小球性肾炎的治疗,不仅要辨清外感风热或风寒之邪,而治以或疏风清热,或祛风散寒,同时要利水,消肿,止尿血。不能仅仅只治外感表证,更须表里同治。有些肾炎病例虽无明显的恶寒、发热等外感表证,但起病较急,出现面浮肢肿、小便短少、舌苔薄白、脉象浮紧等症状,这与外感风邪有关,治疗宜疏解外邪为主,用祛风散寒、宣肺利水之剂可取得疗效。或祛风以解表,或祛风而兼活血化湿,治疗时侧重考虑如何应用祛风药。祛风药有两类:一类为祛风解表之品,如荆芥、浮萍、西河柳、紫苏、薄荷等,适用于急性肾小球性肾炎或慢性肾小球性肾炎急性发作有外感表证者,能发汗,退热,利小便;同时配合清热解毒之品,如板蓝根、金银花、连翘、蒲公英、白花蛇舌草等,有清除病源、控制炎症之效。第二类祛风药,为祛风而兼有活

血化湿、利水消肿效果者,如鹿含草、金雀根、菝葜、徐长卿、扞扞活等。用于治疗慢性肾小球性肾炎水肿,能改善腰痛,减少蛋白尿。现代药理研究认为,祛风药有改善微循环、扩张血管、加速血液运行、抗菌、抗病毒、抑制免疫系统反应、抗凝解痉等作用,对肾炎的病变是非常合适的。

对于肾小球性肾炎的外感辨证,强调须分清标本、缓急与虚实。肾病是本,急性肾小球性肾炎以邪实为主,治宜祛邪为主。慢性肾小球性肾炎多虚实夹杂,治宜扶正祛邪兼顾。新感外邪病急者,以治标为主。若肾病水肿较甚、小便少或血尿明显而外感表证轻者,以治本为主,但必须兼顾治标,若不祛邪,任其转变,往往会使肾病迁延,这是一个重要的临床经验问题,在辨证治疗时切切不可忽视。

不少慢性肾小球性肾炎急性发作,亦多因感受外邪而使病情反复迁延。感受外邪以风热、风寒和湿热三种邪气居多。慢性肾小球性肾炎迁延不愈,虽然临床表现无明显外感症状,其腰酸痛、浮肿、蛋白尿等持续不除,应考虑与外感风邪、湿邪入络、入肾有关。有些慢性肾小球性肾炎患者腰酸痛久治不愈,若用补肾之剂不见效,后从风邪、湿邪入络、入肾论治,用祛风化湿、活血通络之品则大多可取得疗效,部分病例蛋白尿也有所减少。

【病案举例】

例1 女性,14岁,学生。12天前恶寒发热,咽痛,经治疗,4天而愈。5天前又见恶寒发热、头痛、咳嗽、小便短少、面部及下肢浮肿逐渐加重、大便溏薄、纳呆、舌质红、舌苔薄、脉象弦滑等症,而收住院。检查:面部轻度浮肿,咽部充血,扁桃体较大,心脏听诊无异常,右肺有少许湿性啰音,腹部胀满,肝脾未扪及, $T 37.8^{\circ}\text{C}$,BP 23.5/14.5 kPa,血白细胞 $8.9 \times 10^9/\text{L}$,血沉 40 mm/h,血尿素氮 10 mmol/L,血肌酐 128 $\mu\text{mol/L}$,尿蛋白(+),红细胞(+).西医诊断为急性肾小球性肾炎。中医辨证为外感风热之邪,肺失宣肃,

三焦水道不利。治法:疏风清热,宣肺利水。处方:白茅根 30 g,车前子 30 g,带皮茯苓 15 g,泽泻 15 g,桑叶 10 g,牛蒡子 10 g,杏仁 10 g,象贝母 10 g,冬瓜子 10 g,冬瓜皮 10 g,浮萍 6 g,薄荷 6 g。3 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊:服药后汗出热退,小便增多,浮肿渐退,血压 18/10.5 kPa。但今又发热,咽痛。速改用银翘散(银花、连翘、桔梗、牛蒡子、薄荷、豆豉、荆芥、竹叶、甘草)加山豆根、黄芩、黄连、泽泻、猪苓。2 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊:药后热退,咽痛除。血压 14.5/8 kPa。再予清利之剂。

服清利之剂 5 剂后肿消,一般情况良好,但尿中尚有蛋白及红细胞,改用健脾益肾之剂以调理。2 周后,复查各项指标均正常。

【按语】上例急性肾小球性肾炎临床表现比较典型,患者主要是由于外感风热导致发病,根据中医辨证用疏风解表剂,配以清热利水之剂。服疏风解表药后,汗出,热退,小便逐渐增多,随之浮肿消退,血压也下降,尿中蛋白、红细胞也消失,而病愈。

例 2 男性,34 岁,农民。半个月前患猩红热,经治疗后,情况好转。但 5 天前,见面部及下肢浮肿、腰部酸痛、小便短赤、纳呆、口干苦、大便溏薄日 4~5 次、舌质红、舌苔薄黄、脉象细滑等症,而收住院。检查:面部及两下肢轻度浮肿,心肺无异常,腹部较饱满,无压痛,肝脾未扪及,尿蛋白(+++),24 小时的尿蛋白定量 6.6 g,血肌酐 79.56 $\mu\text{mol/L}$,血尿素氮 5.36 mmol/L,血浆白蛋白 14.6 g/L,球蛋白 18.4 g/L,胆固醇 10.01 mmol/L,甘油三酯 3.82 mmol/L。西医诊断为肾病综合征。中医辨证为肾虚,湿热阻滞,风邪入络。治疗大法为:益肾清利,活血祛风。处方:鹿含草 30 g,金雀根 30 g,菝葜 30 g,荠菜花 30 g,苡仁根 30 g,苍术 15 g,怀牛膝 10 g,黄柏 10 g,丹皮 10 g,白术 10 g,陈皮 10 g。每日 1 剂,水煎服。并同时口服肿节风片,每日 3 次,每次 5 片。

二诊:服药 3 周后,小便增多,1 500~2 000 ml/d,浮肿退,24

小时蛋白定量为 3.57 g。继续按上法治疗。

三诊:1 个月后,患者症状消失,复查 24 小时尿蛋白定量 0.9 g,血浆白蛋白 35 g/L,球蛋白 25 g/L,胆固醇 8.06 mmol/L,甘油三酯 2.66 mmol/L。出院后继续门诊治疗。

四诊:3 个月后,一般情况好,尿检正常,恢复正常工作。

3 年后,该患者因发热,咽痛,并有浮肿、小便少等症,而收住院。检查 24 小时尿蛋白定量 3.3 g。中医辨证为外感风热,以疏风清热利水治之。处方:金银花 30 g,白茅根 30 g,车前子(包煎) 30 g,泽泻 15 g,荆芥 10 g,牛蒡子 10 g,连翘 10 g,板蓝根 10 g,猪苓 10 g,茯苓 10 g,甘草 4 g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

服药后,发热、咽痛除,小便增多,浮肿退,但仍有尿蛋白。改为益肾清利、活血祛风之剂,即第一次处方。

服药过程中,尿蛋白逐渐减少直至消失,1 个月后,恢复工作。随访 2 年,情况良好。

【按语】 病人第一次发病,先患外感热病,后发肾病。第二次又是外感风热之邪而致肾病复发。在辨证论治时,有表证者,宜先疏解清利,用疏风解表之剂,待表证解后,改用第二类祛风之剂,配以益肾、清利、活血之品。从这个病例的治疗过程来看,再次复发,先后次第选用不同组合的疏风之剂,同样取得较好的疗效。

赵恒志

慢性肾炎特殊见症的辨证施治

赵恒志医师(河南省镇平县公疗医院,邮编:474250)长期在基层工作,有较丰富的临床经验。他指出:慢性肾小球性肾炎的病程长,病情复杂,必须做到辨证求因,治病求本,抓住主要矛盾,才能事半功倍。对于慢性肾小球性肾炎,尤其是慢性活动期肾炎,目前尚缺乏特殊治疗,但中医药治疗慢性肾小球性肾炎有一定疗效,且远期效果好。在治疗慢性肾小球性肾炎过程中,既要重视全身症状,又要注意某些特殊见症,并从全身出发调理脏腑功能。用辨证论治的方法治疗一般的典型患者,不难把握;但对于某些特殊见症,治疗时较麻烦,需要灵活变通。今将治疗慢性肾小球性肾炎临床中所见到的一些特殊见症,介绍于下。

一、长期泄泻

由于慢性肾小球性肾炎久病不愈,脾虚则脾失运化,水谷停滞,清浊不分;肾阳虚惫,命门火衰,火不生土,脾肾两虚,而致泄泻。立补肾健脾之大法,使泄泻止,且肾功能亦恢复正常。

【病案举例】 贾某,男性,42岁。患慢性肾小球性肾炎已3年。见症除面色㿠白、食谷不化、腰膝酸软、形寒肢冷等症外,且泄泻不止,每日3~4次。检查:尿蛋白(++),白细胞少许。治以补肾健脾,兼以固涩。予四神丸(补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、五味子、生姜、大枣)合桃花汤(赤石脂、干姜、粳米)加减化裁,处方:赤石脂15g,补骨脂15g,菟丝子15g,吴茱萸10g,肉豆蔻10g,干姜9g,附子6g。每日1剂,水煎服。

连服30剂后,泄泻止,肾功能亦恢复正常。

二、周期性水肿

慢性肾小球性肾炎的女性患者,经常水肿,且水肿与月经周期有明显的关系,往往是月经前水肿,月经后肿消,同时又有其它瘀血征象。此时予以活血化瘀之大法,药后不仅水肿消,且肾功能亦恢复正常。

【病案举例】 李某,女性,34岁。患慢性肾小球性肾炎已6年多,有明显的经前水肿,经行肿消,且逐渐加重,同时有少腹刺痛、经量减少、经色紫暗、舌质紫暗、脉象沉弦等症。检查:尿蛋白(+++),白细胞(+),红细胞少许。治以活血化瘀为主。予以血府逐瘀汤(当归、赤芍药、柴胡、枳壳、桔梗、牛膝、生地、桃仁、红花、川芎)加减化裁,处方:当归15g,石韦15g,瞿麦15g,车前子(包煎)12g,桃仁10g,红花10g,香附10g,牛膝10g,枳实6g,大黄6g。每日1剂,水煎服。

以此方服至下次行经,水肿减轻,经量增加。连服70剂,诸症消失,尿常规已转阴。嘱患者调饮食,慎起居。随访半年,无复发。

三、皮肤瘙痒

肝主血,肾藏精,肝肾同源,精血同源。长期患慢性肾小球性肾炎不愈者,肾精不足,血失濡养,血虚血燥,内风扰动,风邪郁于孙络,除慢性肾小球性肾炎的一般症状外,症见皮肤瘙痒,抓破后出现细小血点。治疗以补血润燥为主,则瘙痒止,肾功能亦转正常。

【病案举例】 王某,女性,19岁。患慢性肾小球性肾炎已近5年。患病之初,服用八正散(篇蓄、瞿麦、车前子、滑石、木通、栀子、大黄、甘草)等方药后,诸症消除。其后经常腰痛、水肿,且全身皮肤瘙痒,尤以夜间或月经后加重,有抓痕,伴见咽喉干燥、便秘等症。检查:尿蛋白(++),白细胞(+),红细胞少许。治以养血润燥通络。处方:当归30g,赤、白芍各18g,生地15g,川芎15g,茜

草 15 g, 益母草 15 g, 丹皮 10 g, 玉竹 10 g, 防风 10 g, 栀子 6 g。每日 1 剂, 水煎服。

连服 38 剂后, 瘙痒消失, 尿检正常。4 个月后随访正常, 无复发。

赵
玉
敏

虫类药治慢性肾炎

赵玉敏医师(云南省玉溪市人民医院,邮编:653100)运用虫类药治疗慢性肾小球性肾炎取得较好的疗效。

赵玉敏医师认为,慢性肾小球性肾炎(CGN)是由多种病因引起的一组原发性肾小球疾病,主要临床表现有水肿、高血压、蛋白尿、血尿、管型尿等,其中水肿及蛋白尿是慢性肾小球性肾炎的两大难题。慢性肾小球性肾炎病情迁延难愈,病变日久,不论气虚、阳虚、水停,均可有不同程度的气滞血瘀存在,故其治疗常法是活血化瘀。根据“风能胜湿”、“活血通络”理论,中药里的虫类药的主要特点是善行攻窜,疏逐搜剔,通达经络,其窜透之性胜于草木,行气活血之力较强,能疏通经络,又有抗变态反应,从而降低肾小球毛细血管的通透性,改善肾脏灌注,增强肾的藏精功能,不使精浊混合而排出体外。

一、蝉蜕

性味甘咸寒。甘能养,咸入肾,寒能清。慢性肾小球性肾炎患者常因感冒或感冒不愈而使疾病加重、复发,重新出现蛋白尿或蛋白尿增多,蛋白尿患者的尿中多泡沫,中医辨证为风邪所致。蝉蜕既能驱逐风邪,又能宣开肺气,发汗消肿以利水之上源。蝉蜕配合益母草、紫苏治疗慢性肾小球性肾炎,对于消除蛋白尿效果较好。现代药理研究证实,蝉蜕对机体免疫功能和变态反应有明显的抑制作用。根据肾病的免疫发病机制,清除抗原和免疫复合物,中和血管活性物质是阻断病理环节的根本治疗措施,故运用祛风脱敏的蝉蜕治疗慢性肾小球性肾炎,可以达到调节机体免疫功能的作用。

二、僵蚕

性味辛咸。辛能发散,咸能软坚,能入血分搜浊,消痰通络,清凉祛风,常用于湿阻血瘀的慢性肾小球肾炎。僵蚕研末内服治疗慢性肾小球性肾炎蛋白尿效果满意。僵蚕与蝉蜕配伍治疗慢性肾小球性肾炎兼有急、慢性咽炎、扁桃体炎,既能有效地消炎,缓解症状,又有降蛋白尿的功效。现代药理研究证实,僵蚕有抗过敏及提高蛋白作用。

三、地龙

性味咸寒,体滑。能降泄,善走窜,有清热解毒、通络利尿、消肿之功。地龙性善下行而利水湿,可通络降压。黄芪充养正气,调整肺、脾、肾三脏之功能,促进全身血液循环,提高机体免疫能力,兼有利尿作用,以上二药相配伍,具有益气开瘀、利尿消肿、降压等功效,使浮肿消退,血压下降,尿蛋白转阴。现代药理研究证实,地龙有抗凝、抗血栓作用,能降低血液的黏度,抑制血栓形成,具有促纤溶作用,能使已形成的血栓溶解。

四、水蛭

性味辛咸平。有破血逐瘀、通经利水之功。《本草经百种录》说:“水蛭最喜食人之血,而性又迟缓善入,迟缓则新血不伤,善入则坚积易破,借其力而攻积久之滞,自有利而无害也。”张锡纯曰:“破瘀血不伤新血……于气分丝毫无损,而瘀血默消于无形,真良药也。”用水蛭治疗慢性肾小球性肾炎,既能泻腑通便,又无伤正之弊,迅速消退水肿,对伴有瘀血症状的蛋白尿有较好的疗效。现代药理研究证实,水蛭能抗凝血,改善高血黏状态,扩张毛细血管,改善微循环,增加肾组织血流量,保护肾脏功能。

五、全蝎

性味甘辛,有毒。有祛风通络、逐瘀之功。《玉楸药解》云:“穿筋透骨,逐湿除风。”是活血化瘀之峻品,内而脏腑,外而经络,无瘀处不达。临床运用时,全蝎配伍补气药,可增强活血化瘀作用;

全蝎配伍养阴药,可以防止久服辛燥伤阴之弊。慢性肾小球性肾炎迁延日久,虽有不同程度的气血阴阳受损,但必有瘀血内停,阻滞脏腑经络。水能病血,血能病水,血行瘀缓,血液中的水液渗出血管外,泛滥于肌肤为水肿,水肿是瘀血的继发性病变。现代药理研究证实,全蝎无论对肾组织循环障碍,还是外周循环障碍均可化瘀通络,经气畅达,使受损害的肾组织修复,达到消除蛋白尿及水肿之功效。

王新陆

治肾病验方

王新陆教授(山东中医药大学,邮编:250014)研习中医学术数十载,临证经验丰富,对多种内科疾病独具卓识。现将王新陆教授辨治肾病经验及常用方介绍于下。

慢性肾小球性肾炎、肾盂肾炎、肾病综合征等疾病,大致属于中医学“水肿”、“虚劳”等范畴。本病其病因大部分为风邪袭表、疮毒内燔、水湿浸渍、饮食不节、久病劳倦、禀赋不足等。具有水肿、蛋白尿、低蛋白血症等共同症状,失治、误治可以导致慢性肾功能衰竭。其病机是脾失升降、肾失开合而致。病本在脾肾,肾失封藏是蛋白从尿中长期流失的根本病理机制,正如《内经》所云:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也。”同时,脾气虚弱,清阳不升,精微下注外溢也可以导致蛋白丢失,且蛋白丢失日久,势必伤气耗阴,导致本虚标实之证,迁延难愈。治疗时应采取补脾肾、祛毒浊的方法。根据“善补阳者必于阴中求阳,善补阴者必于阳中求阴”的原则,使阴阳相济,并根据尿蛋白长期流失的临床特点,补涩并用。

王新陆教授治疗此类疾病的基本方是:黄芪、防己、巴戟天、黄柏、黑大豆、土茯苓、爵床、泽兰、泽泻。全方标本合治,补泻兼顾,有补气健脾益肾、利水泄浊解毒之功。方中药物可分为以下四个药对,分述如下:

(1)黄芪与防己配伍。黄芪甘温补中,乃补气之圣药,大剂黄芪功盖人参,具有补气、固表、摄精、祛毒、和营、利尿之功,且无留滞之弊,仲景所谓“大气一转,其气乃散”;防己苦寒降泄,行经脉,通腠理,利小便,消水肿。黄芪以升为主,防己以降为要,二药参和,一升一降,升降调和,发挥利水消肿之效。

(2)巴戟天与黄柏配伍,一阴一阳,皆为补肾要药。巴戟天温而不热,益元阳,补肾气;黄柏苦寒坚阴,李东垣言其具有“泻热补水润燥”之功。巴戟天、黄柏相合,补气健脾益肾,为治本之图。

(3)泽兰和泽泻相配。泽泻甘寒,归肾、膀胱经,利水消肿,渗湿泄热;泽兰苦温,归肝、脾经,利水消肿,活血祛瘀。二者一甘一苦,一寒一温,相得益彰,共行利水消肿之力。

(4)黑大豆与爵床相伴。黑大豆甘平,入脾、肾二经,活血利水,祛风解毒,《本草纲目》载:“黑大豆入肾功多,故能制水、消胀、下气,制风热而活血解毒,所谓同气相求也。”爵床咸寒,入肝、胆经,清热解毒,活血利湿。产于岭南一带,《神农本草经》谓其“主腰痛不可着床,俯仰艰难,除热”。二者均对消除尿蛋白及纠正低蛋白血症有一定功效。

(5)土茯苓甘淡平,祛湿热,治五淋,解瘀毒,张山雷言其“利湿祛热,搜剔湿热之蕴毒……以渗利下导为务”。土茯苓不仅对病毒有抑制作用,而且对滥用、久用化学药物者,可解毒辟秽。本病患者多长期服用激素等药物,服用土茯苓,可减少不良反应。

临证加减:兼咽喉肿痛者,加酒蛾药、牛蒡子等;肿势较甚者,加白茅根、玉米须等;若血压偏高时,加钩藤、急性子等;兼血尿者,加生地榆、苎麻根等;兼细菌尿时,应重用土茯苓,并加白花蛇舌草等;如兼肾功能损害时,加酒大黄、蒲公英等。

【病案举例】 某,男性,26岁。病人因眼睑和四肢水肿入院被诊断为肾病综合征。经肾穿刺诊断为系膜毛细血管性肾小球肾炎。采用糖皮质激素、环磷酰胺等药物治疗无效,病情无缓解,持续尿蛋白(+++)。请王新陆教授诊治。症见:病人头面四肢浮肿、肢倦乏力、小便短少、舌质淡、舌体胖、舌苔薄腻、脉象沉细等。处方:黑大豆30g,黄芪15g,巴戟天15g,土茯苓15g,爵床15g,泽兰10g,泽泻10g,防己6g,黄柏6g。每日1剂,水煎服。

二诊:服药半月后,浮肿减轻,舌体已不胖大,脉仍细但却有

力。查尿蛋白(+~++)。病情已有转机,效不更方。

三诊:更进半月后,浮肿消退,尿蛋白阴性。

以上方加减,连服2个月,诸症全消,各项检查均在正常范围。随访数年,诉仅在重度感冒或过度疲劳时,尿蛋白(±~+),一般自服上方1周后尿蛋白消失。

徐颖

中药预防慢性肾炎继发感染

徐颖医师(杭州市上城区中医院,邮编:310002)运用中药补肾健脾、益气养阴等方药,提高机体免疫功能,防止继发感染,降低慢性肾小球性肾炎的继发感染率及复发率,因而延长了慢性肾小球性肾炎的缓解期。

临床上,在治疗慢性肾小球性肾炎时,往往长时间(一般1个疗程为半年)使用雷公藤多甙片或激素。但免疫抑制剂也带来了严重的副作用,如全身免疫功能低下、反复不易控制的感染等。如何加强病人的机体免疫功能,防止继发感染,是提高慢性肾小球性肾炎治愈率和预防复发的重要措施。

中医认为肾为先天之本,脾为后天之本,中医脾肾的概念包括了免疫功能的内涵,所以如果采用补先天、养后天等益肾健脾方药来增强慢性肾小球性肾炎患者的免疫功能,使抗体生成期延长,可预防继发感染发生,继发感染率明显下降,同时由于先后天的功能得到增强,气的固摄功能也加强,减少了蛋白尿的产生,肾功能得到改善,慢性肾小球性肾炎的缓解期延长。

慢性肾小球性肾炎是一种自身免疫性疾病,常存在细胞免疫功能低下。机体健康和疾病状态下的免疫功能主要决定于T细胞的活性,T细胞可直接参与机体的免疫反应,也可影响和调节机体的免疫功能,是绝大多数免疫反应的中心环节,T细胞各功能亚群间的相互制约、统一的调控平衡是“正气存内,邪不可干”的物质基础,它们的比例失调可引起组织损伤。慢性肾小球性肾炎患者大部分脾肾虚衰,气血生化无源,主骨生髓的功能衰退,致红细胞免疫低下,使红细胞激活Ts及增强Th功能的作用减弱,Ts升高,

Th 降低,表现为 CD_3^+ 、 CD_4^+ 降低, CD_8^+ 增高,以致 CD_4^+/CD_8^+ 降低,结果是调控失衡,呈现出“阴盛阳衰”或“阳盛阴衰”的紊乱状态,导致疾病发生发展。同时雷公藤多甙片或激素又抑制了自身免疫功能,病人免疫力更加低下,易引起各种继发感染,使疾病复发或加重。

此时,根据病人的临床症状,按照中医辨证论治,可取得满意的疗效。

肝肾阴亏证:治以滋补肝肾、清虚热为法,常用方药为知母、黄柏、生地、山萸肉、女贞子、旱莲草、丹参等。

肺肾气虚证:治以益气补肾为法,常用方药为熟地、茯苓、淫羊藿、焦杜仲、丹参、党参、白术、生黄芪等。

气阴两虚证:治以益气养阴通络为法,常用方药为党参、生黄芪、当归、熟地、何首乌、冬虫夏草、水蛭、龟版等。

脾肾阳虚证:治以健脾温肾助阳为法,常用方药为肉桂、益母草、熟地、山药、茯苓、猪苓、生黄芪、淫羊藿、杜仲等。

以上各方使用时,一般药物用常用量,加水 500 ml,煎煮半小时,取汁 300 ml,分 2 次口服,每日 1 剂,连续服用半年。

余瀛鳌

“风水”验方三则

余瀛鳌教授(中国中医研究院,邮编:100700)门出高墙,其先父余无言先生是我国近代仲景学说的研究大家。余瀛鳌教授既有家传,又是中医名家秦伯未先生的得意门生,得诸名家亲点,又系西医之科班,可谓贯通中西、集名家之大成,余先生在理论建树、临床经验等方面,均非同凡响。

余瀛鳌教授在重新修订《内经类证》一书中及其它文章里,有许多有关急性肾小球肾炎的论述及治验,现总结于下,以供学习与推广。

余老说急性肾小球性肾炎的临床表现接近于中医说的“风水症”。风邪善行而数变,风水的水肿往往先从头面部开始,逐渐发展到全身。其病理机制是:外感风邪,内有水气,水为风激而上行。故运用发表、祛风、制水法比较符合风水的病机,根据这样的原则,余老拟定了风水第一方:茯苓 12 g,车前子(包煎)12 g,苏叶(后下)10 g,防风 10 g,防己 10 g,陈皮 10 g,炙桑白皮 10 g,大腹皮 10 g,丹皮 10 g,猪苓 10 g,麻黄(先煎)6 g,泽泻 6 g,木通 4 g。主治:急性肾小球性肾炎,见遍体水肿、头痛、血尿等症。

有一部分急性肾小球性肾炎的患者在发病时,兼有较严重的上呼吸道感染症状,如咳嗽、鼻塞等,则需在风水第一方的基础上予以增损,又拟定了风水第二方:杏仁 12 g,车前子(包煎)12 g,苏叶(后下)10 g,防风 10 g,陈皮 10 g,炙桑白皮 10 g,茯苓 10 g,丹皮 10 g,猪苓 10 g,麻黄(先煎)6 g,法半夏 6 g。本方不仅发表、祛风、利水,且兼有宁嗽的作用。

临床上在治疗急性肾小球性肾炎的患者时,俟水肿消退后,即

应照顾到脾肾,因脾为水之制,肾为水之本,肿消后应当扶脾温肾,巩固病情,以免复发。以八味肾气丸加减为风水第三方:炙黄芪 12 g,党参 10 g,熟地黄 10 g,茯苓 10 g,山萸肉 10 g,山药 10 g,泽泻 6 g,丹皮 6 g,附片(先煎半小时)4 g。临床实践证明,本方有助于肾功能的恢复。

余老认为,关于慢性肾小球性肾炎的治疗,其总则不外健脾、温阳、行气、利水诸法,再根据临床症状的不同,而变化治则。例如腹水显著时,宜行气利水为主。如体虚明显者,则宜扶阳温肾。若兼有胃肠症状者,则宜调脾健胃。如兼有外感时,则宜先治其标,祛风宣肺,待表证解除、水肿消退后,再以补益肾气为主。

在临床上,还可见到一种轻度浮肿的患者,见症为面色㿔白、食欲欠佳、腹微气胀、四肢无力、容易疲乏等,但各种化验检查基本正常。余老认为应属于脾胃功能失调,治疗以调中健脾为大法,常用补中益气汤(黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、党参、甘草、当归、生姜、大枣)、香砂六君子汤(木香、砂仁、党参、茯苓、白术、甘草、陈皮、半夏)、防己黄芪汤(防己、黄芪、白术、甘草)等加减化裁,健脾胃,运中焦,消浮肿。

任

义

自拟方辨治急性肾炎

任义教授(承德医学院附属医院,邮编:067000)对急性肾小球性肾炎患者分期、分型辨证论治,取得满意的疗效。急性肾小球性肾炎较为多见,临床多属中医学的“肾风”、“水肿”、“腰痛”、“尿血”等范畴。

一、风水泛滥

急性肾小球性肾炎初期,风邪外袭,表证未解,或复感外邪,相当于太阳病正邪相争于卫表,肺失宣肃,通调水道失职,风水相搏,泛滥肌肤引起。

主要症状:眼睑颜面浮肿、恶风、发热、周身不适、咽红肿痛、腰痛等。检查有蛋白尿。

治疗:疏风,解表,利水。

处方:自拟解表利水汤(麻黄、桑叶、荆芥穗、桔梗、杏仁、茯苓、白茅根)。

方解:方中麻黄、荆芥穗宣肺解表,通利水道;桑叶、桔梗、杏仁宣降肺气;茯苓、白茅根利水消肿。

临证加减:偏风寒者加防风、生姜等;偏风热者加银花、连翘、薄荷、大青叶等。

二、半表半里

急性肾小球性肾炎失治、误治,表邪未除,则可导致邪入少阳胆经(少阳胆经是病邪由表入里进行传变的重要途径),此时邪在半表半里,三焦气化失常,水液代谢受阻,停积于体内引起。

主要症状:水肿逐渐加重,腰部疼痛,尿量进一步减少,及往来寒热、胸胁苦满、口苦咽干、头晕目眩、默默不欲饮食甚则恶心呕

吐、脉象弦细等。

治疗：和解表里，利气消肿。

处方：自拟和解利水汤（柴胡、葛根、茯苓、猪苓、半夏、黄芩、砂仁）。

方解：方中柴胡疏散外邪，解除郁热，并能疏通胸胁郁结气机，解除痞闷；葛根解肌透表，配黄芩则可清解半表半里之热；半夏和胃下气，降逆止呕；茯苓、猪苓渗湿，利水消肿；砂仁健脾化湿，以助后天之本。全方具有和解表里、通利水道、健脾和中之功效。

临证加减：热甚者加连翘、银花、紫草、地骨皮、青蒿等。

三、热毒蕴结

急性肾小球性肾炎失治、误治，外邪不解，入里化热，或身发疮毒，内归肺脾，毒热内盛，深入营血，热毒弥漫三焦，三焦气化不利，通调水道失职，此时热毒深重是发病的关键，热毒愈深，水肿愈甚。

主要症状：水肿渐甚、头身疼痛、身热、心烦、面赤、咽痛、咽干、腰痛、便秘、尿赤而少，或身发慢性脓肿、舌质红绛、脉象数等。

治疗：清热解毒，利水消肿。

处方：自拟解毒利水汤（银花、连翘、丹皮、栀子、黄芩、大青叶、竹叶、泽泻、商陆、二丑、大黄）。

方解：方中银花、连翘清热解毒；丹皮、黄芩、大青叶清热解毒，凉血活血；栀子泻三焦火热；竹叶、泽泻利水消肿；商陆、大黄、二丑通便泻热利水。

临证加减：抽搐者，加羚羊角、钩藤、僵蚕等；高热、躁扰不宁者，配服安宫牛黄丸。

四、热伤血络

急性肾小球性肾炎感受热邪，邪热内结，蕴结下焦，热伤血络，迫血妄行，则可导致下焦出血，形成肉眼血尿或镜下血尿。离经之血又可致瘀，唐容川指出：“离经之血，虽清血鲜血，亦是瘀血。”

主要症状：除尿中带血外，常伴身热、口渴、心烦、小便灼热、舌

质红绛等。

治疗:清热,凉血,和血。用药不可过用收涩止血之品。

处方:自拟凉血和血汤(银花、生地、连翘、地榆、梔子、竹叶、车前子、三七、甘草、丹皮)。

方解:方中银花、连翘、梔子、竹叶清热解毒,疏散外邪;生地、丹皮、地榆、车前子、三七凉血,活血,止血并用;甘草和解诸药。本方对下焦蕴热、热伤血络而出血者,疗效甚佳。

五、脾肾亏虚

急性肾小球性肾炎后期,即恢复期,虽经正确的治疗,但因其发病主要是热邪蕴结,而热邪最易耗气伤阴,所以此时表邪已除,热势已退,水肿也消,但正气已伤,特别是肾阴亏虚与脾气亏虚,如若此时未正确治疗或未积极治疗,脾肾功能不能恢复,抗邪无力,则易因正虚邪恋而转为慢性肾小球性肾炎,所以恢复脾肾功能也成为治疗本病的关键。

(一)以肾阴亏虚为主

症状:手足心热、口咽干燥、头晕乏力、腰膝疲软、小便短赤、舌质红、少苔、脉象细数等。检查镜下有血尿。

治疗:滋阴固肾。

处方:自拟固本汤(熟地、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、枸杞子、白术、砂仁)。

方解:方中熟地、山萸肉、枸杞子滋阴补肾,收摄精气;山药、白术、砂仁健脾和胃,补充后天以顾肾精;茯苓、泽泻通利水道,清除余邪以健脾,使本方滋而不腻。

(二)以脾气亏虚为主

症状:面色苍白、短气乏力、脘腹胀满、不思饮食、大便溏薄、舌质淡、舌苔薄白等。检查镜下有血尿、蛋白尿。

治疗:健脾和胃,益气固摄。

处方:人参、茯苓、白术、甘草、陈皮、砂仁、黄芪、巴戟天、杜仲。

方解：方中人参培补元气；白术健脾运湿；茯苓淡渗利湿；甘草、陈皮、砂仁和胃消食健脾；黄芪扶正固表；巴戟天、杜仲固摄补肾益精。

韩子江

坤草茅根汤辨治急性肾炎

韩子江主任医师(山东泰安市中医二院,邮编:271000)从医30余年,临床经验丰富,尤其对急性肾小球性肾炎的治疗更有独特的见解和显著的疗效。韩教授用自拟坤草茅根汤辨治急性肾小球性肾炎,收效显著。

急性肾小球性肾炎属中医“水肿”、“风水”等范畴。《诸病源候论》云:“水肿之生,皆由风邪寒热毒气客于经络,使血涩不通,壅结成肿也。”指出急性肾小球性肾炎是由于风寒湿热等外邪侵袭肺卫,肺失宣降,通调失职,风遏水阻,风水相搏,溢于肌肤,其中湿热之邪始终存在于疾病的整个过程中,湿热是急性肾小球性肾炎形成与发展的基本病因与病理,所以病之初期以实证为主。继而外邪由表及里,影响脾肾,导致水湿停滞,精微不固,虚是肾炎发病与疾病缠绵发展的内在病理基础,所以随着疾病的发展,则现虚实夹杂之证。久病不愈,病邪入络,水瘀互结,正气亏虚,致使疾病缠绵难愈,瘀是疾病转为慢性的条件。由此可见,本病的病机可概括为四个字:湿,热,虚,瘀。

韩子江主任医师提出治疗急性肾小球性肾炎的基本治则是清热利湿,防止急性转为慢性的环节是活血化瘀。据此拟定了活血清热利湿的坤草茅根汤(益母草、白茅根、银花、竹叶),作为治疗急性肾小球性肾炎的基本方,方中益母草、白茅根活血凉血利水,银花清热,竹叶导湿热从小便而出。

病之初期,风寒湿热等外邪侵袭肺卫,肺失宣降,故此时治疗应以疏风宣肺、清热利水为大法,用坤草茅根汤加白花蛇舌草、蒲公英、土茯苓、桑叶、赤小豆、蝉蜕、连翘等。若血尿甚者,宜清热凉

血止血,上方再加小蓟、生地、三七粉等。若咽红肿痛者,宜清利咽喉,上方再加元参、薄荷等。

病之第二阶段,外邪由表及里,影响脾肾,湿热蕴结,脾肾已亏。此时治疗应以清热利湿、健脾补肾为大法,用坤草茅根汤加黄芪、丹参、泽泻、萆薢、土茯苓、山萸肉、杜仲、牛膝等。若蛋白尿多时,上方再加仙灵脾、山药、白术等。若血尿明显者,上方再加三七、生地、地榆等。若伴血压增高者,上方再加槐米、羚羊粉、天麻等。

病之第三阶段为恢复期,此时患者病程较长,检查尿中的蛋白及红细胞持续不减,患者极易感冒,使疾病反反复复。证属正气不足,湿热余邪留恋。此时治疗应以益气扶正、清利湿热余邪为大法,用坤草茅根汤加玉屏风散(黄芪、防风、白术)、土茯苓、仙灵脾、三七、丹参、杜仲、山萸肉等。

肾炎迁延难愈,转为慢性时,证属久病入络,湿热稽留,脾肾亏虚,血脉瘀阻。此时治疗应以清热利湿、健脾补肾为大法,兼以活血通脉。用坤草茅根汤加三七、山萸肉、桃仁、丹参、土茯苓、大黄、黄芪、杜仲、牛膝等。

【病案举例】 刘某,女性,26岁,会计。1996年元月20日来诊,患者自述半个月前发热,周身酸痛不适,咽痛,咳嗽,经治疗,服用大青叶片、利君沙、感冒通等药物后,症状消失。但近一周来,晨起眼睑浮肿,微恶风寒,咽干,偶有咳嗽,小便量少,尿色发红,但无尿频尿急尿痛等症,腰痛,乏力,纳食不香,舌质红,舌苔薄黄,脉象滑稍数。检查:血常规无异常,尿PRO(+++),BLD(+++),透明管型(0~1),血压18/10 kPa。诊断为急性肾小球性肾炎。静脉点滴青霉素,每日1次。中医辨证为风湿热侵,肺失宣降证。治以疏风宣肺,清热利湿法。处方:益母草30g,白茅根30g,蒲公英30g,赤小豆30g,土茯苓30g,白花蛇舌草30g,银花20g,生地15g,蝉蜕12g,泽泻10g,桑叶10g,竹叶10g。5剂,

每日 1 剂,水煎服。

二诊:水肿消失,仍感腰痛无力、舌质红、舌苔薄微黄等。检查:尿 PRO(++) ,BLD(+ +)。此时表证已解,虚实夹杂之证渐显。上方去蒲公英、赤小豆、蝉蜕、白花蛇舌草、桑叶,加仙灵脾 20 g,黄芪 15 g,牛膝 15 g,杜仲 12 g,萆薢 12 g,三七粉 3 g。10 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊:患者已无浮肿,体力较前大增,纳食增多,自觉症状明显减轻。检查惟有 PRO(±)。治以扶正益气,兼清余邪法。处方:黄芪 30 g,益母草 30 g,白茅根 30 g,丹参 15 g,仙灵脾 15 g,银花 15 g,山萸肉 12 g,杜仲 10 g,茯苓 10 g,防风 10 g,白术 10 g,竹叶 10 g。每日 1 剂,水煎服。

上方服 10 剂后,查尿正常,病已痊愈。随访 1 年,无异常。

朱良春

“药对”治肾盂肾炎

名老中医朱良春先生(江苏省南通市良春中医药临床研究所)对于急、慢性肾盂肾炎有独到的见解及丰富的临床经验。急、慢性肾盂肾炎属中医“热淋”、“湿热淋”、“血淋”、“劳淋”等范畴。朱老常谓:“欲求选方用药得心应手,必须全面了解药物之性能,所谓围机活法,全在广博。”朱老指出急性肾盂肾炎的突出表现是以膀胱湿热为主,属实热证,治疗要以祛邪为主,通过祛邪以扶正,重在清泄化瘀通淋。若由于急性期失治、误治等各种原因迁延不愈者,此时往往是虚实寒热夹杂,朱老强调“和解枢机”引领伏邪外出,才能收到满意的疗效。若慢性久病,老弱患者,多年反复感染,正虚之象明显者,此时朱老强调治疗要重在扶持正气,调理阴阳。

一、急性肾盂肾炎或慢性肾盂肾炎急性发作

此时主要是由于湿热下注,或瘀热蓄于膀胱,阻滞气化,下窍不利所致。症见小便频数、淋沥、茎中急痛、尿血等。朱老立清化下焦湿热之治疗大法,或伍以泄化瘀热之品。朱老用自拟清泄化瘀通淋方,意在清热解毒,利水通淋。朱老指出,此时治疗,过用苦寒,易伤脾胃;过用淡渗,杯水车薪,又易伤脾,以下4对8味药恰如其分。药用:生地榆、生槐角、白槿花、白花蛇舌草、瞿麦、白茅根、土茯苓、甘草梢。

(1)生地榆与生槐角。取生地榆凉血止血、行血化瘀、清热解毒,专除下焦湿热,且清不过泄,涩不呆滞,治疗便血尿血极佳;生槐角清泄血分之热毒,益肾清火,专滋肾家津枯,并有疏泄肝经风热之功,两药共奏清泄血分之热毒。

(2)白槿花与白花蛇舌草。取白槿花轻清解毒,利湿凉血,甘

补淡渗,气血两清;白花蛇舌草甘寒微苦,清热利湿,解毒通淋,现代药学研究证明,此药在体内能刺激网状细胞、白细胞的吞噬能力,从而达到抗菌消炎目的。

以上两组对药通淋化瘀,清泄下焦气分和血分之热毒,现代药学研究证明有类似广谱抗生素之作用。

(3)瞿麦与白茅根。瞿麦通淋化瘀,清热利尿;白茅根凉血止血,清热利水。

(4)土茯苓与甘草梢。土茯苓祛湿热,治五淋,解瘀毒;甘草梢缓急止痛,解毒,调和诸药。

临证时再加减灵活化裁。如血尿较甚或茎中刺痛,加苈麻根 60 g,琥珀末 2 g(分吞)。如见寒战、高热等症,必加微苦微寒的柴胡,其气芳香,清少阳微火,正是火郁发之之义;加清泄胆热之黄芩。柴胡、黄芩对药清泻肝胆郁热,和解少阳,故有佳效。

二、慢性肾盂肾炎

此时主要是由于反复感染或失治、误治,疾病迁延日久,转成慢性。患者症状不典型,或有低热,或日晡潮热。检查:尿中白细胞持续存在,或夹轻度血尿。证属湿热留恋,气机郁滞,膀胱气化不利;且由于枢机不和,伏邪不透所致。朱老选蒿芩清胆汤(青蒿、黄芩、枳实、竹茹、陈皮、半夏、茯苓、甘草、滑石)加芦根、白茅根,芳香淡渗,和解枢机,使湿热伏邪从枢机而解。

(1)黄芩、青蒿为对,黄芩清泄胆热,青蒿清芬透络,从少阳胆经领邪外出,辟秽宣络,专清肝胆伏热,领伏邪外出。

(2)滑石、茯苓为对,滑石甘寒滑利而解淋涩,利六腑之涩结,利尿且解毒;茯苓甘淡渗泄而利水道。

(3)滑石、甘草为对,即六一散,对肾盂肾炎之尿检转阴有效。

(4)茯苓、甘草为对,益脾渗湿,使脾和湿去。

(5)陈皮、半夏为对,和胃除痰安中。

(6)枳实、竹茹为对,化痰浊,止呕逆,除心烦,消痞满。

(7)芦根、白茅根为对,芦根甘能益胃和中,寒能除热降火;白茅根凉血止血,利水透热,二药均甘寒清透邪热,不但助青蒿引伏邪外出,尤其对轻度血尿有特殊效果。

三、慢性肾盂肾炎久病不愈

此时主要是由于气阴不足,湿热未尽,正气受损,全身阴阳失调。属中医“劳淋”范畴。患者多为老弱久病正虚明显,而激惹症状、湿热征象多不明显,曾用多种抗生素治疗无效者。症见小便微涩、尿意不尽、小腹微胀、腰酸,伴有较明显的倦怠乏力、少气懒言、脉象虚细等症。本着朱丹溪治淋需“调平心火”之说,治以益气养阴滋肾、清心利水为大法。用《局方》清心莲子饮(石莲肉、黄芩、麦冬、地骨皮、车前子、甘草、茯苓、黄芪、人参)为基本方加减化裁,处方:生黄芪、太子参、石莲子、麦门冬、地骨皮、土茯苓、萹草、车前草、柴胡、黄芩、女贞子、生地。其中生黄芪与太子参,石莲子与麦门冬,地骨皮与土茯苓,萹草与车前草,柴胡与黄芩,女贞子与生地分别为6组对药。服用此方后,尿检多在2~4周内转阴。朱老告诫说,肾盂肾炎久病者,在症状消失和尿检转阴之后,必须守上方善后以巩固疗效。更要遵医嘱,注意饮食宜忌,节房事,需坚持较长一段时间才能根治。



· 益肾渗利方治慢性肾盂肾炎

尤松鑫主任医师,教授,博士生导师(南京中医药大学,邮编:210029),在治疗慢性肾盂肾炎方面疗效卓著,总结如下。

慢性肾盂肾炎属中医“淋证”、“水肿”、“腰痛”、“虚劳”等范畴。本病形成的基本条件是邪气入侵,发生的根本原因是正气虚。本病每因外感、劳累、个人卫生不洁等诱因,导致人体的正气受损,邪气乘虚而入。病情反复发作,则形成正虚与邪实同时存在的病理机制,导致脾肾双亏。因而治疗本病要两者兼顾,但重点还在祛邪,邪去则正易复。由于本病湿邪滞留,缠绵难愈,故宜早期治疗、长期治疗,以扶正祛邪,防止复发。

尤松鑫主任医师治疗慢性肾盂肾炎,用自拟益肾渗利方,使湿热之邪得清,正气逐渐恢复。本方组成:小蓟 15 g,山药 10 g,苡仁 10 g,萹蓄 10 g,瞿麦 10 g,川牛膝 10 g,竹叶 10 g,丝瓜络 10 g,石韦 10 g,通草 3 g。临证时以此方为基础,随症加减化裁,如以水肿为主者,可加陈葫芦 15 g,玉米须 10 g,地枯萝 10 g,车前子(包煎) 10 g,车前草 10 g,泽泻 10 g,木通 3 g。若腹胀较著者,以上方加莱菔子 10 g,宣木瓜 3 g。如夜寐差者,宜加夜交藤 15 g,焦山栀 10 g。

【病案举例】 王某,女性,58岁。1997年10月11日初诊。症见:双眼睑轻度浮肿,小便频数,日行约8~9次,腰部发胀,精神较差、面色晄白、纳食尚可、睡眠多梦、舌质红、舌苔薄白腻、脉象细滑等。检查:双下肢浮肿(+++),腹水征阴性,心肺无异常,血压18.5/12 kPa,尿蛋白(++),红细胞(+),颗粒管型偶见。既往史:8年前发现高血压,3个月前加重。1年多前,突然无明显诱因

尿频、尿急,每日达10余次,经用抗生素治疗后,症状缓解。但此后多次反复出现尿频、尿急,经常感到腰酸,始终没有系统治疗。1个月前住院治疗,被诊断为:原发性高血压及慢性肾盂肾炎。给予保肾康、心痛定、潘生丁、清栓酶、多种抗生素和利尿剂等治疗,无明显好转而出院。中医辨证为:脾肾不足,湿热滞留。治疗立法为:益肾健脾,利水渗湿。予益肾渗利方加减,处方:小蓟15g,山药10g,苡仁10g,篇蓄10g,瞿麦10g,川牛膝10g,竹叶10g,生地10g,柏子仁10g,车前子(包煎)10g,通草3g,灯芯草3g。7剂,每日1剂,水煎服。

二诊:服上方7剂后,自觉症状好转,尿量增加,双眼睑浮肿消退,夜寐转安,舌苔薄白,脉象弦细略滑。检查:双下肢浮肿(+),尿蛋白(+),红细胞(+),未见颗粒管型。上方去灯芯草,加丝瓜络10g。每日1剂,水煎服。

以益肾渗利方加减化裁治疗3个月后,患者已无明显自觉症状,浮肿消退,面色红润,尿常规正常。再用益肾渗利方加减化裁治疗3个月后,多次复查尿常规均在正常范围,病情稳定。

全小林

慢性肾盂肾炎辨因、湿、瘀、虚

全小林教授(北京中日友好医院,邮编:100029)辨治慢性肾盂肾炎取得了很好的疗效。全小林教授指出,慢性肾盂肾炎因其病因复杂,反复发作,迁延难愈,治疗颇为棘手,因此,加强慢性肾盂肾炎的防治对于减少慢性肾衰的发生具有重要的意义。

一、辨因

慢性肾盂肾炎很容易反复发作,其诱因有以下几个方面:

(一)劳累

过劳即发,属于中医“劳淋”范畴。患者多有易疲劳综合征,或易感综合征。要让患者充分休息和睡眠,防止熬夜和过度体力劳动,减少房事,同时可常期服用强肾片,或玉屏风颗粒(黄芪、防风、白术)、金水宝、至灵胶囊、百令胶囊等。

(二)受寒

遇冷即发,属于中医“冷淋”范畴。患者平时多怕冷,尤其是脚底怕冷,要让患者注意保暖,特别是足底,晚上用热水烫脚,可用艾灸涌泉、关元、神阙等穴位。可长期服用金匱肾气丸(附子、肉桂、地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻)或选用麻黄附子细辛汤(麻黄、附子、细辛)与当归四逆汤(当归、桂枝、白芍、细辛、通草、甘草、大枣)加减化裁。

(三)生气

每逢情绪波动较大时发作,属于中医“气淋”范畴。要注意调整心理,可用山楂核、橘核、荔枝核煎汤送服加味逍遥丸(当归、芍药、柴胡、茯苓、白术、甘草、生姜、薄荷),或沉香疏气丸。

(四)泌尿系结石

若病人同时伴有泌尿系结石,则慢性肾盂肾炎更容易反复发

作,属于中医“石淋”范畴,可选用金钱草冲剂,或排石汤等。自拟排石汤组成:大叶金钱草 30 g,海金沙 30 g,王不留行子 30 g,飞滑石(包煎)30 g,川草薢 24 g,广郁金 12 g,石菖蒲 12 g,生甘草梢 9 g,蓬莪术 9 g,京三棱 9 g,川牛膝 9 g,三七粉(冲服)3 g,沉香粉(冲服)2 g,琥珀粉(冲服)1.5 g。

二、辨湿

慢性肾盂肾炎的最大特点之一是湿邪难除,同时湿邪又是导致患者精力不足、困倦疲惫的重要原因,所以除湿是治疗的重要一环。除湿的原则是有湿必除,除湿务尽。一般在治疗慢性肾盂肾炎时都要加用渗湿、利湿之品,如车前草、白茅根、芦根、细木通、淡竹叶、福泽泻、云茯苓、六一散(滑石、甘草)等。但用药要避免过用苦寒,以防湿邪被遏,或苦寒伤胃,湿邪反不易除。

(一)急性发作期

重在辨湿毒、湿热、湿浊。

(1)湿毒:毒为热之重,湿毒重的患者症见面起粉刺、牙龈或咽喉肿痛、小便黄臭、大便干结等。治疗方药:土茯苓 30~120 g,配以生大黄、白花蛇舌草、露蜂房、贯仲、紫花地丁、蒲公英等药。

(2)湿热:湿热重的患者症见小便黄、舌质红、舌苔黄厚腻等。药用盐黄柏、苦参等。

(3)湿浊:湿浊重的患者症见小便浑浊、舌体胖大、有齿痕、舌苔白厚腻等。药用鲜佩兰、鲜荷叶、川草薢等。

(二)稳定期

少数患者表现为寒湿之证,症见手足不温、小便清白、舌质淡、舌体胖、舌苔白如积粉等。治以温化寒湿,苦温燥湿。药用苍术、川厚朴、煨草果、北细辛、炙麻黄、淡干姜、上肉桂、淡附片等。

三、辨瘀

慢性肾盂肾炎反复发作,可造成肾间质纤维化,肾小管结构变形、退变、萎缩,肾小血管受累,透明性变性和内皮增生,最终演变

为肾小球硬化,肾皮质变薄,肾脏萎缩。因此,无论慢性肾盂肾炎有无全身性瘀血的表现,从微观病理上考虑,均存在“肾络瘀滞”。所以治疗上要始终把防治肾脏纤维化放在重要位置。自拟通络胶囊:生水蛭粉、三七粉、生大黄粉以3:2:1的比例装0号胶囊,每次4粒,每日3次,或用保肾康,长期服用。

四、辨虚

慢性肾盂肾炎的易感体质为先天禀赋不足,素体虚弱之人;慢性肾盂肾炎迁延不愈,耗损肾气,又易造成病情反复发作,故肾虚为病之本。在慢性肾盂肾炎的稳定期,治疗大法为培补肾气。此时,一定要抓住时机,选准治疗方药,守法守方,坚持治疗,提高机体免疫能力,防止慢性肾盂肾炎反复发作。临床表现为夜尿频数、尿路不适、极易疲劳、腰背酸软隐痛、足跟痛、下肢乏力、舌质淡、舌苔白、脉象沉细等,可服强肾片,每次4~8片,每天3次,连服3~6个月。

若兼见反复感冒、多汗、易疲劳等,证属肺肾气虚,加用玉屏风散颗粒,或加用人工虫草制剂,如至灵胶囊、百令胶囊、金水宝等。

若兼见四肢困倦、大便微溏、舌苔白腻等,证属脾肾气虚,加用补中益气丸(黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、人参、甘草、当归、生姜、大枣)。

若兼见口干咽干、舌体瘦、舌面干或有裂纹、舌苔少等,证属肝肾阴虚,宜加用杞菊地黄丸(枸杞子、菊花、地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻),或用冬虫夏草6条,覆盆子9g,桑椹子9g,枸杞子9g,煎水代茶饮。

自拟方补肾通络丸组成:土茯苓240g,生水蛭180g,炙黄芪120g,苦参120g,三七120g,炒杜仲90g,川续断90g,肉苁蓉90g,枸杞90g,冬虫夏草90g,芡实90g,金樱子90g,白果90g,桑螵蛸90g,盐黄柏90g,川草薢90g,炙麻黄60g,淡附片60g,吉林人参60g,鹿角霜60g,生大黄60g,沉香60g,北细辛30g,

山楂核 30 g,橘核 30 g,荔枝核 30 g,琥珀粉 30 g。上药 1~3 剂,制成水丸。服法:每日 2 次,每次 6~9 g,连服 3 个月至 1 年。

宋 炜

疏肝法治疗肾盂肾炎

宋炜医师(河北省石家庄市中医院,邮编:050051)在辨证施治的基础上,配合疏肝、养肝法治疗肾盂肾炎,取得了较好的疗效。

肾盂肾炎病人无论是急性期或是慢性期,常见腹胀满痛、小便涩滞、尿后余沥不尽等症状,这些症状的产生都与肝脏有关。《灵枢·经脉篇》曰:“是主肝生病者……遗溺,闭癃。”刘完素《素问玄机原病式》云:“岂知热甚客于肾部,干于足厥阴之经,廷孔郁结极甚……而神无所用……而漩溺遗失,不能收禁也。”肝主疏泄,调达气机,其脉循少腹,络阴器,故肝、前阴与小便之约利不无关系。又乙癸同源,肝肾为子母之脏,病理上相互影响,所以肝之疏通与否又无不直接影响到肾和膀胱的气化功能。而肝主疏泄和膀胱的气化功能只有在本身气血充足的情况下才能完成。总之肾盂肾炎与肝体之盛衰、肝用之强弱有着密切的联系。

一、急性发作期(属中医“热淋”范畴)

症状:突然发作的小便频急、涩痛、寒战、高热等。

病机:湿热蕴结,气机阻滞,膀胱气化失司。

治则:清热通淋,行气利湿。

方药:四逆散(柴胡、白芍、枳壳、甘草)合五淋散(栀子、当归、白芍、茯苓、甘草)加减化裁。取四逆散疏肝理气以助肝用,使肝能疏泄,膀胱气化功能自复。取五淋散中当归、白芍养血柔肝以助肝体,栀子、茯苓、甘草清湿热、利小便,尿道之涩痛遂除。诸药合用,疏肝养肝,清利湿热,体现了扶正祛邪、标本同治的整体治疗观。

临证加减:如兼发热恶寒者,加薄荷、防风、荆芥穗等;如血尿明显者,加小蓟、白茅根等;若湿重者,宜与三仁汤(杏仁、白蔻仁、

苡仁、竹叶、厚朴、通草、滑石、半夏)加减;如热重者,可与八正散(栀子、车前子、木通、瞿麦、篇蓄、滑石、甘草、大黄)加减化裁。

【病案举例】 庞某,女性,47岁。1997年9月3日来诊,见尿频、尿急、尿道灼热疼痛、尿有余沥、发热恶寒、腰痛肢楚、倦怠少气、咽干口苦、少腹坠胀、舌质红、舌苔白腻、脉象弦滑数等症。患肾盂肾炎已3年,常因劳累或外感而使病情加重。1周前洗澡后不慎受寒,口服氟哌酸而不效,恶心呕吐。检查:T 38.5℃,尿白细胞(+++),尿红细胞(+),尿蛋白(+).中段尿细菌培养细菌菌落>10/ml。中医辨证为邪感少阳,湿热内盛。立和解少阳、清热渗湿为治疗大法。处方:败酱草30g,滑石30g,白茅根30g,当归20g,赤茯苓12g,柴胡12g,荆芥穗10g,白芍10g,栀子10g,半夏10g,甘草6g。3剂,每日1剂,水煎服。

二诊:药后尿频、尿急、尿痛大减,冷热已解,呕吐已止,小便淡黄,食纳转佳。上方去半夏,再服3剂,每日1剂,水煎服。

三诊:尿急、尿痛基本消失,仍有尿频不畅,舌质红,舌苔薄白,脉象弦细小数。检查:体温正常,尿红细胞(+),尿蛋白(+).

仍以原方增减,续进10余剂,诸症完全缓解,舌质红无苔,脉象弱滑,尿常规检查已转正常,惟感腰酸隐痛,倦怠少气。属湿热已去,正虚未复。治以扶正固本,兼清余热。处方:白花蛇舌草30g,土茯苓30g,黄芪20g,太子参20g,生地15g,当归12g,赤茯苓12g,栀子12g,甘草6g。上方连续服用3个月,尿细菌培养阴性。随访半年,未复发。

二、非急性发作期(属中医“劳淋”范畴)

症状:多不典型,膀胱刺激症常随劳而发,反复发作,缠绵难愈,腰痛时作,困倦乏力。

病机:虚实兼夹。

治则:标本同治,扶正祛邪。

方药:四逆散与五淋散加减。

临证加減:如小便澀滯不暢者,加王不留行、川牛膝、烏藥等;若腰痛者,加杜仲、狗脊等;如偏氣虛者,與補中益氣湯(黃芪、白朮、陳皮、人參、甘草、柴胡、升麻、當歸)出入;如偏陽虛者,合右歸丸(熟地、山萸肉、山藥、枸杞子、菟絲子、鹿角膠、杜仲、肉桂、當歸、附子)出入;如陰虛者,合左歸丸(生地、山萸肉、山藥、枸杞子、菟絲子、鹿角膠、龜版膠)加減。

【病案舉例】 張某,女性,50歲,農民。1997年9月22日初診,精神萎靡不振、少氣懶言、情志抑鬱、耳鳴如蟬、四肢不溫、納谷不馨、口干乏津、舌質淡紅、舌苔薄白、脈象虛細弦等。檢查:雙側腎區叩擊痛,尿白細胞(++),紅細胞(+),蛋白(+),尿培養有大腸桿菌,B超顯示雙腎集合部分排列紊亂。患腎盂腎炎已5年,小便頻急澀痛經年不已,更兼腰膝酸軟,常因感冒或勞累而復發,經用抗生素治療後,症狀能緩解一時,但小便頻澀時緩時作、時輕時重,甚以為苦。近3年來服用六味地黃丸、五苓散、八正散等藥後,均無明顯效果。中醫辨證屬氣陰兩傷,肝血不足,膀胱失于溫煦濡養所致。治以溫補肝之氣陽,滋養肝之陰血,使肝虛得補,氣陽始復,經脈得充,肝用有節。處方:枸杞子30g,炒谷芽30g,白茅根30g,黃芪20g,生地15g,赤茯苓15g,當歸12g,白芍12g,雞內金12g,梔子10g,官桂6g,甘草6g。5劑,每日1劑,水煎服。

二診:淋證及其它症狀均見好轉,舌質淡紅嫩,無苔,脈象虛弱細。上方增溫養肝血之品,加阿膠(烱化)12g,以求陰得陽,助生化無窮。10劑,每日1劑,水煎服。

三診:諸症消失,尿常規檢查:白細胞(+),蛋白(±)。

以上方加減化裁服用3個月後,尿常規正常,尿培養陰性,B超未見異常。隨訪10個多月,未復發。

李久荣

肾盂肾炎血尿的治验

李久荣主任医师(济宁市第一人民医院,邮编:272111)论治肾盂肾炎血尿,有独特的见解及显著的疗效。

李久荣主任医师认为肾盂肾炎感染后,局部炎症充血、肿胀、渗出,且可导致血流障碍而产生瘀血,阻于脉道,迫血妄行,又可导致血尿。肾盂肾炎的血尿可单独出现,而不兼有其它症状;也可在血尿的同时,伴见尿路刺激征、浮肿、腰腹疼痛,或其它全身症状。在肾盂肾炎的不同的发病阶段,其病理机制与治疗大法不尽相同,应区别对待,或是由热邪迫血妄行,血不循经所致,治宜凉血止血;或是由气不摄血、血随气散所致,治宜益气摄血。但肾盂肾炎的血尿总是由细菌感染所致,因而,无论是急性期,还是慢性期,都应在辨证的基础上,配合清热解毒的药物,以提高疗效。感染是血尿发生或加重的主要原因,血尿常随感染的控制而好转,因此,预防感染,节制房事,可以防止血尿的发生和病情的发展。

一、急性期

急性肾盂肾炎多属实证,此时的出血一般量多,再兼有一些实证、热证的表现。这是由湿热之邪蕴结下焦,热邪灼肾与膀胱血络,迫血妄行所致。治疗应清热解毒,凉血止血,兼以清利。李久荣主任医师的基本方是;大黄、炒蒲黄、篇蓄、瞿麦、白茅根、竹叶、车前草、白花蛇舌草、金银花、生地黄、大蓟、小蓟、三七粉等。

以上方为基本方,再随证加减。如尿培养细菌阳性者,加上茯苓、蒲公英等;如有发热症状者,可加柴胡、黄芩等;若湿热偏盛者,应加黄柏、石韦等;若血热明显者,则加丹皮、栀子炭等。

【病案举例】 女性,42岁。1997年2月6日初诊,1周前突

然肉眼血尿,尿频、尿急、尿痛,发热,腰痛,尿检红细胞满视野,白细胞(+++),蛋白(+)。一周来服用复方新诺明、诺氟沙星等药治疗,虽然肉眼血尿消失,热退,但仍有镜下血尿,并且尿路刺激症状、腰痛等无明显缓解。检查:舌质红,舌苔黄腻,颜面、下肢无浮肿,双侧肾区轻度叩击痛,尿红细胞(+++),尿白细胞(1++),蛋白(-),尿细菌培养为大肠杆菌。西医诊断:急性肾盂肾炎。李久荣主任医师辨证为湿热蕴结下焦所致。立清热解毒、凉血止血、通淋为治疗大法。处方:白花蛇舌草 30 g,金银花 30 g,大蓟 30 g,小蓟 30 g,白茅根 30 g,蒲公英 30 g,生地黄 15 g,篇蓄 15 g,瞿麦 15 g,车前草 15 g,大黄 10 g,炒蒲黄 10 g,三七粉(冲)3 g。5 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊:药后小便增多,色淡,尿路刺激症状消失,腰痛明显减轻。尿检:红细胞(+),白细胞(+),蛋白(-)。以上方加杜仲 12 g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

服药后症状全部消除,尿检 3 次均正常。半年后随访,尿常规仍阴性。

二、慢性期

慢性肾盂肾炎大多是由于急性肾盂肾炎失治、误治或治疗不彻底,迁延日久,湿热未尽,损伤精血,耗伤气阴,气虚固摄无权,血溢于脉外,则出现尿血;或者是由于肾阴亏虚,阴虚火旺,灼伤血络而致血尿。慢性肾盂肾炎血尿的病理机制是气阴两虚,湿热未尽,属虚中夹实之证。此时不能一味止血,治疗大法应为益气养阴,扶正固本。李久荣主任医师的基本方是:女贞子、旱莲草、大蓟、小蓟、仙鹤草、阿胶、太子参、黄芪、麦冬、生地黄、熟地黄、枸杞子等。

随证加减:如仍尿频、尿急者,上方加滑石、车前草等;如淋漓不尽者,加桑螵蛸、益智仁等;如瘀滞尿少者,加泽兰、益母草等;如尿蛋白不消者,加桑螵蛸、芡实等;如腰痛者,加杜仲、川续断等;如湿热未尽者,加白花蛇舌草、白茅根等;如气虚明显时,上方重用太

子参、黄芪,再加山药、白术等;如肾阴亏虚显著者,上方重用生、熟地黄,再加山茱萸等。

肾盂肾炎感染后,局部炎症充血、肿胀、渗出,又可导致血流障碍而产生瘀血,阻于脉道,迫血妄行,又可导致血尿,可在辨证治疗的基础上,加入活血化瘀的益母草、丹参、琥珀等,则有助于本病的康复。

【病案举例】 女性,42岁。1996年12月12日初诊。3年来只要劳累就有肉眼血尿,尿频,尿急,尿痛,小便点滴不尽,腰痛。用止血剂、抗生素等治疗,效果不明显。刻诊:尿频、尿色淡红、腰痛、乏力、舌质红、舌苔少、脉象沉细等。检查:肾区轻度叩击痛,尿红细胞(+++),尿白细胞(++),蛋白(+),尿培养为L型细菌。西医诊断:慢性肾盂肾炎血尿。李老据此辨证为气阴两虚,兼有下焦湿热。治以益气,滋阴,止血,佐以清利。处方:黄芪30g,大蓟30g,小蓟30g,仙鹤草30g,太子参20g,桑螵蛸20g,生地黄15g,熟地黄15g,车前草15g,枸杞子12g,女贞子12g,旱莲草12g,阿胶(烔化)12g,杜仲12g,炒蒲黄10g。7剂,每日1剂,水煎服。

二诊:服药后尿频消失,诸症减轻,仍感腰痛、乏力等。检查:尿红细胞(+),尿白细胞及蛋白均少许。效不更方,继续服用。

二周后,尿检正常,诸症消失。再用上方调理月余,以善其后,随访始终未复发。

陈 一 鸣

治疗肾盂肾炎的经验

已故陈一鸣主任医师,是广东省名老中医,他在治疗肾盂肾炎方面有丰富的经验,疗效卓著。

一、急性肾盂肾炎

临床多见尿频、尿急、尿痛,或下腹拘急、胀闷不适、腰痛,或左右腹痛、食欲不佳、四肢疲倦,或有高热寒战、唇红干、舌质粗红、舌苔白或白腻、脉象弦或滑或数等。中医辨证属湿热实证,治疗以清热祛湿为大法。

如患者初起体质壮实者,选用八正散(梔子、车前子、滑石、大黄、瞿麦、灯芯草、木通、篇蓄、甘草梢)加黄柏。本方以梔子、车前子、滑石、大黄泻火,通利二便;以瞿麦、灯芯草、木通清利小肠之火;以篇蓄通淋;甘草梢加黄柏共泻相火。

如患者偏湿、体质虚弱者,选用三仁汤(北杏仁、白蔻仁、苡仁、竹叶、厚朴、滑石、通草、半夏)加茯苓等药,使上下分利,湿化热清。本方以北杏仁开上焦肺气;竹叶清上焦邪热;法半夏、厚朴、白蔻仁宣化中焦湿浊,利气机;茯苓、滑石、通草、苡仁渗利下焦湿热。

二、慢性肾盂肾炎

临床多见小便短涩、多沉淀或有泡沫或如膏样、无明显的尿痛及灼热感、腰部酸痛、劳累时更甚、脐下或左右腹部酸痛或有胀感、或眼睑浮肿、或双下肢微肿、食欲不佳、大便溏薄、舌唇淡白嫩、舌苔白、脉象细迟缓等。中医辨证属肾虚夹杂湿瘀。

若虚中夹实者,用萆薢分清饮(萆薢、益智仁、乌药、石菖蒲)加茯苓、枸杞子、续断等药。方中益智仁固肾气,石菖蒲通窍,乌药化气温肾,茯苓健脾渗湿,枸杞子、续断益肾。全方祛湿清热,祛浊分

清。

如久病缠绵,症见腰痛、肢软、乏力等,证属肝肾虚亏。用菟丝子丸(菟丝子、茯苓、山药、莲肉、五味子)加车前子、沙苑蒺藜、远志等品,处方中茯苓、车前子渗湿健脾;菟丝子、沙苑蒺藜、山药、莲肉益肾养脾;远志、五味子养心安神。

陈一鸣主任医师还常用草药治疗急、慢性肾盂肾炎患者,收效显著。如用白膜树根 20~50 g,土茯苓 20~50 g,水煎服,每日 1 剂;或与上述方药配合使用。此 2 味药物性味平和,淡渗利湿作用明显,无论虚证、实证患者,均可服用。

【病案举例】 钟某,女性,47 岁。1970 年 6 月 5 日初诊。见小便艰涩作痛且多沉积物、恶寒发热、面色青白、腰痛、脐下胀痛、大便溏薄、舌质淡嫩、舌苔白腻、脉细滑等。检查: T 39.5℃, P 84 次/分。既往患肾盂肾炎已 5 年,反复发作,经中西医结合治疗效果不佳。中医辨证属脾肾虚亏,湿郁化热。治疗以祛湿为主,兼顾脾肾。选用三仁汤合萆薢分清饮化裁,处方:苡仁 20 g,茯苓 15 g,萆薢 15 g,续断 15 g,杏仁 10 g,乌药 10 g,通草 10 g,白蔻仁 5 g。2 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊:患者述说服用上方 1 剂后,即感小便疼痛顿减,腹痛减轻。脉细缓, T 37.5℃, P 68 次/分。上方加白术 10 g,砂仁 3 g。2 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊:药后精神清爽,体温正常,食量增加,面色、唇色转红,但小便仍有微涩,腰腹仍有微痛。证属湿郁渐除,治以益肾健脾为主,扶正祛邪,用菟丝子丸合萆薢分清饮化裁,处方:菟丝子 15 g,茯苓 15 g,续断 15 g,白术 15 g,山药 15 g,乌药 10 g,车前子(包煎)10 g,砂仁 5 g,益智仁 5 g。3 日服用此方 1 剂,可以较长时期服用,以巩固疗效。并嘱其常服老萝卜苗头煲猪骨汤。

随访 5 年,未复发。

王德祖

紫草乌蕨汤治肾盂肾炎

王德祖主任中医师(江西省萍乡市中医医院,邮编:337000)潜心于肾盂肾炎的治疗,有较好的经验。

尿频、尿急、尿痛、尿意不尽、脓尿、腰痛等是肾盂肾炎的主要临床表现,属中医学“淋证”、“腰痛”等范畴。湿热是淋证产生的主要病因,只不过在肾盂肾炎的急性期或慢性期,表现轻重不同而已。因此,清利湿热是治疗肾盂肾炎的基本法则。肾盂肾炎急性期,疾病初期,以邪实为主,湿热蕴结,正邪相搏,可反复清利,即使是有虚,不补其虚,虚亦可自复。慢性肾盂肾炎,湿热久稽,正气损伤,正虚邪恋,此时,即使是要补虚,也应在补虚的同时继续清利湿热,才可免虚虚实实之虞。

中医说:久病必瘀,慢性肾盂肾炎反复发作,肾络瘀滞。现代医学认为,慢性肾盂肾炎反复发作,最终会演变为肾小球硬化,肾皮质变薄,肾脏萎缩。中西医的理论殊途同归,因此,在治疗时,无论是否出现了瘀血的表现,都要活血化瘀,以防止出现肾脏纤维化。

王德祖主任中医师自拟紫草乌蕨汤:乌蕨 30~50 g,白花蛇舌草 30~50 g,白茅根 30~50 g,紫珠草 15~30 g,车前草 15~30 g,莪术 10 g。全方共奏清热利湿解毒、活血化瘀之功效。方中乌蕨,又名小叶野鸡尾,为万能解毒药,性味苦寒无毒,清利湿热,但不伤人正气;白花蛇舌草,性味苦甘寒,清热,解毒,利湿,虽然其体外实验抗菌作用不很显著,但在体内能通过刺激网状内皮系统增生,促进抗体形成,使网状细胞及白细胞的吞噬能力增强,达到抗菌消炎的目的;白茅根,性味甘寒,清热利尿,凉血止血;紫珠草,《本草拾

遗》说其有“解诸毒物、痈肿、喉痹、飞尸蛊毒、毒肿下痿”等作用,现代医学研究证明其对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌具有较强的抵制作用,对福氏痢疾杆菌、伤寒杆菌、绿脓杆菌等多种细菌有抑制作用;车前草,甘寒,清热利水;莪术,性味辛苦温,为血中气药,行气止痛,破血祛瘀。王德祖主任中医师认为,治疗肾盂肾炎必须“除恶必尽”,以防复发,一般第一个月,隔日服1剂药;第二个月,隔3~4天服1剂药;至第三个月,隔7~10天服1剂药。至此才停止服药。

王德祖主任中医师以此方为基础,临证加减化裁。

如见恶寒发热、舌苔薄黄、脉浮数者,为下焦湿热较盛,于上方加蒲公英30g,紫花地丁30g,柴胡18~30g。

如尿频、尿急、腰痛等症不甚显著,无恶寒发热,但兼见头晕乏力、少气困倦、舌淡或正常、脉象细软等症,则上方加太子参、黄芪或党参等药。

慢性肾盂肾炎患者,若尿频、尿急不显著,但有手足心热、心烦不寐、口不渴或微渴、舌嫩红或正常、舌苔薄白或薄黄、脉象细数等,则加泽泻、龟版、女贞子、丹皮、生地等。

若尿频、尿急不甚,小便淡黄或清,面部或下肢浮肿,按之凹陷有指痕,腰痛绵绵、精神困倦、食纳不振、舌质淡、脉象沉细等,上方减为1/3~1/2的剂量,再加桑寄生、山药、白术、枸杞子、仙灵脾、菟丝子等。

合并结石者,宜加琥珀、海金沙、金钱草、乌药、威灵仙、鸡内金等。

李洁生

肾盂清解方

李洁生老中医(安徽省阜阳市人民医院,邮编:236004)对于诊治肾盂肾炎有丰富的临床经验。他认为该病一般属于中医“淋证”、“腰痛”等范畴。李老提倡中医辨证与西医辨病相结合,强调中西药物联用,非常重视用实验室指标来指导用药。肾盂肾炎临床主要表现为发热恶寒、尿频短涩、滴沥刺痛、欲出未尽、腰痛等症。究其原因主要是外阴不洁,湿毒内侵,或醇酒厚味,蓄成湿热,流入膀胱,循经上犯达肾,气化不利,水道失畅所致。治疗极重视寒凉清热,淡渗通利,尤其对急性期、体壮邪实者,更是必用之法。若由于各种原因转为慢性时,形成余邪未尽、正气已衰的本虚标实证,治疗则当补中寓通,标本兼顾。现分述如下。

一、基本方

李老治疗肾盂肾炎的基本方剂是肾盂清解方:生大黄、车前草、通草、黄芩、土茯苓、灯芯草、白茅根、石韦、甘草梢。李老常以此方灵活化裁。

如热邪盛,则以清泻为主,上方重用黄芩,加栀子、连翘、龙葵等。

如湿毒偏盛,注重配以渗利之药,加泽泻、滑石、苡仁等。

如腹胀便秘,倍用大黄,加枳实等。

如热结水腑,火邪内盛,尿道痛如刀割,小腹胀急,则应清火导热,散结利水,加夏枯草、黄连等。

如舌质干裂,苔燥而不润,应清热养阴,加生地、知母等。

二、慢性期应当标本兼顾,更须注意脾肾

此时湿热之邪十去七八,余邪留恋,蕴伏不化,脾肾不足,正虚

难以鼓邪外达。症见尿意频频、腰痛隐作、劳累后加重、肢体倦怠、纳食不馨,或有低热乏力、舌苔薄白或薄腻略黄等。尿检轻度异常。此时要根据湿热余邪孰轻孰重,酌入清利之品。

如脾虚为主者,选用程氏萆薢分清饮,药用赤茯苓、党参、萆薢、车前子、石菖蒲、莲子、黄柏、白术等。

如脾肾俱虚者,用无比山药丸(山药、熟地、山萸、苁蓉、鹿角胶、巴戟天、补骨脂、菟丝子、杜仲、续断、牛膝、木瓜、萆薢、肉桂、茯苓、泽泻、青盐)加滑石、苡仁等。

如脾肾阳虚者,须补阳,用保元汤(黄芪、人参、肉桂、甘草)合大补元煎(知母、黄柏、熟地、龟版)加减。

如面色虚浮,肢体凹肿者,用济生肾气丸(地黄、山萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻、桂枝、附子、牛膝、车前子)化裁。

如肾阴不足,又夹湿热者,补阴剂中必加清利之品,用左归饮(熟地、山萸、山药、茯苓、枸杞、甘草)加白扁豆花、荠菜花、木槿花等。李老推崇花药,认为花性多散,质轻气浮,善理气机,与补阴剂相佐为用,柔刚相宜,补通相融,既加速湿热之邪的祛除,又无伤阴之虞,对阴虚兼有湿热者,最为合拍。

三、病证结合,衷中参西

如急性期,正盛邪实,湿热内炽,毒邪嚣张,症见高热寒战、尿路刺激症状重等。尿检有白细胞、脓球。尿培养有致病菌生长,菌落计数 >10 万/ml时,则应制菌消炎,在肾盂清解方中,加大剂量的紫花地丁、蒲公英、败酱草等清热解毒之品。

如急性期镜检血尿,为热伤血络,宜凉血止血之中寓以清利,上方加:丹皮、生藕节、鲜小蓟根等。鲜小蓟根的用量可多至60~120g,也可捣汁服用。

如反复持续镜检血尿、下肢浮肿、头晕肢倦、懒言气短、面色萎黄、纳少便溏、舌质淡、脉象弱等,为病程日久,脾虚不摄,治以培补中州,益气摄血,用参苓白术散(人参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、山

药、甘草、莲子、砂仁、苡仁、桔梗、大枣)加:阿胶、黄芪、熟地炭、仙鹤草等。

如见头晕耳鸣、虚烦不眠、低热盗汗、舌质红、舌苔少、脉象细数等,属阴不涵阳,虚火内动,用大补阴丸(知母、黄柏、熟地、龟板、猪脊髓)加:旱莲草、茜草根、血余炭等。

如镜检血尿久治不消,为久病入络,血不归经所致,此时注意药味不宜多,用量不宜重,常用:川牛膝、刘寄奴、益母草、泽兰、血余炭等。

如病情反复发作,出现顽固性蛋白尿,为肾气亏虚,精微不固,治以培补外,常加金樱子、芡实、五味子、桑螵蛸等固摄止遗。

【病案举例】 陈某,女性,31岁。1989年4月9日初诊,2个月前患急性肾盂肾炎,经西药治疗,症状已消失。近10天腰痛又作,尿频,尿道有热感,午后低热,用西药治疗1周无效,前来求诊。症见精神萎靡、纳食减少、头晕肢倦、口苦而黏、舌质淡红、舌苔薄腻略黄、脉象细滑等。查体温 $T 37.5^{\circ}\text{C}$ 。尿检白细胞(+),脓球(+).辨证为中州虚馁,湿热蕴留。处以培补中州,清利湿热法。方药:苡仁30g,赤茯苓20g,莲子15g,蒲公英15g,车前子(包)12g,党参10g,白术10g,木槿花10g,黄柏6g,甘草4g。5剂,每日1剂,水煎服。服药后精神转佳,发热退,溲便如常。守方增减药量,再服12剂,完全恢复正常。随访1年未复发。

周 珊

妇科千金片治疗慢性肾盂肾炎

周珊医师(湖南邵阳市第一人民医院,邮编:422001)运用妇科千金片治疗慢性肾盂肾炎,在改善症状、体征方面有较好的作用,无不良反应,无心、肝、肾功能损害。

中医认为慢性肾盂肾炎的主要病因是湿热毒邪,由余邪不尽,潜伏于内,或湿郁化热,或热毒与湿邪搏结,蕴郁不解,注于下焦所致,由于中医说湿性黏滞,所以病程日久,迁延难愈。

妇科千金片具有清热祛湿、扶正祛邪的作用。其方中的穿心莲有清热、凉血、解毒之功;千金拔擅长于利湿、消瘀、解毒;党参、当归等益气、养血、扶正。全方标本兼顾,药中病机,发挥了该药治疗慢性肾盂肾炎的独特优势,因而在临床上收到了满意的治疗效果。一般的服用方法是每日3次,每次6片。30天为一疗程。

【病案举例】 郭某,女性,46岁。1993年5月20日初诊,3年前曾患急性肾盂肾炎,当时口服抗炎西药,静滴氨苄青霉素钠等治疗而愈,但3年中间断性发作。近日因不慎受寒后出现尿频、尿痛、尿热、腰痛、恶心欲吐等症,尿检:白细胞(+++),红细胞(+),脓细胞(+).血象:白细胞 $10.5 \times 10^9/L$,嗜中性0.89,淋巴0.11。B超及腹部平片结果均无异常。即给予口服妇科千金片,每日3次,每次6片。

二诊:5月24日,服药后,患者自觉症状及体征均消失,血、尿等检查均正常。为巩固疗效,让其坚持服药1个月,但减少用量,改为每日2次,每次6片。

随访3年,从未复发,多次尿检及尿培养均为阴性。

戴
舜
珍

慢性肾盂肾炎的药疗与食疗

戴舜珍主任医师(福建省漳州市中医院, 邮编: 363000)治疗慢性肾盂肾炎有较好的疗效, 现将其经验介绍于下。

慢性肾盂肾炎的内因多缘素体虚弱, 外因是感受湿热邪毒, 邪蕴下焦, 如果治疗不彻底或过服寒凉清利之剂, 正气亏虚, 湿热未尽, 耗伤气阴, 损伤脾肾, 脏腑阴阳气血亏虚, 脏虚腑实, 邪气亢盛伤正, 致湿热湿毒缠绵久羁, 病情迁延而成“劳淋”。湿热内蕴, 正虚血虚无力, 久之又致气滞血瘀使病情更为复杂。治疗慢性肾盂肾炎应标本兼顾, 驱邪与扶正并重, 临证权衡标本缓急。除治疗外, 更须注重调护, 讲究卫生, 起居有节, 生活规律, 心情愉悦, 节制房事。

一、急性发作期

此时邪实标急, 故以驱邪为先。邪实正未衰者, 予清热利湿解毒; 邪实正衰者佐以扶正。

(一) 膀胱湿热, 热毒炽盛型

症见尿频尿急、尿黄或赤、小腹拘急、腰酸或痛、畏冷发热、口苦而干、舌质红、舌苔黄腻、脉象滑或洪数等。立清热解毒、利水通淋之治疗大法。戴舜珍主任医师用自拟通淋解毒汤, 处方: 瞿麦、木通、黄柏、蒲公英、车前子、土茯苓、白花蛇舌草、连翘、白茅根、篇蓄、甘草等。

(二) 热迫下焦, 伤及血络型

症见尿色鲜红、尿频涩痛、腰酸、小腹胀坠、发热、口苦、舌质红、舌苔黄、脉象弦细或细数等。立清热通淋、凉血止血之治疗大法。选用钱乙导赤散(生地、木通、竹叶、生甘草)加减化裁, 处方:

生地、竹叶、甘草、茜草、丹皮、小蓟、黄柏、银花、连翘、白茅根等。

除上述分型论治外,尚可依据症状之孰轻孰重,而加减用药。

如发热畏冷者,加柴胡、黄芩等。

如便秘较著者,加大黄等。

若有脾虚见症者,加苡米、茯苓等。

若肾虚,加女贞子、旱莲草、益智仁、枸杞子等。

若气阴不足者,加黄芪、太子参等。

如阴虚明显者,加元参、生地等。

若有瘀血见症者,应加丹参、牛膝、赤芍等。

在急性发作期,宜多饮水,可用鲜茅根、鲜车前草、鲜金丝草等以开水冲泡或煎后代茶饮。

二、非急性发作期

非急性发作期,以扶正为主,益气养阴,健脾补肾,兼顾驱邪,清热利湿解毒贯穿于治疗的始终。

(一)气阴不足,余邪未尽型

症见尿赤、口干、午后低热、夜寐多梦、腰酸乏力、舌质红、舌苔白、脉象弦细等,而尿频、尿急、尿痛等三尿症状不明显。治疗宜用益气养阴法,兼清湿热。选用清心莲子饮(石莲肉、黄芩、麦冬、地骨皮、车前子、茯苓、黄芪、人参、甘草)进退,处方:石莲肉、麦冬、地骨皮、车前子、茯苓、黄芪、太子参、连翘、白茅根、柴胡等。

(二)脾肾两虚,湿热留恋型

症见小便余沥或涩滞、夜尿频数、腰膝酸软、腹胀纳差、颜面下肢微肿、头晕乏力、面色晄白,或有畏寒肢冷、舌质淡、舌苔白、脉象沉细无力等。治疗宜用健脾补肾法,兼以清热化湿。选用右归饮(熟地黄、山萸肉、山药、枸杞子、肉桂、制附子、杜仲、炙甘草)进退,处方:山萸肉、山药、枸杞子、杜仲、巴戟天、仙灵脾、黄芪、白术、茯苓、菟丝子、连翘、泽泻等。

(三)肝肾阴虚,湿热留恋型

症见尿频、尿意不尽、头晕耳鸣、五心烦热、腰酸腿软、舌质红、舌苔少或薄黄、脉象细数等。治疗宜用滋养肝肾、清热利湿法。选用知柏地黄汤(知母、黄柏、地黄、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、丹皮)化裁,处方:知母、黄柏、生地黄、山萸肉、女贞子、旱莲草、白茅根、连翘、车前子等。

在此时期,除分型辨证论治外,还要随患者的一些具体表现而加减化裁。

如血尿明显者,加三七粉、旱莲草等。

如小便混浊者,加石菖蒲、萆薢等。

若腰酸,加牛膝、续断等。

若浮肿,加苡仁、防己等。

若疲乏无力者,加黄芪、党参等。

如恶心欲呕者,加半夏、陈皮等。

如肾阳虚显著者,加鹿角霜、肉桂等,并可配服金匱肾气丸(桂枝、附子、地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻)。

如肾阴虚的征象显著者,上方加熟地黄、黄精等,并配服六味地黄丸或知柏地黄丸。

如有肝阳上亢征象者,则宜加钩藤、石决明等。

如久病人络瘀血显著时,加益母草、蒲黄、丹参等。

三、食疗药膳

平时饮食要慎于口味,忌食辛辣刺激性的食物,多喝水,通利尿道,从而防止再感染。可根据病情选用一些药食两用食品,作为食疗药膳,以资气血,补脏腑,助排邪,增强病人的体质与抗病能力,促使慢性肾盂肾炎的患者少反复,早日康复。

如容易反复感冒者,要益气固表,防止外感,可用黄芪、白术、防风等炖瘦肉。

如肾精不足,经常腰酸者,宜补肾填精,用杜仲、枸杞子、熟地

等炖猪腰。

如持续尿蛋白,表现脾气虚者,要益气健脾,固涩精微,用党参、鸡内金、茯苓、莲子、山药、芡实等炖鸭胗或瘦猪肉等。

如气阴两亏者,宜益气养阴,用枸杞子、熟地、太子参等炖母鸭或甲鱼。

如见面色晦暗、舌质暗者,是病久气滞血瘀,宜益气活血,用三七、西洋参等炖乳鸽。

刘宝厚

中西医结合治疗紫癜性肾炎

刘宝厚教授(兰州医学院附属二院,邮编:730030)行医 50 余年,既注重理论研讨,更重视临床积累,主张中西医双重诊断、中西药有机结合,从而形成自己独特的学术观点与治疗方法。

过敏性紫癜属中医“血证”、“发斑”等范畴。是由于外感风热,热毒内蕴,扰动血络,内侵肾脏,损伤肾络,迫血妄行而为紫斑、尿血;或由于热病长久,正气亏损,气虚不能摄血而出血。刘教授认为,湿热、瘀血交阻是紫癜性肾炎最主要的病因病机。在治疗紫癜性肾炎时,要在整体观念的思想指导下,根据不同的病机、疾病所处的不同阶段,选择恰当的治疗方法,随证化裁,灵活加减。刘教授强调疾病早期切忌温补,即使到了恢复期,若湿热、瘀血未尽,也不可过早滋补,否则闭门留寇。若湿热不除,则蛋白难消;若瘀血不去,则尿血难止,只有湿热清,瘀血除,血流通畅,新血得生,肾关才能得安。

过敏性紫癜好发于儿童,这与机体本身的高敏状态有关,与感染、药物、食物等过敏引起的变态反应有关,并且常有凝血因素的存在。本病又称为出血性毛细血管中毒症,是一种微血管变态反应性出血性疾病。如若病变累及肾脏后,所引起的继发性肾脏疾病就称为紫癜性肾炎。西医对本病尚无特殊治疗手段,皮质激素只可控制肾外症状,而对肾脏病变的疗效并不理想。刘教授以中药清化湿热、活血化瘀为治疗大法,不但能增强疗效,而且能减轻西药的毒副作用。

一、肾炎型紫癜性肾炎

以血尿为主,还有蛋白尿、水肿,或伴高血压和肾功能损害。

一般治以凉血活血法,药用:生地 15~30 g,益母草 15~30 g,茜草 15~30 g,紫草 15~30 g,丹皮 15 g,赤芍 15 g,桃仁 9 g,红花 9 g,生甘草 9 g。每日 1 剂,水煎服。若关节痛者,加乳香、没药、防己;若腹痛者,加延胡索、白芍;若尿血者,加紫草珠、白茅根、藕节、琥珀、小蓟;若气虚者,加黄精、党参、黄芪;若阴虚者,加知母、丹参、元参、龟版、鳖甲。

如热毒发斑,治以凉血解毒法,药用:生地 30 g,水牛角 30 g,银花 12 g,元参 12 g,丹皮 9 g,丹参 9 g,大青叶 9 g,连翘 9 g。

二、肾病型紫癜性肾炎

有过敏性紫癜的特征,又具备高度蛋白尿(>3.5 g/24 h)、低蛋白血症。

中药用清热活血法,药用:白花蛇舌草 30 g,白茅根 30 g,益母草 30 g,王不留行 12 g,大蓟 9 g,小蓟 9 g,银花 9 g,连翘 9 g,三七粉(吞服)2 g。如偏阴虚者,可加生地 12 g,麦冬 9 g;如偏气虚者,可加黄芪 12~15 g,党参 9~12 g;如血尿明显者,可加琥珀屑(吞服)1.5~3 g。

配合激素:使用标准激素疗程,常用强的松,每日 1~2 mg/kg,早晨顿服。6~8 周后递减,直至停药。

必要时加免疫抑制疗法:常用环磷酰胺冲击疗法,以 0.1~0.2 g + 5% GS 250 ml 静脉缓注,每日或隔日 1 次,总量达 150 mg/kg。

孙郁芝

过敏性紫癜性肾炎的治疗经验

孙郁芝老中医(山西省中医药研究院,邮编:030012)从事中西医结合肾病临床研究工作 30 余载,对过敏性紫癜性肾炎的治疗尤有独到的见解和经验。

一、注重活血解毒,以祛瘀热

中医认为过敏性紫癜性肾炎是由外邪入侵,热毒内蕴,迫血妄行,损伤脉络,血溢脉外而致。日久不愈可耗伤气血,损伤脾肾,脏腑功能失调,易致外感毒热入内,日久成瘀,形成热瘀互阻的证候。所以本病多为虚实互见、本虚标实之证。脏腑气血阴阳的失调是本虚;瘀血和热毒是标实。本病缠绵不愈的重要因素是由于瘀血、热毒耗灼正气,殃及脏腑。因此在治疗上,力倡活血解毒法,祛邪以扶正,通过祛邪,阻断其恶性循环,使正气自复,病情向愈。临证方药以活血化瘀药、滋阴凉血药、清热解毒药及益气健脾利湿药配伍组成,常用的活血化瘀药有丹参、红花、赤芍、当归、益母草等,滋阴凉血药有生地、丹皮、女贞子、旱莲草等,清热解毒药有银花、连翘、黄芩、紫草、蒲公英等,益气健脾利湿药有党参、黄芪、白术、茯苓、薏苡仁等。

二、注意调护脾胃,以扶正气

过敏性紫癜性肾炎的病机特性为毒、瘀、虚,故治疗时常需使用一些苦寒、滋补之品,但苦寒不能败胃,滋补不能碍胃,这样药入于胃,才能真正起到应有的作用。况且过敏性紫癜性肾炎的发病与正虚密切相关,病情缠绵反复,正气损伤尤为严重,所以在进行任何治疗时都应首先考虑到脾胃功能问题,遣药组方上要注意不伤正气,不碍脾胃。对久病体虚之人,尤应用药轻灵,最忌克伐无

度。胃气乃生命之本,是人体后天赖以生存的主要动力。《景岳全书·脾胃》曰:“凡欲察病者,必须先察胃气;凡欲治病者,必须常顾胃气。胃气无损,诸可无虑。”临证方药以补益脾胃药与和胃醒脾药配伍组成,常用的补益脾胃药有黄芪、白术等药,使脾胃之气恢复,纳谷增加;和胃醒脾药常选用陈皮、砂仁、木香等,使中焦气机畅达,升降协调,又能防止补益之品滋腻碍胃,呆滞中焦。

三、病证结合,辨治中西互补

过敏性紫癜性肾炎病机复杂、症状纷纭、病程绵长、反复发作,故对病情必须要有全面的认识。西医长于辨病,重视疾病局部的病理变化,但对机体整体的状况重视不够;而中医长于辨证,通过对整体状况的了解来认识和治疗疾病,但对局部的变化,特别是细微的无临床表现的病理状态认识不足,二者各有所长。充分发挥各自优势,取长补短,有机结合,是治疗疾病的有效手段。过敏性紫癜性肾炎临床常有无明显症状而化验检查异常者,亦有化验检查趋于正常而临床症状迟迟不见改善者,此时一定要注意病证结合,全面治疗,才能真正控制病情。孙郁芝老中医善于结合现代医学对过敏性紫癜性肾炎的一些新认识进行治疗,比如:对于易感冒、乏力等表现,中医认为是由于中气虚,而西医多认为是由免疫功能低下所造成,故治疗常采用扶助正气之法,结合现代药理研究应用有调节和促进免疫机能的药物,往往可获良好的功效。现代医学认为过敏性紫癜性肾炎多有肾小球内微血栓形成,纤维组织增生,故孙郁芝老中医常在辨证基础上加用一些药理研究证实有改善微循环作用的药物,临床疗效显著。

【病案举例】 彭某,女性,14岁,1999年3月10日来诊。平素易感冒,疾病反复发作已40余日。刻诊:颜面轻度浮肿,四肢散在出血性皮疹、对称分布、压之不褪色,尿色深黄如茶色、口干、咽痒、手足心热、腰酸困、舌质红、舌苔薄黄、舌底脉络暗红、脉象细数等。尿常规:蛋白(++),潜血(+++),镜检红细胞(+++)/

HP。中医诊断:肌衄、尿血。西医诊断:过敏性紫癜性肾炎。辨证属热毒内蕴,迫血妄行,阴虚挟瘀。立治疗大法:清热凉血,滋阴凉血。处方:丹参 20 g,小蓟 20 g,白茅根 20 g,石韦 20 g,苡仁 20 g,金银花 20 g,车前子(包煎)20 g,女贞子 12 g,旱莲草 12 g,杜仲 10 g,生地 8 g,丹皮 8 g,陈皮 8 g,赤芍 8 g,砂仁(后下)5 g。6 剂,每日 1 剂,水煎服。嘱忌食鱼、虾。预防感冒。

二诊:颜面部浮肿消失,四肢皮疹消退,尿色仍深黄,余症悉减,舌脉同前。尿常规:蛋白(+),潜血(++),镜检红细胞(++)/HP。仍宗前法,上方加藕节炭 12 g。6 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊:尿色淡黄,咽干痒不适。查尿常规:蛋白阴性,潜血(+),镜检红细胞(+)/HP。仍以上方去杜仲、车前子,加麦冬 10 g,桔梗 8 g,20 剂,每日 1 剂,水煎服。

四诊:病情稳定。舌质淡红,舌苔薄黄,脉象滑数。再以上方加减化裁服药 30 余剂,诸症消除,尿检持续阴性而告愈。

随访 1 年,无复发。

叶任高

中西医结合治狼疮性肾炎

叶任高教授(中山大学)是我国著名的中西医结合的肾病专家,尤其对诊治狼疮性肾炎(LN)有丰富的临床经验和很高的学术造诣。

狼疮性肾炎(LN)是红斑性狼疮(SLE)的并发症,绝大部分的红斑性狼疮都有肾损害,但狼疮性肾炎的尿毒症并不等同于终末期肾脏病,只要积极干预治疗是可以逆转的。在狼疮性肾炎尿毒症狼疮活动指数高、患者病情重、转化迅速时,应积极透析,来解除尿毒症的症状,防治尿毒症严重并发症,维护患者生命,同时应用激素和细胞毒类药物,以及时控制病情,这时应用中药的重点是减少西药的毒副作用。当红斑性狼疮活动指数降低,肾衰竭程度减轻,尿量增多后,透析剂量及西药剂量均可逐渐减少,中药扶正祛邪并重。当红斑性狼疮病情缓解,血肌酐稳定在 $350 \mu\text{mol/L}$,尿量在 1500 ml/24 h 以上时,可逐步脱离透析,中药扶正固本为主能加快肾功能恢复速度,防止狼疮病情活动,有利于逐渐撤减西药。

狼疮性肾炎属中医“尿血”、“水肿”、“腰痛”、“虚劳”、“关格”等范畴。中医认为本病是由先天禀赋不足,肾精亏损,阴阳失调所致。病程中又常兼具热毒炽盛,痰湿壅结,血脉瘀滞等表现。同时又由于应用大剂量、长疗程的糖皮质激素和细胞毒类药物,所以临床表现很复杂多变,很难以中医的某个证型来概括。因此,叶任高教授创立了分阶段治疗(活动期、缓解期、静止期)与辨证论治相结合的中西医治疗方法。

一、狼疮性肾炎病情活动期

此时症见水肿出现或加重、尿量减少、面部或全身皮肤出现斑疹、发热、关节肿痛、口腔溃疡、舌质红、舌苔白或黄、脉象数等。

检查：血肌酐进行性上升，大量蛋白尿或血尿突然增加。

中医辨证：属热毒炽盛、阴虚火旺证。

治疗：拟清热解毒、滋阴降火法，以降低狼疮活动指数，减少糖皮质激素所致的柯兴征副作用，增强西药疗效。同时要作透析和应用大剂量糖皮质激素细胞毒类药物。

方剂：用自拟狼疮性肾炎 LN-1 方加减。

处方：生地 20 g，丹皮 15 g，元参 15 g，银花 15 g，连翘 15 g，半枝莲 15 g，白花蛇舌草 15 g，紫草 15 g，知母 10 g，黄柏 10 g 等。

二、狼疮性肾炎病情缓解期

此时症见皮肤斑疹及关节肿痛逐渐消失、口腔溃疡、面色萎黄、乏力肢倦、腰膝酸软、舌质淡红或淡白、舌苔或白或黄、脉象沉细弱等。

检查：尿蛋白持续阳性，血肌酐逐渐恢复正常。

中医辨证：属热毒未清、气阴不足、脾肾两虚证。

治疗：拟清热解毒、益气滋阴法，并佐以补益肝肾。由于此阶段余毒未清，正气已伤，因此在处方用药时，要调整好扶正和祛邪的比例，随症加减，要较长时间地用药。这一阶段时间比较长，病情容易反复，一般要减量维持透析直至停止透析，西药仍要持续治疗并逐渐减量。

方剂：用自拟狼疮性肾炎 LN-2 方加减。

处方：麦冬 20 g，生地 20 g，半枝莲 15 g，白花蛇舌草 15 g，生白术 15 g，银花 10 g，紫草 10 g，西洋参 10 g，山萸肉 10 g，芡实 10 g 等。

三、狼疮性肾炎病情静止期

此时症见患者常有精神疲惫、不耐劳作、面色少华、舌质淡红、

舌苔白、脉象沉细弱等症。

检查:少量蛋白持续存在。

中医辨证:为脾肾虚衰、精微失摄、气血不足、血脉瘀滞证。

治疗:治以补肾固摄、健脾益气、养血活血法。长期使用,可以增强体质,加速尿蛋白转阴,维持和恢复肾脏功能,使狼疮性肾炎病情持续缓解。此时患者已脱离透析,病情比较稳定,狼疮性肾炎无活动迹象,仍要以小剂量的西药维持治疗。

方剂:用自拟狼疮性肾炎 LN-3 方加减。

处方:黄芪 20 g,仙灵脾 15 g,炒白术 15 g,山药 15 g,桑螵蛸 10 g,山萸肉 10 g,麦冬 10 g,当归 10 g,桃仁 10 g,益母草 10 g,赤芍 10 g,金樱子 10 g。

【病案举例】 王某,女性,24 岁。1999 年 3 月初诊,患者确诊为狼疮性肾炎已 3 年,曾用强的松、环磷酰胺(CTX)等治疗,未能控制病情,因肾衰竭做血液透析已 1 年。刻诊:症见面色少华、乏力肢倦、口腔溃疡、纳少、双下肢轻度浮肿、脱发、舌质红、舌苔薄黄、脉象滑数等。检查:尿蛋白(++++) ,尿红细胞(+++) ,尿白细胞(++),血肌酐 $741 \mu\text{mol/L}$,血浆白蛋白 26 g/L ,血红细胞 $3.4 \times 10^{12}/\text{L}$,Hb 92 g/L ,ANA(+),抗 ds-DNA(+). B 超检查双肾无缩小。中医辨证:热毒内蕴。治以清热解毒,并配以滋阴降火。用叶教授狼疮性肾炎 LN-1 方加减化裁。同时仍继续给西药 MP、CTX 双冲击,强的松 50 mg ,每日服 1 次。继续血透并逐渐减少透析剂量。

以上法治疗 2 个月后,口腔溃疡消失。检查:血肌酐波动于 $440 \sim 590 \mu\text{mol/L}$ 之间,较前有所下降,尿蛋白(++),尿红细胞(+),尿量在 $1500 \text{ ml}/24 \text{ h}$ 左右。建议停止血透。改用狼疮性肾炎 LN-2 方加减服用。

8 月份来诊时,症见乏力纳少、腰膝酸软、舌质淡红、舌苔薄白、脉象沉细等。检查血肌酐 $215 \mu\text{mol/L}$,尿蛋白(+). 中药改

用狼疮性肾炎 LN-3 方加减服用。强的松维持用 25 mg/d, 环磷酰胺(CTX)每月用药 1 次。

2000 年 1 月来诊, 检查: 血肌酐 $122 \mu\text{mol/L}$, 尿蛋白(±), 血浆白蛋白 40 g/L, 红细胞 $3.95 \times 10^{12}/\text{L}$, 血红蛋白 121 g/L, ANA(-), 抗 ds-DNA(-)。中药继续服用狼疮性肾炎 LN-3 方。西药强的松减为 5 mg/d, 环磷酰胺(CTX)每 3 个月用 1 次。

随诊 1 年, 病情平稳。

王明如

狼疮性肾炎的治验

王明如主任中医师(宁波市第一医院,邮编:315010)系浙江省名中医,宁波市著名中医肾病专家。王明如主任中医师行医40余年,学验俱丰,与西医肾病专家一起治疗肾病颇有心得。

狼疮性肾炎属中医“水肿”、“痹证”、“虚劳”、“阴阳毒”等范畴。祖国医学认为。其病机是由于禀赋不足,肝肾亏损,气阴两虚,湿热毒邪乘虚而入,热毒灼炽,津液耗伤,脏腑亏损,阴阳失调,气血失和,络脉瘀阻所致。狼疮性肾炎临床表现有肾炎综合征、肾病综合征、肾功能不全、氮质血症期等。中医充分发挥辨证施治的特点,将狼疮性肾炎主要分为热毒壅盛、肝肾阴虚、脾肾两虚及气阴两虚等型施治,并配合西药强的松和环磷酰胺,与西医西药密切配合,取长补短,及时解决患者痛苦,减轻了治疗过程中的不良反应,明显地缓解了患者的症状,提高了患者的生活质量,从而提高治疗效果。

中医分为以下四型辨证施治:

一、热毒壅盛型

症状:发热面赤、咽喉疼痛、口干舌燥、便干尿赤、关节酸痛、舌质红绛、舌苔黄腻、脉象弦数等。

治疗:清热解毒。

处方:五味消毒饮(金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵)加牡丹皮、玄参、天花粉、白花蛇舌草等。

加减:神昏谵语加安宫牛黄丸、紫雪丹等以清热解毒、镇痉开窍。

二、肝肾阴虚型

症状:头晕目眩、手足心热、夜间盗汗、腰背酸痛、耳鸣胁痛、口干舌燥、舌质红少津、脉象细数等。

治疗:滋养肝肾,清退虚热。

处方:知柏地黄汤(知母、黄柏、生地、山药、山茱萸、牡丹皮、泽泻、茯苓)加女贞子、旱莲草、玄参、龟版等。

加减:如下肢浮肿者,加车前子、猪苓等,以利水渗湿;如关节酸痛、舌边有瘀斑者,加丹参、牛膝等,以活血化瘀;如头晕耳鸣重者,加菊花、僵蚕等,以平肝熄风。

三、脾肾两虚型

症状:全身乏力、四肢不温、腰腿酸软、胃纳不佳、大便稀溏、舌质淡、舌体胖、脉象细软等。

治疗:健脾补肾。

处方:五味异功散(党参、白术、茯苓、甘草、陈皮)加黄芪、巴戟天、杜仲、仙茅、淫羊藿、丹参等。

加减:如见脾肾阳虚重者,用真武汤(芍药、生姜、白术、茯苓、附子)加减化裁,以温补脾肾。

四、气阴两虚型

症状:神疲乏力、手足心热、口干不欲饮、胃纳不佳、腰酸脱发、舌质偏红、舌苔薄白、脉象细弱等。

治疗:益气养阴。

处方:参芪地黄汤(党参、黄芪、生地、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻、山茱萸)加太子参、白术、黄精、龟版、女贞子、旱莲草、丹参、牛膝等。

加减:阴阳两虚者,用参芪地黄汤加巴戟天、淫羊藿、仙茅等。

现代药理研究证实,党参、黄芪、熟地、山药等补益药与五味异功散、参芪地黄汤等补益方剂均具有增强免疫功能、调节内分泌功能和促进物质代谢过程等功效;生地、知母、甘草等能减轻激素毒

副作用,减轻外源性激素所造成的丘脑—垂体—肾上腺皮质的抑制作用,可以保护肾上腺皮质不致过度萎缩,减轻强的松的毒副作用;女贞子、枸杞子等能促进淋巴细胞的转化作用;淫羊藿、巴戟天等温补肾阳药有助于减轻机体对激素的依赖,防止症状反跳;党参、黄芪、枸杞子等对造血功能有促进作用,缓解环磷酰胺的骨髓抑制作用;金银花、白花蛇舌草等能刺激网状内皮细胞增生,增强细胞吞噬能力,增强肾上腺皮质功能,明显减少严重感染的发生;枸杞子等有增强非特异性免疫作用,可使狼疮活动受到明显抑制,保护肾功能,延长病人的生存期。

中医祛邪扶正的治疗方法,尤其是清热解毒药物,能提高机体体液免疫及细胞免疫功能,具有抗菌、抗病毒、抗内毒素、抗氧自由基等功能,降低致炎细胞因子,保护细胞器功能,维护细胞钙稳态功能。与上述扶正药配合,可使狼疮活动受到明显压抑。

西医治疗:强的松 $0.7 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,环磷酰胺针剂每次 $0.6 \sim 0.8 \text{ g}$ (体重小于 60 kg 为 0.6 g ,大于 60 kg 为 0.8 g),每 15 天一次,静脉滴注,连续 3 个月(计 6 次),以后每个月一次(计 3 次),累计剂量为 $6 \sim 8 \text{ g}$,平均 $< 150 \text{ mg}/\text{kg}$ 。若治疗时为肾功能不全或一般情况差,如有恶心等症状者,则起始时糖皮质激素可用相应剂量的甲基强的松龙或地塞米松冲击治疗,3~5 天后再改为强的松片口服。

卢君健

肾病综合征的辨治经验

著名肾病专家卢君健教授(苏州大学附属第一医院, 邮编: 215006)认为肾病综合征(NS)是由多种因素引起的, 表现为水肿、大量蛋白尿、低蛋白血症、高胆固醇血症等共同特征, 且常有高凝或高黏滞血症, 后者中医称之为“瘀血证”。中医治疗以辨“证”为主, “证”则以症状或体征为辨治依据。肾病综合征的主要辨治依据是水肿、蛋白尿、瘀血证、低蛋白血症和高胆固醇症(作为辨治参考), 并根据中医理论将上述各证分别予以论述, 建立了相应的治则、治法和方药。

一、水肿

体内水液潴留, 泛滥肌肤, 面、目、胸背、下肢甚至全身浮肿者称水肿。水肿与风寒湿有关, 但与燥、火、暑也有一定关系, 如《医宗金鉴》云: “风水得之, 内有水气, 外感风邪; 皮水得之, 内有水气, 皮受湿邪。”故肾病综合征水肿表现明显时, 常因风邪外袭肌表, 上扰咽喉, 或由皮肤疮毒内侵, 脏腑功能失调, 诱发面浮肢肿, 此均与热毒间接有关。水肿还与人体阴阳、气血、脏腑相关, 尤以肺、脾、肾三脏密切相关。肺主气, 气行则水行, 肺为水之上源且通调水道, 水液可通过肺之宣发肃降而使水液运行, 如肺失宣降功能, 则尿少水肿, 故水肿有治肺之法。脾胃为后天之本, 生化之源, 且主运化, 气血津液均赖胃纳脾运而输布全身, 如因湿热伤脾、寒湿困脾等诸多原因, 脾运失健而致运化受阻, 清浊不分, 水液妄行而致水湿泛滥全身发为水肿, 故治水肿有健脾醒胃燥湿之法。肾为先天之本, 又主水液, 具有排泄废液、蒸化调节津液、主气化之功, 如肾阳不足、气化受阻, 则水液调节障碍而尿少水肿。阴阳平衡是人

体自稳调节的基本,水属阴,火属阳,水肿多属阳虚,故曰“命门火衰”,既不能自制阴寒,又不能温养脾土,则阴不从阳而精化为水,故水肿之证,多属火衰也。火衰不能化水,水之人脾胃者,皆渗入血脉骨肉,血亦化水内发肿胀,周身泛肿。总之,在上述中医理论指导下,水肿的治法与六淫、阴阳、气血、脏腑均相关联,且诸因素之间又相互影响,孰轻孰重、何主何从,在辨证立法中均应据病情而异。除中医辨证治疗外,还应参照西医的分型,如肾病综合征Ⅰ型,无持续高血压、无贫血、无持续性肾衰竭,蛋白尿呈高度选择性,尿 FDP、C3 正常,尿中红细胞较少。Ⅱ型则与Ⅰ型相反,且肾病表现不典型。由于肾病综合征病因不同,还应在辨证、辨病、辨型的基础上分别予以治疗。此外,在患肾病综合征时可有兼证、标证与合并症,这些兼证、标证或合并症会加重肾病综合征病情,宜一并治之,且应注意治法中药物组成的侧重点及主次。

(一)脾肾阳虚证

症状:显著水肿、形寒肢冷、面色㿔白、纳少神疲、舌质淡、舌体胖有齿痕等。

治则:温阳利水法。

方药:可选用真武汤、济生肾气丸、实脾饮、五苓散等加减。

可采用温肾利水法,药用附子、仙灵脾、茯苓、猪苓、泽泻、车前子、带皮槟榔、葫芦壳、牵牛子等。其中,泽泻、车前子、带皮槟榔、葫芦壳、牵牛子这 5 种中药含钾高,可引起钾排出时之渗透性利尿,但在Ⅱ型肾病综合征肾衰竭且血钾增高时不宜使用。猪苓、茯苓含钾不高可应用。

上述利尿法可加温肾行气益气诸药,提高气化功能,增强利尿作用,如在应用前述温肾药时加肉桂、仙茅、黄芪及少量枳壳、升麻、柴胡。经研究这些药物可增加肾有效血流量及肾小球滤过率。上述利尿产生时间为 10 小时左右,疗效较牢固,不易造成电解质紊乱,还可起到增加肾盂内和输尿管蠕动与松弛的双向作用。

(二)脾肾气虚证

症状:因肾病综合征者胃肠道黏膜水肿,可见面色萎黄、体倦乏力、食欲不振、浮肿轻度或不显著、纳呆、腹泻、负氮平衡、舌质淡、舌苔白、脉象弱等。如见舌苔厚腻、舌体胖有齿痕且中脘痞闷等者,为脾虚湿盛。

治则:益气健脾利尿,或利水或运湿法。可调理脾胃,改善消化道功能,阻断以上恶性循环。因脾阳不足易致水湿停运,且脾恶湿喜燥,故加行气及燥湿法可增强疗效。

方药:实脾饮、香砂六君子丸和防己黄芪汤等加减。

(三)肝肾阴虚证

多在肾病综合征经用糖皮质激素(简称激素)治疗后,尤其是用大量激素后更显著,称为“西医药物性假性肝肾阴虚证”。

症状:见面胖红略浮、唇干、头晕耳鸣、心烦口干、手足心热、腰痛腿酸,皮肤有紫纹且腹部及大腿内侧或臀部外侧显著,浮肿较轻、舌质红少津、无苔或少苔或薄黄苔等。

治则:宜滋补肝肾之阴,但不递减激素。若用此法无效或效果较差,则应递减激素,或略加温肾之品,以逐渐代替激素。

方药:杞菊地黄丸、大补阴丸、二至丸、地黄饮子等加减。可酌加小剂量肉桂、仙灵脾以增效。

如浮肿甚,而又有阴虚症状者,治则:养阴嫌其滋腻,利水又恐伤阴,可本“无阳则阴无以生,无阴则阳无以化”的理论,用阴中稍加助阳,利中兼顾阴分之法,以缓解矛盾。

方药:地黄饮子、六味地黄丸加猪苓散等加减。

二、蛋白尿

肾病综合征均可出现蛋白尿,传统中医辨证中无蛋白尿这一特征依据,是现代西医尿检所见。根据肾病出现的蛋白尿以白蛋白为主,白蛋白可理解为精微物质,属精气的范畴,故中医认为出现尿蛋白的病机为脾肾两虚,而以肾虚为主。《内经》有“肾合精,

生于脾”之说。脾气虚弱,升运失职,统摄无权,肾气不足,精关不固,精气外泄等,均可导致尿蛋白经久不消。

治则:根据“虚则补之”、“脱者固之”、“散者收之”的法则,以健脾固肾敛精为原则。但固精收敛药有缩尿止溺作用,故肾病初起邪盛或水肿显著,或湿热壅盛、瘀血凝滞者宜慎用,以免恋邪毒滞之弊。

(一)治蛋白尿之组方

(1)自拟消蛋白方,组成为黄芪、茯苓、苡仁、山药、山萸肉、乌梅、玉米须。

(2)自拟芡实合剂,组成为芡实、白术、茯苓、怀山药、菟丝子、金樱子、黄精、百合、杜仲叶、党参。

(3)自拟固肾方,组成为益母草、小蓟、首乌、杜仲、细辛、覆盆子、补骨脂等。

偏于肾气虚者,用补肾丸等。

偏于脾气虚者,用六君子汤、保元汤等。

临证加减:如气虚甚者,加党参等;如阴虚者,加巴戟天、附片、菟丝子、仙灵脾等;如阳虚者,加生熟地、女贞子、旱莲草、怀山药、龟版等;如挟湿热者,加用清热解毒利湿剂;如精气外泄者,加固肾摄精药;如久病入络者,加活血药。

(二)单味药

治疗蛋白尿药有黄芪、白茅根、石韦、生山药、茯苓、太子参、玉米须、鹿衔草、马鞭草、防己、苍术、白花蛇舌草、黄芩、黄柏、七叶一枝花、益母草、麻黄、葶苈子、大枣、甘草、厚朴、生地榆、蛇莓等。

具有免疫抑制作用或免疫活性作用的中药有土茯苓、半边莲、甘草、黄芩、仙灵脾等。

黄芪为最常用的药物,但在临床应用时,需注意以下几点:

(1)黄芪主要应用于气虚为突出表现者,但对腹满、尿赤、舌苔黄等兼湿热者,用之多无效。

(2)用黄芪常助湿作满,可使二便不通、腹满肢浮,故宜加陈皮、枳壳等使之补而不滞,方可有效。

(3)应用剂量宜从小到大,且先用生黄芪而不用炙黄芪。

三、瘀血症

肾病综合征时常伴高凝血状态或高黏滞综合征,即中医所称瘀血症。肾病综合征用大量皮质激素治疗者,也多有瘀血现象。

症状:有皮肤血管纹、紫纹、青斑或瘀点、血尿或镜下血尿、舌质偏红紫、无苔、舌下瘀筋。即使无上述血瘀表现,而见面浮眇白、血色素较正常高且可伴经脉少津、血干等。

治则:以活血化瘀为主。因热毒之邪多致瘀,则加清热解毒法。

方药:

(1)益肾汤,药用当归、赤芍、川芎、红花、丹参、桃仁、益母草、银花、白茅根、板蓝根、紫花地丁等。

(2)桃红四物汤(桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、生地)加减化裁。

(3)如肾功能减退,伴高血压、血尿等为肾病综合征Ⅱ型时,可加强活血化瘀及攻坚药物,如三棱、莪术、参三七、王不留行、炮山甲、乳香、没药等。

四、其它兼证

肾病综合征的兼证有湿热、血尿、风证等,包括内风、外风,尤其是Ⅱ型肾病综合征伴随肾性高血压,严重者可引起肝风内动。

(一)湿热

肾病综合征用激素和免疫抑制剂治疗时常易继发感染。

症状:伴发热、口苦、口黏、胸闷纳差、舌质红、舌苔黄腻、脉滑数等。

治则:此时除本证用药外,可加清热利湿药,如湿热或热毒蕴结时,用清热解毒利湿法。

常用方药：蒲公英、荠菜花、白花蛇舌草、遍地香、见肿消、苡仁根、白茅根、竹节蚕豆花等。或用五味消毒饮、清瘟败毒饮加减。

（二）血尿

血尿之因不外以虚、热、瘀为主。虚为本，热为条件，瘀为血尿之结果。

治则：应调理脾肾以补虚，清热化瘀以逐邪，佐以活血化瘀。

常用药物：仙灵脾、黄芪、生甘草、紫珠草、车前草、参三七、生蒲黄、黄芩、鹿衔草、厚朴等。

加减：如有阴虚尿血久治不愈者，可用刘寄奴、生地、当归、琥珀、黑豆豉等。

（三）肾性高血压

多见于Ⅱ型肾病综合征、继发肾衰竭、氮质血症、尿毒症等。属中医学“眩晕”、“头痛”等范畴。并发高血压多因邪热久留，经脉阻滞，暗耗阴血，使阴阳失调，久病失治，加上饮食不节、调理失宜、用药不当、情志失调等，致肾阴亏损，水不涵木，木失所养，肝阳上亢，阳升火动，激动肝风而致。引起高血压的原因，既有肾本身因素，也有其它因素，即使为肾本身引起的高血压，各肾病综合征患者引起肾性高血压的肾脏病变也不相同，故应审证求因，从病因、病机、病变特征、证型特点等，综合制订治疗方案，勿长期固守一方一药诊治。如在肾病引起高血压的病变中，有肾血管病变（大、中、小、毛细血管）、肾实质性病变（包括肾内动脉炎引起的梗死、肾小管、小球间质病变、纤维化、感染、肾毒性药物、电解质紊乱）等，应仔细深入分析探索治之，大多见头痛、头昏、视力模糊、血压升高等。重病者气火升腾，逼血上涌，致剧烈头痛、气急烦躁、心悸、肢颤、神昏，为恶性高血压之候，可致危象、卒中、失语等症，或津液凝聚成痰或痰郁化热夹内风上扰，瘀阻经络。

1. 肝阳上亢型

症状：以头痛眩晕、烦躁失眠、面红等为主。

治则:宜平肝潜阳。

方药:选天麻钩藤饮加减。

加减:如肢体震颤者,加羚羊角、龙胆草等;如呕恶者,加藿香、竹茹等;如腹胀便秘者,加玄明粉、大黄等;如神昏者,加至宝丹。

2. 肾精不足型

症状:以眩晕、耳鸣、神靡等为主。

治则:宜补肾填精。

方药:选六味地黄丸、左归丸加减。

加减:如舌质红、咽干者,加知母、黄柏等;如心烦失眠者,加酸枣仁、合欢皮等;如目干、视物模糊等,加枸杞子、何首乌等。

3. 痰浊上扰型

症状:以眩晕头晕、胸闷痰涎时吐等为主。

治则:宜燥湿化痰。

方药:选半夏白术天麻汤加减。

4. 气血两虚型

症状:以身倦无力、眩晕、肢麻等为主。

治则:宜益气养血。

方药:选黄芪桂枝五物汤加减。

5. 阴阳两虚型

症状:以面色㿔白、虚浮、耳鸣、倦卧、畏冷等为主。

治则:宜补肾温阳。

方药:选金匱肾气丸、右归丸加减。

6. 痰瘀阻络型

症状:以心悸、胸痛、面唇暗滞等为主。

治则:宜活血化痰。

方药:选血府逐瘀汤加减。

其它具有降压功能的中药,如地龙、黄芩、女贞子、杜仲、莱菔子、葛根等,均可结合辨病、辨证参考应用。

杨霓芝

治疗难治性肾病综合征

杨霓芝教授是我国著名的中西医结合肾脏病专家,现任广州中医药大学第二临床医学院(广东省中医院,邮编:510405)肾病中心主任、教授、主任医师、博士生导师,中国中医药学会、中国中西医结合学会肾病专业委员会委员,广东省中医、中西医结合肾病专业委员会副主任委员。她治学严谨,临床经验丰富,尤在肾脏病的中西医结合治疗方面经验独到。

肾病综合征是由多种病因和多种病理类型引起肾小球疾病中的一组临床综合征,典型临床表现为大量蛋白尿(每日 $\geq 3.0 \sim 3.5$ g)、低蛋白血症(血浆白蛋白 < 30 g/L)、高脂血症和水肿。在肾病综合征中,约75%是由原发性肾小球疾病引起的;约25%是由继发性肾小球疾病引起。其中,难治性肾病综合征的发病率约占原发性肾病综合征的50%左右,治疗过程中出现以下任何一种情况者,即可诊断为难治性肾病综合征:①频繁复发(指半年内复发2次,1年内复发3次)或强的松依赖者;②初治8周有反应,但复发再治无效应;③强的松初治8周无效应或仅有部分效应;④免疫抑制剂联合治疗无效者。难治性肾病综合征由于存在低蛋白血症、高凝状态、脂质代谢紊乱、容易感染等因素,故病程长,复发率高。其病理类型分为局灶性节段性肾小球硬化、膜增殖性肾炎、膜性肾病、系膜增殖性肾炎、微小病变型肾病等。

杨霓芝教授认为,难治性肾病综合征以水肿为特征。属于祖国医学的“水肿”、“肾水”等范畴。其病因病机为:①风邪外袭、风寒外束或风热上受等,可致肺气失于宣畅。肺合皮毛,为水之上源,肺失宣畅,则水液不能敷布,于是流溢肌肤,发为水肿。②湿邪

内侵及时令阴雨、居处湿地、涉水冒雨等,均能损伤脾胃运化水湿的功能,使脾胃不能升清降浊,水液泛于肌肤,而成水肿。③气滞血瘀,水湿内留,阻滞气机,或久病不愈,由气及血,均可伤及肾络,肾络不通,水道瘀塞,开合不利,可致水气停着,发为水肿。④劳倦内伤、劳伤或纵欲,均能耗气伤精,累及脾肾,致精血亏乏,水湿内生,发为水肿。

综上所述,水肿的发生是外因通过内因而起作用,外因有风、湿、热、毒、劳伤等;内因为肺、脾、肾脏腑亏虚。病机则主要是外因影响肺、脾、肾及三焦的气化功能,以肺、脾、肾功能失调为病变之本,但与肾的关系更为密切,以肾为本,以肺为标,以脾为治水之脏;以水湿、湿热、瘀血阻滞为病变之标,表现为本虚标实、虚中挟实之证;病程中易感外邪,也常因外感而加重病情。如果病情迁延,正气愈虚,邪气愈盛,日久则可发生中医所说的“癰闭”、“关格”等,即现代医学所说的肾衰、尿毒症等。杨霓芝教授认为:本病以肺、脾、肾气虚为主,气虚血行不畅导致瘀血,虚与瘀均始终贯穿于疾病的整个过程。

杨霓芝教授在治疗时强调攻补兼施,以益气活血为基本法,结合临床进行辨证施治,同时采用中西医结合的方法,减少了复发,提高了治愈率。

一、中医辨证施治

杨霓芝教授指出,肾病综合征的常见证候,表现为虚象的有气虚、阳虚等,表现为实象的有风水、湿热、瘀血等。掌握各证候的特征,是正确治疗的基础和关键。气虚证候的病位主要在肺肾;阳虚证候的病位重在脾肾;风水始于风邪外袭,其中风热证多于风寒证,也有始为风寒而后化热者;湿热证缘由湿热侵及,或由湿化热所致;瘀血阻滞证候由水肿日久,由气及血而致,也有离经之血酿成者。治疗上强调攻补兼施,以益气活血为基本法,方可选桃红四物汤加减。

(一)风水相搏

症状:起始眼睑浮肿,继则四肢、全身亦肿,皮色光泽,按之凹陷、易复发,伴有发热、咽痛、咳嗽、舌质暗红、舌苔薄白、脉象浮等症。

治法:疏风清热,宣肺行水,兼以活血。

方剂:越婢加术汤合桃红四物汤加减。

处方:麻黄 9 g,生石膏 30 g(先煎),白术 12 g,浮萍 15 g,泽泻 18 g,茯苓 15 g,石韦 15 g,生姜皮 10 g,桃仁 10 g,红花 5 g。水煎服,日 1 剂。

临证加减:如偏于风热者,加板蓝根 18 g、桔梗 12 g,以疏解风热;如偏于风寒者,加紫苏 12 g、桂枝 9 g,以发散风寒;如水肿明显者,加白茅根 15 g、车前子 15 g,以加强利尿消肿。

(二)水湿浸渍

症状:下肢先肿,逐渐四肢浮肿,但下肢为甚、按之没指,伴有胸闷腹胀、身重困倦、纳少泛恶、小便短少、舌质暗红、舌苔白腻、脉象濡等症。

治法:健脾化湿,通阳利水,活血化瘀。

方剂:五皮饮合桃红四物汤加减。

处方:桑白皮 15 g,陈皮 10 g,茯苓皮 18 g,生姜皮 10 g,白术 15 g,泽泻 15 g,猪苓 18 g,桂枝 6 g,益母草 15 g,桃仁 10 g,红花 5 g,当归 12 g。水煎服,日 1 剂。

(三)湿热内蕴

症状:浮肿明显、肌肤绷急、腹大胀满、胸闷烦热、口苦口干、大便干结、小便短赤、舌质暗红、舌苔黄腻、脉象滑数等症。

治法:清热利湿,活血消肿。

方剂:疏凿饮子合桃红四物汤加减。

处方:泽泻 15 g,茯苓皮 18 g,大腹皮 12 g,秦艽 12 g,车前草 15 g,石韦 15 g,白花蛇舌草 15 g,蒲公英 15 g,桃仁 10 g,红花

5 g, 当归 10 g, 炙甘草 10 g。水煎服, 日 1 剂。

临证加减: 如伴血尿者, 可加白茅根等以清热利湿、凉血止血。

(四)脾虚湿困

症状: 面浮足肿, 反复消长, 劳累后或午后加重, 腹胀纳少、面色萎黄、神疲乏力、尿少色清、大便或溏、舌质暗红、舌苔白滑、脉象细弱等症。

治法: 温阳利水, 活血消肿。

方剂: 实脾饮合桃红四物汤加减。

处方: 黄芪 30 g, 白术 15 g, 茯苓 15 g, 桂枝 6 g, 大腹皮 12 g, 广木香 12 g(后下), 厚朴 12 g, 益母草 15 g, 泽泻 15 g, 猪苓 18 g, 桃仁 10 g, 红花 5 g。水煎服, 日 1 剂。

临证加减: 如蛋白尿多者, 加桑螵蛸 15 g、金樱子 15 g, 以固摄精气; 如血清蛋白低, 水肿不消者, 加鹿角胶 10 g、菟丝子 12 g, 以补肾填精、化气行水。

(五)阳虚水泛

症状: 全身高度水肿、腹大胸满、卧则促甚, 形寒神倦、面色㿔白、纳少、尿短赤、舌质淡暗、舌边有齿印、舌苔白、脉象沉细等症。

治法: 温肾助阳, 化气行水, 活血祛瘀。

方剂: 阳和汤合桃红四物汤加减。

处方: 麻黄 6 g, 干姜 6 g, 熟地黄 20 g, 肉桂 3 g(另焗), 白芥子 6 g, 鹿角胶 12 g(另烱), 甘草 6 g, 黄芪 30 g, 益母草 15 g, 桃仁 10 g, 红花 5 g。水煎服, 日 1 剂。

临证加减: 若心悸、唇紫、脉结代者, 甘草改为炙甘草 30 g。

二、中成药

无论何型难治性肾病综合征, 均可配合口服通脉口服液, 以益气活血。

湿热重者, 可配合口服火把花根片, 以清热利湿。

脾虚湿困者, 可配合口服利湿散或健脾利湿冲剂, 以健脾利

湿。

肾病综合征伴下肢静脉血栓形成者,可配合川芎嗪注射液加低分子右旋糖酐静脉滴注,氦-氖低能激光血管内照射,或者配合静脉滴注川芎嗪、葛根素。川芎嗪有活血化瘀作用,达到抗血小板凝聚、扩张小动脉的目的。葛根素有抑制血小板凝聚、改变血流变的作。川芎嗪参考剂量为 40~160 mg,葛根素参考剂量为 200~400 mg。剂量均根据病情而定。

三、西药治疗

(一)一般治疗

积极预防感染,如呼吸道、尿道感染等。患者应避免精神刺激和过度劳累,因精神刺激、过度劳累均可诱发或加重病情。

凡有严重水肿及高血压者,应给予低盐饮食($<3\text{ g/d}$)。

肾功能正常者应给予高蛋白饮食($1\sim1.5\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 或 1 g/kg 加 24 小时蛋白丢失量)。

肾衰竭者,计算蛋白的摄入量并给予必需氨基酸治疗。

(二)糖皮质激素和细胞毒药物

消除尿蛋白是治疗的关键和难点,主张选择激素。坚持激素治疗的原则是:首先强的松用量要足,疗程要长,减量要缓,即成人每日 1 mg/kg ,疗程要足 8 周,这是治疗的关键,其目的是延长病情缓解,减少复发,以后进入激素第二治疗阶段,每周减 5 mg,减量要慢,激素减到 $0.4\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 时,以此剂量维持 12 个月,总疗程强调 1.5 年左右,必要时可加用细胞毒药物。

(三)利尿剂

当中医治疗 1 周无效时,可适当加用利尿剂。血容量不足者,补充血容量前不宜使用强力利尿剂。

(四)抗生素

明确感染者,可根据药敏试验加用敏感抗生素,但要避免使用肾毒性药物。

(五) 对症治疗

纠正水、电解质及酸碱平衡,降压、抗凝,必要时补充人体白蛋白,以提高血浆胶体渗透压等。

四、激素与中医药

对于激素无效型者,则以中医中药为主,在辨证论治的基础上进行综合治疗,同时配合川芎嗪注射液加低分子右旋糖酐静脉滴注,氦-氖低能激光血管内照射等。

对于激素依赖型和常复发型者,通过对激素治疗不同阶段进行分期辨证论治,可明显地提高了激素的疗效,并减轻或避免其副作用的产生,减少激素的依赖和病情的复发。

(1)激素首剂量期,机体相应出现阴虚的病理改变,治宜滋阴降火,清热解毒。

(2)激素减量期,机体相应出现气阴两虚证的病理改变,治宜益气养阴。

(3)激素维持量期,机体相应出现阳虚证的病理改变,治宜温肾助阳,祛浊分清。

(4)激素停用期,机体相应出现阴阳两虚证的病理改变,为防止复发,以阴阳并补为主。

杨霓芝教授认为在治疗难治性肾病综合征的过程中,针对大量蛋白尿、低蛋白血症常伴有高度水肿、高脂血症、高黏血症的特点,应从以下几个方面进行治疗。

(1)减少蛋白尿的排出。西医学认为,肾上腺糖皮质激素、免疫抑制剂、血管紧张素转换酶抑制剂以及非甾体类消炎药对减少肾病综合征尿蛋白有一定疗效。为此,在传统的辨证用药基础上,选用如下一些相应的中药确有一定疗效。

①具有激素样作用的中药,如:熟附子、肉桂、冬虫夏草、地黄、何首乌、杜仲、补骨脂、菟丝子、淫羊藿、肉苁蓉、枸杞子、仙茅、鹿茸、巴戟天、紫河车、秦艽等。

②具有免疫抑制作用的中药,如:熟地黄、天门冬、天花粉、北沙参、五味子、泽泻、黄芩、柴胡、夏枯草、山豆根、牡丹皮、红花、穿心莲等。

③具有血管紧张素转换酶抑制作用的中药,如:柴胡、赤芍、牛膝、土鳖虫、水蛭等。

④具有非甾体类消炎作用的中药,如:防己、细辛、羌活、桂枝、防风、柴胡、丹参、牡丹皮、芍药、益母草、毛冬青、三七、桃仁、红花、牛膝、秦艽、夏枯草、黄芪、党参、当归、麦门冬、女贞子等。

(2)提高血浆白蛋白。尿中丢失白蛋白是引起低蛋白血症的主要原因,但与肾小管分解白蛋白能力增加以及胃肠吸收能力下降也有一定的关系。因此,不但要减少尿蛋白的排出,也必须增加蛋白的来源,以此来纠正低蛋白血症。

①增加蛋白的摄入。对于肾功能正常的患者,应给予优质高蛋白饮食,如鸡蛋、瘦猪肉、鱼肉、牛奶等,每天蛋白质摄入量可达 $1\sim 1.5\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,必要时临时静脉补充血浆白蛋白。

②服用促进肝脏合成白蛋白的中药:三七、丹参、当归、牛膝、人参、党参、黄芪、灵芝、鹿茸、补骨脂、淫羊藿、肉苁蓉、五味子、枸杞子、白术、五加皮等。

③服用促进肝脏合成白蛋白的方剂:补中益气汤、四君子汤、生脉散、当归补血汤等。

促进胃肠道对蛋白质的吸收。难治性肾病综合征患者常有胃肠道吸收功能障碍,主要从以下三个方面用药:用木香、砂仁等促进胃肠排空;用鸡内金、石斛、丁香等促进胃泌素、胃酸、胃蛋白酶分泌;用麦芽、谷芽、神曲、山楂等促进食物消化,以此促进胃肠道对蛋白质等的摄入。

(3)利尿消肿。低蛋白血症,继发性水、钠潴留是引起水肿的重要因素。因此,除按上述方法积极提高血浆白蛋白外,还必须加强利尿,促进水、钠的排出,常用药物有:茯苓皮、猪苓、泽泻、车前

草、玉米须、石韦、麻黄、浮萍、地肤子、白茅根、金钱草、葶苈子、白术等。

(4)降低血脂。由于低蛋白血症、肝脏合成低密度及极低密度脂蛋白增加等原因,难治性肾病综合征患者常合并高脂血症。

①降低血脂的常用中药有:何首乌、泽泻、丹参、女贞子、杜仲、桃仁、枸杞子等。

②降低血脂的常用中成药有:月见草油丸、丹田降脂丸等。

(5)抑制血栓形成。难治性肾病综合征患者由于肝内合成纤维蛋白原及第V、Ⅶ、Ⅷ、Ⅹ凝血因子增加,加之低蛋白、高脂血症致血液浓缩,血液黏稠度增加,故本病凝血及血栓形成倾向较为严重。

①抑制血栓形成的常用中药有:川芎、当归、赤芍、红花、益母草、丹参、毛冬青、水蛭、地龙等,均具抗凝血、抗血栓形成作用。

②根据难治性肾病综合征的证候特点,对其中属脾肾阳虚兼水湿、瘀血证者,予以温阳益气、利水活血法,采用清代王洪绪《外科证治全生集》中的名方阳和汤为主,制成加味阳和汤冲剂,对24小时蛋白尿、血清白蛋白、血胆固醇、甘油三酯等均具有明显改善作用,临床疗效肯定,总有效率达84.8%。

③深部静脉血栓形成是难治性肾病综合征的常见并发症之一,其形成与机体血液浓缩、高黏状态、抗凝因子缺乏和纤溶机制障碍等有关。杨霓芝教授采用益气活血为基本法,方用桃红四物汤加减,配合川芎嗪注射液加低分子右旋糖酐静脉点滴,氦-氖低能激光血管内照射,疗程4~6周,效果良好。

难治性肾病综合征患者常见低蛋白血症,抵抗力低下,或由于使用西药免疫抑制剂,病人抗感染能力低下,易致反复感染,使肾病复发迁延。防止感染的措施有:

①经常口服玉屏风散以益气固表,提高机体免疫能力。

②对伴有呼吸道感染、急性扁桃体炎时,宜于利水药中加用板

蓝根、金银花、连翘、野菊花、夏枯草等清热解毒药,还可选用黄芩、鱼腥草、射干、百部、秦艽、厚朴、丁香、黄芪、天门冬等。

③泌尿道感染又以大肠杆菌最为常见,对大肠杆菌有抑制作用的中药有大黄、黄芩、黄连、金银花、夏枯草等苦寒清热药,还有非寒凉的厚朴、丁香以及有补益作用的当归、山萸肉、金樱子等。

④在使用抗生素时,注意避免使用一些对肾脏有损害的中药或西药。对肾脏有损害的抗菌西药有:庆大霉素、链霉素、卡那霉素、头孢霉素(第一、二代)、利福平、新霉素、两性霉素等;对肾脏有损害的中药有:关木通、苍耳子、全蝎、山慈姑、雷公藤、昆明山海棠、腊梅根、安宫牛黄丸。

⑤难治性肾病综合征患者使用激素,在减量过程中若出现反跳现象,用温药代替无效且服温阳药咽痛增加时,应考虑与阴虚火旺有关,宜滋阴清利法,以大补阴丸为基础,常用药物有熟地黄、龟甲、知母、黄柏、玄参、升麻、夏枯草、白花蛇舌草、大蓟等。

黄春林

药物、食疗并用治肾病综合征

黄春林教授(广东省中医院,邮编:510120)是广东省名中医,博士生导师,卫生部、人事部、国家中医药管理局第二批全国名老中医学术继承指导老师。黄春林教授精通中医,并努力钻研西医,他在长期的医疗实践中,主张各取其长,中西医结合,取得了良好的医疗效果。

黄春林教授在治疗肾病综合征方面经验尤其独到。黄教授认为,肾病综合征以脾肾功能失调为重心,阴阳气血不足,尤其阳气不足乃病变之本;以水湿、湿热、瘀血阻滞为病变之标,表现为虚中挟实之证;而且易感外邪,也常因外感而加重病情,如病情迁延,正气愈虚,邪气愈盛,日久则可发生癃闭、肾衰等病。

黄春林教授辨证治疗方面主张标本兼顾,各种证型可以单独出现,但更多的是混合出现,因此主张应综合、灵活地运用下述的分型治疗。

一、分型治疗

(一)风水相搏证

症状:起始眼睑浮肿,继则四肢浮肿、全身浮肿、皮肤光泽,按之凹陷,易复发,伴有发热、咽痛、咳嗽、舌苔薄白、脉象浮或数等症。

治则:疏风清热,宣肺行水。

方药:越婢加术汤加减:生石膏(先煎)30 g,白术 12 g,生姜皮 10 g,麻黄 9 g,大枣 5 枚,浮萍 15 g,茯苓 15 g,石韦 18 g,泽泻 18 g。

(二)水湿浸渍证

症状:多由下肢先肿,逐渐四肢浮肿,下肢为甚,按之没指,不易随复,伴有胸闷腹胀、身重困倦、纳少泛恶、小便短少、舌苔白腻、脉象濡缓等症。

治则:健脾化湿,通阳利水。

方药:五皮饮合胃苓汤加减:茯苓皮 30 g,泽泻 30 g,陈皮 10 g,姜皮 10 g,桑白皮 15 g,白术 15 g,猪苓 18 g,石韦 18 g,桂枝 6 g,益母草 20 g,大枣 5 枚。

加减:若肿甚而喘者,可加麻黄 9 g,葶苈子 15 g。

(三)湿热内蕴证

症状:浮肿明显、肌肤绷急、腹大胀满、胸闷烦热、口苦、口干、大便干结或便溏灼肛、小便短黄、舌质红、舌苔黄腻、脉象滑数等症。

治则:清热利湿,利水消肿。

方药:疏凿饮子加减:泽泻 30 g,茯苓皮 30 g,车前草 30 g,白花蛇舌草 30 g,石韦 25 g,大腹皮 12 g,秦艽 12 g,蒲公英 20 g,苦参 10 g,甘草 6 g。

加减:若伴有血尿者,可加白茅根 25 g,茜草 15 g,大小蓟各 15 g。

(四)湿瘀阻滞证

症状:颜面或四肢浮肿、面色黧黑晦暗、腰痛固定或刺痛、肌肤甲错或肢体麻木,或尿纤维蛋白降解产物升高,或全血黏度及血浆黏度升高,舌色紫暗或有瘀点、瘀斑、舌苔腻、脉象细涩等症。

治则:活血祛瘀,利水消肿。

方药:桃红四物汤加减:桃仁 12 g,当归 12 g,红花 8 g,川芎 10 g,赤芍 15 g,王不留行 15 g,泽兰 15 g,丹参 20 g,益母草 20 g。

(五)脾虚湿困证

症状:面浮足肿,反复消长,劳累后午后加重,腹胀纳少、面色

萎黄、神疲乏力、尿少色清、大便或溏、舌苔白滑、脉象细弱等症。

治则：温运脾阳，利水消肿。

方药：实脾饮加减：黄芪 30 g，云茯苓 30 g，泽泻 30 g，白术 15 g，桂枝 6 g，大腹皮 12 g，广木香(后下)12 g，川朴 12 g，益母草 20 g，猪苓 18 g，大枣 5 枚。

(六)阳虚水泛证

症状：全身高度浮肿、腹大胸满、卧则更甚、畏寒神倦、面色㿔白、纳少、尿短少、舌质淡、舌体胖、舌边有齿印、舌苔白、脉象沉细或结代等症。

治则：温肾助阳，化气行水。

方药：阳和汤加味：麻黄 6 g，干姜 6 g，白芥子 6 g，甘草 6 g，熟地 20 g，肉桂(另炖)3 g，鹿角胶(烊化)12 g，防己 15 g，黄芪 30 g，益母草 30 g。

加减：若心悸、唇绀、脉结代者，则甘草改为炙甘草 30 g，加丹参 20 g；若面浮、喘促、汗出、脉虚者，宜重用人参(另炖)15 g，加五味子 6 g，煅牡蛎 20 g。

二、专病专症专药

黄春林教授在辨病治疗方面，强调西为中用，针对肾病综合征大量蛋白尿、低蛋白血症，伴高度水肿、高脂血症、高黏血症，常合并感染的特点，在传统的辨证用药基础上，选加以下一些治疗肾病综合征的专用中药，确有一定疗效。

(一)减少尿蛋白的排出

现代医学认为，肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、血管紧张素转换酶抑制剂以及非甾体类消炎药对减少肾病综合征尿蛋白有一定疗效。

(1)具有肾上腺皮质激素样作用的中药有：附子、肉桂、冬虫夏草、地黄、何首乌、杜仲、补骨脂、菟丝子、淫羊藿、肉苁蓉、枸杞子、仙茅、鹿茸、巴戟天、紫河车、秦艽等。

(2)具有免疫抑制作用的中药有:熟地、天冬、天花粉、北沙参、五味子、泽泻、黄芩、柴胡、夏枯草、山豆根、牡丹皮、红花、穿心莲、蝉蜕等。

(3)具有血管紧张素转换酶抑制作用的中药有:柴胡、赤芍、牛膝、土鳖、水蛭等。

(4)具有非甾体类消炎作用的中药有:秦艽、防己、豨薟草、细辛、羌活、桂枝、防风、柴胡、丹参、牡丹皮、芍药、益母草、毛冬青、三七、桃仁、红花、牛膝、秦皮、夏枯草、香附、黄芪、党参、当归、麦冬、女贞子等。

(二)提高血浆白蛋白

尿中丢失白蛋白是引起低蛋白血症的主要原因,但与肾小管分解白蛋白能力增加以及胃肠吸收能力下降也有一定的关系。黄春林教授不但注重减少尿蛋白的排出,而且也非常重视增加蛋白的来源,以此来纠正低蛋白血症。

(1)增加蛋白的摄入。对于肾功能正常的肾病综合征病人,应给予优质高蛋白饮食,如鸡蛋、瘦猪肉、鱼肉、牛奶等,每天蛋白质摄入量可达 $1 \sim 1.5 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$;必要时临时静脉补充血浆白蛋白。

(2)能够促进肝脏对蛋白质合成的中药有:三七、丹参、当归、牛膝、人参、党参、黄芪、灵芝、附子、鹿茸、补骨脂、淫羊藿、肉苁蓉、五味子、枸杞子、白术、龟版、五加皮等。方剂有:补中益气汤、四君子汤、生脉散、当归补血汤等。

(3)促进胃肠道对蛋白质的吸收。肾病综合征病人,常有胃肠吸收功能障碍,纳食不佳,黄春林教授主要从下列三方面着手:

①使用木香、砂仁、台乌药等,以促进胃肠排空。

②使用鸡内金、石斛、丁香等以促进胃泌素、胃酸、胃蛋白酶分泌。

③使用麦芽、谷芽、神曲、山楂等以直接促进食物消化,从而促进对蛋白质等的摄入。

(三)利尿消肿

低蛋白血症、继发性水钠潴留是引起水肿的重要因素。因此,除按上述方法积极提高血浆白蛋白外,还必须加强利尿,促进水钠的排出,如选用茯苓皮、猪苓、泽泻、车前草(子)、玉米须、石韦、麻黄、浮萍、地肤子、白茅根、金钱草、葶苈子、海金沙、瞿麦、篇蓄、桑白皮、黄芪、白术等。

使用麻黄、桂枝、生姜等做成药浴浸泡,利用药物发汗作用以及水的液体静压,使组织间隙回流至血循环的液体量增加,从而增加肾小球滤过率而引起利尿。

(四)降低血脂

由于低蛋白血症,肝脏合成低密度及极低密度脂蛋白增加等原因,肾病综合征常合并高脂血症。

降脂中药有:首乌、泽泻、山楂、丹参、大蒜、女贞子、玉竹、决明子、虎杖、杜仲、夜交藤、桃仁、枸杞子、黄精、淫羊藿、葛根、槐花、银杏叶等。

降脂中成药有:月见草油丸,6丸/次,每天3次。丹田降脂丸,2g/次,每天3次。脂必妥胶囊,2粒/次,每天3次。

(五)抑制高脂血症及血栓形成

患肾病综合征时由于肝内合成纤维蛋白原及第V、Ⅶ、Ⅷ、Ⅹ因子增加,加之低蛋白、高脂血症也致血液浓缩、血液黏稠度增加,故本病凝血及血栓形成倾向较为严重。抗凝血、抗血栓形成作用的中药有:川芎、当归、赤芍、红花、益母草、丹参、毛冬青、水蛭、地龙、蝮蛇、血竭、莪术、牡丹皮、桃仁、木香、丁香、乌药、桂枝等。

(六)防治感染

由于肾病综合征的血IgG及补体成分明显下降,低蛋白血症以及激素免疫抑制剂的使用,均易招致感染的发生,临床上及时发现并有效控制感染很有必要。肾病综合征合并感染的好发部位通常为泌尿道和呼吸道。

泌尿道感染以大肠杆菌最为常见。对大肠杆菌有抑制作用的有苦寒清热药,如:大黄、黄连、黄芩、金银花、夏枯草等;还有非寒凉的厚朴、丁香等以及有补益作用的当归、山萸肉、金樱子等,临床均可酌情选用。

对于呼吸道感染,则可选用黄芩、鱼腥草、射干、百部、秦皮以及厚朴、丁香、黄芪、天冬等。

黄春林教授强调,在使用抗感染药时,还要注意避免使用一些对肾脏有损害的中药或西药。对肾有损害的抗菌西药有庆大霉素、链霉素、卡那霉素、头孢霉素(第一、二代)、利福平、新霉素、两性霉素等。对肾有损害的中药有木通、苍耳子、全蝎、山慈姑、雷公藤、昆明山海棠、腊梅根、安宫牛黄丸等。

除以上药物治疗外,还应注重饮食调养。

(1)钠盐的摄入:水肿时应进低盐饮食,每日摄取食盐 $2\sim 3\text{ g}$,忌食腌制品,少用味精。

(2)蛋白质的摄入:肾功能正常的情况下,应给予优质高蛋白饮食($1\sim 1.5\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$),含高蛋白的食物有鸡蛋、鸡肉、牛奶、猪瘦肉、鱼类等。

(3)脂肪的摄入:低脂饮食是必要的,食物中还要富含可溶性纤维,如燕麦、米糠等,并配以蔬菜、豆类。

对肾病综合征有辅助治疗作用而又可作食疗使用的中药有:灵芝、人参、党参、黄芪、茯苓、淮山药、冬虫夏草、莲子、扁豆、鹿茸、鹿角胶、龟版胶、三七、丹参、肉苁蓉、枸杞子、黄精、何首乌等。

【病案举例】 刘某,男性,32岁,待业青年。因反复颜面、双下肢浮肿2年,加重2周,于1997年6月16日入院。患者1995年3月因“四肢浮肿,尿蛋白(++++)”在某医院诊断为“原发性肾病综合征”,予强的松 $1\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,减量维持过程中复发1次。此后于1996年曾复发3次。本次入院前已自行停用激素4个月。入院症见:颜面、双下肢浮肿、精神疲乏、胃纳呆滞、睡眠不佳、尿量

不少、大便正常、舌质淡暗、舌苔白润、脉象沉细等。实验室检查：尿蛋白(++++),24小时尿蛋白定量3.85 g,血清白蛋白13 g/L,血胆固醇16.6 mmol/L,甘油三酯3.58 mmol/L,血肌酐151 mmol/L,血尿素氮6.7 mmol/L。

中医诊断：水肿。

辨证：脾肾阳虚，水湿内停挟瘀。

治则：予温补脾肾，利水消肿，佐以活血祛瘀。

处方：麻黄6 g,干姜6 g,肉桂(另焗)3 g,白芥子6 g,甘草8 g,防己15 g,熟地20 g,益母草20 g,大飞扬20 g,黄芪60 g,茯苓皮60 g,泽泻60 g。每天1剂，水煎服。

配合通脉口服液(含田七、黄芪)1支，每天3次。百令胶囊(人工冬虫夏草制剂)4粒，每天3次。

连服3周后，患者浮肿基本消退，尿量1700 ml/d以上。遂于原方中去大飞扬，改茯苓皮为茯苓30 g。

服药1周后，复查尿蛋白(±),24小时尿蛋白定量0.17 g,血清白蛋白20 g/L,血胆固醇7.59 mmol/L,甘油三酯1.93 mmol/L,血肌酐104 μmol/L。

孙继芬

三步治疗肾病综合征

孙继芬教授(山西中医学院,邮编:044000)从事中医工作 40 余年,对疑难杂症积累了丰富的临床经验。现将其治疗肾病综合征的有关经验介绍于下。

一、病因病机探讨

肾病综合征属中医“水肿”等范畴。水肿是指体内水液潴留,泛滥于肌肤引起头面、眼睑、四肢、胸背及全身浮肿。严重者可伴胸水或腹水。中医认为,主水在肾,制水在脾,调水在肺,故水液的正常代谢主要与肺、脾、肾三脏关系密切。若肺气失宣,不能通调水道,下输膀胱,以致风遏水阻,风水相搏,流溢于肌肤,发为水肿;脾虚或脾为湿困,健运失司,不能升清降浊,以致水湿不得下行,泛滥于肌肤形成水肿;肾虚则开阖不利,不能化气行水,水液停聚,泛滥于肌肤形成水肿。肺、脾、肾三脏的功能相互联系,相互影响。《景岳全书·肿胀》云:“凡水肿等症,乃肺脾肾三脏相干之病。盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水惟畏土,故其制在脾。今肺虚则气不化精而化水;今脾虚土不制水而反克;肾虚则水无。”这段话说明了肺、肾二脏在本病发病中的相互关系,如肾水上泛,传入肺经,使肺气不降,失去通调水道功能,可使肾气更虚,水邪较盛;相反,肺经受邪,传入肾经时,亦能引起同样结果;同时也阐述了脾、肾二脏存在着相互制约为用的关系,若脾虚不能制水,水湿壅盛,必损其阳,故脾虚必导致肾阳也虚,肾阳衰微,不能温养脾土,则水湿不运,水肿更厉害。因此脾、肺、肾之间的关系,以肾为本,以肺为标,以脾为制水之脏,实为治疗水肿的关键所在。

二、诊治特点

孙继芬教授指出,治疗水肿的关键在于治脾,以健脾燥湿贯穿于始终。常实行三步疗法:

(1)用藿香正气散加大量黄芪。藿香正气散中藿香芳香化浊,解表散寒,兼能升清降浊,配以苏叶、白芷,助藿香外散风寒又能芳香化浊;半夏、陈皮燥湿和胃;白术、茯苓健脾化湿;厚朴、大腹皮行气化湿;桔梗宣肺利水;生姜、大枣调和脾胃。全方配伍,既燥湿健脾,又解表宣肺以行水。黄芪补气升阳,益气固表,利尿消肿,托毒生肌。现代药理研究证明,黄芪具有强壮作用,有恢复细胞活力、增加人体总蛋白和白蛋白、降低尿蛋白等作用。故治疗本病加用大量黄芪。

(2)以六君子汤加黄芪与六味地黄丸交替服用。六君子汤健脾益气,化痰燥湿,且燥湿又有防阴损之过。若有阴虚者加服六味地黄丸。

(3)山药黄芪粥,有健脾益气护胃的作用,可以巩固病情。

【病案举例】 姚某,女,8岁。于1999年3月15日初诊。患者以全身肿胀1周为主诉来诊。刻诊:见全身肿胀,按之没指,双下肢肿胀更重,小便短少,身体重而困倦,伴胸闷、气短、恶心、面色无华、舌苔白腻、脉象沉细等症。化验检查:尿蛋白(+++),血胆固醇:6.2 mmol/L,总蛋白48 g/L,白蛋白35 g/L,肌酐100 μ mol/L,尿素氮58 mmol/L。血常规:WBC 8.0×10^9 /L, RBC 4.0×10^{12} /L, Hb 11.2 g/L。追问病史,半月前有“上呼吸道感染”,患者怕服西药引起毒副作用,而求治于中医。西医诊断:肾病综合征。中医诊断:浮肿(脾虚湿困型)。处方:藿香10 g,白芷10 g,苏叶10 g,陈皮10 g,半夏10 g,茯苓10 g,桔梗10 g,甘草10 g,黄芪60 g。6剂,每日1剂,水煎服。

二诊(3月21日):浮肿明显减轻,食欲增加,胸闷、气短减轻。舌质淡,舌体胖大,舌苔白,脉象沉细。化验尿蛋白(++).上方

加黄芪至 100 g,再加白术 20 g。10 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊(4 月 1 日):患者浮肿消失,面色有华,见咽部感觉疼痛、口干、咽红、舌质淡、舌苔白、脉象浮数等症。化验:尿常规蛋白(+).上方减白芷,加银花 10 g,连翘 10 g,玄参 10 g。6 剂,每日 1 剂,水煎服。

四诊(4 月 7 日):患者精神、面色如正常人,舌质淡,舌苔白。尿常规化验:蛋白(-)。处方:党参 15 g,白术 15 g,茯苓 15 g,甘草 10 g,陈皮 10 g,半夏 10 g,黄芪 100 g。15 剂,因患者上学服药不方便,改中药为两日 1 剂,水煎服。

五诊(5 月 22 日):患者觉口干欲饮,精神可,舌质红,舌苔白,脉象细数。查尿常规:蛋白(-),血胆固醇 5.7 mmol/L,总蛋白 68 g/L,白蛋白 50 g/L。考虑为多用燥剂有伤阴之候,故改服六味地黄汤加味。连服 10 剂,每日 1 剂,水煎服。

药后舌、脉正常。患者不愿再服汤药,遂以黄芪 100 g,山药 50 g,粳米 50 g 熬粥服 2 个月。随访至今,未见复发。

石景亮

分三法拟三方治疗难治性肾病

石景亮主任医师(河南中医学院,邮编:450003)业医 30 余载,学验俱丰,对治疗难治性肾病积累了丰富的临床经验。

难治性肾病是指病情缠绵、反复性大的一组肾病综合征。石景亮主任医师从发越郁结、循序取代、扶正御邪三个治疗阶段分别阐述,并举三则验案佐证。对于难治性肾病在缓解症状、撤减激素方面有借鉴作用。

一、发越郁结法

难治性肾病患者多数长期服用激素,有时不仅不能取效,反而副反应显著。石景亮主任医师认为,肾病综合征长期使用激素后,所导致的机体升降功能失调,一是气血痰湿热郁滞于有形之体,二是出现多种脏腑功能失司、阴阳失调的无形之郁。由于郁滞所带来的清阳不升,浊阴不降,上下郁阻,中土不化,难治性肾病患者最终都会影响到脾胃功能,石景亮主任医师的发越郁结法以治病因的观点颇具特色。大凡郁证之治法,因郁而病者多实,宜苦辛宣通;因病久而致的郁证,多表现为虚实夹杂,宜用清调、补益为治。由于激素所导致的郁证非一日所起,因而消除此郁证也非朝夕之功,一般需要 20 天左右,方可达到预期的治疗目的,为下一步补益脾肾,递减激素作准备。对使用激素后出现的副反应,在减停激素之前,应发越郁结,以冀升降条达,为下一步进行撤减激素奠定基础。

症状:见胸膈痞闷、脘腹胀满、形体肥胖、体倦乏力等。女性患者还会因六郁痞滞而导致月经量少、渐而闭经、形体日益肥胖、精神抑郁、体困乏力等,而且往往还伴有高脂血症。

方药:创用新加越鞠汤。组方为:苍术,制香附,神曲,栀子,连翘,郁金,蒲公英,生薏仁,丹参,茯苓,黄连,吴茱萸,枳壳,升麻,大黄炭,大枣,生姜。

方解:方中苍术、茯苓、生薏仁健脾、燥湿、利湿,使湿郁通过燥、运、利而解;制香附、郁金功专行气解郁,并疏利肝胆之气机,使气郁之机条达畅舒;栀子、连翘、蒲公英清热泻火,善治郁热;丹参、大黄炭滋阴养血活血而止血,专走血分,行血中之郁(瘀),化瘀之中又兼止血功效;升麻、枳壳一升一降,专调中焦之气机,使升者当升,降者下行,各行其职而健运中焦,使体内气之枢机升降条达;黄连、吴茱萸名为左金丸,治肝郁之火,又能调理中焦脾胃之嘈杂;神曲消食导滞;生姜、大枣功善健胃益脾,治食郁使肝脾畅达调和。全方通过上调下达、中运健化、热瘀共除、升降相协的组合,达到发越郁结之目的。

【病案举例】 齐某,男,5岁。1996年1月确诊为肾病综合征。服用强的松,每天达30mg,但病情反复发作。现症见满月脸,体重达23.5kg,舌质暗,舌苔黄腻。治以发越郁结法,方用新加越鞠汤:苍术3g,制香附3g,神曲5g,栀子5g,连翘5g,郁金3g,蒲公英6g,生薏仁10g,丹参6g,茯苓5g,黄连2g,吴茱萸0.5g,枳壳3g,升麻2g,大黄炭2g,大枣2枚,生姜3g。15剂,水煎服,每天1剂。

二诊:连服15剂,郁滞解,腻苔化。

此后相继应用撤减激素汤,循序取代激素,综合调理6个月后,体重下降至18kg,尿常规化验、血脂、血压等均正常。经长期随访,疗效稳定。

二、循序取代法

患者由于长期服用激素,内在反馈性抑制肾上腺皮质功能。当激素撤减之时,由于外源激素的应用减少,临床多症见脾肾气虚阳虚表现。石景亮主任医师认为,激素类似一个纯阳之药,进入人

体后,起到取代真阳的作用,使患者机体内部产生依赖性,应用撤减激素汤,能焕发脾肾生发之气,从而达到取代外源性激素之目的。

中医辨证为:脾肾气虚阳虚。

治则:温壮肾气,培补脾土,敛精固遗。

方药:创用撤减激素汤。组方为:生黄芪,白术,防风,生山药,莲子肉,芡实,白果,乌梅,山萸肉,仙灵脾,仙茅,肉苁蓉,益母草,鹿茸(研细吞服)。

方解:方中黄芪、白术、防风益气固表,防止在激素减量过程中的反复外感;山药、莲子肉、芡实、白果、乌梅、山萸肉具补肾滋阴、固精收敛之作用,对于久治不消失之蛋白尿,具有良好的效果;仙灵脾、仙茅、肉苁蓉、鹿茸补肾助阳,祛风除湿,壮肾中之阳,可以弥补由于激素减量造成的机体内的肾阳鼓动之不足;益母草活血利湿,对于久病血瘀湿阻者,可谓是一味良药。该方还包括多种药对,如防风与乌梅,一散一收,相互制约,相互为用,祛风抗过敏之作用增强,对于肾脏患者免疫功能紊乱具有良好的调节作用;黄芪配防风,二药参合,散中寓补,补中兼疏,动静结合,相辅相成,且黄芪得防风,其功愈大,可增强人体抵抗力,防御外邪感染;黄芪与山药,一阳一阴,阴阳相合,相互转化,健脾胃,促运化,敛脾精,止漏遗,功效卓著;芡实配莲子肉,山药配芡实,均是相须为用,增强补肾固精之功能;仙灵脾配仙茅,相须为用,补肾壮阳作用加强。全方经合理配伍之后,可达到温壮肾气、培补脾土、敛精固遗之功效,可以调动机体内在生机,增强脾肾功能,逐步消除对激素的依赖,从而保证循序取代激素撤减后的机体功能,临床实践证明具有良好的临床疗效。

在临证遣药方面,石景亮主任医师要求注意两点:一是该方药一般连服3~6剂,患者尿蛋白转阴后,即可递减激素,而且强的松以每周5mg减量的速度较为妥当,切不可操之过急;二是如果难

治性肾病处于正虚邪实复杂证候,或湿热壅滞、或六郁之邪未除者,均不宜使用,否则将有闭门留寇、邪恋难除之虞,而且肾病综合征证属湿热壅滞或六郁之邪未除者,皆不宜用,误用将导致湿热相合,如油入面,病情缠绵,久而不愈。

【病案举例】 张某,男,20岁,铁路工人。1987年3月,以肾病综合征收住入院,用强的松加用环磷酰胺等药物,治疗半年无效。见患者面部及全身浮肿、满月脸、舌体胖、舌苔薄白、脉象细数等。先用济生肾气汤加味施治,相继用撤减激素汤。处方:生黄芪30g,白术10g,防风10g,生山药30g,莲子肉15g,芡实30g,白果10g,乌梅15g,山萸肉20g,仙灵脾15g,仙茅10g,肉苁蓉12g,益母草30g,鹿茸0.5g组成。共治疗179日,病情稳定痊愈。1988年2月上班。经随访15年,未见复发。

三、扶正御邪法

当慢性肾炎、肾病综合征以及难治性肾病患者,在激素安全撤除后,由于曾经应用激素及免疫抑制剂治疗,故患者免疫功能低下,即使是各项化验检查全部恢复正常,也不可掉以轻心,因为激素安全撤停后,患者在平静情况下尚可,但在四季交替、寒暖不适的情况下,经常发生上呼吸道感染或慢性咽炎,不仅易于感冒,且往往由于感冒而诱发病情的反复,这是许多难治性肾病难以痊愈的原因之一。因此,石景亮主任医师认为,上工治未病,防患于未然,此时如果坚持以益气固肾、渗湿和胃之剂,持久服用,杜绝复发,以善其后,对于那些临床已经缓解的患者来说,是非常重要的。应用本法本方时,一般前30天隔日1剂,此后,每隔2日1剂,坚持服60~90天,停药之后还须每季度复查一次,相机调治。

治则:益气固肾,渗湿和胃。

方药:创用扶正御邪汤。药物组成为:生黄芪,白术,防风,生山药,生薏仁,芡实,莲肉,连翘,郁金,佩兰,枳壳,升麻,蒲公英,鲜白茅根,玉米须,大枣,生姜。

方解:石景亮主任医师认为,肾病复发的弊端多因于肺,故首当宣肺洁源,内经云:“肺主通调水道”,一旦肺气臃郁,宣降失司,上焦壅遏则水道不利,脏气违和而精微下漏,故此,治当宣肺气以洁源流。所投宣肺药物,大多辛味,用辛味以治肾,正符合经旨:“肾恶燥,急食辛以润之,开腠理,致津液,通气也”。同时,防风、升麻轻升入肺,合玉屏风散旨在益气固卫,其意都在御邪以加强其屏障之功能;连翘、蒲公英、白茅根、玉米须、薏仁、郁金、佩兰功在清利上下,意在补中有清,补清结合,可达补而不滞之目的;山药、芡实、莲子肉功在补肾固精,健脾渗湿;枳壳、升麻、生姜、大枣行气调升降,和胃以健脾,用以强健后天之本。全方有益气固肾、渗湿和胃之功,达扶正御邪之效。

石景亮主任医师还强调,当感冒已经发作,临床表现为邪热炽盛者不能用扶正御邪汤,误用则有引邪入里之弊;阴虚内热者,亦不宜用,误用非但对滋阴清热无济,反而会加重病情。

【病案举例】 梁某,男,12岁,小学生。1989年3月4日,在当地人民医院确诊为肾病综合征。该院曾先后用肾炎四味片、强的松等药物,治疗59日,未见效。现患儿每日服强的松30mg。刻诊:见患儿满月脸、胸闷纳呆、舌质暗、舌苔黄腻、脉象细濡等。先治以新加越鞠汤,服10剂后,腻苔消除,饮食正常。继而用撤减激素汤,守方连续服60剂后,以每6日为限递减强的松5mg,直至强的松全部撤掉。待至8月28日,患儿尿检、血浆蛋白、胆固醇均正常。为巩固疗效,杜绝复发,治以扶正御邪汤。处方:生黄芪20g,白术6g,防风6g,生山药20g,生薏仁10g,芡实10g,莲子肉5g,连翘9g,郁金6g,佩兰6g,枳壳5g,升麻3g,蒲公英10g,鲜白茅根20g,玉米须10g,大枣3枚,生姜3g。间断服用,进行巩固治疗。治疗全程计104日,彻底治愈。经随访14年,未见复发。

曹恩泽

中西医结合治疗肾病综合征

曹恩泽教授(安徽中医学院第一附属医院,邮编:230031)安徽省名中医,临证 30 余载,学识颇丰,病者如云,尤其擅治肾病。

原发性肾病综合征发病机制十分复杂,与机体的免疫、凝血、纤溶和激肽等系统都有密切的关系。目前临床上大部分都应用糖皮质激素和环磷酰胺(CTX),但大剂量使用及较长时间的应用,均可引起诸多不良反应,如诱发或加重感染、胃肠道不适、性腺抑制等。糖皮质激素撤减或停用后,又可导致病情反复发作。对此,曹恩泽教授采用中医药辨治,不仅显著地提高疗效,而且也明显地减轻或避免了上述的不足。

一、应用糖皮质激素不同阶段的中医药辨治

主要根据糖皮质激素不同剂量阶段而采用中医药辨证治疗。

(一)糖皮质激素首始剂量阶段

初发病时,应用糖皮质激素首始剂量要足,以强的松为例,成人每天用量为 1 mg/kg (体重),小儿每天用量为 $1.5 \sim 2 \text{ mg/kg}$ (体重),年龄越小则用量越大,一般均晨起顿服,治疗 8~12 周。

病机:由于强的松为阳刚之品,大剂量使用势必生热,邪热伤肾,加之发病时即存在水湿潴留,进而生热助湿。

辨证:热毒炽盛,邪湿内蕴。

症状:除肢体浮肿外,还可见咽干咽痛、面色红赤、心烦失眠、口苦口黏、口干口渴、不欲多饮、舌质红、舌苔黄腻、脉象滑数等。

治疗:以清热解毒为主,辅以益肾利湿法。这样,既能减轻大剂量糖皮质激素所致的副作用,使糖皮质激素得以顺利应用,又能调整机体免疫机能,减少诱发感染等,从而协助糖皮质激素消减尿

蛋白,缩短病情缓解时间,进而提高了缓解率。

常用方药:黄柏、知母、金银花、紫花地丁、野菊花、连翘、丹皮、生地、山药、山茱萸、六月雪、泽泻、茯苓、白茅根、赤芍、丹参、益母草等。

(二)糖皮质激素减量阶段

首始足量糖皮质激素治疗 8~12 周后必须减量,但减量速度要缓慢,每周减量约为原先剂量的 10%,剂量越小减量越慢,一般 2~3 周减量 1 次。当减至每天 0.5 mg/kg(体重)时,改 2 天量合并后,隔日顿服,然后每 2~3 周减量约为原先剂量的 10%,至每 2 天 0.4 mg/kg(体重)即维持量。

病机:此阶段,由于糖皮质激素首始剂量阶段邪热伤阴之象逐渐显著,同时糖皮质激素逐渐撤减,脾气亏虚渐现。

辨证:常表现为湿热内蕴、气阴两虚之证。

症状:体倦乏力、易感冒、口苦而黏、纳食减少、口干咽燥、午后低热或手足心热、舌质红、舌苔微黄厚或微黄腻、脉象细弱或濡数等。

治疗:拟以清热利湿、益气养阴法,重在防止病情的反跳。

常用方药:早期常用连翘、黄柏、六月雪、茯苓、清半夏、黄芪、太子参、白术、麦冬、生地、女贞子、旱莲草、砂仁、泽泻、白茅根、丹参、玉米须、泽兰、三棱、莪术等。随着糖皮质激素量的逐渐减少,则随之加用金毛狗脊、黄精、蝉蜕等,以增强机体免疫机能,促进肾上腺皮质功能的逐渐“觉醒”,减少撤减糖皮质激素时病情的反跳。

(三)糖皮质激素维持阶段

糖皮质激素维持时间要长,即以每 2 天 0.4 mg/kg(体重)量,视病情维持 6~12 个月。

病机:此阶段,因糖皮质激素撤减至最小维持量,外源性激素的阳热之性消退,邪热渐去,而自身内源性激素的分泌功能尚未完全恢复,故气虚加重,由脾及肾。

辨证:脾肾亏虚之证。

症状:倦怠乏力、腰膝酸软、大便溏薄、纳食减少、舌质淡、舌体胖边有齿印、脉象沉细或沉迟无力。

治疗:拟补益脾肾法,重在恢复肾上腺皮质功能,减少病情的反复。

常用方药:金毛狗脊、菟丝子、仙灵脾、黄芪、白术、黄精、生地、茯苓、山茱萸、牛膝、生薏苡仁、淮山药、砂仁、地龙、全蝎等。现代药理研究表明,这些补益脾肾的中药有助于减少机体对激素的依赖,防止病情反跳,具有拮抗外源性激素的反馈抑制,以免出现激素撤减综合征的发生,并有调节下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的功能,还能增强细胞免疫和增加抗体的形成,以调整其免疫机能的状态,进而起到预防感染发生的作用。

(四)糖皮质激素停止阶段

此时患者病情基本获得痊愈,外邪尽去,只是自身阴阳才刚刚恢复到新的平衡状态。

治疗:拟以阴阳双调之法,使其阴平阳密,巩固临床治疗效果,防止病情的复发。

常用方药:黄芪、白术、金毛狗脊、菟丝子、山茱萸、熟地、白芍、知母、旱莲草、女贞子、茯苓、芡实等。

二、中医药减缓环磷酰胺(CTX)的毒副作用

环磷酰胺(CTX)常见的不良反应有胃肠道不适、骨髓抑制等,致血常规减少、性腺抑制、尤其是女性的闭经等。对此,曹恩泽教授常根据具体情况而予辨证结合辨病,施以适当的治法,每能收效。

如在环磷酰胺(CTX)应用时及其应用后3小时,常治拟健脾和胃降逆法,用参苓白术散合小半夏汤加减,以防止或减轻胃肠道不适的反应。

如血常规减少者,常伴有一些气血亏虚之候,见神疲乏力、头

晕心悸、面色少华、舌质淡、舌苔薄、脉象细弱等,则拟以益气养血、补益心脾法,以归脾汤加阿胶、黄精等治之。

在年轻女性应用环磷酰胺(CTX)过程中,常在未出现闭经前,就应注意预防性腺抑制,若一旦发生,就更要积极治疗。临证多表现为肝肾阴虚之证,故常拟补益肝肾调经法,用一贯煎合知柏地黄汤及桃红四物汤等加减化裁。

三、活血通络法贯穿于肾病综合征治疗的始终

肾病综合征患者常存在血液的高黏、高凝状态。现代药理研究证实,活血通络药物具有降低血小板聚集、改善血液黏稠度和高凝状态、扩张肾脏血管、提高肾脏血流量、改善肾脏微循环的作用,从而调节了局部肾组织供氧及其功能状态,进而提高了肾病综合征的临床效果。

疾病初期,因湿热内蕴,经络郁滞,而势必存在着血瘀的病理变化。因此,于病之初期常用益母草、丹参、赤芍、泽兰等活血化瘀之品。

由于“久病必瘀”、“久病人络”,故随着病情的迁延,加之气虚无以推动血液的运行,以致脉络瘀阻逐渐加重,此时则在活血化瘀的基础上,加用破血通络之品,如莪术、三棱、地龙、全蝎等。

尤其对难治性肾病综合征、水肿顽固难退者,乃“血不利则为水也”,则更应尽早地加用破血通络之品,以使血行水去肿消,以此治疗,常能获佳效。

【病案举例】 董某,男性,19岁。2000年8月8日初诊。反复面部及双下肢浮肿2个月,曾在当地医院查尿常规:蛋白(+++),尿蛋白定量5.62 g/24 h,拟诊为“肾病综合征”,予强的松60 mg,每日1次。治疗1个月,病情缓解,尿蛋白转阴,随之强的松减量,很快减至15 mg,每日1次。近半个月来,病情反复,肢体浮肿复现,尿常规:蛋白(++++) ,尿蛋白定量5.22 g/24h,血清白蛋白23.8 g/L,甘油三酯(TG)2.51 mmol/L,总胆固醇(TC)

8.26 mmol/L, 血糖、肝肾功能及自身抗体全套检查均无异常, 血压正常, 诊断为原发性肾病综合征。给予强的松 60 mg, 每日 1 次。结合患者面部红赤、口干咽燥、心烦寐差、舌质红、舌苔黄厚、脉象滑数等, 中医辨证为: 热毒炽盛、邪湿内蕴证。治拟: 清热解毒、益肾利湿法。处方: 紫花地丁 30 g, 野菊花 30 g, 白茅根 30 g, 金银花 20 g, 生地 15 g, 赤芍 15 g, 益母草 15 g, 知母 10 g, 连翘 10 g, 山茱萸 10 g, 泽泻 10 g, 茯苓 10 g, 茯神 10 g。每日 1 剂, 水煎服。

1 个月后, 尿蛋白转阴, 浮肿消退, 继续原方案治疗。

2000 年 10 月 4 日, 复查尿常规正常, 尿蛋白定量 0.14 g/24 h, 血浆白蛋白 37.6 g/L, TG 1.98 mmol/L, TC 等正常。改强的松 55 mg, 每日 1 次。此后按每周减 5 mg 速度, 减至 45 mg/d, 改为 2 周减 5 mg, 减至 40 mg/d, 再改为 3 周减 5 mg, 减至 30 mg/d。然后将 2 天量合并为 60 mg, 隔日顿服, 再按 2~3 周减 5 mg, 当减至 25 mg/2 d 时维持。每次减量前均复查尿常规, 其蛋白(-) 时方可减量。在强的松减量初期, 仍以清热解毒、利湿化瘀为主, 随着强的松量的减少, 患者逐渐出现口苦而黏、纳食减少、倦怠乏力、口干咽燥、手足心热、舌质红、舌苔黄腻、脉象濡数等症。中医辨证属湿热内蕴、气阴两虚证。立清热利湿、益气养阴法。处方: 玉米须 30 g, 白茅根 30 g, 黄芪 20 g, 女贞子 20 g, 旱莲草 20 g, 六月雪 15 g, 太子参 15 g, 生地 15 g, 泽泻 12 g, 泽兰 12 g, 连翘 10 g, 黄柏 10 g, 清半夏 10 g。

当患者手足心热、口干咽燥、舌质红、舌苔黄腻等症渐渐消退, 而见乏力明显、时感腰酸肢软等症时, 则于上方去连翘、黄柏、清半夏、女贞子、旱莲草, 加金毛狗脊 15 g, 黄精 15 g, 蝉蜕 10 g。

2001 年 4 月 18 日, 查尿常规正常, 予强的松 25 mg/2 d 以维持。见体倦乏力、纳少、便秘、腰酸肢软、舌质淡、舌体边有齿印、脉象细弱等症, 为脾肾亏虚之候。治以健脾益肾法。处方: 生薏苡仁

30 g,黄芪 20 g,金毛狗脊 15 g,菟丝子 10 g,仙灵脾 10 g,白术 10 g,生地 10 g,茯苓 10 g,山茱萸肉 10 g,怀牛膝 10 g,莪术 10 g,砂仁 6 g。并嘱每月复查 1 次尿常规,避免劳累、感冒。

服上方半年后,诸症渐除,嘱守上方隔日 1 剂服用。

2002 年 3 月 6 日,查尿常规正常,无不适主诉,停强的松。为巩固疗效,立阴阳双调法。处方:黄芪 15 g,旱莲草 15 g,金毛狗脊 10 g,山茱萸 10 g,白芍 10 g,熟地 10 g,知母 10 g,茯苓 10 g,芡实 10 g,地龙 10 g。

3 个月后停药。2002 年 12 月 10 日,复查尿常规正常,身体无不适。

何世东

治疗顽固性原发性肾病综合征经验

何世东主任中医师(广东省东莞市中医院, 邮编: 523005)是国家中医药管理局第三批师带徒的指导老师, 从事中医临床工作 30 余年, 衷中参西, 擅长肾病的治疗, 尤其对顽固性原发性肾病综合征治疗积累了丰富的经验。

顽固性原发性肾病综合征是指原发性肾病综合征中有激素依赖史或用激素治疗有效, 但减至一定量时出现蛋白尿, 复发 3 次以上, 病史 5 年以上者; 或激素治疗无效, 有激素禁忌证, 病史 5 年以上者, 是肾病治疗中颇为棘手的难题。中医文献中无“肾病综合征”之记载, 根据临床症状, 属于中医“水肿”、“腰痛”、“虚劳”等范畴。本虚标实是本病的病机, 脾肾阳虚是本病之根本; 湿浊(湿热)内蕴是病情难愈之主因; 瘀血内阻是本病肾功能减退之关键; 外邪(毒邪)侵袭是本病反复发作、病情加剧的常见诱因。临床上重在分期辨治。

一、水肿期治疗

此时主要矛盾在于消除水肿。水肿的主因是脾肾阳虚、水湿泛滥。但与湿热内蕴、瘀血内阻关系密切; 有时与风邪侵袭有关。临床上互相错杂, 治疗时要分清标本, 并对症加入清热祛湿或活血祛瘀之品。

(一)脾肾阳虚, 水湿泛滥

症状: 见面色晄白、形寒肢冷、全身浮肿、神疲尿少、腰膝酸软, 若伴有胸水则气急促、难以平卧, 伴腹水则腹胀、纳呆恶心, 舌质淡白, 舌苔滑腻, 脉象沉细等。

治则: 温补脾肾、利水消肿。

方剂:用真武汤合五皮饮加减化裁。

常用药物:熟附子、白术、茯苓皮、白芍药、生姜、大腹皮、五加皮、泽泻、桂枝、槟榔、陈皮等。

(二)脾虚水肿

症状:见四肢浮肿或全身水肿、少气乏力、神疲纳呆、面色萎黄、尿少、舌质淡、舌体胖有齿印、舌苔白腻、脉象沉缓乏力等。

治则:益气利水。

方剂:用防己黄芪汤合参苓白术散或五皮饮加减化裁。

常用药物:黄芪、白术、云茯苓、泽泻、薏苡仁、扁豆、砂仁、车前子、炙甘草、党参、大腹皮、五加皮等。

(三)风邪外袭

外邪(毒邪)侵袭,外感风寒或热毒侵袭于肺,肺失宣肃,致水肿加重。外邪(如湿邪)内扰于脾,则运化失职,致水肿加重。外邪(如寒邪)内及于肾,则主水功能失职,致水肿加重。肾藏精开合功能失调,则蛋白尿加重。

症状:水肿因外感而加重或复发,见恶风发热、鼻塞流涕、咳嗽或咽痛、痰黄、尿黄短、舌质淡红、脉象浮等。

治则:宣肺利尿或兼清热利咽。

方剂:用枇杷叶煎合五皮饮,或银翘散合麻黄连翘赤小豆汤加减化裁。

常用药物:麻黄、连翘、赤小豆、枇杷叶、淡豆豉、梔子、北杏仁、薏苡仁、银花、甘草、法半夏、滑石等。

二、非水肿期治疗

水肿消退后,多见面色无华、神疲乏力、腰膝酸软、头晕等症状,但大多数患者是反复应用大量激素,故表现为阴虚火旺、湿热内蕴、血瘀内阻之证,随着激素用量的减少,渐显气阴两亏之证,至激素停用后,表现阴阳两虚或脾肾阳虚,并常虚实错杂,在激素治疗的不同阶段有不同的表现,还常有湿浊(湿热)、血瘀等兼证。本

阶段的重点是消除蛋白及预防复发。

(一)脾肾两虚(此型多为无激素治疗史或激素停用后患者)

在激素减至较少量时,往往出现阴阳两虚,此时患者在症状上可能以阴虚表现突出,但此病此时是补脾肾之阳更为重要,千万不要被激素伤阴之象所迷惑。应着重阴中求阳,或直接补肾阳。

症状:见面色㿔白、神疲乏力、腰膝酸软、舌质淡、舌苔白、脉象细弱等。

治则:益气补肾。

方剂:用右归丸,或左归丸加黄芪、参苓白术散合水陆二仙丹。

常用药物:熟地黄、山茱萸肉、淮山药、枸杞子、云茯苓、菟丝子、牛膝、黄芪、党参、女贞子、白术、杜仲、芡实、鹿角胶、巴戟、仙茅等。

(二)气阴两虚(此型多为激素已减量患者)

症状:见面色无华、少气乏力、口燥咽干、五心烦热、头晕目眩、多梦、尿黄、舌质红、少苔、脉象细弦数等。

治则:养阴益气固肾。

方剂:用六味地黄汤加二至丸、党参、黄芪等。

常用药物:熟地黄、山茱萸肉、淮山药、泽泻、丹皮、党参、黄芪、云茯苓、薏苡仁、女贞子、旱莲草等。

(三)阴虚火旺(此型多为应用大量激素后的患者)

症状:见症面红、失眠多梦、口干口苦、满月面、多毛、烦躁、盗汗等。

治则:滋阴降火。

方剂:用知柏八味丸加梔子、二至丸等。

常用药物:知母、黄柏、生地、丹皮、山茱萸肉、泽泻、淮山药、云茯苓、女贞子、旱莲草、益母草、元参等。待激素渐减后,清热之品渐减。

(四)湿浊内蕴

病机:脾肾阳虚,水湿内停,或饮食不节,或外感湿邪致湿浊;或用药失当(包括中西药),或久郁化热致湿热胶结,病变难愈。

治则:临床上可灵活加入祛湿热之品。

常用药物:白花蛇舌草、半边莲、薏苡仁、蒲公英、玉米须、白茅根、茵陈、土茯苓等。

(五)瘀血内阻

病机:湿浊内蕴,阻碍气机,气滞则血瘀,瘀阻经络,气血运化水液更为失常,则瘀血内阻。脾肾气虚,久病入络,瘀阻于肾,致肾开合、藏精之功能难复。

治则:临床加入活血化瘀之品。

常用药物:川芎、益母草、田七、丹参、全蝎、血竭、赤芍等。

【病案举例】 患者,男性,12岁。1978年出现全身浮肿,于广州某医院肾内科住院,诊断为原发性肾病综合征,应用皮质激素治疗,尿蛋白消失。当减药至强的松每天10mg时,尿蛋白呈阳性(+~++),如是病程反复至1983年,仍大量蛋白尿,全身浮肿,而住院。症见:面色㿔白、形寒肢冷、全身浮肿、双下肢为甚,神疲、尿少、大便溏、胃纳尚可、舌质淡、舌苔白滑腻、脉象沉以尺脉为甚。辨证:为脾肾阳虚,水湿泛滥。治以温补脾肾,利水消肿。药用:熟附子8g,白芍12g,白术15g,云茯苓20g,生姜3片,五加皮15g,大腹皮15g,黄芪15g,陈皮4g。并服强的松1mg/(kg·d)。

二诊:进14剂药后,水肿已消失,精神好转,大便正常,胃纳大增,舌质稍红,舌苔薄白。改用养阴益气固肾法。处方:熟地18g,山萸肉12g,淮山药15g,丹皮8g,泽泻9g,茯苓20g,黄芪20g,益母草20g。

三诊:共进40剂药,尿蛋白消失。加用环磷酰胺50mg/bid。嘱服用45天。

四诊:激素逐渐减量。仅见腰膝酸软、舌质淡红、舌苔薄白、脉

象细等症。治以补肾益气法。处方:熟地 20 g,山萸肉 12 g,北黄芪 30 g,淮山药 15 g,云茯苓 12 g,菟丝子 12 g,泽泻 9 g,田七 5 g,沙苑子 12 g,杜仲 10 g,芡实 15 g,枸杞子 10 g。

激素用量逐渐减少,则补肾阳、益气之中药即随之增加,经 2 年治疗,完全停用激素,尿蛋白一直阴性。善后处方:熟地 15 g,鹿角胶 8 g,仙茅 8 g,巴戟天 12 g,杜仲 10 g,沙苑子 12 g,枸杞子 10 g,北黄芪 18 g,白术 12 g,田七 5 g,淫羊藿 8 g。一直服用 3 个月。此后患者痊愈,无再发作,并于 1998 年结婚,生一健康女婴。

付予君等

分型论治肾病综合征

付予君、杜英汉等医师(平顶山市第一人民医院, 邮编: 467000)根据肾病综合征的临床表现、疗程及转归认为该病属于祖国医学“水肿”等范畴。内可因脾、肾二脏阳虚、气虚、功能不足, 外可因风寒湿邪侵袭而诱发。如《诸病源候论》云: “水病者由脾肾俱虚故也。肾虚不能宣通气, 脾病不能制水, 故水气盈溢, 渗透皮肤, 流遍四肢, 所以通身肿也。”说明了脾肾功能失健是肾病综合征重要的内在因素。运用温补脾肾、利水消肿、补中益气、清热利湿、解毒等法, 治疗本病, 效果良好。

由于本病的病因较复杂, 临床表现多不一致, 付予君等总结其症状的共同性, 归纳为下列 3 型, 且各病程中常可互相转化或兼见。

一、阳虚型

脾肾阳虚, 水湿泛滥。

症状: 见面色苍白、周身浮肿、腰膝酸软、畏寒肢冷、小便短少、食少纳差、大便溏薄、舌体胖大边有齿痕、舌苔薄白、脉象沉细等。

治法: 温补脾肾, 利水消肿。

基本方: 白术 15 g, 泽泻 18 g, 赤芍 12 g, 熟附子(先煎) 15 g, 车前子(包煎) 30 g, 桂枝 10 g。水煎服, 小儿量酌减。

二、气虚型

此型为中气不足, 脾失健运。

症状: 见肢体浮肿不甚、小便不利、面色萎黄、神疲、气短懒言、饮食减少、舌质淡、舌苔薄白、脉象沉弱等。

治法:补中益气。

基本方:黄芪 30 g,党参 30 g,白术 20 g,柴胡 10 g,升麻 6 g,茯苓皮 18 g,泽泻 15 g,陈皮 10 g,当归 15 g,甘草 10 g。水煎服。

临证加减:若尿量增多,水肿退而不尽,血清蛋白甚低时,可加用鹿角胶、龟版胶之类;尿蛋白过多时,可加用金樱子、桑螵蛸、菟丝子等药。

三、湿热型

症状:见遍身水肿、胸痛痞闷、烦热、咽痛、小便短涩、大便干结、或有皮肤化脓性感染、舌苔黄腻、脉象沉数等。

治法:清热,利湿,解毒。

基本方:猪苓 18 g,茯苓 30 g,泽泻 15 g,阿胶(烔化)10 g,滑石 18 g,大腹皮 18 g,黄柏 15 g。水煎服。

临证加减:若见发热、咳嗽者,可加用连翘、桑白皮等;如热毒盛者,加板蓝根 40 g;如小便短涩甚者,可加用石韦、木通等;如有血尿者,可加大蓟、小蓟、墨旱莲等以凉血止血。

临床选 50 例患者,均由肾内科确诊,西药治疗效果不佳而转中医科治疗。50 例中,男 35 例,女 15 例;8~15 岁 32 例,16~32 岁 18 例;疗程最短 3 个月,最长 6 个月。经以上方法辨证施治后,尿蛋白均已消失,血清蛋白及胆固醇趋于正常范围。并根据不同证型,服用六味地黄丸、金匱肾气丸、健脾丸等以善其后,随访半年,未复发。

【病案举例】 刘某,男,28 岁。因肾病综合征屡治未愈,现出现全身浮肿,逐渐加重而住院治疗。经用激素等药(具体用药不详)2 月余仍未见效,患者要求改用中药。见病人面色及全身苍白、高度水肿、腹部膨隆、腹水征(++)、胸腔大量积液、呼吸困难、不能平卧、恶心纳差、尿量少、怯寒肢冷、舌质淡、舌苔薄白、脉象细弱等症。检查:血浆总蛋白 35%,尿蛋白(+++),红细胞(+)。

中医辨证:属于脾肾阳虚,水湿内停。

治法:益气健脾,温肾填精,通阳利水。

处方:党参 20 g,黄芪 30 g,白术 25 g,防己 15 g,山茱萸 15 g,熟附子(先煎)25 g,茯苓 15 g,泽泻 20 g,桂枝 10 g,车前子(包煎)30 g,赤芍 30 g,葶苈子 25 g。

二诊:上方加减服药 2 周,水肿明显消退,胸腹水减半,食欲渐增,畏寒怯冷消退,舌质转红润,舌苔白,脉象仍沉。尿检:蛋白(++) ,尿中红细胞消失,血浆总蛋白 51%。原方去车前子、葶苈子,加羌活 25 g,桑螵蛸 15 g,金樱子 15 g。

三诊:续服 20 剂后,水肿基本消除,食欲可,精神佳,脉象和缓。尿检蛋白(-)。病告痊愈,原方加减续服,以巩固疗效。

【按语】 本案为祖国医学“水肿”范畴的脾肾阳虚、水湿泛滥型,故施治之法,重在益气补脾,温肾扶阳。温补脾肾之药具有提高血浆蛋白、增加血容量的作用,且对肾小球上皮细胞及基底膜的渗透亦有改善作用,因之而痊愈。

孙中诚等

肾病综合征的论治

孙中诚、董尚林等医师(河北医科大学中西医结合学院, 邮编: 050091)综合论述了肾病综合征的水肿、蛋白尿等主要临床表现的治疗。

一、水肿

(一)水肿治疗的历史沿革

《内经》首先提出“开鬼门, 洁净府”、“去菀陈莖”的法则, 即发汗、利小便和攻逐瘀浊。汉代张仲景在《金匮要略·水气病脉证并治》篇中, 对《内经》的三大法则从临床角度进行了归纳、总结和发展, 提出了相应的方药, 并对益气、实脾、温肾法进行了探讨。隋唐及北宋的医家, 大多偏重于攻逐, 如唐代《外台秘要》、北宋《圣济总录》所收录的治水肿方剂, 常用大戟、甘遂、芫花、商陆、巴豆、牵牛子、大黄等攻逐药。唐代《千金方》根据张仲景血分水肿的论述, 已开始应用丹参、桃仁等治疗水肿, 且用于温补的处方, 大多从仲景方演化而来。金元时期, 各医家对水肿宜攻、宜补, 进行了广泛深入的学术争鸣。明代李中梓在《医宗必读》中取各家之长而融汇贯通, 明确指出, 宜攻宜补, 重在辨证, 最为中肯。

(二)现代学者的研究

时振声提出“水肿以治肺为先, 肿消继以扶正善后”的治疗方法。认为水肿形成虽与肺、脾、肾三脏有关, 但开始则为气病。肺主气, 主宣发肃降, 通调水道, 为水之上源, 故病之初应及时从肺治疗。

赵玉庸教授认为水肿形成的基本病机, 主要有以下四个方面: ①湿热内结, 弥漫上下, 水湿气化道路壅滞。②邪结于肾, 肾脉瘀

阻,气血瘀滞,水道不畅。③脾气受损或水湿困脾,运化无力,水湿停滞。④肾络瘀阻,日久肾气亏虚,气化不行,蒸腾开合失司。指出治疗原则应强调“邪去正安”而兼行“扶正祛邪”,因而治疗上以祛湿利水为重点,在辨证基础上,较普遍地采用散风宣肺、清热利湿、健脾化湿、温补脾肾、滋补肾阴、化瘀通络、健脾益肾等方法,并酌情配以凉血止血、平肝潜阳、降逆止呕、解毒泄浊、疏风宣肺等,有所侧重,有所配伍,必要时配用现代医学的利尿剂。

(三)治水肿的常用方法

(1)发汗法:主要用于外邪袭肺,肺失宣降,不能通调水道,下输膀胱而致水液潴留、溢于肌肤的水肿。

(2)利尿法:主要用于水肿而小便短少者。

(3)攻逐法:主要用于利尿无效而形气实、水湿壅塞三焦的实证;也可暂用于本虚标实而宜急则治标者。

(4)实脾法:主要用于脾气虚弱,运化失常,水溢肌肤者。临床除水肿外,有脾病见症者,也可适用本法。

(5)湿肾法:主要用于肾阳虚者。肾为水脏,故水肿表现有诸不足者,且肾虚证病程多长,收效较慢,必须坚持服药,以缓图功效。

(6)滋阴法:主要用于水肿伴有真阴不足、精血亏乏者。本法在实际应用中,常与利水法配伍。

(7)行瘀法:主要用于“积血化水”的水肿,或久病,或妇女经闭,或见肌肤甲错,皮肤间有赤缕血痕,两目黯黑,四肢青冷,遇寒为甚,舌下筋系瘀紫者,或水肿突起,腰痛尤如锥刺等。

二、蛋白尿

肾病综合征中,大量蛋白尿是治疗中比较棘手的症状。

颜德馨认为治疗肾病综合征蛋白尿,重在气化,气化而愈者,愈之自然,固涩也偶然有得,但愈之勉强。

张琪提出尿蛋白辨治三法,临床每获佳效。

(1)益气健脾除湿法。处方:党参、黄芪、白术、茯苓、山药、莲子、薏苡仁、陈皮、半夏、车前子等。方中用党参、黄芪益气,用白术、茯苓、山药、莲子、薏苡仁、陈皮、半夏健脾,用车前子利湿。

(2)益气清热固摄法。处方:黄芪 30 g,白花蛇舌草 30 g,益母草 30 g,党参 20 g,石莲子 15 g,地骨皮 15 g,柴胡 15 g,黄芩 15 g,茯苓 15 g,麦门冬 15 g,车前子 15 g,甘草 10 g。

(3)芳化淡渗利湿与益气清热利湿法。部分患者水肿消退后,或经用肾上腺皮质激素后多出现湿热证候。处方:黄芪 30 g,白花蛇舌草 30 g,蒲公英 30 g,连翘 30 g,益母草 30 g,玉米须 30 g,党参 20 g,薏苡仁 20 g,竹叶 15 g,滑石 15 g,车前子 15 g。

赵玉庸教授主张在综合治疗的基础上,以肾络瘀阻为着眼点,以化瘀通络为主要手段,使脉络通畅,气血条顺,精微四布,自无外溢之患。

三、分型论治

以下证型临床多相兼为病,在治疗中应综合分析,辨证施治。

(一)风水泛滥

先出现外邪犯肺的证候,继则见眼睑及颜面浮肿,然后迅速波及全身。

若兼见恶风寒、鼻塞、咳嗽、肢节酸重、小便不利、舌质淡、舌苔薄白、脉象浮而紧等,为风寒证。治宜祛风散寒,除湿行水。常用方为麻杏五皮饮,或越婢汤合麻黄连翘赤小豆汤。常用药物有麻黄、杏仁、桑白皮、茯苓、石膏、连翘、鱼腥草、车前子等。

若兼见咽喉红肿疼痛、舌质红、舌苔黄、脉象浮数等,为风热袭肺,肺失宣降所致。治宜疏风清热,利水消肿。常用方为银翘散加减化裁。常用药物有金银花、连翘、荆芥、防风、蝉蜕、车前草、猪苓、地龙等。

经过广泛的临床观察和实验研究,证实玉屏风散(黄芪、白术、防风)有调节机体免疫力、预防感冒的良好作用,故常作为本病患

者的预防用药。

(二) 湿热蕴结

湿热蕴结是本病最多见的一种证型。由于湿热缠绵,黏着难去,因而治疗上常常难获速效,致使病情迁延,而且湿热之邪基本贯穿于疾病的整个过程,所以在遣方用药中应时时顾及到这一基本病机。本型水肿表现较为突出,但利水之剂,不宜峻烈,应标本兼治,避免图一时之快,致使欲速而不达。

临床症状:见周身水肿、皮肤颜色润泽光亮、胸腹痞闷、烦热口渴、大便干结、小便短赤,或皮肤有疮疡疖肿、舌质红、舌苔黄或黄腻、脉象滑数等。

治则:分利湿热。

方剂:疏凿饮子加减。

常用药物:羌活、大黄、商陆、泽泻、赤小豆、椒目、槟榔、茯苓、大腹皮等。

(三) 瘀血内阻

肾络瘀阻是本病的主要病机,活血化瘀通络药的运用应当不限于传统的血瘀征象。即使在疾病的早期,酌情应用化瘀通络之品,也能收到减轻病情、延缓发展、驱逐经络病邪的良好效果。

临床症状:迁延日久,见面目虚浮、四肢水肿、肌肤甲错或现红丝赤缕、瘀点瘀斑、或腰痛、尿赤、舌质淡或淡红、舌边有瘀点、舌苔薄黄或薄腻、脉象细涩等。

治则:益肾行瘀。

方剂:桃红四物汤加味。

常用药物:桃仁、红花、地黄、当归、益母草、黄芪、党参、淫羊藿、女贞子等。

(四) 肾气虚

此类患者临床上较为常见,病程越长越突出。一般无明显的阴虚、阳虚征象,表现为身体精气不足,且多与湿热或水湿之邪同

在。此型患者治疗上一般选用平补之品,避免大寒大热。

临床症状:晨起颜面水肿,傍晚下肢水肿或水肿不明显,但感腰酸身重、形体困倦,甚则疲于行立、不耐受久坐,舌质淡红、舌苔薄、脉象沉细等。

治则:补益肾气。

方剂:济生肾气丸加减。

常用药物:山茱萸、杜仲、桑寄生、熟地黄、车前子、牛膝、茯苓、泽泻、党参、淫羊藿等。

(五)脾肾阳虚

此类患者较为少见,一般见于疾病后期和年长患者。治疗上容易取效,但用药时间较长。

临床症状:面色苍白、形寒肢冷,周身水肿,按之没指,甚者可伴胸水、腹水乃至胸闷气急,小便短少、大便溏薄、舌质淡、舌体胖大、舌苔薄或腻、脉象沉细等。

治则:温补脾肾,通阳利水。

方剂:真武汤合实脾饮加减。

常用药物:附子、白术、茯苓、桂枝、木瓜、干姜、猪苓、泽泻、槟榔等。附子、桂枝等使用较多,但药量不宜过大。

(六)肝肾阴虚

此类患者极为常见,由于湿热之邪伤阴,清热利湿的苦寒药伤阴,且免疫抑制剂强的松等也伤阴,以上诸多因素往往造成水湿壅盛与阴虚火旺同在,治疗上颇为棘手。

临床症状:水肿不明显,但见口干、咽喉干痛、头目昏眩、性情急躁、腰酸尿赤、盗汗烦热、舌质红、舌苔薄或少、脉象细弦数等。

治则:滋补肝肾,利水化湿。

方剂:二至丸合杞菊地黄丸加减,或配用猪苓汤养阴利水。

常用药物:墨旱莲、牡丹皮、女贞子、枸杞子、山药、山茱萸、地黄等。

(七)正气衰惫,浊毒内留

此型患者或受邪深重,或失治误治,致使病情发展迅速,浊毒留滞,正气大伤。可采取综合治疗方法。

临床症状:面色萎黄、眼睑虚肿、神疲乏力、语音低怯、胸腹痞闷、呕吐厌食,口中有尿臭,或小便短少,或夜尿频多,甚至出现昏愤、抽搐,皮肤瘙痒,大便色黑、舌质淡无华、舌苔腻或腐、脉象细或滑、沉取无力等。

治则:温脾,益肾,泄浊。

方剂:温脾汤合大黄附子汤。

常用药物:人参、附子、吴茱萸、黄连、丹参、大黄等。

四、关于激素的使用

激素是治疗肾病综合征的首选药、常用药,以强的松、强的松龙等为代表。激素通过抑制免疫、抑制炎症、抑制醛固酮、抗利尿等而发挥治疗作用,但有多方面的毒副作用。其不良反应的病机已定性,基本是阴虚内热兼有气虚,停药出现阳气不足,因而培补脾肾是防治激素依赖型肾病的基本大法。由于激素为纯阳之体,易伤阴液,故对激素常规治疗的患者采用滋阴补肾的方法治疗,而且此方法贯穿整个病程之中;在激素撤减过程中,滋补肾阴的同时,也要注意肾阳虚的脉证,加入温补肾阳的药物,并配用益气、镇静安神、活血、清热解毒、增加钙质、制酸等药物。具体运用时一般分3个阶段:

第一阶段,为大剂量激素治疗期,宜滋补肾阴为主,佐以清虚热法,用六味地黄汤加知母、甘草。

第二阶段,多在激素减至中等剂量以下时,患者食欲下降或食后饱胀,应予补脾滋肾法,可以沿用上方去知母,生地黄减量,加四君子汤。

第三阶段,多在激素减至维持量时,患者阳虚症状明显,有的血压偏低,此时宜酌加温阳之品。

赵富生等

真武汤治疗肾病综合征

赵富生、郭钦鹏等医师(河南省偃师市卫校附院, 邮编: 471900)应用中西药物综合治疗肾病综合征,减轻肾上腺皮质激素的毒副作用,取得了较好疗效。

肾病综合征是一种自身免疫性疾病,在临床上以大量蛋白尿、低蛋白血症、明显水肿、高脂血症、腹水、血尿、少尿、高血压等症状为主,常伴有凝血功能异常致病情加重,肾功能恶化,甚至诱发其它部位栓塞。临床治疗较困难,复发率高,预后较差。肾病综合征临床上常用肾上腺皮质激素类药物治疗,有效率尚可,但用药剂量、时间长短不易掌握,且复发率高,药物毒副作用亦多。

赵富生、郭钦鹏等医师用真武汤(炮附子、白术、茯苓、芍药、生姜)合活血化瘀(丹参、川芎、当归等)、补气温阳(黄芪、党参、菟丝子、仙灵脾等)类中药,治疗肾病综合征。

(1)肾病综合征病因较多,临床症状复杂,病程持续时间长,复发率较高,常用大剂量激素治疗,副作用多,如诱发溃疡或感染,停药后易“反跳”复发,长期服用还有肾阴虚症状,如见五心烦热、头昏耳鸣、失眠盗汗、面红口干、腰腿酸软等症,此时用真武汤加用滋阴降火养肾类中药,如生地、旱莲草、女贞子、知母、龟版、枸杞子等,可减轻或消除以上症状,有利于病人长期服药。

(2)减用激素时,加用温阳补气类中药,如黄芪、党参、菟丝子、仙灵脾等,可保护肾上腺免受外源性激素的抑制作用,避免肾上腺萎缩、分泌功能下降,巩固药物疗效,并调节免疫功能,减轻免疫复合物对肾小球滤过膜的损害,从而减少尿蛋白的丢失。

(3)在肾病综合征病人中,还存在有血液高凝状态,特别是肾小球内高凝状态,影响肾小球血液供应及病人水肿的恢复,加用活血化瘀类中药,如丹参、川芎、当归等,可降低血液黏度,改善微循环,减少微血栓形成,降低血液中自由基对肾小球的损害,改善肾小管的重吸收作用,促进肾功能恢复。

(4)在肾病复发因素中,上呼吸道感染为最常见诱因,故加用温阳补气、清热解毒类中药,可扶正祛邪、增加病人抵抗力,对病情恢复、预防复发有重要意义。

(5)其它对症治疗,如抑制胃酸、保护胃黏膜、平肝潜阳、降低血压、舒肝和胃、增强食欲、利尿消肿等药物,对缓解相应症状,树立病人战胜疾病信心,减少其它药物毒副作用,均有一定意义。

临床治疗各种类型肾病综合征 44 例,这些病例临床表现均符合原发性肾病综合征诊断标准,按随机抽样原则分为两组:中西医结合治疗组 23 例(男 13 例;女 10 例),年龄 11~38 岁,平均 19.2 岁,病程 1 个月至 14 年,平均 11 年。其中初治病人 19 例,复治病人 4 例。按肾功能分型:I 型病人 16 例,II 型病人 7 例。对照组 21 例,男 10 例,女 11 例,年龄 8~37 岁,平均 18 岁,病程 1 个月至 14 年,平均 12 年。其中初治病人 16 例,复治 5 例;I 型病人 18 例,II 型病人 3 例。二组病例经统计学处理无显著性差异,多数病人未作肾脏活检病理分型。

对照组:使用强的松(或地塞米松),开始剂量为 $12 \sim 2 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,连用 4~8 周有效后减量,每 1~2 周减 $5 \sim 10 \text{ mg}/\text{d}$,减至 $10 \sim 15 \text{ mg}$ 时连用 6 个月以上,以早晨顿服为主(个别病人曾用环磷酰胺冲击疗法)。常规加用消炎痛($25 \sim 75 \text{ mg}/\text{d}$)、潘生丁($75 \sim 150 \text{ mg}/\text{d}$)。根据症状再选用一些其它药物,如双氢克尿噻、硝苯吡啶、西咪替丁、藻酸双脂钠等。为彻底清除感染灶,多数病人使用青霉素 1~2 周。

治疗组:在对照组用药基础上,加用中药。每疗程 15 天,大多

用药 1~3 疗程。

观察方法:临床症状每 1~3 天记录一次;检验:尿常规 1~2 天化验一次,尿蛋白、血尿控制后 1~2 周化验一次,血尿素氮 1~2 天化验一次直至正常,血脂、白蛋白 1~2 周检查一次并记录。出院病人定期走访或信访、电话询问。

疗效判定:显效:水肿、恶心、纳差等症状消失,并持续 2 个月以上,血压、尿素氮、白蛋白、血脂等各项检查指标恢复正常。有效:水肿等症状消失,并稳定 2 月以上,尿蛋白减少达(++)以上,血尿素氮、血脂、白蛋白基本正常。无效:临床症状及各项辅助检查基本上无改善或停止治疗。

治疗组随访观察 1 年以上 22 例,复发 2 例,复发率 9.1%;对照组随访 1 年以上 16 例,复发 6 例,复发率 37.5%,并有 9 例病人有痤疮或消化道症状,复发病人的诱因中上呼吸道感染者 4 例,劳累者 2 例。

治疗组 23 例,疗效较好(显效率 73.9%,总有效率 95.6%,复发率 9.1%),与对照组 21 例(单用肾上腺皮质激素,显效率 42.9%,总有效率 76.2%,复发率 37.5%)相比,中西药联用可提高疗效,疗效优于后者(显效率 $X^2 = 4.38, P < 0.05$,复发率 $X^2 = 4.26, P < 0.05$)。通过本组病人治疗效果可见,中西药物综合治疗,可有效提高肾病综合征病人症状缓解率,减少复发率及其药物不良反应,是一种值得提倡的治疗方法。

辛
国
栋
等

健脾益肾解毒化瘀治疗 肾病综合征

辛国栋、赵丽君、王芳等医师(宁夏回族自治区第二人民医院, 邮编: 756000)采用健脾益肾解毒化瘀法治疗肾病综合征, 疗效满意。

肾病综合征属中医“水气病”、“阳水”等范畴。《景岳全书·肿胀》说:“凡水肿等证, 乃脾肺肾三脏相干之病, 盖水为至阴, 故其本在肾; 水化于气, 故其标在肺; 水惟畏土, 故其制在脾。”“脾阳根于肾阳”。即肾阳不足, 不能温煦脾阳, 脾阳久虚, 进而损及肾阳, 导致脾肾阳虚, 出现水肿。故肾病综合征的病理表现为阳气衰微, 气化障碍, 水液泛滥等脾肾两虚证。临床上往往表现虚实夹杂、正虚邪恋现象。

肾病综合征的治疗, 西医主要采用肾上腺皮质激素及联合应用免疫抑制剂, 其副作用较多, 尤其服用疗程长, 病人难以耐受。中医治疗注重整体平衡, 健脾益肾, 伍以清热解毒利湿、活血化瘀等法。清热解毒和活血化瘀药合用, 有助于改善肾脏的血液循环, 并促进肾脏病变的修复和纤维蛋白的吸收。

健脾益肾、解毒化瘀法治疗, 不服用任何激素及细胞毒药物。药物选用: 茯苓 30 g, 丹参 30 g, 黄芪 30 g, 蒲公英 15 g, 赤芍 15 g, 龙骨 15 g, 牡蛎 15 g, 仙灵脾 15 g, 当归 12 g, 桂枝 10 g, 白术 10 g, 仙茅 10 g, 党参 10 g, 黄柏 9 g, 桃仁 9 g, 红花 9 g, 甘草 6 g。水煎服, 每日 1 剂, 分早晚 2 次口服。1 个疗程为 30 天, 1 个疗程无效者停用。

方中茯苓健脾渗湿利水为君药, 桂枝辛温通阳化气行水为臣

药,两药合用,一温一利,确有温化渗利之效;白术健脾燥湿,甘草和中益气,调和诸药,两药合用又能补土制水;仙茅、仙灵脾温补肾阳,佐茯苓补土而利水;龙骨、牡蛎镇潜摄钠,健脾涩精,降低蛋白尿;党参、黄芪补中益气;当归、赤芍、桃仁、红花活血化瘀以利水;丹参活血养血;蒲公英、黄柏清热解毒。现代药理学研究:茯苓、白术有利尿作用;甘草有肾上腺皮质激素样作用;桂枝具有强心利尿作用;当归、赤芍对血小板聚集有显著的拮抗作用;丹参可改善微循环,抑制凝血,促进纤溶,降低血黏度,改善肾脏血流;黄芪能增加肾血流量,扩张血管,降低血压及清除尿蛋白。诸药合用,临床复发率低,有效率高,显示了中药治疗本病的优越性。

临床再根据患者的具体症状加减化裁:如尿中有红细胞者,加白茅根 30 g,仙鹤草 30 g 等;如伴胸水者,加葶苈子 15 g 等;如伴腹水者,加大腹皮 30 g 等;如伴恶心呕吐者,加厚朴 10 g,大黄 10 g 等。

临床选择 35 例患者,其中男 20 例,女 15 例;年龄 15~65 岁,平均 22.6 岁;病程最短 1 周,最长者达 3 年。均符合 1992 年安徽全国原发性肾小球疾病诊断标准专题座谈会修订的肾病综合征诊断标准,全部病例表现三高一低。三高是大量蛋白尿(>3.5 g/24 h),高脂血症,明显水肿,甚至有浆膜腔积液。一低即低蛋白血症(血清蛋白 <30 g/L)。

一个疗效 30 天后判定疗效,结果:显效 30 例,占 85.7%,即治疗后临床症状消失,尿常规正常,24 小时尿蛋白测定 <0.4 g,血浆蛋白、血脂、肾功能及血压正常;有效 3 例,占 8.6%,即临床症状消失,尿蛋白定性好转,但仍在微量至(+)水平,24 小时尿蛋白定量 <1.5 g,血浆蛋白、血脂均正常或接近正常;无效 2 例,占 5.7%,即临床症状无改善或加重,尿蛋白下降,血浆蛋白、血脂、肾功能无变化。总有效率达 94.3%。

魏
小
萌

自拟健脾益肾豁痰化瘀方 治疗肾病综合征

魏小萌医师(河南省漯河市卫生学校,邮编:462002)自拟健脾益肾豁痰化瘀方治疗难治性肾病综合征(RNS),疗效满意。

难治性肾病综合征属于祖国医学“水肿”、“腰痛”、“尿浊”、“虚劳”、“关格”等范畴。《内经》云:“面肿为风,脚肿为水,乃风湿所致。”张景岳曰:“凡水肿等证,乃肺、脾、肾三脏相干之病,其本在肾,其标在肺,其制在脾。”《医学入门》云:“阳水……或疮痍所致。”故“水肿”是机体在外邪如风寒湿热疮毒等外因作用下,使脏腑功能失调,尤其是肺脾肾三脏功能失调而发病。肾病综合征(NS)往往为肺、脾、肾三脏功能失常而致。而难治性肾病综合征(RNS)除了病机上肺脾肾三脏失常的基础,又有瘀血停着、痰饮阻滞等,它既是肺脾肾三脏失调的病理性产物,又是新的致病因素,构成了肺脾肾三脏功能失调(本虚),痰饮、瘀血、水饮停滞等(标实)相互影响,又相互促进的复杂的病机特点。《金匱要略》云:“血不利则为水。”《血证论》云:“水病不离乎血”、“血病不离乎水”、“水病则累血”、“血病则累气”。以上经文虽然不是完全针对难治性肾病综合征(RNS)病人所言,但这种理论用之于肾病综合征(NS)患者却符合其病机。由于本虚标实,脾虚统摄无权,肾亏封藏不固,导致精微下泻而成蛋白尿。根据难治性肾病综合征在病变中出现的痰、瘀、水互结的病理机制,采用健脾益肾、豁痰化瘀类中药配伍治疗难治性肾病综合征,具有抗凝、降尿蛋白、降血脂、升高密度脂蛋白(HDL)的功效。

魏小萌医师自拟健脾益肾豁痰化瘀方,其组成如下:生黄芪 60 g,白术 15 g,女贞子 30 g,沙苑子 30 g,菟丝子 30 g,丹参 30 g,

党参 20 g, 菖蒲 10 g, 茯苓 15 g, 川芎 15 g, 地龙 15 g, 僵蚕 15 g。每日 1 剂, 水煎分 2 次口服。

方中黄芪、党参、白术、沙苑子、菟丝子补脾益肾以固其本。气虚湿乃成饮, 聚而成痰, 气虚无力推动血运则为瘀, 故用茯苓、菖蒲利湿豁痰。丹参、川芎、地龙、僵蚕活血化瘀通络搜邪, 治其标。标本兼治, 相辅相成, 恰切病机, 方案合理。上述药物经现代药理研究证实, 黄芪有提高机体免疫功能及抗氧自由基的作用, 从而阻断 NS 的进展, 既对肾上腺皮质功能有保护调节作用, 又减轻糖皮质激素及肾病本身引起的免疫功能紊乱, 减少肾病的复发; 丹参、川芎、菖蒲、白术、地龙均有抗凝降低 TC、TG 的作用, 故以上药物合用, 疗效满意。

临床随症加减: 如水肿者, 加泽泻、猪苓等; 如血尿者, 加白茅根、小蓟等; 如糖尿者, 加生地、玄参、花粉等; 如蛋白尿者, 加石韦、荷叶等, 重用黄芪; 如肺感染者, 加鱼腥草、黄芩等; 如易感冒者, 加白芍、防风等; 如四肢不温者, 加: 附子、干姜等。

临床选择 80 例难治性肾病综合征(RNS)患者, 其中男 49 例, 女 31 例; 年龄 19~46 岁, 平均 (28.32 ± 4.58) 岁; 病程 6 个月至 3 年; 全部符合 1985 年南京肾脏病学术会议修订的原发性肾病综合征(NS)诊断标准, 并经强的松 $1 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 8 周标准治疗无效或治疗过程半年内复发超过 2 次, 且空腹血清总胆固醇 $\text{TC} \geq 6.0 \text{ mmol/L}$ 或/和甘油三酯 $\text{TG} \geq 1.69 \text{ mmol/L}$, 尿蛋白 $(++ \sim +++++)$; 24 小时尿蛋白 $1.5 \sim 6.9 \text{ g}$, 凝血酶原时间 $\text{PT} < 11 \text{ s}$ 。80 例患者被随机分成 2 组, 中医治疗组 48 例, 对照组 32 例。组间病人的病程、年龄、性别、临床表现等组成没有显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

中医治疗组, 采用以上所述方药。西药对照组用华法林钠 2.5 mg 口服, 每日 1 次, 每周测 PT 1 次, 以 PT 延长至正常值 1.5~2.0 倍为宜, 维持 4 周。有出血倾向时, 则停药或加用维生

素 K。

观察指标:抗凝治疗前后 PT 作为抗凝疗效指标,尿蛋白转阴或定量减少至 50% 以上的比率作为 RNS 的疗效指标, TG(甘油三酯)、TC(胆固醇)、HDL(高密度脂蛋白)作为血脂指标。组间计数资料比较用 χ^2 检验、 t 检验,进行统计学处理。

疗效标准:辨证参阅国家中医药管理局 1994 年 6 月 28 日发布的《中医病症诊断疗效标准》。诊断疗效判定参考中华肾脏病学会于 1985 年第二届全国肾脏病学术会议上讨论制定,并于 1992 年 6 月安徽太平会议修订的方案。

治疗结果:治疗组总有效率 73.58%,对照组总有效率 42.85%,有显著差异($P < 0.05$)。血脂变化:治疗组,TC 治疗前后有极显著差异, $P < 0.01$;TG、HDL 治疗前后有显著差异, $P < 0.05$;对照组:TC 治疗前后有显著差异, $P < 0.05$;TG、HDL 无变化。华法林钠抗凝的作用优于中药,也可降低尿蛋白,但中药组抗凝以缓而收功,除了有抗凝、降尿蛋白作用外,其降血脂、升 HDL 之力优于华法林,且无出血倾向,因此在 RNS 治疗上中药组的优势较明显。

【病案举例】 张某,女性,33 岁。1998 年 4 月 4 日以全身重度浮肿 8 年、加剧 3 个月为主诉入院。被某医院诊断为肾病综合征 II 型、慢性肾衰。入院时见患者颜面、四肢躯干皆重度浮肿,按之没指,眼睑肿甚,腹胀如鼓,舌质淡、舌边有齿痕、舌苔薄白、脉象沉弦等症。检查:Bp 25/14 kPa,尿蛋白(++++) ,红细胞(++),管型(++),血红蛋白 74 g/L,尿蛋白定量 4.2 g/24 h,血尿素氮 27.8 mmol/L,肌酐 566 μ mol/L,总蛋白 56 g/L,白蛋白 27 g/L,球蛋白 29 g/L。B 超示有中等量腹水。经肾活检确诊为膜性肾小球肾炎。口服强的松半年后稍好转。停药后 1 个月蛋白尿、浮肿又出现,转求中医治疗。辨证:阳衰水泛型。用健脾益肾豁痰化瘀方加附片 10 g,肉桂 10 g,干姜 10 g。每日 1 剂,水煎服。

二诊:服药1周后,尿量逐渐增加,达1 500 ml/d,腹水亦减,纳增,呕恶消失,诸症悉减。效不更方。

三诊:继服45天后,浮肿退尽,腹水消失,下床活动自如,3次尿检复查正常,血浆总蛋白74 g/L,白蛋白46 g/L,球蛋白28 g/L,尿素氮6.4 mmol/L,肌酐102 μ mol/L。

8周后缓解出院。随访3年,无复发。

李海坚等

肾病综合征并发下肢 静脉血栓的治疗

李海坚(广东医学院附属医院, 邮编: 524001)等医师采用中西医结合的方法治疗肾病综合征(诊断标准是: 血浆白蛋白 $< 30 \text{ g/L}$, 24 小时的尿蛋白 $> 3.5 \text{ g}$, 高脂血症, 高度水肿)并发下肢静脉血栓形成(主要临床表现是: 有肾病综合征病史, 突然出现一侧下肢疼痛、肿胀。彩色 B 超检查提示下肢静脉血栓形成), 取得了满意的疗效。

肾病综合征患者由于体内蛋白的丢失, 刺激肝脏合成蛋白质及脂肪增多, 引起机体凝血、抗凝、纤溶系统成分及血小板功能紊乱, 因此, 绝大多数肾病综合征患者出现血液高凝状态, 存在高凝、高脂血症。另外, 由于在治疗中使用糖皮质激素, 也加重了患者的高凝状态, 而容易并发静脉血栓形成。

下肢静脉血栓形成, 在中医学属“恶脉”、“脉痹”等范畴, 认为是由气血流行不畅, 瘀血阻于脉道, 脉络滞塞不通, 营血回流受阻, 流注于下肢而成。立治疗大法为: 活血、祛瘀、通络。方选活血祛瘀的桃红四物汤(桃仁、红花、当归、地黄、川芎、芍药)为基本方加减化裁。处方: 益母草 30 g , 丹参 18 g , 黄芪 15 g , 桃仁 12 g , 红花 12 g , 赤芍 12 g , 当归 10 g , 生地 10 g , 川芎 8 g , 水蛭 6 g 。有实验证明, 桃红四物汤加黄芪, 可明显降脂, 具有调节和促进肝脏合成白蛋白的机制, 从而有效减轻血液高凝、高脂状态; 桃红四物汤加益母草、丹参、水蛭等, 则具有增强其抗血栓形成、抑制血小板聚集和抗纤溶作用。

李海坚等在用中医药治疗肾病综合征患者时, 仍提倡中西医

药的结合,要同时使用西药尿激酶治疗,先用 20 万 U 静推,再予 80 万~100 万 U 加入 250 ml 葡萄糖注射液中静滴,每日剂量为 100 万~120 万 U。每一疗程 5~7 天。其治疗有效率及治愈率均有提高,尤其是治愈、显效率有明显提高,中西医药结合治疗优于单纯西医治疗。

李雅琴

中西医结合治疗老年 原发性肾病综合征

李雅琴医师(浙江省象山县中医院, 邮编: 315700)采用中西医结合治疗的方法, 以小剂量激素、小剂量雷公藤多甙与健脾补肾中药合用, 减少了激素不良反应, 治疗老年原发性肾病综合征, 取得了很好的疗效。

老年原发性肾病综合征, 因其病理类型大多以膜性肾病、系膜增生性肾炎、局灶节段性肾小球硬化为主, 对激素敏感性低, 复发率高, 又加上高年之体, 脏腑功能衰退, 脾肾两亏, 机体免疫功能下降, 故临床疗效较差。临床观察证实, 西药小剂量激素、小剂量雷公藤多甙与健脾补肾中药合用, 临床疗效优于单纯大剂量激素, 且不良反应轻微, 又不易复发, 是治疗老年原发性肾病综合征较为理想的方法。

李雅琴医师自拟健脾补肾中药方, 全方共奏健脾补肾、补气益血、活血化瘀、利水消肿之功。组成: 生地 20 g, 山药 30 g, 山萸肉 10 g, 菟丝子 15 g, 芡实 10 g, 金樱子 10 g, 黄芪 30 g, 太子参 30 g, 炒白术 15 g, 茯苓 30 g, 薏苡仁 30 g, 车前子(包煎) 20 g, 玉米须 30 g, 丹参 30 g, 六月雪 30 g, 当归 10 g。

据药理研究证实, 服用健脾补肾中药可调节免疫紊乱, 提高机体免疫功能, 故疗效显著。方中生地、山药、山萸肉、菟丝子、芡实、金樱子补肾固摄; 太子参、白术、茯苓、车前子、薏苡仁、玉米须、黄芪健脾渗湿, 利水消肿, 消退蛋白尿; 丹参、六月雪活血化瘀, 改善高凝状态, 增加肾血流量; 当归、黄芪补气益血。健脾补肾和补气益血药物合用, 能促进肾上腺皮质功能, 减少激素撤药之反跳现象。

临证加减:如偏阳虚者,加仙灵脾 10 g、附子 10 g;如偏阴虚者,加女贞子 20 g、知母 10 g、黄柏 10 g。

临床选择 48 例病人,诊断标准为:①大量蛋白尿(>3.5 g/24h);②低蛋白血症(白蛋白 ≤ 30 g/L);③明显水肿;④高脂血症;⑤排除继发性肾病综合征。其中①、②、⑤项为必备。

48 例老年患者均为住院及门诊治疗,随机分为中西医结合治疗组(治疗组)和西医治疗组(对照组)。治疗组 25 例,其中男性 15 例,女性 10 例;年龄 60~75 岁,平均年龄 68 岁;病程 2 周至 18 个月;有 7 例作过肾活检,其中膜性肾病 3 例,系膜增生性肾炎 2 例,局灶性肾小球硬化 2 例。对照组 23 例,其中男性 14 例,女性 9 例;年龄 60~76 岁,平均年龄 67 岁;病程 2 周至 16 个月;有 7 例作过肾活检,其中膜性肾病 2 例,系膜增生性肾炎 2 例,局灶性肾小球硬化 2 例,膜增生性肾炎 1 例。两组在临床表现、病理类型方面均相似,具有可比性($P>0.05$)。

治疗组:①强的松每日 30 mg 起始,晨起顿服,服用 8 周后,每周减 5 mg,至 10~15 mg/d 时服 3~5 个月,再逐渐减量至 5 mg,维持量服 6 个月至 1 年。②小剂量雷公藤多甙片每次 10 mg,每日 3 次,服 3 个月后减至每次 10 mg,每日 2 次,续服半年后减至 10 mg,每日 1 次,维持量服 3~6 个月。③同时服用肾病方。

对照组:①激素按常规标准方案使用。②雷公藤多甙片服法与治疗组相同。

两组在治疗期间均同时服用胃黏膜保护剂、钙片。若有感染时,用抗感染药。若浮肿较剧时,加利尿剂。两组疗效采用 χ^2 检验,进行显著性疗效评定分析。

疗效评定标准:参照中国人民解放军总后勤部卫生部编《临床疾病诊断依据治愈好转标准》第 2 版。完全缓解:尿蛋白阴性,尿蛋白定量 <0.2 g/24 h,血清白蛋白水平正常;部分缓解:3 次以上

测定尿蛋白定量 $<2.0\text{ g}/24\text{ h}$,血清白蛋白水平有改善;无效:尿蛋白和血清白蛋白水平无改善;复发:缓解后又出现肾病综合征表现。

两组疗效比较:治疗组 25 例中,完全缓解 21 例(84.0%),部分缓解 4 例,尿蛋白均在 $0.5\sim 2\text{ g}/24\text{ h}$ 左右。对照组 23 例中,完全缓解 12 例(52.17%),部分缓解 6 例,无效 5 例。两组完全缓解率比较($\chi^2=5.65$)有显著性差异($P<0.05$)。

两组复发率比较:随访 1~2 年,对照组在完全缓解的 12 例中有 7 例复发,复发率为 58.23%;治疗组在完全缓解的 21 例中,复发 3 例,复发率为 14.29%。治疗组复发率($\chi^2=5.08$)明显低于对照组($P<0.05$)。

杨
尚
凌

无比山药丸治疗肾病综合征

杨尚凌医师(中国人民解放军 184 医院,邮编:335000)多年来在临床上治疗难治性肾病综合征,疗效较为满意,现介绍如下。

难治性肾病综合征病人使用激素及免疫抑制剂治疗无效时,为了避免其毒副作用,应尽早停用激素及免疫抑制剂。

《景岳全书·肿胀篇》说:“水肿证以精血皆化为水,多属虚败,治宜温脾补肾,此正法也。”故在临床上治疗难治性肾病综合征时,可选用无比山药丸加减化裁。无比山药丸(山药、熟地、泽泻、茯苓、山茱萸、肉苁蓉、巴戟天、补骨脂、杜仲、菟丝子、鹿角胶、牛膝、川断、骨碎补、肉桂、木瓜、萆薢、青盐)出自《太平惠民和剂局方》,临床常用方药为:菟丝子 20 g,肉苁蓉 20 g,山药 15 g,熟地 15 g,牛膝 12 g,杜仲 12 g,泽泻 12 g,茯苓 12 g,山茱萸 12 g,巴戟天 12 g,赤石脂 12 g,五味子 12 g。方中菟丝子、肉苁蓉、巴戟天、杜仲、补骨脂、鹿角胶、川断、骨碎补、肉桂温补肾阳,“壮水之主以消阴翳”;牛膝、泽泻、茯苓、木瓜、萆薢利水渗湿;熟地、山茱萸、山药滋补肾阴,“阴中求阳”;赤石脂、五味子收敛固摄。每日 1 剂,水煎服。8 周为一疗程。

临证加减:伴发热、咽痛、咳嗽者,加银花、连翘、蒲公英、玄参、桔梗等;水肿明显者,加桑白皮、大腹皮、赤小豆、白茅根等;阴虚者,加女贞子、旱莲草、枸杞子等;气虚者,重用党参、黄芪等;血瘀者,加三七、桃仁、赤芍、当归等。

临床治疗、统计 36 例,所有病例均符合中国人民解放军总后勤部卫生部编写的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。所有病例均经强的松或合用环磷酰胺治疗无效。其中男性 21 例,女性 15

例;年龄最大者 65 岁,最小者 12 岁;病程最长者 11 年,最短者 3 个月。所有病例均行肾活检,其中轻微病变型 1 例,系膜增长型 11 例,膜性肾病 13 例,系膜毛细血管型 6 例,局灶节段硬化型 5 例。

治疗结果:痊愈 13 例(临床症状消失,水肿完全消退,尿常规正常,血浆蛋白及胆固醇正常,肾功能检查尿素氮正常);显效 10 例(临床症状及水肿基本消失,尿常规中尿蛋白定性微量,血浆蛋白及胆固醇接近正常,或 1 项正常,另 1 项接近正常,肾功能明显好转);好转 6 例(临床症状及水肿减轻,蛋白尿减少,血液化验及肾功能均有好转);无效 7 例(临床症状、体征、血、尿常规、肾功能均无改善或恶化)。总有效率为 80.5%。

【典型病例】 涂某,女性,32 岁,已婚。2001 年 6 月因全身水肿、腰酸乏力等症状而住院。曾在外院诊断为原发性肾病综合征。病理类型为膜性肾病。用强的松、环磷酰胺等治疗无效,并出现脱发、经闭等症状。现症见:面色无华、腰酸乏力、双下肢水肿、舌质淡、舌苔白腻、舌体胖大、舌边有齿痕、脉象沉细等。尿常规检查:尿蛋白(+++)、RBC:0~2/HP,WBC:0~1/HP,管型(+),24 小时尿蛋白定量 5.8 g,血 ALB 22 g/L,CHOL 9.6 mol/L;肾功能正常。血压 100/72 mmHg。证属脾肾阳虚,水液滞留,固摄乏力,精微流失。治疗以健脾温肾利水、固摄精气为主。采用上方加桑白皮、大腹皮、赤小豆、当归。

二诊:用药 38 天后,病人临床症状明显好转,脱发停止,月经复至。

出院时尿常规检查基本正常,24 小时尿蛋白定量为 0.20 g。
随访 1 年,尿常规复查基本正常。

陈培智等

桃红四物加味治疗难治性
肾病综合征

陈培智副主任医师(广东省普宁华侨医院, 邮编: 515300)、杨曼、陈绍辉等, 主要从事内科肾脏病中西医结合临床研究工作。难治性肾病综合征(RNS)在临床上较常见, 其发生多与病理类型、感染因素、激素用药不规范、高脂血症及高凝状态等有关。血液高凝状态是肾小球疾病的客观病理变化, 能加重肾小球滤过膜结构异常和电荷的改变, 其程度与肾小球病变的严重程度和活动性成正比。难治性肾病综合征常伴有高凝和血栓形成。高凝状态若不予以纠正, 可能导致肾组织局部缺血、缺氧, 甚至引起微血管血栓形成, 加重肾脏病理损害。及时纠正这种高凝高黏滞血症, 降低血脂和纤维蛋白含量, 防治肾病综合征的高黏综合征, 对于减少并发症, 加快症状的改善有一定的临床意义。抗凝是治疗难治性肾病综合征的一个重要手段, 但是对抗凝方法的选择至今尚未定论。肝素用于肾病综合征的治疗已证实是有效的, 但由于肝素易致出血等并发症, 使临床难以推广应用。难治性肾病综合征的治疗棘手, 疗效差, 复发率高。

陈培智副主任医师等在常规应用强的松和环磷酰胺(CTX)的同时, 将活血化瘀之法贯穿于治疗全过程, 用桃红四物汤加味方(MTSD)为基本方进行中医辨证加减治疗, 比单纯西医治疗的对照组, 总缓解率明显提高($P < 0.05$), 复发率显著降低($P < 0.01$), 药物不良反应发生率显著降低($P < 0.01$)。说明在西医治疗的同时配合以桃红四物汤为基本方的中医辨证加减, 是治疗难治性肾病综合征的一种有效方法。

选择住院及门诊 86 例难治性肾病综合征患者,随机分为 2 组。选择诊断标准除符合 1985 年 9 月第二届全国肾脏病会议修订的原发性肾病综合征诊断标准,排除狼疮性肾炎、糖尿病肾病等继发性肾病综合征外,参照《内科疾病诊断标准》中难治性肾病综合征诊断标准,有以下任何一种情况者:①肾上腺皮质激素初治 8 周无效或仅部分有效;②初治 8 周有效,但复发后再治无效;③治疗过程中出现频繁复发(指半年内复发 2 次,或 1 年内复发 3 次)或肾上腺皮质激素依赖者;④肾上腺皮质激素与细胞毒药物联合治疗无效者。治疗组 43 例,其中男 28 例,女 15 例,年龄 18~60 岁,病程 8~48 个月;激素无效应 8 例,部分效应 17 例,激素依赖 7 例,常复发 11 例。对照组 43 例,其中男 26 例,女 17 例;年龄 19~60 岁,病程 8~46 个月;激素无效应 7 例,部分效应 18 例,激素依赖 8 例,常复发 10 例。两组患者在性别、年龄、病程及临床表现等方面经统计学处理,均无显著性差异($P>0.05$),有可比性。

对照组用纯西医治疗,采用激素标准疗程治疗 8 周无效或部分有效者加用 CTX,隔天 200 mg 静脉注射,累积总量不超过 150 mg/kg。

治疗组是在西医治疗基础上,以桃红四物汤(当归 12 g,生地 12 g,桃仁 10 g,红花 10 g,川芎 10 g,赤芍 10 g)为基本方结合辨证分型论治(参照第二届全国中医肾病学术会议制定的分型标准)。难治性肾病综合征临床常表现虚实夹杂,正虚邪恋,结合中医辨证分型,调整阴阳平衡,分别伍以清热解毒利湿、益气养阴、温补脾肾、疏肝理气、调理脾胃等治疗。活血化瘀、益气养阴、清热利湿中药多有提高机体免疫能力,增强肾小球系膜细胞吞噬和消化作用,清热解毒和活血化瘀合用,有助于改善肾脏血液循环并促进肾脏病变修复和纤维蛋白的吸收作用。桃红四物汤具有降低周围血管阻力、增加血流量、抗炎、降脂等药理作用。方中当归、川芎、有效成分阿魏酸钠能调节血栓素 A₂-前列环素平衡,抑制血栓素

A₂样物质的生成与活性。赤芍所含赤芍精能抑制血小板花生四烯酸(AA)代谢,对抗血小板集聚有显著抵抗作用。红花黄色素可直接抵抗血栓素 A₂样物质的生成与活性。桃仁有抑制血栓形成和降低血小板聚集作用。在西医治疗同时,桃红四物汤加味方治疗难治性肾病综合征有良好的作用,不仅可以提高疗效,降低复发率,而且还可以减少激素、免疫抑制剂的毒副作用。

辨证分型论治:

(1)湿热型:治以活血化瘀,清热利湿。基本方加白花蛇舌草、半枝莲、蒲公英、白茅根等。

(2)气阴两虚型:治以活血化瘀,益气滋阴。基本方加太子参、黄芪、女贞子、旱莲草等。

(3)肝郁气滞型:治以活血化瘀,疏肝理气。基本方加柴胡、陈皮、香附、枳壳等。

(4)脾肾阳(气)虚型:治以活血化瘀,益气温肾,调理脾胃。基本方合真武汤(芍药、生姜、茯苓、白术、附子)或陈夏六君汤(陈皮、半夏、人参、茯苓、白术、甘草)加减。

上述各型随证选方,或以一法为主、数法合参加减。每天 1 剂,水煎分 2 次服。两组疗程均为 6 个月,随访 2 年。

依据卫生部颁布的《中药新药治疗肾病综合征的临床研究指导原则》的疗效判定标准,完全缓解:尿蛋白少于 0.3 g/d,连续 3 天,肾病综合征表现完全消除,血浆白蛋白大于 35 g/L,肾功能正常。部分缓解:尿蛋白 0.31~2.0 g/d,连续 3 天,肾病综合征表现完全消除,肾功能好转。无效:尿蛋白 2.0 g/d 以上,肾病综合征表现未消除,肾功能无好转。恶化:主要指肾功能损伤加重,如肌酐清除率下降或血肌酐上升达到治疗前 50% 以上。复发:缓解后 3 个月内又出现肾病综合征表现。

两组近期疗效比较:对照组 43 例中完全缓解 16 例,部分缓解 9 例,无效 11 例,恶化 7 例,缓解率(含完全缓解及部分缓解)

58.1%;治疗组 43 例中,完全缓解 28 例,部分缓解 10 例,无效 4 例,恶化 1 例,缓解率 88.3%。两组缓解率比较有显著性差异($P < 0.05$),治疗组疗效明显优于对照组。两组治疗后与治疗前比较,24 小时尿蛋白定量下降,血清白蛋白及总蛋白提高($P < 0.05$);治疗组与对照组治疗后相比较,治疗组降低尿蛋白及提高血清白蛋白和总蛋白的作用更显著($P < 0.05$),说明中药可以起到提高疗效的作用。

两组复发率比较:对照组 25 例缓解病例中 12 个月有 8 例复发(32.0%),24 个月有 13 例复发(52.0%);治疗组 38 例缓解病例中 12 个月有 2 例复发(5.2%),24 个月有 4 例复发(10.5%)。治疗组复发率显著低于对照组($P < 0.01$)。

毒副反应比较:应用强的松的不良反应表现为医源性柯兴氏综合征、痤疮、精神症状、上消化道出血、并发或加重感染等。用环磷酰胺后则表现血白细胞减少、恶心呕吐、性腺抑制、出血性膀胱炎、脱发等。治疗组出现 1 种副反应者 10 例,2 种或 2 种以上者 3 例,共 13 例,占 30.2%,且不影响疗程。对照组出现毒副反应者 34 例,占 79.1%,且多为多种毒副反应,需要对症处理而影响疗程。治疗组出现副反应例数的百分率明显低于对照组,两组比较统计学上有显著性差异($P < 0.01$)。

陈卫东

黄芪治疗原发性肾病综合征

陈卫东医师(蚌埠医学院附属医院,邮编:233004)应用黄芪注射液治疗原发性肾病综合征,可减少尿蛋白的排出,降低血胆固醇,促进肝内蛋白的合成,改善病人的水肿状态,防止肾小动脉硬化,延缓肾功能损害的发生时间和进程,有利于原发性肾病综合征的治疗。

肾病综合征的中医辨证大都是肾气虚或脾肾阳虚,机体不能行气化水,水邪溢于肌肤,停于胃肠,出现水肿或腹水、腰酸腿软、乏力、头晕耳鸣、畏寒、纳差、腹胀、便溏、蛋白质吸收障碍等症。肾病综合征因尿蛋白大量排出、低蛋白血症等因素,而出现以上症状。黄芪性味甘微温,入脾、肾经,有益气利水、固表止汗、抵御外邪侵袭等作用。

现代实验研究证明:黄芪能使心衰大鼠模型的尿环磷鸟苷(α GMP)增多,使自由水清除率增加。尿环磷鸟苷是作为第二信使传递信息的物质,它激活心钠素(ANP)受体,发挥生物学活性。黄芪可使肾病综合征病人心钠素反应低下的肾组织恢复敏感性,产生利钠反应。黄芪能加强毛细血管抵抗力,防止毛细血管通透性增加,发挥利尿作用。黄芪能促进胃肠道的吸收功能,并能显著增加 H_3 亮氨酸促进肝脏蛋白合成,使肾病综合征病人蛋白质合成增加,并能通过白蛋白 mRNA 转录活性,调节和改善低白蛋白血症。黄芪富含微量元素硒。血硒具有保护机体免受氧化损害的功能,同时能加强某些非酶类自由基清除剂的抗氧化作用,能提高机体防御功能,对肾小球基底膜的电荷屏障和机械屏障均具有保护作用。因此,黄芪可用于肾性蛋白尿的控制。

原发性肾病综合征由于血白蛋白下降,导致脂蛋白代谢紊乱,高脂血症使肾病综合征病人动脉硬化的发生率明显升高,并与血栓形成及进行性肾小球硬化有关。黄芪具有降脂作用,它可能主要通过加强含载脂蛋白 B 的降解和消除,包括肝脏胆固醇清除途径,低密度脂蛋白受体上调和增加脂蛋白脂酶及卵磷脂胆固醇酰基转移酶活性起有效降脂作用,这将防止脂质本身造成肾损伤。

应用黄芪注射液治疗原发性肾病综合征的具体方法是:用 20 ml(含生药 40 g)的黄芪注射液,加入 5% 葡萄糖注射液 250 ml,静脉滴注,每天 1 次,20 天为一疗程。

在应用黄芪注射液治疗原发性肾病综合征时,仍可口服西药泼尼松,每天 1 mg/kg,或用抗凝等治疗方法。同时给予优质低蛋白、低盐饮食。



五联疗法治疗难治性肾病综合征

李传平医师(安徽省六安市中医院,邮编:237006)采用中药+对症+激素+抗凝+转换酶抑制剂的五联疗法,治疗原发性难治性肾病综合征,取得了较满意的疗效。不仅可以减少激素的用量,减轻激素的不良反应,同时还有利于激素的撤减,以达到缩短病程、减少复发、提高疗效的目的。原发性难治性肾病综合征是指用强的松足量、足疗程治疗后,无效或依赖或反复发作的患者。

一、中药治疗

基本方:黄芪 30 g,玉米须 30 g,芡实 30 g,苡仁 30 g,煅龙骨(先煎)30 g,煅牡蛎(先煎)30 g,黑大豆 30 g,鹿衔草 15 g,白花蛇舌草 15 g,当归 12 g,山药 12 g,补骨脂 12 g,莲子须 10 g。每天 1 剂,水煎服,早晚分服。

本方以黄芪、黑大豆、鹿衔草、当归为最主要的组成。黄芪用于治疗肾脏病经长期的临床实践已被广泛认可,黄芪配合当归具有调整蛋白质和脂肪代谢紊乱、提高机体免疫力、改善低蛋白血症、保护肾功能的作用。黑大豆与鹿衔草,能有效地减轻尿蛋白。

临床上根据患者的主要表现再加减用药:如伴表证者,加银花 15 g,连翘 12 g;如水肿明显者,加大腹皮 15 g,泽泻 10 g,泽兰 10 g;若纳呆者,加砂仁 6 g,藿香 6 g;若血尿明显者,加仙鹤草 15 g,白茅根 15 g;如果是顽固性血尿时,加三七粉 3 g,琥珀粉 3 g,冲服;如持续蛋白尿,加金樱子 15 g,升麻 10 g;若湿热甚者,白花蛇舌草用至 30 g,再加滑石 12 g。

尿蛋白转阴后,对于不愿或不方便继续服用汤剂者,可用上述方药以数倍剂量炼蜜为丸,如梧桐子大小,每服 6~9 g,每日 2 次。

患者要较长期服用,以巩固疗效,以免复发。

二、对症治疗

1. 低盐、低脂饮食。
2. 显著低蛋白血症时,适当予以新鲜血浆,或人血白蛋白。
3. 严重水肿者,可用少量利尿剂。
4. 若感染而复发者,予以青霉素等抗感染治疗。

三、激素治疗

对于激素依赖型及反复发作型,首先予以地塞米松 10 mg/d 静滴,3~5 天后,改用强的松 30 mg,早晨顿服。尿蛋白转阴后,每 10 天递减 2.5 mg。对于激素无效型,则予以环磷酰胺 200 mg 静滴,每日 1 次或隔日 1 次,总量 6~8 g,尿蛋白转阴后再予以强的松 30 mg,早晨顿服,巩固 4 周,继而按每 10 天递减 2.5 mg 方法撤减。在激素的减量阶段,可以加服雷公藤多甙片 20 mg,1/d,3/次。雷公藤多甙片能清除肾小球基底膜上免疫复合物,增强毛细血管壁阴电荷,减轻尿蛋白和红细胞,从而减轻肾脏病变。

四、抗凝治疗

常规口服潘生丁 50 mg,1/d,3/次;并予以丹参粉针剂加入低分子右旋糖酐中静滴,1 个疗程为 2 周,一般用 2 个疗程。丹参粉针剂有良好的活血化瘀作用,可以较好地降低血黏度,改善微循环,从而改善肾脏供血,预防肾静脉微血栓形成。

五、转换酶抑制剂的应用

可用洛汀新 5~20 mg/d,或用卡托普利 12.5~50 mg/d。转换酶抑制剂能够扩张肾小球出、入球小动脉,降低肾小球内囊压,从而降低尿蛋白,保护肾功能。

陈
兴
强
等

中药与激素治疗原发性 肾病综合征

陈兴强、孙恒聪等医师(广东省三亚市人民医院, 邮编: 572000)用中西医结合方法治疗肾病综合征,取得了较好的疗效。

肾病综合征是一临床症候群,用中西医结合方法治疗,可增加机体对激素的敏感性,减少激素或细胞毒等药物毒副作用,减少激素撤减过程中的复发。

肾病综合征大剂量使用激素后毒副作用明显,减量或停药后易复发,环磷酰胺(CTX)常引起骨髓抑制作用。在激素逐渐减量阶段加用补肾壮阳药有助于减少机体对激素的依赖,拮抗外源性激素反馈抑制,防止皮质激素撤减综合征,具有调节下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的功能;还能增强细胞免疫和体液免疫,以调整肾病综合征病人的免疫紊乱,同时亦起预防感染作用。

临床选择 38 例年龄 15~50 岁的住院或门诊原发性肾病综合征患者。这些患者均未作肾活检。其血压、血肌酐(Cr)均正常,部分有镜下血尿。治疗结果:38 例中缓解 36 例,缓解率 95%。随访 6 个月复发 1 例,复发率 2.78%。毒副作用:柯兴征 2 例,无神经精神及上消化道出血;用环磷酰胺(CTX)后出现恶心 8 例。

治疗方法:

(1)饮食:均采用优质蛋白饮食 $1\sim1.2\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。

(2)标准激素疗法

①强的松 $1\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,早晨顿服,体重取标准体重与实际体重的平均值,服满 8 周。此后每 7~10 天递减原剂量 10%(先快后慢),减至 $0.5\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。若出现蛋白尿,可延长原剂量服用

时间。此剂量持续服6~8个月,至10 mg/d维持1~2年。

②因消化道症状不能口服时,可用甲基强的松龙60 mg,静脉注射,1周后改强的松口服,肝功能异常者加服护肝药。

③应用标准激素疗法部分缓解或激素依赖患者,使用环磷酰胺(CTX),1次0.2 g,静脉注射,每2天一次,使用累积剂量接近但不超过150 mg/kg时停用。1年中只使用1次。每周复查血象。

(3)使用中药

①大剂量激素初治阶段,使用滋阴降火汤:生地15 g,知母12 g,丹参12 g,丹皮10 g,黄柏9 g。每日1剂,水煎服。

②激素开始减量后,仍用滋阴降火汤加肾炎方:生地15 g,山茱萸10 g,茯苓10 g,丹皮10 g,丹参10 g,地骨皮10 g,川芎10 g,全蝎5 g。每日1剂,水煎服。

③在激素持续治疗阶段,由于激素所致阴虚火旺症状大为减少,可加强补肾健脾治疗,以减少复发。肾炎方加黄芪30 g,补骨脂10 g,淫羊藿10 g。每日1剂,水煎服。

④激素减量至20 mg/d时,用益气健脾、温阳补肾中药:黄芪30 g,党参15 g,山茱萸10 g,枸杞子10 g,菟丝子10 g,补骨脂10 g,肉苁蓉10 g,白术9 g。每日1剂,水煎服。

⑤如果病情需要加环磷酰胺(CTX)时,由于该药为免疫抑制剂,易损伤肾阳,故要重用温阳药才能提高疗效。肾炎方加党参15 g,麦冬12 g,补骨脂12 g,黄芪10 g,淫羊藿10 g。每日1剂,水煎服。

⑥出现骨髓抑制、白细胞下降时,加益气补血药可增加患者耐受力,提高疗效。上方加鸡血藤30 g,当归15 g,黄精15 g。每日1剂,水煎服。

⑦有胃肠道反应者,上方加法半夏9 g,竹茹9 g,苏梗9 g,陈皮6 g。每日1剂,水煎服。

杨
运
清
等中药加激素或免疫抑制剂
治疗肾病综合征

杨运清(河南省南阳市中医院, 邮编: 473003)、周小琳等医师在长期临床实践中, 运用中药与激素或免疫抑制剂治疗原发性肾病综合征, 取得了显著的疗效。原发性肾病综合征是一种常见病、多发病、难治病。治愈后很容易复发, 有的一二年复发 1 次, 有的甚至一年内复发 2~3 次。好发于儿童或青少年, 临床上都运用激素治疗, 但长期应用激素又经常出现许多毒副作用, 这是临床医生一直在探讨的问题。

一、中药与激素的配合运用

原发性肾病综合征病人, 在首次接受激素治疗时, 一定要用足够大的日剂量, 一般成人用量是 1 mg/kg, 儿童是 1~2 mg/kg, 才能诱导肾病综合征缓解, 但这时患者可能会出现以下一些副作用, 因而要同时使用中药, 以减轻或避免毒副作用的产生。

(1) 激素应用后 2 周内, 在利尿作用出现之前, 由于水、钠潴留, 可能会出现水肿加重现象, 此时中医以健脾温肾、行气利水为治疗大法, 选方用五皮饮(桑白皮、陈皮、大腹皮、生姜皮、茯苓皮)、实脾饮(厚朴、白术、木瓜、木香、草果仁、大腹子、附子、茯苓、干姜、炙甘草)、真武汤(芍药、生姜、茯苓、白术、附子)、导水茯苓汤(赤茯苓、大腹子、大腹皮、木瓜、白术、麦冬、泽泻、桑白皮、陈皮、砂仁、木香)、济生肾气汤(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻、桂枝、附子、牛膝、车前子)等加减。

若见长期水肿不消、腹部胀大、痛连胸胁、肤色灰暗、小便不利、舌苔腻、脉象弦沉等症, 治以行气利水, 用导水茯苓汤等加减。

若脾阳虚弱,见腰以下肿、按之没指、尿少、神倦肢冷、腹胀便溏、纳差、舌质淡、舌苔白腻或白滑、脉象沉缓或沉细弱等症,治以温运脾阳、利水行湿,用实脾饮等加减。

若肾阳衰微,治以温补肾阳、利水行湿,用真武汤合济生肾气汤等加减。

(2)应用大剂量的激素后,可能会出现尿毒症,这是由于大剂量的激素能增加蛋白质的分解,对原有轻度氮质血症者,就会加重病情。

如见恶心呕吐、精神不振等症,宜和胃降逆,升清降浊,以改善肾功能,防止病情进一步恶化。用黄连温胆汤(黄连、陈皮、半夏、茯苓、甘草、枳实、竹茹)或小半夏汤(半夏、生姜)加生大黄、仙灵脾、苏叶等加减化裁。

另用中药高位结肠清洁保留灌肠,处方:槐花 30 g,生牡蛎 30 g,生大黄 10~20 g,制附片 10 g。可以降低肌酐和尿素氮。

若见面色晦暗、神疲乏力、腰酸腿软、舌质淡暗、脉象沉细弱等症,治以益气养血、健脾补肾,重点选用菟丝子、熟地、党参、黄芪、白术等药。

(3)在应用大剂量的激素时,有可能发生感染,要采取一些预防和治疗措施。

为了预防感染,宜用五味消毒饮(野菊花,蒲公英,紫花地丁,紫背天葵,银花)加减。

如已有明显感染时,应联合使用抗生素。

在应用大剂量的激素时,有一部分病人的面部出现类似粟粒样突起,证属热毒湿盛,宜用五味消毒饮与牛黄清心丸治疗。

(4)在首次应用大剂量的激素时,有可能发生血管内血栓形成,治疗时配以通经活络、活血化瘀的中药。

一般选用血府逐瘀汤(当归,生地黄,赤芍药,川芎,柴胡,枳壳,桔梗,桃仁,红花,牛膝,甘草)加减。

血瘀重者,加用水蛭、全蝎、蜈蚣、文术等药。

血脂高者,加用:制首乌、生山楂等药。

(5)在应用大剂量的激素后,常会出现类柯兴氏征,这是肾上腺皮质功能亢进的副作用,症见满月脸、向心性肥胖、皮肤紫纹、痤疮、两颧潮红、多毛、口干舌燥、五心烦热、失眠盗汗、舌质红少津、脉象细数等,中医辨证为阴虚火旺,治以滋阴清热,选用知母、黄柏、龟版、鳖甲、沙参、麦冬、女贞子、旱莲草、生地、地骨皮、丹皮等药。

二、中药在应用激素的减量阶段的作用

肾病综合征经激素初始治疗阶段获完全缓解后,为了避免疾病复发,需逐渐缓慢减少激素用量,如果过快减量则可能出现反跳现象或皮质激素撤减综合征,因此要配合使用中药,以利于激素的撤减。

临床症见面色晄白、神疲体倦、头晕耳鸣、少气懒言、腰酸腿软、口干咽燥、舌质由红而少苔逐渐转化为舌淡红、脉由细数逐渐转化为沉细弱等。这是由于激素的作用类似于中药温阳药的功能,由于激素的减量,病人的症状逐渐由阴虚向阳虚转化,而表现出阴阳两虚之象。此时则治以阴阳双补法,如以阴虚为主者,则重用滋阴药;若以阳虚为主者,则重用温阳药。在激素逐渐减量的时候,即在滋补肾阴的同时,逐渐加用温补肾阳的药物,如仙茅、仙灵脾、鹿角胶、补骨脂、菟丝子、肉苁蓉等,这些温补肾阳的药物有助于机体在激素减量时,增强对激素的敏感性,使激素充分发挥作用,以防止反跳,避免出现皮质激素撤减综合征;还能增强机体免疫功能,调节免疫紊乱,从而起到预防感染的作用。

三、中药在激素维持治疗阶段的作用

(1)初始大剂量治疗仅获部分缓解者,在用小剂量激素维持治疗过程中,也有可能获得完全缓解,激素的减量要缓慢、规则,这时紧密配合中药,常常收到预期疗效。

患者病情缠绵,症见神疲乏力、头晕耳鸣、腰酸腿软、纳差腹胀、尿蛋白持续阳性等,证属气血耗损,脾肾两虚。治以健脾补肾益气,并重用黄芪。

有些病人症见面色黯滞、唇黯、舌黯或有瘀斑,证属久病正气不足,血流不畅,瘀血内生所致。要加入活血化瘀药物。若有血尿者,加入清热凉血药物,如白茅根、生地、旱莲草、藕节、小蓟等。

(2)初始大剂量治疗已获缓解者,阴虚症状已大为减轻,一般情况良好,无明显不适症状,这时配合健脾补肾的中药对防止肾病综合征的复发起着良好的作用。

(3)有一部分患者在用激素的初始治疗阶段完全缓解,但在半年之内复发,或者表现出对激素的依赖表现,在激素减到一定程度时即复发,这时在调整激素或加用其它药物的同时,配合健脾补肾为主的中药,如四君子汤(人参、茯苓、白术、甘草)合参芪地黄汤(人参、黄芪、地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻)等加减化裁,能逐渐消除病人对激素的依赖性,达到最终撤减激素、完全缓解的目的。

(4)长期激素维持治疗会使病人出现手足抽筋等缺钙症状,这时可使用珍珠母、川木瓜、当归、白芍、生地、熟地等滋补肝肾为主的中药。

(5)肾病综合征应用激素治疗最终获完全缓解后,也容易复发。引起复发的因素很多,最常见的是感冒,这一阶段宜用玉屏风散(黄芪、防风、白术)等中药益气扶正、卫外固表为主。

四、中药与免疫抑制剂的配合运用

有一部分肾病综合征的病人在使用激素的同时,应根据病情的需要,联合使用免疫抑制剂,如用环磷酰胺针剂冲击治疗,按 10 mg/kg 连续冲击 2 天,每半月一次。每周查 1 次血、尿常规,如果白细胞总数低于 $4 \times 10^9/\text{L}$ 时,可以适当延长下一次冲击时间,总量最后达到 150 mg/kg 。

(1)在冲击后1周内,多数患者可出现呕吐、恶心、食欲不振等症状,此时可配用小半夏加茯苓汤(半夏、茯苓、生姜)或黄连温胆汤等加减化裁,以降逆止呕。

(2)冲击后1~2周,病人白细胞总数会明显下降,严重时低于 $4 \times 10^9/L$,此时应给予何首乌、当归、生熟地、女贞子、鹿角胶、阿胶、黄芪、黄精等益气生血之品,以利于白细胞的恢复,为下次冲击奠定基础。

(3)冲击治疗过程中,有一部分病人会出现严重脱发,此时可用何首乌片、七宝美髯丹等健脾益肾生发之品。

(4)冲击治疗会损伤机体的免疫能力,多数病人免疫力低下,容易感冒,严重者可出现反复感染,宜用玉屏风散、小柴胡汤(柴胡、黄芩、半夏、生姜、甘草、大枣)等方药来调节病人的免疫力。

任琢珊

治疗糖尿病肾病的经验

任琢珊教授(河北医科大学中西医结合学院,邮编:050091)认为糖尿病肾病是糖尿病病程日久发展而成,根据多年的临床经验,认为糖尿病肾病多表现为阳气虚衰、湿浊内阻、瘀血阻络等三种病机特点,治疗宜益脾肾、除湿浊、化瘀滞。

一、阳气虚衰

病机:糖尿病肾病阳气虚衰是其根本。阳气者人身之本,对于年过不惑多病体衰之人尤需刻意调养,阴津精血再生较易,真阳耗损却难以恢复。①历代医家多责之肺燥,胃热,阴虚,津液不足,燥热者不仅伤津,且最易伤气,所谓“壮火食气”,故糖尿病肾病必见伤气。②一般医家多治以清热润燥,养阴生津,而忽略固护阳气,致复戕真阳,元气更伤。③消渴日久,失于控制,阴损及阳,致阳气更衰。④糖尿病肾病患者多年迈体虚,命门火衰,阳气不足。

症状:脾肾阳虚,先后天之本不固,气血生化乏源,各脏腑功能减弱,水液代谢失调,不能分清泌浊,致小便异常,混浊如膏,伴腰膝酸软、形寒肢冷、脉象沉细等阳虚之象。

治疗:宜温阳补气,助阳则阳生阴长,精血自沛。

方药:临床上水肿不明显者,选用金匱肾气丸加减。如水肿明显者,选用真武汤加减。

二、湿浊内郁

病机:任琢珊教授认为糖尿病肾病虽多以燥、热、津液不足论之,但湿邪内阻在糖尿病肾病中却始终存在,此乃消渴日久,脾虚生湿,或湿邪侵袭,湿聚生热,湿热内阻,或由于有些一般医家治消渴多投清热润燥之品,更使湿邪留恋不去,深蕴于内。因而湿邪内

滞贯穿于糖尿病病程的始终,具有普遍性,并认为糖尿病的迁延难愈很可能与黏腻濡滞的湿邪之毒深蕴于内有关。

症状:见脘腹痞满、恶心呕吐、不欲食、肢体困重、倦怠欲寐、头昏脑胀、水肿、小便不利、口臭、阴部瘙痒、舌苔白腻或黄腻、脉象濡缓或濡数等湿阻症状。

治疗:除湿浊,利水道。

方药:加入苍术、白术、薏苡仁、砂仁、佩兰等芳香化湿、健脾利湿之品。

临证加减:若湿热之象明显者,则加用黄柏、车前草、通草、瞿麦、篇蓄等药物,使湿邪去,水道通,提高治疗效果。

三、久病入络

病机:任琢珊教授认为消渴患者燥热津伤阴虚,阴虚血必不足,阴血亏虚,脉道不充,血行不畅,瘀血内停;另外消渴日久,阴损及阳,阳气虚弱,行血无力,也可致瘀血内停,日久形成微型癥瘕,阻于经络脏腑,影响其生理功能。

症状:见胸闷心痛、口唇紫暗、肢体麻木疼痛、舌下静脉曲张、舌上有瘀斑瘀点诸状。临床观察到病程越长,瘀血的表现越明显。结合现代医学检查,出现甲皱微循环障碍、血液流变学异常、血浆内皮素改变等。

治疗:活血化瘀,消癥散结。

方药:常用桃仁、红花、川芎、赤芍、三棱、莪术、水蛭等药物,以使瘀血去,癥瘕消,脉道通畅,气血旺盛,阴阳协调,病情转愈。

【病案举例】 赵某,男,64岁。1998年3月12日初诊。既往有糖尿病病史10余年,平素口服降糖药糖适平、二甲双胍治疗,血糖控制在 $8.3\sim 11.6\text{ mmol/L}$ 。现化验尿蛋白(+++),24小时尿蛋白定量为 6.6 g ,血肌酐为 $158\text{ }\mu\text{mol/L}$,尿素氮为 6.5 mmol/L 。患者表现精神萎靡不振、困倦嗜睡、畏寒肢冷、面色无华、腰膝酸软无力、纳呆食少、时有恶心、双下肢浮肿、舌质暗淡、

舌下静脉青紫怒张、舌苔白腻、脉象沉细无力等。

西医诊断:糖尿病肾病。

中医辨证:属脾肾阳虚,夹湿夹瘀。

治疗:以温阳补肾、健脾利湿、活血散结为大法。

处方:黄芪 30 g,茯苓、白术、山药、砂仁、川芎、赤芍、白芍、桃仁、红花各 10g,薏苡仁 20 g、附子 6g,甘草 6 g。水煎服,每日 1 剂。

二诊:患者服药 10 剂后,畏寒肢冷、困倦嗜睡及精神状况较前好转,纳食较前增加。效不更方,继以原方服用 20 剂。

三诊:4 月 12 日,患者来诊时自诉上述症状明显减轻,肢体水肿好转,微觉口渴,仍有腰膝酸软、时有恶心、晨起明显、舌质仍暗淡、舌体胖大、舌苔白腻、脉象沉缓无力等症。于上方去附子、白芍,加清半夏、生姜、仙茅、淫羊藿、枸杞子。

2 个月后诸症状消失,化验血糖为 7.2 mmol/L,尿蛋白(+)。患者以上方自制胶囊,间断服用,随访 1 年,病情稳定,无明显不适。

成秀梅

通补结合治疗糖尿病肾病

成秀梅医师(河北医科大学中西医结合学院,邮编:050091)采用通补结合的方法治疗糖尿病肾病,有一定疗效。成秀梅医师认为,糖尿病肾病患者虚为其本,塞为其标。治疗上应虚则补之,塞则通之,以通为补,以补为通,寓补于通,通补结合,标本兼治。

一、健脾益气

病机:糖尿病肾病是由糖尿病迁延日久,经久不愈发展而成,糖尿病(中医称为消渴病)中后期脾肾不足占有很重要的地位。临床上常表现为少气懒言、倦呆乏力、喜卧自汗、虚胖无力、心悸胸闷、脘腹痞满、纳呆食少、渴不甚饮、大便不实、舌体胖大有齿痕、脉象沉缓无力等症状。

治疗:以健脾益气为法。

方药:用四君子汤(白术、党参、茯苓各 10 g,甘草 6 g)加黄芪 50 g,山药 30 g,薏米 20 g 等。

临证化裁:如气阴两虚者,加沙参、麦冬、玄参、五味子各 10 g 等;如气虚及阳,出现形寒肢冷、大便不实等症,加芡实 20 g,桂枝 10 g,干姜 6 g 等。

二、温补肾命

病机:糖尿病肾病患者多年迈体弱,命门火衰,肾阳不足;且病程日久,阴损及阳。或由于消渴初期治疗上一味清热润燥、养阴生津,忽略固护阳气,致阳气受损,肾阳不足。阳气不足,命门火衰,则各脏腑功能减弱,水液代谢失调,不能分清泌浊,固摄失权,精微下泄。临床上常表现为形寒肢冷、腰膝冷痛、肢体水肿、大量蛋白尿等。

治疗:除健脾益气外,要温补肾命。

方药:常用金匱肾气丸之意,山药、枸杞子、菟丝子各 20 g,茯苓 15 g,熟地、山萸肉、泽泻、五味子、巴戟天各 10 g,甘草 6 g 等。

临证化裁:如伴有水肿时,加附子、干姜、白术各 10 g。其中附子虽为大辛大热之品,但若存虚寒之病机,应用附子能收事半功倍之效。如腰酸痛时,加桑寄生、续断各 20 g,仙灵脾 10 g 等。如失眠者,加远志、柏子仁各 20 g,茯神 10 g 等。

三、通水道(健脾化湿和清热利湿)

病机:糖尿病肾病虽多以燥、热、津液不足论之,但湿邪内阻却始终存在。临床上常表现为脘腹痞满、恶心呕吐、肢体困重、倦呆欲寐、头昏脑胀、水肿、小便不利、阴部瘙痒、舌苔白腻或黄腻、脉象濡缓或濡数等症状。

治疗:在健脾益肾的基础上,需酌情加入健脾化湿和清热利湿的药物。

方药:酌加薏米 20 g,瞿麦 20 g,苍术、车前子(包煎)、篇蓄各 15 g,砂仁 15 g,佩兰 10 g,通草 10 g 等。使湿邪去、水道通,以提高治疗效果。

四、通脉道(活血化瘀)

病机:糖尿病肾病患者燥热津伤阴虚,阴血亏虚,脉道不充,血行不畅,瘀血内停。临床上常表现为胸闷心痛、口唇紫暗、肢体麻木疼痛、舌下静脉曲张、舌上有瘀斑瘀点等。

治疗:方用桃红四物汤加减。

方药:川芎 15 g,桃仁、红花、赤芍、三棱、莪术、水蛭各 10 g 等。

朱晓红

温阳益气法治疗糖尿病肾病

朱晓红医师(洛阳市第二中医院,邮编:471003)以中药温阳益气为主配合西药治疗糖尿病肾病,疗效满意。

糖尿病肾病是糖尿病全身性微血管合并症之一,其特点是持续蛋白尿、肾小球过滤下降、肾功能进行性恶化、血压明显升高、水肿等。本病属中医“消渴”、“水肿”等范畴。中医认为肾气虚和中气不足是糖尿病肾病发生的根源。

中医治疗糖尿病肾病,以温阳益气为主,佐以固涩精气,活血利水,再配合西药,临床疗效满意。温阳益气基本方组成:制附子 10 g,肉桂 9g,黄芪 30 g,生白术 30 g,桑寄生 15 g,桑螵蛸 15 g,沙苑子 15 g,龙骨 20 g,牡蛎 20 g,益母草 30 g,川芎 15 g,车前子(另包)15 g。每日 1 剂,水煎服。2 个月为一疗程。

方中附子、肉桂、白术、黄芪、桑寄生等温阳益气,桑螵蛸、沙苑子、龙骨、牡蛎固涩精气,益母草、川芎、车前子活血利水。现代药理研究表明,温阳益气药有兴奋中枢神经、调节内分泌、促进免疫机能的作用,并提高机体的抗应激能力。活血化瘀中药具有抗氧化作用,能纠正自由基代谢紊乱,抑制组织蛋白质糖基化作用,减少尿蛋白,减缓肾衰的进展。临床观察表明,以温阳益气中药为主配合西药治疗胰岛素依赖型糖尿病肾病,可明显减少蛋白尿,降低血肌酐、尿素氮,减缓肾衰进程,疗效明显优于单纯西药治疗。况且治疗中未见明显毒副作用发生,值得进一步研究。

选择 60 例住院及门诊病例,均系胰岛素依赖型糖尿病患者,依据 WHO1985 诊断标准及 Mogensen 糖尿病肾脏受累诊断分期标准,属临床糖尿病肾病(Ⅳ)期,且排除其它原因如原发性肾病综

综合征、急性或慢性肾小球肾炎、高血压病、心衰等导致的肾脏损害患者。随机分为治疗组和对照组,治疗组 30 例,其中男性 20 例,女性 10 例,年龄最小 25 岁,最大 65 岁,糖尿病(DM)病程 10~25 年,应用胰岛素时间 5~10 年。发现糖尿病肾病(DN)6 个月至 5 年,平均 2.2 年。对照组 30 例,其中男性 18 例,女性 12 例,年龄最小 27 岁,最大 63 岁,糖尿病(DM)病程 10~26 年,应用胰岛素 5~11 年。发现糖尿病肾病(DN)7 个月至 5 年,平均 2.3 年。所有病例均合并有视网膜病变及肾功能不全,血肌酐 $120 \sim 354 \mu\text{mol/L}$,治疗组、对照组合并高血压分别为 26 例与 25 例,合并心脑血管病变分别为 25 例与 24 例。两组性别、年龄、病程、尿蛋白定量及肾功能损害程度等资料差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

两组均给予糖尿病饮食(低糖、低脂、低磷、低数量优质蛋白),保证机体热量,减轻体重,戒烟、戒酒。对照组给予注射诺和灵 30R,使血糖控制在 7.0 mmol/L 以下,降压治疗给予洛汀新 10 mg/d 口服,依血压高低配合心痛定 $10 \sim 30 \text{ mg/d}$ 口服,使血压控制在 $120/70 \text{ mmHg}$ 左右。治疗组在上述处理的基础上加服温阳益气中药。

疗效标准:显效:临床症状及体征消失,24 小时尿蛋白定量较治疗前下降 $2/3$ 以上或小于 0.5 g/d ,血肌酐、尿素氮均较治疗前下降 $2/3$ 以上。有效:临床症状及体征减轻,24 小时尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮均较治疗前下降 $1/3$ 以上。无效:未达到有效标准及加重者。

两组临床疗效比较:治疗组:显效 13 例,有效 14 例,无效 3 例,显效率为 43.33% ,总有效率为 90% 。对照组:显效 4 例,有效 19 例,无效 7 例,显效率为 13.33% ,总有效率为 76.66% 。两组临床疗效比较有可比性($P < 0.05$)。

朱晓岚等

平消固精汤治疗早期糖尿病肾病

朱晓岚、徐伟芳、叶敏和等医师(浙江省杭州市第四人民医院, 邮编:310002)运用平消固精汤治疗早期糖尿病肾病(DN),发现该方能明显改善早期糖尿病肾病患者的临床症状和体征,降低血糖,调节脂质代谢紊乱,降低尿蛋白。

糖尿病肾病是糖尿病常见的并发症之一。根据临床调查发现,1型糖尿病的发生率是30%~50%,2型糖尿病的发生率是5%~10%。糖尿病肾病是糖尿病微血管病变的一部分,早期表现为尿中排出微量白蛋白,最终进展为慢性肾衰竭,严重影响了糖尿病患者的预后和生存。在美国终末期肾衰竭患者中,糖尿病肾病占了1/3,在我国比例也在逐渐增多。虽然对糖尿病肾病尚无特异的治疗方法,但及时有效地治疗可延缓早期糖尿病肾病的进展。

糖尿病肾病早期表现为尿中排出微量白蛋白,根据其临床表现属中医学的“消渴”、“水肿”、“虚劳”等范畴。巢元方《诸病源候论》曰:“劳伤肾虚,不能藏于精,故因小便而精微出也。”肾主水,主藏精,“受五脏六腑之精而藏之”。肾气亏虚,肾络血瘀,肾关封藏失司,精微外泄;或肾阴不足,虚火妄动,扰动肾关,均可发生蛋白尿。

平消固精汤药物组成:黄芪30g,生地30g,黄精30g,白茅根30g,太子参25g,丹参20g,益母草20g,赤芍15g,莪术10g。每日1剂,水煎分2次服。2个月为一疗程。方中黄芪、太子参益气;生地、黄精养阴;丹参、莪术、益母草活血;白茅根清热利尿。全方补而不滞,祛瘀活血,祛瘀而不伤正,气复津生。

共选择 42 例患者,均按 WHO 诊断标准确诊为 2 型糖尿病。早期糖尿病肾病的诊断标准是:尿微量白蛋白排泄率 $<200\text{ }\mu\text{g}/\text{min}$,尿白蛋白排出量 $<300\text{ mg}/24\text{ h}$ 。采用中国中医药学会消渴病专业委员会辨证诊断标准,明确中医分型为气阴两虚、瘀血阻络型,症见倦怠乏力、自汗、盗汗、气短懒言、烦渴喜饮、心悸失眠、溲赤便秘、视物模糊或四肢麻木疼痛、舌质暗红少津、舌苔薄或花剥、脉象弦细或细数等。

把符合诊断标准的 42 例患者按随机数字表示法进行随机分组。治疗组 22 例,其中男 12 例,女 10 例;年龄 41~78 岁,平均 (56.3 ± 11.7) 岁。测空腹血糖水平(FBG)7.2~15.3 mmol/L,平均 (8.62 ± 2.71) mmol/L;24 小时尿微量白蛋白排泄量(UAE)平均为 (137.1 ± 32.8) mg/24 h。对照组 20 例,其中男 9 例,女 11 例;年龄 39~80 岁,平均 (53.1 ± 13.2) 岁。测空腹血糖水平(FBG)6.93~16.1 mmol/L,平均 (8.53 ± 2.92) mmol/L;24 小时尿微量白蛋白排泄量(UAE)平均为 (129.9 ± 38.1) mg/24 h。

42 例患者均给予优质低蛋白、低磷饮食,其中蛋白质 0.6~0.8 g/(kg·d)。肥胖患者予低热卡饮食 85 kJ/(kg·d),其中碳水化合物占 60%~65%,蛋白质占 20%~25%,脂肪占 10%~15%。控制血糖,给糖适平,如血糖控制不理想加拜糖平,如胰岛素水平低于正常,则用胰岛素,控制血糖在理想水平(空腹 $<7.1\text{ mmol}/\text{L}$,餐后 $<8.3\text{ mmol}/\text{L}$)。如果合并高血压,用洛汀新 10~20 mg,每日 1 次,或波依定 5 mg,每日 1~2 次,血压控制在 130/80 mmHg 左右。治疗组在上述治疗的基础上加服平消固精汤。

按上述方法治疗 2 个月,两组临床疗效比较。治疗组在改善倦怠乏力、心悸失眠、自汗盗汗、四肢麻木、溲赤便秘等方面明显优于对照组,经过 χ^2 检验,有统计学差异($P<0.05$)。

两组治疗前后空腹血糖水平(FBG)、24 小时尿微量白蛋白排泄量(UAE)指标变化比较:两组治疗后空腹血糖水平(FBG)、24

小时尿微量白蛋白排泄量(UAE)均有明显下降,与治疗前比较,经过 t 检验,有统计学差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);其中治疗组 24 小时尿微量白蛋白排泄量(UAE)与对照组比较,经过 t 检验,有统计学差异($P < 0.05$)。治疗组能更好地减少 24 小时尿微量白蛋白(UAE)的排出量。

两组治疗前后血脂变化比较:两组治疗前后 TG、CH、LDL-C 均无统计学差异($P > 0.05$)。治疗组 HDL-C 治疗后明显升高,经 t 检验,与治疗前有统计学意义($P < 0.05$),表明治疗组能更好地调节脂质代谢。

李瑛

补肾明目饮治疗糖尿病肾病

李瑛医师(河南中医学院第一附属医院,邮编:450000)应用补肾明目饮煎剂,治疗糖尿病肾病。此方具有调节糖脂代谢、减少蛋白尿、改善肾功能、改善血液黏稠度、改善微血管病变、延缓肾单位纤维化及肾小球硬化等的作用,从而达到治疗糖尿病肾病、延缓肾功能减退的进程。

糖尿病肾病是糖尿病常见而难治的微血管并发症,临床表现为蛋白尿或有水肿、高血压,进一步发展可致氮质血症、肾功能衰竭,为糖尿病的主要致死原因之一。如何有效地治疗糖尿病肾病,是目前亟待解决的问题。近些年研究表明,糖尿病肾病的发病是复杂的、多因素的。因素之一是由于蛋白质的非酶糖化,在肾小球的毛细血管内,糖基化的胶原蛋白分子之间形成网状,白蛋白、免疫球蛋白等沉积,使基底膜增厚,毛细血管及肾小球阻塞、纤维化,通过自身免疫反应,造成肾小球损害等病变。糖尿病肾病中医之病机多是在糖尿病气阴两虚、阴虚燥热的基础上发展而来,以肾阴虚为主,涉及肝脾,早期以肝肾阴虚为主,中期则以脾肾气阴两虚多见,晚期则以阴阳两虚为主,无论阴虚、气虚、阳虚,久则皆可形成瘀血,阻于肾络,以致瘀血停滞,肾脏亏虚而病。进一步可使肾小管、肾间质上皮细胞受损和纤维化,肾皮质瘢痕形成,并导致整个肾脏萎缩,致肾功能减退,使体内毒素浊邪堆积。

李瑛医师在常规治疗糖尿病的基础上,以自拟补肾明目饮治疗糖尿病肾病,取得了一定疗效。

补肾明目饮组成:枸杞子 30 g,葫芦巴 30 g,草决明 30 g,川芎 30 g,大黄 10 g。全方共奏平肝明目、补肾固精、活血化瘀祛浊之

功。方中枸杞子、葫芦巴滋阴补肾、固肾敛精,现代药理研究二药有增加免疫、降糖、利尿、抗炎作用;草决明平肝明目潜阳,药理研究其有明显的降压利尿、降血脂作用;川芎行气活血化瘀,能改善微循环,抑制凝血,促进纤溶,降低血黏度;大黄排浊泻毒,近年研究其有预防肾衰和改善慢性肾功能衰竭患者的氮质代谢、促进尿素和肌酐从肾脏排出之作用。经临床使用,在治疗过程中,尿素氮、肌酐、24 小时尿蛋白定量、血脂等指标明显改善,经统计学处理均有显著性意义($P < 0.05$)。另外在应用补肾明目饮煎剂治疗,发现患者视力、视网膜病变、眼底出血等情况均有不同程度的改善。

选择 70 例病人,均为近年来住院或先住院后转入门诊治疗的病人,按 WHO1980 年诊断标准确诊为非胰岛素依赖型糖尿病并符合糖尿病肾病诊断标准的第 3~4 期患者,排除原发性高血压、心力衰竭或其它肾脏疾病引起的肾功能改变。其中男 38 例,女 32 例;年龄 43~76 岁,平均年龄为 59.2 岁;发现糖尿病病程 13~21 年,平均 15.5 年;临床糖尿病肾病病程 10 个月~8 年,平均 5.4 年;合并视网膜病变者 52 例,高血压者 46 例,周围神经病变者 39 例,冠心病者 23 例,感染者 8 例,糖尿病足者 4 例。将 70 例糖尿病肾病按单盲法随机分成治疗组(36 例)和对照组(34 例),两组患者年龄、性别、病程、并发症及治疗前各实验指标等大致相同。

两组患者均进行糖尿病教育及优质低蛋白糖尿病饮食,根据血糖水平的不同,分别给糖适平 90~180 mg/d,分 3 次口服;或 30R 诺和灵胰岛素 16~30 U/d,分早晚餐前 30 分钟皮下注射。两组均采用复方丹参注射液 20 ml、川芎嗪注射液 120 mg 加入生理盐水 250 ml 中静脉滴注,每日 1 次。合并其它并发症者,分别施以并发症的对症治疗。血压高者用心痛定、洛汀新降压。治疗组在此基础上服用补肾明目饮煎剂,每日 1 剂,每日 2 次,每次 150~200 ml。

观察临床症状时分为 3 级:症状基本消失、症状好转、病症无变化。测两组治疗前后的空腹血糖、24 小时尿蛋白定量、血肌酐、尿素氮、总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、尿 β 2-微球蛋白、尿微量白蛋白,查视力,查眼底。

疗效标准:显效:症状体征基本消失,24 小时尿蛋白定量 < 0.5 g,或较前下降 $2/3$ 以上,血肌酐下降 $1/4$ 。有效:症状体征好转,24 小时尿蛋白定量较前下降 $1/3$,肾功能改善但未达到显效标准,或稳定者。无效:症状体征无好转,各项指标未达到有效标准。

统计学处理:疗效比较用 χ^2 检验,组间比较采用 t 检验。

实验指标比较:两组治疗前后空腹血糖均有显著下降($P < 0.05$),治疗组治疗后,24 小时尿蛋白、尿 β_2 -微球蛋白、尿微量白蛋白明显减少,血肌酐、尿素氮显著降低($P < 0.01$),血脂三项指标均降低($P < 0.05$)。对照组治疗后,24 小时尿蛋白、尿 β_2 -微球蛋白、尿微量白蛋白明显下降($P < 0.05$),其余指标也有改善,但经统计学处理差异无显著性意义。两组比较,治疗组在减少尿蛋白、改善肾功能、调整糖脂代谢方面疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

杨
华
等

金水宝胶囊治疗糖尿病肾病

杨华、宋莹莹等医师(江苏省东海县人民医院, 邮编: 222300)用金水宝胶囊治疗糖尿病肾病, 患者服用后尿蛋白、肾功能等均有变化, 说明金水宝胶囊药理作用广泛, 在糖尿病肾病的防治中有独特的标本兼治及保护作用。

糖尿病肾病是糖尿病常见而严重的并发症, 目前认为其发病机制与 SOD 降低、自由基活性增加、微循环改变、肾血流动力学、血流变异及导致肾氧化损伤等多种因素有关。临床上以蛋白尿、高血压、肾功能衰竭等为主要表现。控制血糖、血压、限制蛋白质食入及血液净化等是当前的主要治疗方法。

金水宝胶囊(人工虫草, 简称金水宝)为生物制剂, 每粒胶囊含冬虫夏草蝙蝠蛾拟青霉 Cs-4 菌株发酵粉 0.33 g。冬虫夏草是传统的滋补强身药物, 《本草从新》等文献及现代医学研究证实具有“保肺益肾”等多种药理作用。金水宝是冬虫夏草蝙蝠蛾拟青霉 Cs-4 菌株人工纯化的发酵产物, 具有天然虫草的功能(也称人工虫草), 其广泛的作用与其所含的多种成分有关。金水宝中所含的腺苷、维生素 E、锌、硒、铜等直接参与机体 SOD 等代谢, 它可使 SOD 升高, 清除自由基, 降低脂质过氧化物(LPO), 呵护患者肾脏免受损伤, 改善肾血流, 抑制血小板聚集, 稳定溶酶体膜, 降低 NAG 酶, 维护肾小管功能, 减轻氮质血症, 保护和维持肾功能, 并促进肾细胞的修复。另外, 腺苷能增加 cAMP, 也抑制血小板聚集, 使血栓素(TXA)降低, 还具有松弛平滑肌, 降低血压, 纠正心律失常, 改善肾功能等作用, 这些作用对抑制糖尿病肾病的发生发展, 改善微循环, 阻断和减轻肾微细血管病变, 减少尿白蛋白的排

泄,改善肾功能起着非常重要的作用。金水宝中所含的多种维生素、微量元素都是人体所必需的,可供糖尿病肾病患者补充所需或直接参与调节机体的糖、蛋白质、脂肪、SOD等多种代谢。金水宝中含有19种氨基酸,有7种是人体必需的,其直接参与机体代谢,对改善氮质血症,恢复氮平衡,促进组织细胞损伤的修复,纠正贫血,改善免疫功能,增强体质有一定作用。金水宝所含的不同成分在糖尿病肾病、糖尿病的治疗中有着相互协同的药理作用。对糖尿病肾病标本兼治,对肾脏有保护作用,无毒副反应,安全有效。

临床上选择68例糖尿病患者皆符合1985年WHO诊断标准及糖尿病肾病诊断标准,有持续性蛋白尿,尿白蛋白 $>0.5\text{ g}/24\text{ h}$ 。随机分为金水宝组(36例,其中男19例,女17例,年龄36~62岁,平均年龄 (50.7 ± 11.8) 岁,DM病程3~16年,平均8.1年,其中6例伴有高血压,10例伴有肾功能不全);对照组(32例,其中男女各16例,年龄、病程、病情与金水宝组相当,具有一定可比性),所有患者无酮症酸中毒,无发热,无尿路感染,无心衰。

所有患者行糖尿病饮食及常规治疗,力求空腹血糖控制在 $4.5\sim 7.1\text{ mmol/L}$,血压相对稳定,不服用维生素E、施尔康、抗凝剂及活血化瘀的药物。金水宝组服用金水宝胶囊治疗,3粒/次,3次/d,连服15周。对照组按同法服用安慰剂(淀粉胶囊)治疗。分别测定每位患者治疗前后24小时的尿白蛋白含量和空腹血SOD、Cr、BUN及指尖血RBC、Hb含量,并计算其数值的变化,同时观察血糖、血压等病情变化。

依1993年卫生部药政局所制定《新药临床研究指导原则》的疗效评定方法,以24小时尿白蛋白排泄值制定疗效评定标准。显效:治疗后尿蛋白消失或较治疗前减少50%以上;有效:治疗后尿蛋白较治疗前减少50%以下;无效:治疗前后尿白蛋白无变化。

金水宝组治疗后,尿白蛋白排泄较治疗前明显减少,总有效率97.2%;对照组治疗前后尿白蛋白下降不明显,总有效率为6.3%。

金水宝组总有效率明显优于对照组($P < 0.001$)。

金水宝组治疗后 Cr、BUN 较治疗前明显降低($P < 0.001$);对照组治疗前后变化不明显($P > 0.05$);两组间有非常显著的差异($P < 0.01 \sim 0.001$)。

金水宝组治疗后 SOD 较治疗前明显升高($P < 0.001$),对照组治疗前后升高不明显($P > 0.05$);金水宝组较对照组治疗后有显著的升高($P < 0.01$)。

金水宝组治疗后 Hb、RBC 均较治疗前明显升高($P < 0.001$),对照组治疗前后升高不明显($P > 0.05$);两组间有非常显著的差异($P < 0.001$)。

金水宝组治疗后肝功能、Cr、BUN、血糖、尿白蛋白、血压等无一例恶化,且血糖、血压还有所降低,末梢血白细胞相对增多,多数患者的乏力、嗜睡、口干、胸闷及精神症状等明显好转或消失,未发现不良反应。

可见临床应用金水宝治疗糖尿病肾病收到明显的效果,其作用广泛,能使糖尿病肾病(DN)患者的 SOD 升高,减少尿白蛋白排泄,降低 BUN、Cr,提高 RBC 和 Hb,从而改善肾功能,纠正贫血,并能改善糖代谢,降低血压,增强体质,疗效明显优于对照组。

郑庆媛

辨证分型论治糖尿病肾病

郑庆媛医师(浙江省金华市中医院,邮编:321017)认为消渴的主要病因为素体阴虚、饮食不节、复因情志失调、劳欲过度等。病机以阴虚为本,燥热为标。中医治疗糖尿病肾病,除饮食治疗、运动疗法外,降低血糖仍为首要。郑庆媛医师将糖尿病肾病分为肝肾阴虚、气阴两虚、阴阳两虚、肾阳式微等证型辨证施治。

一、肝肾阴虚

病机:长期情志失调,肝气郁结,气郁化火,郁火伤阴致肝肾阴虚。

症状:见尿频量多、混浊如膏,腰膝酸软、头晕耳鸣、口干咽燥、舌质红、少苔、脉象细数等。肝失疏泄,肾失固摄之权,见尿频量多,精微随尿下泄而尿混浊如膏。肾之精血不足不能濡养清窍而见头晕耳鸣。肾虚腰失所养则腰膝酸软。

检查:有轻度蛋白尿。

治则:宜滋养肝肾。

方药:用知黄地黄汤加减。处方:熟地 20 g,山茱萸 20 g,丹皮 15 g,山药 15 g,茯苓 15 g,泽泻 15 g,知母 10 g,黄柏 10 g。方中,熟地滋肾阴,益精髓为君药,山茱萸温肾益肝,山药滋肾补肝,共成三阳并补。泽泻配熟地而泻肾降浊,丹皮配山茱萸以泻肝火,茯苓配山药而渗脾湿,共为三泻。三泻三补,补中有泻,泻中有补,补而不腻。

临证加减:若头晕明显者,加菊花 10 g、枸杞子 10 g、决明子 15 g 等,以滋阴潜阳,若尿频尿急者,加白茅根 20 g、淡竹叶 10 g 等,以清热利湿。

二、气阴两虚

多见于糖尿病肾病早期,伴蛋白尿、浮肿者。

病机:饮食不节,过食肥甘,醇酒厚味,致脾胃运化失职,积热内蕴,燥热伤津耗气,日久气阴两伤,气阴两虚。

症状:见口渴多饮、小便频数、形体消瘦、倦怠乏力、肢体浮肿、大便干结、五心烦热、舌质红、舌苔薄、脉象细而无力等。

检查:尿检有蛋白。

治则:宜益气养阴。

方药:用生脉散加减。处方:党参 12 g,麦冬 12 g,五味子 10 g,黄芪 15 g,玄参 12 g,生地 12 g,赤芍 12 g,山药 12 g,山萸肉 10 g。

临证加减:若口渴者,加天花粉 30 g 等,以生津润燥;如多尿者,加木瓜 10 g 等,以敛阴制尿;如腰酸者,加杜仲 12 g、牛膝 10 g 等,以强腰健肾。

三、阴阳两虚

多见于糖尿病肾病氮质血症期。

病机:素体阴虚,劳欲过度致阴虚燥热,耗气伤津,日久气阴耗伤,气阴两虚,阴损及阳,阴阳两虚,肾阳不足,肾失固摄,气化无力。

症状:见腰膝酸软、小便频数或尿量减少,尿混浊如膏或泡沫增多,甚则饮一溲一,面浮肢肿、形寒肢冷、阳痿不举、舌质暗淡、舌苔白、脉象沉细等。

治则:宜温阳滋肾固肾。

方药:用《金匱》肾气丸加减。处方:附子 10 g,肉桂 6 g,熟地 12 g,泽泻 10 g,山萸肉 10 g,茯苓 15 g,山药 15 g。方用制附子、肉桂以温补肾阳,六味地黄丸以调补肾阴。

临证加减:若肾阳虚甚者,加仙灵脾 15 g、菟丝子 10 g 等;如水肿甚者,加车前子 30 g、大腹皮 30 g 等;如瘀血重者,加川芎

10 g、益母草 30 g、红花 10 g 等,以活血化瘀。

四、肾阳式微

多见于糖尿病肾病肾功能衰竭尿毒症终末期。

病机:命门为元气之根,水火之长,若肾阳衰惫,则命火式微。

症状:见少尿、无尿、全身浮肿、气急不续、面色晄白、四肢厥冷、口中有咸尿味、舌质淡、舌苔灰或黑、脉象沉细欲绝等。三焦气化无权,故小便量少,少尿,无尿。肾阳式微,阳不化气,水失所主而泛滥见全身浮肿。气失所主,上逆心肺,故见气急不续。

治则:宜温补命门。

方药:用参附汤加减,处方:人参 10 g,附子 10 g,白术 10 g,茯苓 10 g,牛膝 12 g,车前子 12 g,大黄 10 g(后下)。方用人参、附子温补下焦之阳,以鼓舞肾气,回阳救逆。牛膝、车前子温补肾阳,以化气行水利尿消肿。大黄泄浊,延缓肾衰。

临证加减:若水邪凌肺,肾不纳气,上气喘促、汗出、脉象虚而浮数者,加炙甘草 12 g、五味子 15 g、煅牡蛎 30 g 等,以防喘脱之变;若心悸、唇绀、脉象虚数或结代者,乃水邪上逆,心阳被遏,血脉瘀阻之证,宜重用炙附子 30 g,加桂枝 10 g、炙甘草 15 g、丹参 20 g、红花 10 g 等,以温阳化瘀通脉;若见神昏欲睡、泛恶、甚则口有尿味、病情严重者,用制附子 12 g,大黄 15 g,川连 12 g,法半夏 10 g,丹皮 20 g,牡蛎 30 g,海藻 15 g,以解毒通腑泄浊。

【病案举例】 黄某,男,68 岁。因口渴多饮、多尿 8 年,伴颜面虚浮 2 月余,于 1998 年 10 月 4 日就诊。患者 8 年前无明显诱因而感口渴多饮,日饮水量约 2 000 ml,伴多尿,形体消瘦,体重下降 10 kg。8 年间患者血糖稳定,症状改善。2 月前患者晨起颜面虚浮,双下肢轻浮,尿中泡沫增多,腰酸乏力,舌质红,舌苔薄,脉象弦细。查血糖 8 mmol/dl(空腹)、13.5 mmol/dl(餐后 2 小时),血肌酐 89 μ mol/L,24 小时尿蛋白定量 212 mg,MA72 mg/L,眼底荧光血管造影:双眼底糖尿病改变(渗漏,出血,微血管瘤)。诊断:糖

尿病,双眼底糖尿病改变,糖尿病肾病。中医诊断:消渴、下消、肝肾阴虚。方用知柏地黄丸加减。处方:生地 20 g,山茱萸 20 g,山药 15 g,茯苓 15 g,丹皮 15 g,泽泻 10 g,知母 9 g,黄柏 9 g,女贞子 12 g,旱莲草 12 g,车前子(包煎)15 g。

上方加减服用 2 个月,复查 24 小时尿蛋白定量 160 mg,尿常规 PRO(-),临床症状明显好转。

宋林萱等

以“久病入络”理论治疗 糖尿病肾病

宋林萱(大连市中西医结合医院, 邮编: 116011)、孔庆爱、曲静、高继英、孟庆刚等医师, 以活血化瘀通络为主, 治疗糖尿病肾病。

糖尿病肾病是糖尿病发展到一定阶段所形成的慢性并发症之一, 其发病率占糖尿病人的 47.66%。据美国肾脏病资料库(USPDS)1996 年的统计, 在终末期肾功能不全(ESRF)患者中, 糖尿病肾病占首位, 约为 36%。

随着糖尿病发病率的逐年升高, 对糖尿病肾病的治疗研究已是目前医学界广泛关注的重要命题之一, 但时至今日尚无针对性治法。目前公认的是在控制血糖、血压的前提下, 西药以 ACEI 类药物为代表, 认为其有以下优点: ①降低肾小球跨毛细血管压力, 从而纠正高滤过状态, 减少了蛋白尿; ②降低系膜细胞对大分子物质的吞噬作用, 从而减少了因蛋白尿导致的系膜细胞增生及小管间质纤维化; ③促进基质蛋白酶降解, 使已形成的细胞基质部分得以降解。但由于治疗缺乏针对性, 仍不能有效地控制糖尿病肾病的进程。

《黄帝内经》曰: “若内伤于忧怒则气上逆, 六输不通……凝血蕴里而不散, 津液涩渗, 着而不去而积皆成矣。”; 《素问·缪刺论》谓: “今邪客于皮毛, 入舍于孙络, 留而不去, 闭塞不通, 不得入于经, 流溢大络而生奇病。”说明人体病变可通过络脉而达全身, 继生百病。在对糖尿病肾病的阐述过程中又多有论及, 如《内经》对消瘕中有“血脉不行”说, 唐容川《血证论》有“瘀血发温”说, 《千金方》

茯神散有用当归、丹参说,《太平圣惠方》中肾沥汤有用当归、川芎者,《东垣试效方》中用当归润燥汤、清凉饮子、甘草石膏汤、地黄饮子中均有用当归、桃仁、红花等。总之,“久病入络”理论是中医体系中的一个重要学术思想,它萌芽于春秋战国时期,后经各大医家不断发挥,使其至清·叶天士《临证指南医案》更趋完善,对后世对慢性病的治疗过程起到重要的指导作用。糖尿病肾病为慢性疾患,根据中医临床经验,提出“一切不治之症,总由不善祛瘀之故”、“血不利则为水”、“久病已入血络”、“经几年宿病,病必伤络”以及“终年累月,外邪留着,气血皆伤,其化为败瘀凝痰,混处经络”等思想,认为“久病入络”理论乃是慢性病治疗的指导思想,尤其在糖尿病肾病的治疗中更是如此。故中药对糖尿病肾病治疗采用以活血化瘀通络为主的原则,经常取得很好的疗效。临床上如能灵活掌握,抓住“久”字,认清“瘀”证,正确使用活血化瘀通络法,分清各种化瘀药,如养血活血、活血化瘀、化瘀止痛、破血散结等药物之适应证,每可收久病沉痾立见疗效之功。

目前以活血化瘀通络类中药为主的药物,在糖尿病肾病的治疗中已得到普遍认可,且研究较为广泛,已有实验结果显示:活血化瘀通络药物可提高机体免疫力,促进免疫球蛋白生成,促进淋巴细胞转化,可改善血液循环,特别是微循环。在糖尿病肾病中可由此增加肾脏血氧供应,促进坏死组织吸收,加快损伤组织的修复和再生,抑制肾小球纤维化,软化或吸收增生性病变,加快肾功能恢复;另外,活血化瘀药物能使小血管收缩,降低毛细血管的通透性,因而毛细血管的渗出减少,使蛋白尿得以控制,为糖尿病肾病的治疗找到了新途径,而中药活血化瘀通络法究其理论基础,乃出自中医“久病入络”理论。

【病案举例】 患者,女性,64岁,患糖尿病20余年,已明确诊断为糖尿病肾病。入院时患者血压较高195/110 mmHg,见口干渴、乏力、面色晦黯不华、双下肢浮肿、舌质黯、舌苔白腻、脉象弦等

症。考虑患者久病阴阳俱虚,治以阴阳同补,并辅以潜阳。处方:白术 10 g,甘草 10 g,黄芪 20 g,党参 20 g,茯苓 20 g,山药 20 g,枸杞子 20 g,龙眼肉 15 g,钩藤 15 g。3 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊:患者乏力感略有缓解,血压 150/90 mmHg,双下肢浮肿不见明显好转。上方茯苓加至 50 g,以助利水,少佐猪苓 10 g,利水防伤正。又服 6 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊:水肿仍不见明显缓解。细思本案,病程多年已成久病之躯,加之面色晦黯,舌质黯等症,故于原方中加入当归 15 g,丹参 15 g,木瓜 15 g,忍冬藤 15 g。3 剂,每日 1 剂,水煎服。

服药后,症状大减,水肿明显减轻。

谢宗昌

自拟降糖八味方治糖尿病肾病

随着糖尿病治疗水平的不断提高,死于糖尿病急性并发症者已大为减少,患者生命明显延长,然而糖尿病的各种慢性并发症,包括糖尿病性肾病的发生率仍然较高。糖尿病性肾病属中医“消渴”中的“下消”范畴。在临床治疗上,除了用饮食疗法和降糖西药外,配合中药辨证施治,常能提高疗效。谢宗昌医师(温州医学院附属第一医院,邮编:325000)以自拟降糖八味方为基础方(生黄芪、生地、知母、天花粉、葛根、山药、枸杞子、山萸肉),治疗糖尿病肾病,疗效显著。

临证加减:若口干、口渴、多尿等阴虚内热表现明显者,加枳椇子、楮实子、制首乌、地骨皮等;若继发尿路感染而有湿热者,可适当加一些清热解毒、利湿通淋的中药,如鱼腥草、蒲公英、瞿麦、萹蓄、败酱草、凤尾草等;若伴有肝阳上亢之高血压时,可加一些平肝潜阳、滋水涵木的中药,如夏枯草、钩藤、杜仲、桑寄生等;若伴有微量蛋白尿时,则还应注意活血利水,加丹参、赤芍、玉米须、丹皮等,以增加肾脏血流量,有利于延缓肾动脉硬化的发生;若伴有大量蛋白尿,有低蛋白血症、肾病综合征表现时,则在活血利水同时,佐以补气固摄、升清降浊药物,如增大生黄芪用量,加蝉衣、升麻、柴胡、泽泻、茯苓等;若表现慢性肾功能不全,氮质血症期,宜加解毒泻浊、祛瘀通腑的药物,如六月雪、土茯苓、晚蚕砂、绿豆衣、大黄等。并应用和胃健脾化浊药物,如苏叶、半夏、苍术、薏苡仁、砂仁等,尽可能使血清肌酐下降,提高生存质量。

【病案举例】

病例 1 健脾补肾,清热利湿

金某,女性,60岁。1998年10月14日入院。10余年前无明显诱因,出现多饮、多食、多尿,日渐消瘦,未予注意,2年后去当地诊所,测尿糖(++++) ,间断服用消渴丸治疗。2年前开始出现双下肢针刺样疼痛、麻木,入夜尤剧,影响睡眠,并逐渐出现双眼视物模糊、皮肤瘙痒、上肢无力、颜面部及下肢凹陷性浮肿等症状,曾在当地医院测空腹血糖21.84 mmol/L,诊断为糖尿病,收住入院,并给予胰岛素针等药治疗,出院后口服达美康片。近1月来出现头晕、乏力、双下肢疼痛等症,来住院治疗。诊见:血压22.7/12.0 kPa,体型中等偏瘦,眼睑及双下肢轻度浮肿,双小腿可见散在结痂斑、色素沉着斑,双下肢皮肤痛觉减退。血常规:白细胞 $13.1 \times 10^9/L$,中性70.7%。尿常规:蛋白(++),尿糖(++),脓细胞0~3/HP。空腹血糖12.5 mmol/L。诊断:糖尿病Ⅱ型,糖尿病性肾病,糖尿病性周围神经病变,糖尿病性视网膜病变,尿路感染。入院后经口服降糖、降压、降脂、抗感染等西药治疗,2天后测血压17.3/8.6 kPa,空腹血糖8.79 mmol/L,尿 β 2-MG 0.24 mg/L,尿白蛋白>50 mg/L,尿蛋白定量121 mg/24 h。

10月17日中医会诊:见患者头眩目糊、倦怠乏力、口干、饮水多、小便频多、下肢浮肿、夜间下肢疼痛剧烈、影响睡眠、舌边有瘀点、舌苔薄腻、脉象小弦等。该患者病程长达10余年,脾肾虚亏,阴虚内热,虚火上炎,故头眩目糊;湿热内侵,故下肢色素沉着、疼痛;水液潴留,则为水肿;精微不能固藏,反而下注则为蛋白尿。证属肾虚内热,下焦湿热。治拟健脾补肾,清热利湿,改善其糖代谢和脂质代谢的紊乱。处方:生黄芪35 g,鱼腥草30 g,凤尾草30 g,豨莶草30 g,枸杞子15 g,制首乌15 g,菟丝子15 g,天花粉15 g,地骨皮15 g,赤芍15 g,山药10 g,知母10 g。10剂,每日1剂,水煎服。

二诊(10月28日):患者口干减轻,下肢浮肿消失,疼痛减轻,尿常规复查:尿糖(-),尿蛋白(+),白细胞3~5/HP,空腹血糖7.34 mmol/L,餐后2小时血糖11.26 mmol/L。上方去鱼腥草、凤

尾草,加葛根 15 g,山萸肉 10 g。10 剂,每日 1 剂,水煎服。

病例 2 健脾补肾,益气滋阴

严某,女性,48 岁。1998 年 10 月 6 日入院。患者 8 年前因多饮、多食、多尿,查血糖高,诊断为糖尿病。长期服用西药降糖药,血糖控制尚可。1 年半以前无明显诱因下出现浮肿,查尿蛋白(+++~++++)。诊断为:糖尿病性肾病。住院治疗,经用改善肾脏血流量、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、胰岛素针等处理后,病情缓解出院。2002 年 9 月中旬,再次出现颜面及下肢浮肿、腹胀、恶心呕吐到某院就诊,测血压 24.0/10.7 kPa,空腹血糖 13.89 mmol/L,白蛋白 2.5 g/dl。即给予输血浆及白蛋白、利尿,用胰岛素针及降糖西药,血糖控制不满意,空腹血糖 15 mmol/L。即转到我院就诊,测血压 25.3/12.0 kPa,见面色苍白、颜面和下肢浮肿、腹部稍隆、腹水征(-),双肾区无叩痛。空腹血糖 7.56 mmol/L,血总蛋白 4.3 g/dl,白蛋白 2.3 g/dl,尿蛋白定量 10 g/24 h。入院后经口服降糖、保护肾功能、输人血白蛋白等措施,恶心呕吐消失。

10 月 10 日中医会诊,见患者倦怠乏力、神疲、短气心悸、口干引饮、腰膝酸软、头晕、下肢轻度浮肿、舌苔薄白、脉象濡缓等。该患者反复出现浮肿、大量蛋白尿、低蛋白血症等,由于脾气虚则失升清之功,肾气虚则失封藏之用,脾肾阴虚,燥热内生。证属脾肾虚亏,肾失封藏,气阴两虚。故以健脾补肾、益气滋阴为主,使精微不下泄,蛋白尿得以控制,血糖也得以下降。处方:生黄芪 50 g,杜仲 15 g,枸杞子 15 g,菟丝子 15 g,山药 15 g,地骨皮 15 g,葛根 15 g,天花粉 15 g,补骨脂 15 g,升麻 10 g,熟地 10 g,山萸肉 10 g,柴胡 8g。20 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊:服药后,体力明显好转,口亦不渴,脉象小弦,测空腹血糖 7.84 mmol/L,尿蛋白(+),白细胞 0~5/HP,红细胞 3~5/HP。

病例 3 健脾补肾,解毒祛瘀

林某,女性,65岁。1998年8月26日入院。患者曾于1974年因多饮、多食、多尿、乏力等症状在当地就诊,查空腹血糖 8.96 mmol/L ,诊断为糖尿病,以后长期服用西药降糖药。1998年8月上旬,无明显诱因,开始发热,为午后热,最高达 38°C ,伴畏寒,有轻微刺激性干咳,2天后即出现颜面和下肢浮肿,尿量减少,自行服用赤小豆1周后,浮肿消退,发病以来无尿频、尿急、尿痛。8月20日在本院门诊查尿常规:尿蛋白(+),白细胞(+),红细胞 $0\sim 2/\text{HP}$,血尿素氮 17.46 mmol/L ,血肌酐 $291.7\text{ }\mu\text{mol/L}$,为进一步诊治,收住入院。体温 37.6°C ,血压 $19.5/10.7\text{ kPa}$,体型矮胖,呈急性病容,咽不充血,肾区无叩击痛,颜面和双下肢无浮肿,空腹血糖 6.22 mmol/L ,餐后2小时血糖 15.6 mmol/L 。B超示双肾偏小。诊断为:糖尿病Ⅱ型,糖尿病性肾病,慢性肾功能不全(氮质血症期)。入院后,给口服降糖、抗感染、肠道吸附剂、增加肾血流量等西药治疗。9月4日查空腹血糖 10.47 mmol/L ,餐后2小时血糖 15.9 mmol/L ,血尿素氮 15.24 mmol/L ,肌酐 $282.9\text{ }\mu\text{mol/L}$,尿蛋白定量 1.15 g/24 h ,24小时尿肌酐清除率 21% 。

9月5日中医会诊,见患者面色苍黄、倦怠乏力、口干、夜尿频多、四肢清冷、大便偏干(每日1行)、舌质淡、舌苔薄黄而腻、脉象濡等。该患者有20余年“三多”病史,血糖未能很好控制,水液代谢障碍,浊毒瘀滞。证属脾肾亏虚,浊毒瘀滞。治拟健脾补肾,解毒祛瘀,扶正祛邪并施,一则健脾补肾,振奋脾阳肾阳,一则解毒泄浊,祛瘀通腑,使瘀毒从下窍而出,从而改善肾功能。处方:生黄芪 35 g ,玉米须 30 g ,六月雪 30 g ,薏苡仁 30 g ,土茯苓 20 g ,晚蚕砂 20 g ,丹参 15 g ,赤芍 15 g ,制大黄 12 g ,枳椇子 10 g ,楮实子 10 g ,半夏 10 g ,苍术 10 g 。10剂,每日1剂,水煎服。

二诊:药后大便通畅,日2~3次,原方再进。

三诊:9月26日复查,空腹血糖 7.84 mmol/L ,血尿素氮 10.7 mmol/L ,血肌酐 $247.0\text{ }\mu\text{mol/L}$ 。患者病情改善,出院。

姚定国等

桃红二子汤治疗早期糖尿病肾病

糖尿病肾病是糖尿病最常见的并发症,也是糖尿病患者死亡的主要原因之一。西方国家统计,糖尿病肾病是导致终末期肾脏病最重要的原因之一,美国统计为 36.39%,日本为 28%。其病理改变是以肾小球基底膜进行性增厚,导致肾小球硬化为特征。约 40% 的糖尿病患者发展为持续性蛋白尿、肾小球滤过率下降,发生机制仍不十分清楚。现有的资料表明,可能与高血糖所致的血流动力学改变、非酶糖化、多元醇代谢通路激活、肌醇代谢紊乱、转移生长因子、血管紧张素、内皮素(ET)、肿瘤坏死因子(TNF)等有关。

糖尿病肾病早期及临床肾病期动脉血压普遍升高,有效降低血压可减少蛋白尿,延缓糖尿病肾病的进展和肾功能不全。西医用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体抑制剂(ARB)类药物,虽有一定疗效,但仍有相当一部分的患者发生糖尿病肾病,此外该类药还有咳嗽、血清肌酐升高、血钾升高等副作用。

姚定国等(浙江省中医院,邮编:310006)采用著名中医杨继荪的经验方“桃红二子汤”辨证加减治疗糖尿病肾病(DN),取得了一定的疗效。桃红二子汤组成:桃仁泥 9g,红花 6g,菟丝子 12g,枸杞子 15g,细生地 15g,猪苓 12g,黄芪 15g,淮山药 15g,益母草 15g,炒川芎 15g,紫丹参 15g,忍冬藤 15g,玉米须 30g。每日 2 剂,水煎服。服用 3 个月为一疗程。临床使用时可再随症加减。

中医学认为,糖尿病肾病的病机与先天禀赋不足、脾肾虚损、

气阴两亏、瘀血阻滞等有关,故治疗当从补肾健脾、益气养阴、活血化瘀等方面着手。桃红二子汤中桃仁、红花、川芎、丹参、益母草活血化瘀,具有扩血管、降低血黏度、增加纤维蛋白溶解的作用;枸杞子、菟丝子、生地平补肾之阴阳,具有降低血糖、调节免疫功能的作用;黄芪、猪苓、淮山药健脾益气,同时也有调节免疫功能、降血糖、减少尿蛋白的作用。动物实验证明,黄芪可明显降低 $\text{TNF-}\alpha$ 、 $\text{TGF-}\beta$ 水平,并与肾脏病理损害改善相关。本方能降低血 $\text{TNF-}\alpha$ 、 ET ,从而扩张血管,降低肾小球内压力。临床上本方与一平苏合用,疗效优于单用一平苏,且副作用较少。

临床选择了 108 例糖尿病患者,均符合 1999 年 ADA 糖尿病诊断标准确诊。全部进食标准蛋白饮食 3 天后,第 4 天测尿白蛋白排泄率(UAE)为 $30 \sim 300\text{mg}/24\text{h}$,并排除泌尿系统感染、糖尿病酮症酸中毒、心力衰竭、肾小球肾炎、发热等情况,定为糖尿病肾病。

所选择的 108 例病人,随机分为三组。中药治疗组 42 例,男 30 例,女 12 例,年龄 $40 \sim 67$ 岁,平均 53 岁,病程 $3 \sim 18$ 年,平均 5.2 年。有糖尿病酮症酸中毒史 5 例,需胰岛素治疗,其中氮质血症 4 例。一平苏组 34 例,男 16 例,女 18 例,年龄 $42 \sim 71$ 岁,平均 49 岁,病程 $2 \sim 19$ 年,平均 4.7 年。其中使用口服降血糖药 29 例,口服降血糖药 + 胰岛素 2 例,单用胰岛素治疗 3 例,氮质血症 2 例。联合治疗组(中药 + 一平苏)32 例,男 20 例,女 12 例,年龄 $45 \sim 73$ 岁,平均 54 岁,病程 $3 \sim 18$ 年,平均 6.2 年。其中使用口服降血糖药 27 例,单用胰岛素 5 例。

治疗方法:三组均控制饮食,适当运动,并根据病情使用口服降糖药,和/或加用胰岛素治疗,使空腹血糖控制在 $6 \sim 8\text{mmol/L}$,餐后 2 小时血糖控制在 $7 \sim 9\text{mmol/L}$ 。合并高血压者,中药治疗组用钙离子拮抗剂(CCB),一平苏组、联合治疗组无论有无高血压均用一平苏, $2.5 \sim 5\text{mg}$,每日 1 次,口服,疗程 3 个月。三组血压

控制在 130~140/70~80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。中药治疗组和联合治疗组用桃红二子汤,辨证后加减使用。每日 2 剂,服用 3 个月。一平苏组不服用中药。

治疗前后分别检测 24 小时 UAE、Cr、BUN、血糖、血脂等。24 小时 UAE 用放射免疫法测定,血 Cr、BUN、血糖用全自动生化分析仪(美国 Becman)测定。血清 TNF- α 及 ET 均采用放射免疫法,并记录咳嗽、过敏、头疼、性功能下降、水肿等副作用。

治疗结果:从副作用看,中药组 6.52%,一平苏组 8.9%,联合组 5.89%,三组比较,一平苏组明显高于其他两组($P<0.05$)。

张瑞彬

分型论治糖尿病肾病

张瑞彬医师(河南安阳市脉管炎医院,邮编:455000)依据中医理论辨证治疗糖尿病肾病。

糖尿病肾病是糖尿病严重并发症之一,也是糖尿病患者主要死亡原因之一。现代医学除控制血糖、血压等基础治疗外,尚无特效措施。糖尿病肾病初期多以气阴亏虚为本;病变中期,阴损及阳,脾肾阳虚;病变晚期,气血阴阳俱虚,脏腑功能受损。在整个发病过程中,每兼夹瘀血、水湿、痰浊等实邪,是正虚邪实的共同结果。因此,早期治疗上应以益气养阴为主,补益肝肾、活血通络为辅,使气盛阴足,则肝肾阴精得充,诸证向愈。这与西医认为有效地控制血糖可预防糖尿病肾病的发生,降低尿蛋白的排出率,部分患者可转阴的观点相同。至中、晚期,病人因阳气虚衰,血脉凝滞,治疗中应加强活血化瘀法的应用,取血行水亦行之意,同时配以利水、降浊等法,可明显缓解病情。但糖尿病肾病的治疗关键在于疾病的早期,只有早发现、早治疗,才能有效地控制病情,提高糖尿病肾病患者的生存质量。

一、糖尿病肾病早期

证候:气阴两虚,损及肝肾。

病机:多以气阴不足之消渴症状为主,病久不愈,损及肝肾,致肝肾阴精亏损。

症状:见口干多饮、尿频量多、头晕腰酸、神疲乏力、口燥咽干、视物不清,或见四肢麻木疼痛、舌质暗红、舌苔白少津、脉象弦细数等。

症状分析:肾主水,司开合,肾阴久亏,耗伤肾气,开合失司,故

尿多尿频;肝肾同源,肾阴既虚,损及肝阴,肝肾阴虚,精血不能上承,头目失养,而见头晕,视物不清;肝肾阴虚,脉络瘀滞,筋脉失养,而见四肢麻木疼痛;舌质暗、少津,脉细数,均为阴血不足,脉络瘀滞之象。

治则:宜益气养阴,补益肝肾,活血通络。

常用药物:用黄芪、太子参、天花粉、麦冬、山药益气养阴;黄精、山茱萸、芡实补益肝肾;水蛭、地龙、益母草、玉米须活血祛瘀利水。

临证加减:若因肝肾阴虚,肝阳上亢,而见头痛头晕者,酌加育阴潜阳之品,如珍珠母、龙骨、鳖甲等。

二、糖尿病肾病临床期(水肿早期)

证候:脾肾阳虚,水湿内停

病机:皆因气阴亏虚日甚,阴损及阳,脾肾阳虚,阳不化气,水湿内生,泛溢肌肤所致。

症状:见倦怠乏力、畏寒肢冷、脘腹胀闷、纳呆便溏或见颜面及下肢轻度浮肿、舌质紫暗、舌体胖、舌苔白腻、脉象沉细等。

症状分析:脾阳虚,运化失常,则脘腹胀闷,纳呆便溏。肾阳虚,精气不充,故倦怠乏力。阳气虚衰,不能温养,故见畏寒肢冷。水湿潴留,泛溢肌肤,故见浮肿。舌质暗,舌体胖,舌苔白腻,脉象沉细等,均为阳气虚衰、水湿内停之证。

治则:宜温肾健脾,活血利水。

常用药物:用附子、肉桂温补肾阳;人参、黄芪益气健脾;水蛭、地龙、益母草、大黄活血祛瘀;茯苓、猪苓、泽泻、玉米须利水消肿。

临证加减:如因脾肾衰败,气血生化无源,而见面色萎黄或苍白无华者,酌加益气养血、补肾生精之品,如参芪四物汤、制首乌、女贞子、枸杞子等。

三、糖尿病肾病尿毒症期

证候:阴阳俱虚,浊阴上逆。

病机:肾气虚极,肾阳衰败,浊阴不降,故变症峰起。

症状:见神倦嗜睡、面色晦暗、纳呆呕恶、畏寒肢冷、面浮身肿较甚、尿少便溏、舌质暗、舌体胖、舌苔白腻、脉象沉细无力等。

症状分析:肾气虚极,肾阳衰败,浊阴不降,故见神倦嗜睡。水湿泛滥,故见面浮身肿。阳虚不能温养,故见畏寒肢冷。浊毒上泛,故见面色晦暗。浊毒上泛,胃失和降,则纳呆呕恶。肾阳虚极,膀胱气化不行,肾关不开,则尿少。舌质暗,舌体胖嫩,舌苔白腻,脉象沉细无力等,均为阳虚浊壅之象。

治则:宜调补阴阳,湿肾活血,利水降浊。

常用药物:用附子、山茱萸、熟地黄、山药、黄芪温肾健脾固本;茯苓、泽泻、车前子、大黄、水蛭、丹参、益母草、玉米须活血利水消肿;半夏、石菖蒲化湿降逆。

程益春

中药与木糖醇治疗糖尿病肾病

程益春主任医师(山东中医药大学附属医院,邮编:250011)主要从事糖尿病临床研究,他采用中西医结合的方法治疗糖尿病肾病,发现其长期疗效优于单纯应用西药,值得推广。

糖尿病肾病是糖尿病并发的主要微血管病变之一,常见于病史超过10年的病人,是1型糖尿病病人的主要死亡原因,在2型糖尿病病人,其严重性仅次于冠状动脉和脑血管动脉粥样硬化。糖尿病肾病的发生发展可分为三期:①早期,包括无症状期(肾小球滤过率增高)和微量蛋白尿期(尿蛋白排泄率,即AER $<200\mu\text{g}/\text{min}$);②中期(临床肾病期),出现持续性蛋白尿并逐渐增多(AER $>200\mu\text{g}/\text{min}$),可伴有水肿和高血压,肾功能逐渐减退(血肌酐 $<442\mu\text{mol}/\text{ml}$);③晚期(尿毒症期),AER降低,血肌酐、尿素氮升高,顽固性高血压,并出现尿毒症症状,如恶心呕吐、食欲降低、全身乏力、皮肤尿素霜、贫血等。

目前对糖尿病肾病的治疗尚无特效方法,仅限于延缓其发展。西医治疗主要着眼于饮食控制(低盐、低蛋白饮食)、降压及对症治疗(处理水肿、氮质血症、贫血、继发感染等),最终肾功能将逐渐减退,病人的生存质量及生存率大大下降。

中医辨证论治可有效缓解病人的临床不适感,改善肾功能,提高病人的生存质量。

一、气阴两虚,肝肾不足型

症见神疲乏力、少气懒言、口干舌燥、腰膝酸软、头晕耳鸣、目涩昏花、小便量多、脉象沉细等。治以益气养阴,滋补肝肾。用生脉散(麦冬、五味子、人参)合六味地黄汤(牡丹皮、山茱萸、山药、茯

苓、生地黄、泽泻)化裁。处方:黄芪 30 g,葛根 30 g,麦冬 15 g,茯苓 12 g,生地黄 9 g,牡丹皮 9 g,山茱萸 9 g,枸杞子 9 g,山药 9 g,天花粉 9 g,五味子 3 g。日 1 剂,水煎 2 次,取汁 300 ml,早晚 2 次分服。

二、脾肾两虚,瘀血阻络型

症见腰膝酸软、倦怠乏力、面色晦暗、肢体麻木、形体消瘦、小便不利、大便溏薄、舌质暗或有瘀斑、脉象细涩等。治以健脾补肾,活血通络。用四君子汤(人参、茯苓、白术、甘草)合六味地黄汤化裁。处方:黄芪 30 g,茯苓 12 g,生地黄 9g,山茱萸 9g,山药 9g,泽泻 9g,桃仁 9g,地龙 9g,人参 6 g,水蛭 3g。日 1 剂,水煎 2 次,取汁 300ml,早晚 2 次分服。

三、阳虚血瘀,水气凌心型

症见全身浮肿、腰以下为重、畏寒肢冷、小便量少、胸闷心慌、气短懒言、舌质暗红、脉象沉细或结代等。治以温通心肾,活血利水。用真武汤(芍药、生姜、茯苓、白术、制附子)合苓桂术甘汤(茯苓、桂枝、白术、甘草)化裁。处方:黄精 30 g,冬瓜皮 30 g,冬葵子 30 g,茯苓 15 g,泽兰叶 12 g,丹参 12 g,五加皮 9 g,白术 9 g,制附子 6 g,肉桂 3 g。日 1 剂,水煎 2 次,取汁 300 ml,早晚 2 次分服。

四、湿浊潴留,上逆犯胃型

症见倦怠乏力、神疲、面色萎黄、恶心呕吐、纳呆腹胀、大便干或不爽、头晕目眩、舌苔厚腻、脉象弱无力等。治以温肾泄浊,降逆和胃。用大黄附子细辛汤(大黄 6~15 g,熟附子 6~15 g,细辛 3g)加薏苡仁 15 g,地龙 9 g,佩兰 9 g,砂仁 9 g,鸡内金 9g,西洋参 6 g,牵牛子 6~12 g,水蛭 3 g。日 1 剂,水煎 2 次,取汁 300 ml,早晚 2 次分服。

治疗组采用以上中医辨证,配合口服木糖醇(50 g/d,分 4~5 次服用)。木糖醇是糖类代谢的正常中间体,它在没有胰岛素时,也能透过细胞膜被组织利用,即使是在机体代谢发生障碍时,木糖

醇代谢也十分安全。木糖醇对于肾衰竭者,甚至对于尿毒症患者也能作为热量来利用。木糖醇作为糖、蛋白质、脂肪代谢异常的调节及营养剂,广泛应用于临床,它不刺激或轻度刺激胰岛素的分泌,不加重胰岛B细胞的负担,不诱发高胰岛素血症,能比较好地辅助糖尿病的治疗。

对照组用卡托普利 12.5 mg/次,日 3 次。卡托普利既能降低血压,又能减轻微量蛋白尿,能够改善肾功能,延缓肾衰竭,在临床上得到广泛应用,故作为对照。

两组均配合饮食控制、降糖药物治疗。共观察 6 个月,第一个月、第二个月及第六个月治疗结束时检验肾功能,并作对照。

把确诊为糖尿病肾病的 58 例病人随机分组,治疗组 30 例,其中男 16 例,女 14 例,年龄 40~67 岁,病程平均 10.6 年;对照组 28 例,其中男 15 例,女 13 例,年龄 37~65 岁,病程平均 11.2 年。两组病人的年龄、性别、病程等分布相近($P>0.05$),具有可比性。

疗效标准:显效:症状基本缓解,生化指标(血肌酐、尿素氮)有改善,或尿蛋白量减少 50% 以上。有效:症状有改善,生化指标无明显变化,或尿蛋白减少 25% 以上。无效:症状无改善,生化指标无明显变化,尿蛋白减少不足 25%。发展:症状加重,血肌酐、尿素氮明显增高,尿蛋白量无变化或加重。

治疗 1 个月后,两组疗效无显著性差异($P>0.05$)。治疗 2 个月及 6 个月后,治疗组疗效高于对照组($P<0.05$),即长期疗效优于对照组。

曾对 2 例肾功能不良的糖尿病病人进行一个阶段的木糖醇输液治疗,一例病人的非蛋白氮从 45 mg/dl 降至 32 mg/dl;另一例从 55 mg/dl 降至 41 mg/dl。

何立华

芪参饮治疗早期糖尿病肾病

何立华医师(河南大学医学院, 邮编:475001)运用中医药益气养阴、活血化痰的治疗方法, 辨证治疗早期糖尿病肾病, 可有效控制糖尿病肾病患者的临床症状, 降低尿蛋白量, 对于防止或延缓早期糖尿病肾病患者肾衰病程的进展有积极作用。

糖尿病肾病是糖尿病患者糖代谢持久异常引起肾小球毛细血管基膜增厚, 系膜细胞及细膜基质增加, 导致弥漫性或结节性肾小球硬化所产生的微血管并发症。糖尿病肾病在国内的发病率已高达 47.66%, 是糖尿病致死的重要原因之一。糖尿病肾病在胰岛素依赖性及非胰岛素依赖性糖尿病发病中分别占 30%~40% 及 15%~20%, 可分为早期糖尿病肾病与临床糖尿病肾病, 一旦进入临床糖尿病肾病, 肾功能即发生不可逆损害。糖尿病肾病属于中医学“消渴”、“尿浊”、“水肿”、“虚劳”等范畴。在临床实践中, 所见到的糖尿病肾病患者多是在气阴两虚的基础上合并血瘀所致, 这与中医“精枯血燥, 脉络瘀阻”、“久病必瘀”等的病理机制是一致的。患者大多临床症见: 面色萎黄或晄白、头晕、神疲、乏力、腰酸、纳少, 或轻度双下肢浮肿、舌质淡或有瘀斑、舌苔薄白或少苔、脉象细弱等。因此, 治疗早期糖尿病肾病就显得尤为重要, 治疗的基本原则是益气养阴、活血化痰。

何立华医师自拟芪参饮为主治疗糖尿病肾病, 效果显著。药物组成为: 黄芪 30 g, 益母草 30 g, 太子参 20 g, 山药 20 g, 丹参 20 g, 熟地 15 g, 茯苓 15 g, 山茱萸 15 g, 泽泻 15 g, 丹皮 15 g, 当归 15 g, 红花 12 g。每日 1 剂, 水煎服, 早晚 2 次分服。30 天为一疗程。方中黄芪、太子参、山药、茯苓益气健脾, 培补后天之本。现代

药理研究证明,黄芪具有扩张血管、抑制血小板聚集、改善微循环、增加肾血流量的作用,对早期糖尿病肾病有很好的治疗作用。熟地、山茱萸、泽泻益气养阴,滋补肝肾,以补先天之本。丹皮、益母草、丹参、当归、红花活血化瘀,疏肝理气。全方气阴双补,标本兼治,先后天并调,使血瘀得通,从而有效减轻或消除早期糖尿病肾病患者的临床症状,延缓肾衰病程的进展。临证时,可随症加减灵活化裁:如恶心呕吐者,加砂仁、半夏等;如水肿明显的,可加车前子、木通等;如腰痛较甚者,加杜仲、川断等;如腹胀纳差者,可加木香、陈皮等;若肝气不舒者,宜加枳壳、佛手等;如偏于肺胃燥热证,加地骨皮、天花粉、石膏等;如偏于阴虚阳亢证,加龟板、鳖甲、知母等;如血瘀重者,加刘寄奴、泽兰、桃仁等。

患者在治疗期间仍要给予西药常规降糖治疗,如口服磺脲类或双胍类、 α -糖苷酶抑制剂,或注射胰岛素等,使血糖控制在正常范围内。

患者一定要严格控制饮食,宜进食优质低蛋白的糖尿病饮食。

【病案举例】 某,男性,67岁。1998年7月28日初诊,病人多渴善饥已经10余年,在某市级医院诊断为2型糖尿病。最高空腹血糖曾达19.1 mmol/L。间断服用消渴丸、二甲双胍、优降糖等,但血糖始终控制不稳定。近半年来,患者出现双下肢轻度凹陷性浮肿、面色萎黄、头晕神疲、四肢无力、腰膝酸痛等症,尿蛋白经常在(+~+++)。检查:患者舌质暗淡、舌边有瘀点、舌苔薄白,脉象细涩,尿蛋白定量为260 mg/24 h。西医诊断为早期糖尿病肾病。中医诊断为下消。中医辨证为脾肾气虚,瘀血阻络。治法:益气补肾,活血化瘀。处方:上方芪参饮加泽兰、川断。

服用30天一个疗程后,患者临床症状消失,检查尿蛋白定量已减为26 mg/24 h。随访1年,未见复发。

高书荣

左归丸治疗 2 型糖尿病肾病

高书荣副主任医师(上海市普陀区人民医院, 邮编:200062)的研究方向是中医治疗糖尿病、肾病。他用左归丸治疗 2 型糖尿病肾病,取得了一定的疗效。

中医认为,消渴病(糖尿病)的病程漫长,病难根治,久病必虚,进而导致气血两虚,气虚日久而致脉络瘀阻。西医认为,糖尿病患者体内三大物质代谢紊乱,血液黏稠度过高,导致广泛的循环障碍,致肾小球滤过增加,而并发为糖尿病肾病。另外糖尿病肾病的发生与肾脏的血流动力学异常有关,微血管病变导致微循环障碍,血液黏稠度的增加,出现高凝状态,从而加重肾缺血、缺氧。两者认知的发病机理基本一致。结合现代中医药理研究成果认识到,中药所含黄酮类化合物可对脂质过氧化酶(LPO)及糖化、氧化荧光产物有明显抑制,且其作用不依赖于血糖、果糖胺的下降,并可明显减少糖尿病大鼠的尿白蛋白排泄率;另中药复方能不同程度地改善糖尿病肾病糖代谢,改善血液流变学指标,改善微循环。

2 型糖尿病肾病临床多见虚热往来、自汗、盗汗,或神不守舍、血不归源,或损伤阴津,或遗淋不禁,或气虚昏晕,或眼花耳聋,或口燥舌干,或大便干结,或腰酸腿软等症。此属真阴肾水不足,不能滋养营卫。治以填补肝肾真阴。选用明代医家张景岳《景岳全书》的左归丸(熟地黄、山萸肉、山药、枸杞子、菟丝子、川牛膝、龟版胶、鹿角胶)进行治疗。本方重用熟地黄滋肾以填真阴;枸杞子益精明目;山萸肉涩精敛汗;龟鹿二胶,为血肉有情之品,鹿角胶偏于补阳,龟版胶偏于滋阴,两胶合力,沟通任督二脉,益精填髓,有补阴中包涵“阳中求阴”之义;菟丝子配川牛膝,强腰膝,健筋骨,淮山

药滋益脾肾。诸药合用,标本兼顾,共收滋肾填阴、育阴潜阳之效。本方疗效确切,服用方便,至今未发现副作用。

门诊治疗 51 例 2 型糖尿病肾病患者,均符合 1985 年 WHO 糖尿病分类及诊断标准,并排除了原发性肾小球疾病、原发性高血压和心力衰竭等疾病。其中年龄最小者 48 岁,最大者 79 岁,平均 59.7 岁;男 25 例,女 26 例;病程最短 8 年,最长 20 多年。治疗前空腹血糖(FBG)7.8~12.2 mmol/L,尿蛋白定性检测(+~++++)。伴有高血压 18 例,21 例并发白内障,29 例并发周围神经病变。

51 例患者均严格执行糖尿病患者正规的饮食进餐标准,同时服用常规降糖药二甲双胍片控制血糖。伴有高血压者,加服降压药依那普利片控制血压。患者每日口服左归丸 2 次,每次服 6 g,早、晚餐后半小时温水送服。若服药后出现胃脘不适,可将药丸浸泡后再服。1 个月为一疗程,连续服用 2 个疗程。参照中华人民共和国卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》,疗效评定分显效、有效和无效 3 类。显效:治疗后症状明显改善或消失,空腹血糖 <7.2 mmol/L,尿蛋白转阴,或治疗后空腹血糖较前下降 $\geq 30\%$,尿蛋白较治疗前下降 $\geq 70\%$ 。有效:治疗后症状改善,空腹血糖较前下降 $\geq 10\%$,尿蛋白较前下降 $\geq 30\%$ 。无效:治疗后症状无明显改善,空腹血糖、尿蛋白下降未达到上述标准。

51 例患者经治疗后统计显示,显效 14 例,占 27.5%;有效 26 例,占 51.0%;无效 11 例,占 21.5%。总有效率为 78.5%。

【病例举例】 李某,女性,67 岁,退休职工,有糖尿病病史 11 年。症见形体消瘦、面色晦暗、头昏眼花、神疲乏力、夜尿频数、口干舌燥、饮不解渴、肢体发凉、麻木、腰酸困痛、大便干结、舌质淡暗、舌苔薄白、舌体胖大、脉象细涩等。实验室检查:空腹血糖 8.9 mmol/L,餐后 2 小时血糖 12.7 mmol/L,血肌酐 143 μ mol/L,血尿素氮 9.8 mmol/L,血尿酸 570 μ mol/L。尿常规:尿蛋白(+

+)，尿糖(++)：血压 150/95 mmHg。常规服用二甲双胍片 250 mg，每次 2 片，每日 3 次；依那普利片 5 mg，每日 2 次。中医辨证为肾气不足，肾阴亏虚。服左归丸 2 个疗程后，症状基本消失，空腹血糖降至 6.1 mmol/L，餐后 2 小时血糖降至 7.9 mmol/L，血肌酐降至 100 μ mol/L，血尿素氮降至 6.5 mmol/L，血尿酸降至 324 μ mol/L。尿常规：尿蛋白(-)，尿糖(-)。嘱其继续门诊观察治疗，至今病情无反复。

施兰英

活血化瘀法治疗糖尿病肾病

施兰英医师(南京市江宁区中医院, 邮编:211100)认为糖尿病肾病病程比较长, 久病不愈则入络, 因此瘀血内阻是本病的一个重要的病机特点。糖尿病肾病是在糖尿病阴虚燥热的基础上发展而来, 气虚运血无力, 阴虚血行艰涩, 血行不畅则瘀阻肾络, 故采用活血化瘀为主治疗。

活血化瘀基本方为: 益母草 30 g, 丹参 20 g, 地龙 15 g, 生大黄 10 g, 水蛭 10 g, 红花 10 g, 当归 10 g, 川芎 10 g, 赤芍 10 g。每日 1 剂, 水煎 2 次分服。1 个月为一疗程, 连用 3~4 个月。

方中大黄活血祛瘀, 荡涤肠胃, 推陈出新; 水蛭破血逐瘀, 加强大黄活血祛瘀之功, 共为君药。丹参、当归、川芎、赤芍活血养血行气, 加强君药活血祛瘀之力。益母草、地龙活血通络利水。以上药物配伍, 共奏活血祛瘀、行气养血之功。本方祛瘀而不伤正, 不仅能改善症状, 而且能够明显延缓糖尿病肾病的进展。

临证加减: 如腰酸者, 加杜仲、牛膝等; 如水肿者, 加泽泻、车前子、大腹皮等; 如尿频者, 加益智仁、乌药、木瓜等; 如气阴两虚者, 加太子参、黄芪、生地、山萸肉等; 如阴阳两虚者, 加附子、肉桂、淮山药、山萸肉等。

同时给予患者优质低蛋白饮食。在降血糖方面, 可配用糖适平 30 mg, 每日 3 次, 或拜糖平 30 mg, 每日 3 次。血糖如不能控制, 则注射胰岛素。在降血压方面, 可配用卡托普利 12.5 mg, 每日 3 次。其他对症处理。

采用以上方法, 治疗 42 例 2 型糖尿病患者, 其中男性 22 例, 女性 20 例, 年龄 50~69 岁, 平均 (57.8 ± 5.2) 岁。结果观察到治

疗后空腹血糖(FPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、24 小时尿蛋白定量、血肌酐(Scr)等均有改善。

陈
以
平

分期论治 IgA 肾炎

陈以平教授系上海中医药大学(邮编:200032)博士生导师,龙华医院肾科主任医师,全国中西医结合学会肾病专业委员会副主任委员,全国中医药学会肾病专业委员会委员。从事肾脏病的医疗、教学及科研工作 30 余年,尤其是在论治 IgA 肾炎(中医无此病名,大都归于“血尿”等范畴)方面有独到的见解。

IgA 肾炎是以反复发作性肉眼血尿、持续性或间歇性镜下血尿为主要表现。IgA 肾炎的特征是在免疫荧光下肾小球系膜区存在着 IgA 或 IgA 为主的免疫复合物沉积。IgA 肾炎的诱因主要是外感,这也是整个治疗过程中最严重的干扰因素。陈以平教授认为,IgA 肾炎的本证以气阴两虚为主,病理机制中的一个重要环节是湿热。只有将本证和标证有机地结合起来,才能对疾病病机有更完善的认识。在治疗过程中要随着病情的变化,分清主次,灵活辨证。陈以平教授将 IgA 肾炎分为急性发作和慢性进展两期论治。

一、急性发作期

是指首诊时以肉眼血尿为主要表现,或治疗过程中同时伴有上呼吸道感染等肺经证候者。

治疗:治以清热解毒利湿,达到消除病因、清除炎性介质的作用,祛邪方可安正。

方药:用陈以平教授自拟清利方:白花蛇舌草 30 g,蒲公英 30 g,板蓝根 30 g,玉米须 30 g,田字草 30 g,铁扫帚 30 g,鲜茅根 30 g,生薏仁 20 g,七叶一枝花 15g,蝉衣 9g。水煎服,每日 1 剂,分 2 次服下。

二、慢性进展期

病程日久,以腰酸痛、咽干、乏力、气阴两虚证候为主要表现。

治疗:治以养阴清热,活血宁络,调整机体免疫状态,促进免疫复合物的清除,减轻肾小球血管病变。

方药:龙葵 30 g,莲子肉 30 g,马鞭草 30 g,生薏仁 30 g,女贞子 15 g,旱莲草 15 g,黄精 15 g,生地 12 g,龟版 12 g,穿山甲 10 g,生蒲黄 9 g。水煎服,每日 1 剂,分 2 次服下。

张敏鸥

IgA 肾病的中医药疗法

张敏鸥医师(浙江中医学院附属第二医院,邮编:310000)临床根据 IgA 肾病的病证标本缓急予以辨证施治,收效良好。

IgA 肾病属祖国医学“尿血”、“尿浊”、“水肿”、“腰痛”、“头昏”等范畴。本病主要因外感风热湿热之邪循经扰肾;或脾肾气弱,气不摄血;或肝肾阴虚,虚热灼络,血溢脉外;或水湿、痰瘀内阻,肾微癥积,血不归经所致。IgA 肾病是气阴两虚为本,风热、湿热为标,瘀血贯穿于疾病的始终。IgA 肾病常见急性发作活动期和慢性迁延进展期交替进行,因而一定要辨清标本缓急,辨证施治。

一、急性发作活动期

急性发作期多因外感风热或湿热之邪。风性轻扬,肺先受之,故而出现发热、咽痛、咳嗽;肾络系于咽喉,风热循经下扰,肾络受损,血溢脉外,而致尿血;湿性趋下,侵犯下焦膀胱、肠道,所以出现尿频、尿急、尿痛或腹痛、腹泻、下利不爽、发热。另外,肾处下焦,与膀胱互为表里,易受湿热侵袭,肾络不固而尿血。因此,急性期应以肾之本候加肺或膀胱、肠道之证同时出现为辨证要点。此期以标实证为主,可诱发或加重 IgA 肾病病情,需辨证得当,及时祛除外邪,控制病情进展。

(一)风热伤络型

治则:以疏风散热为主。

常用方药:蝉蜕 6 g,桔梗 6 g,连翘 30 g,白茅根 30 g,芦根 30 g,生茜草 30 g,金银花 10 g,天冬 10 g,麦冬 10 g,黄芩 10~15 g,虎杖 15~30 g,生甘草 3 g。

若扁桃体病灶明显者,可在急性炎症控制后,择期手术摘除。

(二)下焦湿热型

治则:以清利湿热为主。

常用方药:清热利湿宁络方(黄柏 10 g,赤芍 10 g,白芍 10 g,丹皮 10 g,大蓟 15 g,小蓟 15 g,白茅根 30 g,生茜草 30 g,白花蛇舌草 30 g,蒲黄 10 g)。

二、慢性迁延进展期

病机:风热伤络型的外邪被控制后,病情渐趋缓和,呈现慢性迁延的过程,此时以本虚为主,要辨清本虚的属性,明确脏腑气血之盛衰。IgA 肾病病位在肾,常波及肝、脾,临床以气阴两虚为主。IgA 肾病初起,(脾)肾气亏虚,固摄无权,封藏失司致精微下流,随溺而出。病初虽以气虚证为主,但尿中蛋白、红细胞为人身之精华,属阴、属血,具有营养濡润之功。随着蛋白和红细胞的过多丢失,必然引起阴津亏虚,继而出现气阴亏虚之象。故对 IgA 肾病的治疗,应遵循“善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助,生化无穷;善补阴者,必于阳中求阴,则阴得阳升,泉源不竭”。IgA 肾病与其它非增殖性肾小球疾病在证型转化上略有不同,即单纯肾阳虚证少,故治宜阳中求阴,气阴双补。

证候:以气阴两虚型为多见。

治则:宜益气养阴固精。

常用方药:生黄芪 30 g,旱莲草 30 g,当归 10 g,杭白芍 10 g,金樱子 10 g,芡实 10 g,女贞子 10 g,干地黄 20 g,川芎 15~30 g。

临证加减:如偏气虚者,加炒党参 10 g,炒白术 10 g;如偏阳虚者,加仙灵脾 10 g,巴戟天 10 g;如偏阴虚者,加天冬 10 g,麦冬 10 g,枸杞子 10 g。

三、辨瘀、湿、痰、浊兼夹证

IgA 肾病以气阴两虚为本,但常常因虚致实,呈现虚实夹杂的复杂证候。血瘀、水湿、痰浊等实邪既是疾病发展过程中的病理产物,又是加重病情之原因,如此虚实胶着,令疾病缠绵难愈。

若出现头面肢体浮肿、尿量减少者,为气虚水湿内停之候。现代研究发现,脂类代谢异常是痰湿证患者的代谢特点,而脂质的肾毒性研究发现,其与蛋白尿和肾小球硬化程度相关,因此无形之痰亦是 IgA 肾病发展中重要致病因素。病程日久,正气日渐衰败,无力鼓邪外出,致浊毒内生,肾功衰惫,而出现血肌酐、尿素氮、尿酸升高,贫血,恶心,呕吐。此时正气愈虚,病情笃重,预后不佳。

(一)血瘀

中医认为,血瘀几乎贯穿 IgA 肾病之始终。早期隐匿,无明显症状,但实验室检查可出现微循环、血液流变性及凝血功能异常;随着疾病进一步发展,血瘀之候逐渐显露。

症状:或表现出腰痛、肌肤甲错、舌黯有瘀斑等;或经肾活检证实存在肾微癥积。

治则:在治疗过程中,应根据血瘀程度选用活血、散瘀、消癥之品。

常用药物:赤芍 10 g,丹参 10 g,桃仁 10 g,地龙 10 g,积雪草 30 g,炒三棱 15 g,莪术 15 g 等。

(二)气虚、水湿、痰湿

症状:见头面肢体浮肿、尿量减少,或恶心、呕吐等症状。检查血肌酐、尿素氮、尿酸升高,贫血。

治则:利水祛湿。

常用药物:在上方基础上加猪苓 30 g,茯苓 30 g,泽泻 30 g,薏苡仁 30 g,制大黄 6~10 g 等。

临床表现症状较重,肾功能损伤较严重者,可加雷公藤多甙,小剂量维持,以稳定病情,减少副反应发生。

朱
彩
凤

四法辨治 IgA 肾病

朱彩凤医师(浙江中医学院附属二院, 邮编: 310006)辨证论治及辨病论治相结合, 治疗 IgA 肾病。

IgA 肾病是最常见的原发性肾小球疾病, 近年来一系列研究证实约 20% ~ 40% 的患者病情呈慢性进行性发展, 最终可导致终末期肾功能衰竭, 需依赖肾脏替代治疗维持生命。中医中药治疗 IgA 肾病有很好的特色和优势, 可归纳成诊治四法。中医辨治四法, 倘若能够运用得当, 确实能够提高疗效, 但亦不是包罗一切。如 IgA 肾病的血尿, 由内热上扰所致的, 清上实下可以获得良好疗效, 若为瘀血癥结所致, 则有的有效, 有的却未必有效, 此时千万不可以把止血尿作为治疗的惟一目的, 而是需要从整体辨治出发, 通过采用包括益肾消癥、调整阴阳气血、保护肾功能、延缓肾纤维化的进展等多种相应措施, 才能收到理想的效果, 这就是中医辨证论治的灵活性。

一、疏风清热、清上治下法

本法适用于 IgA 肾病肉眼血尿及尿检异常患者的初发阶段, 近期疗效十分明显。本型部分 IgA 肾病患者的病情反复发作与扁桃体感染有很密切的关系, 其发病系内热上扰所致。此类患者病初多有内热上扰的证候, 因此疏解内热, 清解热毒, 清其上则能治其下。唯其反复发作者, 往往可使 IgA 肾病患者的病情加重, 严重者可继发局灶、节段性肾小球硬化及肾间质纤维化, 致肾功能减退。对此类患者, 宜及早采用扁桃体择期摘除术, 以清除其病灶, 可延缓 IgA 肾病患者的疾病进展, 保护肾功能。

症状及检查: 见咽痛口干、发热咳嗽、舌质红或舌苔黄、脉象浮

数或滑数等。同时可相继出现尿色深,甚至出现肉眼血尿。

处方:蝉衣 6 g,桔梗 6 g,连翘 15~30 g,生茜草 15~30 g,银花 10 g,黄芩 10 g,白茅根 30 g,鲜芦根 30 g,生甘草 3 g。

加减:如扁桃体红肿者,加蒲公英 30 g,紫花地丁 30 g;如尿急滞而不畅者,加川草薢 10 g,大蓟 10 g,小蓟 10 g。

二、益气养阴、固肾宁络法

益气养阴兼顾,始能安宁肾络。

本法适用于 IgA 肾病无症状性尿检异常者。临床诊断为隐匿性肾炎的患者,多呈无症状性蛋白尿或/及血尿表现,若进行肾穿刺病理检查,有很大一部分是 IgA 肾病患者。

病机:为肾气失于封藏,阴精外泄。

症状及检查:此类患者多无明显自觉不适,只在例行体检或婚检时始发现尿常规有蛋白或/及多形性红细胞,进一步认真询问,其中部分患者可能有腰部酸困感觉,或尿中有泡沫,或尿色稍深,脉象多细弦或略带数。所谓“无症状”其实应包括一部分症状轻微而未被察觉的患者。

处方:生黄芪 30 g,白花蛇舌草 30 g,怀山药 15g,桑椹子 15g,女贞子 10 g,杜仲 10 g,金樱子 10 g,芡实 10 g,丹皮 10 g,旱莲草 15~30 g,干地黄 20 g。

方解:方中黄芪补气,二至丸(女贞子、旱莲草)滋阴,水陆二仙丹(金樱子、芡实)固肾,对呈气阴两虚、肾失封藏证型的 IgA 肾病患者有很好的针对性。加干地黄、杜仲、丹皮、白花蛇舌草辅佐之,所以药后症状及尿常规检查很快获得改善。

三、健脾益肾、淡渗水湿法

本法适用于 IgA 肾病伴有不同程度水肿者。水肿明显时宜强调低盐饮食,每天食盐摄入量减至 3 g 以下。

症状及检查:此类患者临床常有气短疲乏、腰膝酸软、纳呆便溏、尿多泡沫、舌苔薄白等症。严重时则表现为大量蛋白尿

(≥ 3.5 g/24 h)、低蛋白血症(≤ 30 g/L)、高脂血症等具有比较明显特征的肾病综合征表现。

处方:生黄芪 30 g,猪苓 30 g,茯苓 30 g,苡仁 30 g,炒党参 10 g,炒苍术 10 g,炒白术 10 g,汉防己 10 g,仙灵脾 10 g,大腹皮 10 g,车前子(包煎)10 g,泽泻 10~15 g。

加减:如脾肾虚寒明显者,可加大生黄芪用量至 45 g,仙灵脾至 15 g;如水肿消退、尿检改善不著时,可与小剂量雷公藤多甙片配合应用。

四、益肾行瘀、消癥散结法

本法适用于 IgA 肾病瘀血证,或在肾病病理检查中发现肾脏的形态学改变符合微型癥积,如肾小球系膜区增宽、毛细血管襻闭塞、细胞纤维新月体形成、球囊粘连、小球节段或球性硬化、玻璃样变的间质纤维化等,均可应用本法治疗。以治肾、散癥积的中医理法方药治疗肾纤维化,要点在于把握一个“早”字,所谓“早期”,可分为三个层次,一是从肾功能角度,宜早期选择在肾功能不全刚跨入失代偿期时。二是从肾病理角度,宜早期选择在肾细胞外基质积聚、球囊粘连、肾瘢痕开始形成时。三是从分子生物学角度,宜早期选择在致硬化因子,如转化生长因子 β_1 和胶原 IV 开始高表达时。

症状及检查:此类患者一般病史较长,但亦有病情隐匿而不自觉者,或病程迁延,有的腰痛固着不移,伴有血尿。

治疗:

(1)益肾法包括前述益气养阴固肾法及健脾益肾法,并在此基础上选加当归、川芎、桃仁、三棱、莪术、海藻、昆布、积雪草等药消癥散结。

(2)临床上以脾肾气血不足基础上发生者多见,治肾内微癥积,有消补两途,多数情况下需消补兼施。可用下方:生黄芪 30 g,川芎 30 g,苡仁 30 g,积雪草 30 g,仙灵脾 10 g,当归 10 g,桃仁

10 g,杭白芍 10 g,干地黄 20 g,炒莪术 15g,淡海藻 15g。方中选黄芪、仙灵脾及四物汤,从脾肾气血入手。消癥法用莪术、海藻、桃仁以活血化瘀、软坚散结。积雪草传统用于清热利湿、消肿解毒,现代研究其所含积雪草甙、羟基积雪草甙可抑制成纤维细胞增殖,防止粘连发生,缓解粘连形成,用于治疗肾微型癥积,疗效尚佳。

周家俊等

固本通络冲剂治疗 IgA 肾病

周家俊、高建东、郑平东、何立群等医师(上海中医药大学附属曙光医院, 邮编: 200021) 用中药复方固本通络冲剂治疗 IgA 肾病, 疗效显著, 尤其适用于气阴两虚者。

IgA 肾病是内科常见病、多发病, 后期约 20% ~ 30% 的患者可以发展成慢性肾功能衰竭。由于 IgA 肾病临床表现多样化, 其组织形态改变轻重不一, 预后相差甚远。以益气养阴、化瘀止血为治则, 创制固本通络冲剂, 其药物组成为: 生黄芪 15 g, 紫丹参 15 g, 鬼箭羽 15 g, 桃仁 10 g, 泽兰叶 10 g, 女贞子 15g, 旱莲草 15g, 白茅根 30 g, 土大黄 30 g。

临床上选择经肾穿刺活检确诊为 IgA 肾病的病人 80 例, 并通过病史、体检、实验室检查排除紫癜性肾炎、慢性肝病等继发性 IgA 肾病。随机分为固本通络冲剂治疗组(治疗组) 50 例, 潘生丁治疗组(对照组) 30 例。

按 1982 年世界卫生组织 IgA 肾病的肾损害光镜分组标准分为 5 级: I 级为轻微损害; II 级为微小病变伴少量节段性系膜增殖; III 级为局灶节段性肾小球肾炎; IV 级为弥漫性系膜损害伴有增殖和硬化; V 级为弥漫性硬化性肾小球肾炎。

参照卫生部 1989 年制订的“中医证候规范”分为阴虚内热型、气阴两虚型、脾肾气虚型等三种类型。

治疗组 50 例均口服固本通络冲剂, 每日 2 次, 每次 2 袋(每袋含生药 25g); 对照组 30 例均服用潘生丁片, 每日 3 次, 每次 50 mg。两组均以 3 个月为一疗程, 观察 1 个疗程。观察过程中不

用其它中西药物及其它方法。

疗效标准参照国家中医药管理局 1987 年制订的疗效评定标准。完全缓解:自觉症状、体征消失,肾功能正常,尿红细胞、蛋白持续消失;基本缓解:自觉症状、体征消失,肾功能正常,尿红细胞、蛋白持续减少 $\geq 50\%$;好转:症状体征好转,肾功能基本正常,尿红细胞、蛋白持续减少 $\geq 25\%$;无效:症状体征无好转,肾功能、尿检基本无变化或加重。

统计学方法:各种等级资料比较,采用 Ridit 分析;各种计数资料比较采用卡方检验。

疗效观察:治疗组 50 例患者治疗 3 个月后完全缓解 20 例(40%),基本缓解 16 例(32%),有效 8 例(16%),无效 6 例(12%),总有效率达 88%;而对照组完全缓解 1 例(3%),基本缓解 3 例(10%),有效 5 例(17%),无效 21 例(90%),总有效率 30%。治疗组疗效显著高于对照组($P < 0.01$)。

治疗组对 IgA 肾病的临床类型中以持续镜下血尿伴少量蛋白尿型的显效率最高,可达 100%,显效率均优于其它三型($P < 0.05$, $P < 0.01$),与其它各型间均有统计学的差异。反复肉眼血尿者次之,显效率排第二。非肾病性大量蛋白尿型再次之,显效率排第三。而肾病综合征的显效率最低,只有 12.5%,与其它各型间均有统计学的差异。

从中医辨证分型与显效率间的关系上观察到,以气阴两虚型疗效最佳,显效率达 83%,阴虚内热型次之,达 60%,脾肾气虚型最差只有 40%,气阴两虚型与脾肾气虚型之间有统计学意义($P < 0.01$)。统计学分析,除气阴两虚型显效率明显优于脾肾气虚型外($P < 0.01$),其余各证型间无统计学意义。

从病理分级与疗效间关系上分析,我们看到对病理损害的Ⅰ级、Ⅱ级病人疗效明显高于病理表现重的Ⅲ级、Ⅳ级病人。

总之,固本通络冲剂对临床表现为持续镜下血尿伴少量蛋白

尿及反复肉眼血尿者,中医辨证为气阴两虚型,病理分级轻的 IgA 肾病患者疗效佳;对肾病综合征型,中医辨证为脾肾气虚,且病理分级高的病人则疗效差。

耿迎春等

五草益肾汤治疗 IgA 肾病

耿迎春、徐文莲、朱树宽等医师(山东省聊城市人民医院,邮编:252000)用自拟五草益肾汤加减治疗 IgA 肾病,收到了较好的疗效。

IgA 肾病是肾小球膜区有以 IgA 为主的颗粒性沉淀,致使肾小球系膜细胞增殖,肾小管间质损害逐渐加重,而以肉眼或镜下血尿为主要表现的肾小球肾炎。中医认为 IgA 肾病主要是由于患者先天禀赋不足,肾阴亏虚,复因外感湿热疫毒,或内伤七情饮食,致使湿热疫毒内蕴,日久耗气伤阴所引起。

五草益肾汤组成:白花蛇舌草 30 g,鱼腥草 30 g,车前草 30 g,旱莲草 30 g,益母草 30 g。水煎服,日 1 剂,早晚分服。10 天为一疗程。方中白花蛇舌草、鱼腥草、车前草、益母草等清热利湿解毒;旱莲草清热凉血、滋补肾阴。诸药合用,使湿热除,热毒清,肾阴得补。

临证加减:如血尿为主者,加小蓟 30 g,白茅根 30 g;如尿蛋白多者,加蝉衣 10 g,黄芪 30 g;如低蛋白血症者,加猪苓汤(猪苓 30 g,泽泻 30 g,茯苓 30 g,滑石 30 g,阿胶(烔化)10 g);如合并扁桃体炎者,加射干 10 g,牛蒡子 10 g;如病程日久者,加茜草 10 g,水蛭 5g(研末冲服)。

临床上选择了 103 例病人,其中 31 例为住院病例,72 例为门诊病例。所有病例均符合 IgA 肾病诊断标准,即肾活检免疫荧光检查示 IgA 沉积为主,并且排除狼疮性肾炎和紫癜性肾炎。103 例中,男 58 例,女 55 例,年龄 18~73 岁,病程最长 30 年,最短 1

年零 2 个月。

经用上述方药治疗后,参照国家中医药管理局 1987 年制订的疗效评定标准,其中完全缓解者 49 例(即尿蛋白持续阴性,尿红细胞持续消失),显著缓解者 38 例(即尿蛋白持续减少 $\geq 50\%$,尿红细胞持续减少 $\geq 50\%$),好转者 13 例(即尿蛋白持续减少 $\geq 25\%$,高倍镜下尿红细胞不超过 5 个),无效 3 例。有效率为 97%。

马红珍等

当归六黄汤治 IgA 肾病

马红珍、何灵芝、李学铭等医师(浙江省中医院,邮编:310006)用当归六黄汤治疗肾病,取得了很好的疗效。

当归六黄汤源自《兰室秘藏》,其组成药物为当归、黄芪、生地、熟地黄、黄柏、黄芩、黄连。能滋阴泻火,固表止汗。用其治疗辨证属阴虚挟湿热的肾病,疗效满意。

【病案举例 1】

金某,女,22岁。2002年11月14日入院。临床诊断为慢性肾小球肾炎,又经病理诊断为IgA肾病Ⅳ级。11月20日起给予强的松50 mg/d、骁悉1.5 g/d及ACEI、低分子肝素、利尿剂等治疗。2个月后,查尿蛋白定量2.4 g/d,Scr127 $\mu\text{mol/L}$,BUN 8.3 mmol/L,TP46 g/L。刻诊:见肢肿已退,但面色潮红、神倦乏力、口干心烦、排尿不适、小腹隐痛、舌质红、舌苔薄黄腻、脉象细滑数等。予以当归六黄汤加味,处方:当归12 g,生地12 g,生黄芪12 g,熟地8 g,炒黄柏10 g,黄芩10 g,白芍10 g,黄连3 g,生甘草3 g,车前草20 g,马鞭草20 g,金钱草20 g,白花蛇舌草40 g,制大黄5 g。

二诊:服15剂后,乏力减,尿色清,复查尿常规:PRO(+++),RBC(+)/HP;尿蛋白定量1.7 g/d,Scr101 $\mu\text{mol/L}$,BUN 6.9 mmol/L,TP54 g/L,A33.3 g/L,G20.7 g/L。

此后以当归六黄汤加减服用,至2003年2月20日起激素渐减量,目前强的松25 mg/d、骁悉1.0 g/d。自觉无明显不适,查尿常规PRO(+~±),RBC(+~少许)/HP;尿蛋白定量0.7~

0.3 g/d,肾功能正常。

【按语】 患者经用西药后出现过利伤阴,阴虚火旺,湿郁化热之象,用当归六黄汤加清热利湿之品;又因久病入络留瘀,再佐以制大黄化瘀生新,故疗效满意。

【病案举例 2】

罗某,女,50岁。2003年2月27日入院。患者临床诊断为肾病综合征,病理诊断为IgM肾病。西药给予强的松1 mg/(kg·d),及ACEI、低分子肝素、利尿剂等。现浮肿消退,但出现感冒发热、带状疱疹等并发症,且腰酸乏力、腹胀纳差、夜寐不安、动辄汗出、舌质红、舌苔黄腻、脉象细滑等症。予以当归六黄汤合六味地黄汤。处方:当归12 g,生地黄12 g,生黄芪12 g,泽泻12 g,茯苓12 g,熟地黄8 g,炒黄柏10 g,黄芩10 g,丹皮10 g,山萸肉10 g,制大黄3 g,黄连3 g,炒山药15 g。

二诊:服药2周后,胃纳增加,腹胀减,PRO(+)。

再服药1个月后,查蛋白定量0.49 g/d,已无不适,未再出现感冒及其它继发感染。4月下旬出院,并开始撤减激素剂量。

【按语】 患者因大量蛋白尿伴重度低蛋白血症,中医辨证属精微不固而下泄;又因用大剂量激素,抑制了免疫功能,使气虚卫外不固而反复感冒,湿郁化热,升降失司则腹胀纳差,故用当归六黄汤合六味地黄汤,养阴益肾补气,清热利湿泻火,标本兼治而获良效。

【病案举例 3】 陈某,男,59岁。2001年7月23日诊。西医诊断为慢性肾小球肾炎,肾功能不全。查尿常规:PRO(+++),RBC4~5/HP。症见腰酸乏力、胃纳欠佳、口干便溏、舌质红、舌苔白腻、脉象细滑数等。予以当归六黄汤加味。处方:当归12 g,怀牛膝12 g,地龙12 g,桃仁12 g,炒山楂12 g,炒神曲12 g,生黄芪30 g,熟地8 g,生地黄10 g,黄柏10 g,黄连3 g,制大黄5 g,生苡仁20 g,白花蛇舌草20 g。同时给予优质低蛋白饮食,控制血

压等。

二诊:服药 2 周后,胃纳增,但感腰酸,查 PRO(+)。

又服 1 个月后复查,Scr<200 μ mol/L,无浮肿及其它不适。2 年来肾功能稳定。

【按语】 本例肾阴不足,湿浊困脾,又因久病留瘀,治宜邪正兼顾,故于当归六黄汤中重用黄芪补气,黄芩改用大黄,以加强泄浊解毒之力,并佐以牛膝、地龙、桃仁等祛瘀生新,以收佳效。

时振声

治慢性肾炎蛋白尿的经验

已故中医肾病学专家时振声教授,出身于中医世家,学验俱丰,在 40 余年的医疗生涯中屡起沉疴,对于各种疑难杂病辨证精深,疗效卓著。对于慢性肾小球性肾炎蛋白尿有精辟的论述,他说,中医的文献中没有蛋白尿这一提法,但是根据其临床症状表现,应当属于中医的“精气下泄”这一范畴。这种疾病的病机关键是脾不统摄,肾不藏精,正气虚损和病邪阻滞,致使肾的功能破坏而形成蛋白尿。在病邪中又以风邪、湿热、瘀血最为主要。在治疗方面,他又提出了从风、从肺、从肝、从湿热、从瘀等方面来辨证论治,更加完善了中医药治疗慢性肾小球性肾炎的学术思想。

一、从风论治

临床上常见有的慢性肾小球性肾炎患者,由于感冒不愈而蛋白尿不消;或蛋白尿虽已转阴,常因感冒而复发,这说明外感风邪确实对蛋白尿的形成有很大影响。况且大部分的蛋白尿患者的尿液多呈泡沫状,中医以此辨证多属风邪所致。在这一辨治中,又可分为祛风宣肺和祛风胜湿两法。

(一)祛风宣肺法

用于感受外邪出现肺失宣降者,应迅速控制外感,使蛋白尿减轻或消除。

外感风寒者,用荆防败毒散(荆芥、防风、羌活、独活、前胡、柴胡、枳壳、桔梗、茯苓、川芎、薄荷、甘草)。若气虚或阳虚明显者,宜扶正(气或阳)解表,用人参败毒散(人参、羌活、独活、前胡、柴胡、枳壳、桔梗、茯苓、川芎、甘草)或参苏饮(人参、紫苏梗叶、葛根、前胡、半夏、茯苓、枳壳、桔梗、陈皮、甘草)。

外感风热者,用银翘散(银花、连翘、桔梗、薄荷、竹叶、生甘草、荆芥穗、淡豆豉、牛蒡子)。若阴虚明显者,宜扶正(阴)解表,用银翘汤(银花、连翘、淡竹叶、生地、麦冬、薄荷)或时老自拟银蒲玄麦甘桔汤(银花、蒲公英、玄参、麦冬、甘草、桔梗)。

(二)祛风胜湿法

若症见蛋白尿经久不消、腰脊疼痛、项强头重、四肢困乏、不思饮食、肠鸣腹痛、泄泻无度等,属风湿在表或脾虚湿盛者,方用羌活胜湿汤(羌活、独活、藁本、防风、川芎、甘草、蔓荆子)或升阳除湿汤(苍术、升麻、柴胡、羌活、防风、神曲、泽泻、茯苓、猪苓、陈皮、麦芽、甘草)加减,常用药物如羌活、独活、防风、豨筴草、苍术、升麻、柴胡、川芎、昆明山海棠、雷公藤等。

二、从肺论治

感冒风邪致腠理开泄而汗出,肺失宣降,脾气上输之清气不得归于肺而布散全身,又金不生水,影响肾的封藏,使精气不固,径走膀胱,形成蛋白尿。时老常用宣肺、清肺、益肺、润肺等方法进行辨治,收到满意的疗效。

(一)宣肺法

同上述祛风宣肺法。

(二)清肺化痰法

此法用于外感风热,或外感风寒化热,以致痰热壅肺,慢性肾小球性肾炎合并肺部感染,病情进一步发展,抗生素无效者,可迅速控制感染。时老用自拟加味杏仁滑石汤(杏仁、滑石、黄连、黄芩、郁金、厚朴、橘红、半夏、通草、贝母、瓜蒌皮)加减治疗。

(三)益肺法

如症见自汗恶风、易感冒者,是肺气虚弱、卫气不固所致,方用玉屏风散(黄芪、防风、白术)加减,此方对实验性肾炎的肾小球增殖性病变有修复作用,用于各型肾炎后,可见免疫指标改善或恢复。

(四)润肺法

用于阴虚肺燥的蛋白尿,患者经常反复咽干、咽红、咽痛等;或用于预防易外感风热者。时老自拟加减竹叶石膏汤(竹叶、生石膏、太子参、天冬、麦冬、法半夏、生甘草、桔梗、益母草、白茅根、薄荷)。

三、从肝论治

若肝不疏泄,木逆侮土,脾不升清,精微下陷;肾不闭藏,精气外泄,说明肝之疏泄失常也可以形成蛋白尿。正如《格致余论》所云:“主闭藏者肾也,主疏泄者肝也。”这种蛋白尿应用疏肝、养肝、平肝等法辨治。

(一)疏肝法

用于蛋白尿伴见情志抑郁、胸胁胀痛、善太息或月经不调、脉象弦等肝郁证者。治以柴胡疏肝散(柴胡、白芍、枳壳、甘草、川芎、香附)或逍遥散(当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、甘草、生姜、薄荷)等加减化裁。

(二)养肝法

用于肝血或肝阴不足,症见胁痛、眼目干涩、视物模糊、烦躁潮热或女子月经量少等。方用四物汤(当归、地黄、芍药、川芎)加牛膝、枸杞等,或用杞菊地黄汤(枸杞子、菊花、地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)加减化裁。

(三)平肝法

用于阴虚阳亢、血压高者,症见头晕、失眠、腰痛膝软、多梦、颜面潮红、舌质红、少苔、脉象细弱等。治以平肝潜阳,方用羚羊钩藤汤(羚羊角片、钩藤、桑叶、川贝母、生地、菊花、白芍、甘草、竹茹、茯神)加减。

(四)治肝与其它治法

如慢性肾小球性肾炎蛋白尿见有肝郁痰热者,可用四逆散(柴胡、白芍、枳实、甘草)合小陷胸汤(黄连、半夏、瓜蒌)加减治疗。

四、从湿热论治

慢性肾小球性肾炎常因湿热而起,既成之后,又因肺、脾、肾等脏腑功能失调,水液代谢障碍,湿浊内留,郁而化热,湿热之邪既可困阻中焦,导致脾不升清而清浊俱下,又可扰乱下焦,致封藏失职,终致蛋白尿形成。症见胸脘痞闷、口苦口黏、口干不欲饮、纳呆、大便溏泻不爽、小便黄赤混浊或有尿频尿急而痛、舌质红、舌苔黄腻、脉象滑数等。

痰热在肺者,方用时老自拟加味杏仁滑石汤。

湿热阻于中焦者,方用苏叶黄连汤或半夏泻心汤(半夏、黄连、黄芩、干姜、人参、甘草、大枣)加减。

湿热阻于下焦者,方用八正散(车前子、木通、篇蓄、瞿麦、滑石、栀子、大黄、甘草)加减。

湿热弥漫三焦者,方用三仁汤(杏仁、苡仁、蔻仁、滑石、通草、竹叶、半夏、厚朴)加减。

五、从瘀论治

慢性肾小球性肾炎病程冗长,久病入络,久病必瘀,瘀阻肾络,精气不能畅流,壅而外溢,故精微下泄而成蛋白尿。慢性肾小球性肾炎瘀血的实验指标已有较多的揭示,如血液流变性改变、血小板功能改变、血尿纤维蛋白降解产物增高、肾静脉血栓形成等。如瘀血为兼挟证,则在辨证论治的基础上,加丹参、泽兰、益母草、桃仁、红花等活血化瘀药物。如瘀血征象突出者,则以祛瘀为主。如兼气虚、阳虚者,方用补中益气汤(人参、甘草、黄芪、升麻、柴胡、当归、白术、陈皮)合桂枝茯苓丸(桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、芍药)加减。如兼阴虚者,方用血府逐瘀汤(柴胡、前胡、枳壳、桔梗、当归、地黄、桃仁、红花、赤芍、甘草、川芎、牛膝)加减。如症见尿少身肿、腰痛固定、舌质紫黯或有瘀斑、瘀点等,是湿瘀互结,方用当归芍药散(当归、芍药、茯苓、川芎、白术、泽泻)加减治疗。

六、专病专药

在辨证的基础上,使用专病专药,如尿检蛋白明显者,可加入一些对蛋白尿有特殊治疗作用的药物,如偏气虚时加黄芪,偏湿热时加小叶石韦等,此外尚有昆明山海棠、雷公藤、黑大豆、白果、地龙、乌梅、山楂、冬虫夏草等。

王铁良

分型治疗慢性肾炎蛋白尿

王铁良主任医师(黑龙江省中医研究院,邮编:150036)是我国著名中医肾病专家,从事肾病医教研工作40余载,稔熟经典,融古贯今,治学严谨,学识渊博,在中医药治疗慢性肾小球性肾炎蛋白尿方面,遣方用药,独具特色。他倡导、运用益气滋阴、清利湿热等法治疗慢性肾小球性肾炎蛋白尿,并将清利湿热法贯穿于始终,临床每获良效。

王铁良主任医师认为,以中医学理论阐述慢性肾小球性肾炎蛋白尿的形成,需借助现代医学检测手段来确诊,并参考辨病与辨证相结合的方法去分析、立论。王铁良主任医师认为,慢性肾小球性肾炎蛋白尿是精微外漏,而非湿浊外泄,虽然湿浊与慢性肾小球性肾炎蛋白尿的形成密切相关,但本病形成关键责之于精,是由肾失封藏所致。《内经》指出:“邪气盛则实,精气夺则虚。”《素问·六节脏象论》云:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也。”慢性肾小球性肾炎蛋白尿病程冗长,久病必虚,正不胜邪,患病之体易助湿生热,邪实者愈实,正虚者更虚。由多种原因导致肾气不固,气化蒸腾作用不及、精气外泄而为蛋白尿。王铁良主任医师强调,临证必须审视邪正虚实之转换,正虚以肾虚为主,又当兼护脾虚,且肾虚又当分阴阳,切忌不分阴阳。邪实是脏腑功能失调的病理产物,主要是湿热与瘀血。水湿为阴邪,其性黏滞,每易阻阳伤阴,慢性肾小球性肾炎病程冗长,邪盛正衰,病机复杂,故临证要立足中医辨证,而又不拘泥成规。

一、益气滋阴,清利湿热

适应于:①慢性肾小球性肾炎蛋白尿、尚无高血压及肾功能改

变者；②肾病综合征水肿消退后、蛋白尿为主、血浆蛋白低者；③激素依赖性患者，已服用激素、并在激素撤减时出现反跳现象的病人。由于慢性肾小球性肾炎罹患日久，必将耗气伤阴而致气阴两虚，且同时湿热伴随始终。气阴两虚为病之本，湿热蕴蓄为病之标。

临床症状：无水肿或有轻度水肿、周身乏力、腰酸腰痛、头晕心悸、手足心热、口干咽干、舌质红或舌尖红、舌苔白、脉象沉细或滑等。

方药：常用清心莲子饮（莲子、黄芩、麦冬、地骨皮、车前子、甘草、茯苓、黄芪、人参）出入加减。《太平惠民和剂局方》曾记载：“本方治小便白浊，夜梦走泄，遗沥涩痛，便赤如血，男子五淋气不收敛，阳浮于外，五心烦热。”又曰：“常服清心养神，秘精补虚。”处方：金银花 50 g，白茅根 50 g，党参 30 g，黄芪 30 g，麦冬 20 g，枸杞子 20 g，地骨皮 15 g，黄芩 15 g，石莲子 15 g，茯苓 15 g，车前子（包煎）10 g。水煎服，日 1 剂。

临证加减：若伴有上呼吸道反复感染者，去党参、黄芪，或将其用量减至 10～15 g，同时上方加清热利湿解毒的连翘、板蓝根、冬瓜皮、紫花地丁等。若尿中红细胞增多时，在清热利湿解毒的基础上，上方加凉血止血的蒲黄炭、黄芩炭、仙鹤草等。若尿中白细胞增多时，除以清热利湿为主、益气滋阴为辅外，再加白花蛇舌草、半枝莲、蚤休、瞿麦、篇蓄等。若气阴两虚为主时，则加大党参、黄芪的用量，同时上方加旱莲草、女贞子、山萸肉、鹿角胶、龟版胶、生地等。

二、益肾摄精，清利湿热

适应于肾小球性肾炎蛋白尿日久不消失者。肾小球性肾炎久病肾气不固，气化蒸腾作用失职，肾失收藏，精微外泄。

临床症状：持续蛋白尿、夜尿频多、尿清长、神疲乏力、腰膝酸痛、头晕耳鸣、遗精滑精等。

方药:以参芪地黄汤(人参、黄芪、地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)加减出入。处方:黄芪 30 g,枸杞子 30 g,党参 20 g,熟地黄 20 g,山药 20 g,牡丹皮 20 g,茯苓 20 g,女贞子 20 g,菟丝子 20 g,金樱子 20 g,何首乌 20 g,杜仲 20 g,山萸肉 15g,泽泻 15g,肉桂 10 g。

方解:方中山萸肉、熟地黄补益肾阴,摄精气;黄芪、党参补气健脾;茯苓、泽泻、山药健脾渗湿;肉桂补命门真火而引火归源;牡丹皮清虚热;金樱子固摄精气;何首乌、杜仲、女贞子、枸杞子、菟丝子补肾填肾精。

临证加减:若湿热较明显时,可酌加鱼腥草、半枝莲、白花蛇舌草、益母草等。若水肿较重时,加益母草、泽泻、泽兰、猪苓等。若咽痛时,加元参、麦冬、桔梗、马勃等。若血尿较剧时,加白茅根、三七、蒲黄、茜草等。若气虚明显时,加大黄芪、党参用量。若阴虚较甚时,加地骨皮、生地、鳖甲等。

三、益气活血,清热解毒

适应于慢性肾小球性肾炎蛋白尿反复不愈、同时有高血压者。

临床症状:持续蛋白尿、血压高、双下肢轻度浮肿、神疲乏力、腰膝酸软、头晕、尿黄浊、舌质淡紫、舌苔白或黄或厚、脉象沉细等。据症中医辨为肾虚血瘀。

方药:以益气活血汤加味,此方是补阳还五汤的衍化。处方:黄芪 30 g,葛根 30 g,丹参 30 g,益母草 30 g,金银花 30 g,白茅根 30 g,板蓝根 30 g,紫花地丁 20 g,赤芍 15g,当归 15g,桃仁 15g,红花 15g,川芎 10 g。

方解:方中丹参、益母草、赤芍、当归、桃仁、红花、川芎等养血活血,祛瘀滞而不伤正气;黄芪补气健脾,气行则血行;白茅根清热利湿,热毒清则气化利,水道自能疏通;金银花、板蓝根、紫花地丁等苦寒之品清热解毒。诸药合用,共奏益气活血、清热解毒之功。

临证加减:若继发感染,可加清热解毒的蝉衣、元参、黄芩、山

豆根、败酱草、连翘等。若气虚,加补中益气的党参、黄精等。若肾阴虚,加滋肾阴的旱莲草、枸杞子、女贞子、熟地黄等。若肾阳虚,加温补肾阳的仙灵脾、菟丝子、肉桂、附子等。

四、健脾益气,渗利水湿

适应于肾小球性肾炎或肾病综合征水肿消退后患者。由脾胃虚弱,清气不升,湿浊留恋所致。

临床症状:大量蛋白尿、血浆蛋白低、身重倦怠、面色萎黄、脘痞纳呆、口苦而干、肠鸣便溏、舌质淡、舌苔薄白、脉象弱等。

方药:用参苓白术散加赤小豆。处方:白术 30 g,苡仁 30 g,太子参 20 g,茯苓 20 g,砂仁 20 g,山药 20 g,扁豆 20 g,莲子肉 20 g,赤小豆 20 g,桔梗 15 g,陈皮 15 g,甘草 7.5 g。

方解:方中太子参为补气药中的清补之品,补而不碍邪,补而不膩;白术、苡仁、茯苓、山药、赤小豆、扁豆、莲子肉、甘草等健脾益气利水;桔梗、陈皮、砂仁理气健脾。

临证加减:若复感外邪引起急性发作时,加清热解毒的益母草、蒲公英、白茅根等。若有血尿时,加地骨皮、淡豆豉、大小蓟等。若血压偏高时,加平肝降压的珍珠母、夏枯草、怀牛膝等。若湿重时,减山药,加芳香化湿的苍术、藿香等。若湿蕴日久,见舌苔黄腻时,减山药、太子参,加清利湿热的石韦、鸭跖草、车前草、黄柏等。若偏寒时,加通阳利水的桂枝。若脾虚日久,生化乏源,血虚明显,症见头晕不寐、四肢麻木、唇舌淡白等,减泽泻,加养血的鸡血藤、枸杞子、当归等。

董平

五法辨证治疗蛋白尿

已故名老中医董平主任医师,临证 50 余年,具有丰富的临床经验,尤其在治疗肾炎蛋白尿方面更有独特的见解和治疗方法,现分述如下。

一、清热疏风散毒法

此治法主要用于急性肾小球性肾炎早期,或慢性肾小球性肾炎急性发作,兼有外感症状,尿液检查又以蛋白为主者。症见发热恶风、鼻塞、咳嗽、咽痛、头面浮肿、小便不利、舌质红、舌苔薄白或薄黄、脉象浮数或细数等。尿检 PRO 较多,ERY、LEU 及颗粒管型少量。诊断为肾炎伴呼吸道感染,中医认为属湿毒夹表证。董老用自拟清疏败毒汤,处方:生麻黄、连翘、赤小豆、苦杏仁、桑白皮、蝉蜕、白茅根、重楼、半枝莲、益母草等。兼有尿血者,董老用自拟肾炎清疏败毒止血方,即上方白茅根、益母草加倍,再加藕节、旱莲草。

【病案举例】 张某,男性,16 岁,学生。1992 年 4 月 20 日就诊。6 岁时曾患过肾炎,经过治疗已愈。半月前发热,头面浮肿,微有咳嗽,咽痛,小便不利,舌质红,舌苔薄黄,脉象浮数。尿检:PRO(+++),ERY3~5,LEU4~6。证属湿毒夹表,投清热疏风败毒法。处方:白茅根 30 g,益母草 30 g,赤小豆 15 g,大青叶 15 g,半枝莲 15 g,桑白皮 12 g,重楼 12 g,玄参 12 g,连翘 9g,蝉蜕 9g,苦杏仁 9g,生麻黄 6g。日 1 剂,水煎服。

以此方加减服用 15 剂后,热退,肿消,咽痛止,小便利。尿检:PRO(+),LEU0~1。

再以原方服 9 剂后,复查 PRO 已转阴。随访 1 年,未见发作。

二、清热化湿败毒法

此治法主要用于急性肾小球性肾炎早期,或慢性肾小球性肾炎急性发作期。症见发热、头痛、轻咳、咽喉肿痛、头面肿、小便不畅或涩痛、舌质红、舌苔薄黄或黄而厚腻、脉象浮数或濡数等。尿检:PRO、管型较多,伴少量 ERY、LEU。中医辨证为湿毒内侵证。可用清热化湿败毒法,处方:金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵、白茅根、重楼、半枝莲、益母草等。兼有尿血者,董老用自拟肾炎清化败毒止血方,即上方白茅根、益母草加倍,另加藕节、凌霄花。

【病案举例】 梁某,男性,6岁。1992年6月27日来诊。今年2月因肾炎在当地医院住院治疗,用环磷酰胺、强的松等西药治疗,住院3月余,病情得以控制。出院后家长自停西药。5天前受凉,发热 $T 38.4^{\circ}\text{C}$,头痛,轻咳,咽喉肿痛,小便少,尿道灼热,舌苔黄稍厚腻,脉象濡数。尿检:PRO(+++),颗粒管型2~6,ERY3~5。证属湿毒内侵,治以清热化湿败毒法。处方:金银花20g,白茅根20g,益母草20g,野菊花9g,蒲公英9g,紫花地丁9g,紫背天葵9g,重楼9g,半枝莲9g,牡丹皮9g,苦杏仁6g。7剂,每日1剂,水煎服。

二诊:热退,咳减,仍咽喉肿痛,尿检蛋白(+++).上方加玄参9g,大青叶9g,土牛膝9g。7剂,每日1剂,水煎服。

三诊:咳嗽及咽喉肿痛止,小便利。尿检蛋白(+).再予原方化裁14剂。

四诊:服药后,尿蛋白转阴。又予7剂调理。

随访1年,未见复发。

三、清热化湿坚阴法

此治法常用于慢性肾小球性肾炎反复发作,日久而致肾阴虚而又有湿热证者。症见腰酸腰痛、口干苦不多饮、咽痛、身痒、烦热、便秘、小便频数短赤、下肢肿、舌质红、舌苔薄黄、脉象细数或滑

数等。尿检:PRO(+~++++),有少量 ERY、LEU。治以清化坚阴方,处方:知母、黄柏、生地黄、熟地黄、山茱萸、山药、枸杞子、女贞子、地肤子、泽兰、火麻仁、半枝莲、益母草、鱼腥草等。

【病案举例】 马某,男性,25岁。1990年2月12日来诊。18岁时患慢性肾小球性肾炎,尿检蛋白长期阳性。现见面足轻度浮肿、腰酸楚、乏力、咽干、便秘、手足心热、小便短赤日10余次、舌质红、舌苔黄稍厚腻、脉象细数等症。尿检:PRO(++),ERY0~2。辨证为慢性肾小球性肾炎阴虚夹湿热证。治以清化坚阴法,处方:益母草30g,鱼腥草30g,泽兰15g,火麻仁15g,半枝莲15g,知母12g,黄柏12g,生地黄12g,熟地黄12g,山茱萸12g,山药12g,枸杞子12g,女贞子12g,玄参12g,车前子(包煎)12g。21剂,每日1剂,水煎服。

二诊:PRO(++).再服14剂。

药后PRO(+).再服7剂后,PRO转阴。继用知柏地黄丸(知母、黄柏、熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻)善后。随访半年,尿检一直正常。

四、补中升陷法

此治法主要用于肾炎日久不愈、反复发作而出现脾虚证候者。症见双下肢浮肿、神疲乏力、头晕纳呆、脘腹胀满、舌质淡、舌苔薄白或白而厚腻、脉象沉弱或濡细等。尿检PRO(+~++++)。治用补中升陷汤,处方:菟丝子、桑螵蛸、黑大豆、半枝莲、黄芪、党参、山药、柴胡、桔梗、山茱萸、芡实、玉米须、益母草等。

【病案举例】 李某,男性,28岁。1985年6月20日初诊。患慢性肾小球性肾炎已5年。现见下肢明显浮肿、面色萎黄、消瘦乏力、脘腹胀闷、纳呆、舌质淡、舌苔薄白、脉象濡等症。尿检PRO(+++),ERY少许,LEU2~4,颗粒管型2~3。证属脾虚精气下陷。用补中升陷法,处方:桑螵蛸30g,芡实30g,黄芪30g,菟丝子30g,益母草30g,黑大豆30g,玉米须30g,党参20g,山药

20 g,半枝莲 15 g,山茱萸 15 g,柴胡 6 g,桔梗 6 g。

以上方加减化裁调治 2 个月后,下肢消肿,脘腹胀减,纳谷增加,精神改善,尿检正常。再以补中益气丸与健脾丸同服 1 月余。半年随访,尿检一直正常。

五、固肾摄精法

此治法主要用于慢性肾小球性肾炎,日久而见肾虚精关不固者。症见眼睑、下肢轻度浮肿、乏力、腰酸、面色㿔白、口咽干、便秘或初头硬后便溏、形寒怯冷,或见阳痿早泄、舌质淡、舌苔薄白、脉象沉细等。尿检蛋白长期阳性。治以固肾摄精法,药用益母草、半枝莲、黑大豆、芡实、金樱子、煅牡蛎、煅龙骨、桑螵蛸、菟丝子、茯苓、枸杞子、山茱萸、山药、熟地黄等药。兼见阳虚症状者,加肉苁蓉、巴戟天、淫羊藿、补骨脂等药。

【病案举例】 强某,男性,30 岁。1988 年 2 月 22 日初诊。患慢性肾小球性肾炎已 5 年。现见面足俱肿、腰膝酸软、口咽干、乏力、形寒怯冷、便溏、舌质淡、舌苔薄白、脉象沉细等症。尿检:PRO(++++),ERY4~6,LEU2~3,颗粒管型 2~3。此为肾炎阴阳俱虚证,治以固肾摄精法。处方:熟地黄 30 g,菟丝子 30 g,桑螵蛸 30 g,煅龙骨(先煎)30 g,煅牡蛎(先煎)30 g,黑大豆 30 g,山药 15 g,茯苓 15 g,山茱萸 12 g,金樱子 12 g,芡实 12 g,枸杞子 12 g,淫羊藿 12 g,巴戟天 12 g,补骨脂 12 g,砂仁(后下)6g。

二诊:以上方加减化裁,服 21 剂后,浮肿退,诸症改善。PRO(+)。

仍以上方加减化裁治疗半个月,PRO 转阴。再用六味地黄丸合附桂地黄丸服用 1 月善后调理。半年内随诊,病情平稳。



虫类药治疗肾炎蛋白尿

叶传蕙教授(成都中医药大学,邮编:610075)是成都中医药大学博士生导师,全国著名肾脏病专家,中国中医药学会肾脏病专业委员会副主任委员。叶传蕙教授对肾小球性肾炎蛋白尿的治疗具有丰富的临床经验和独到的见解。

肾炎蛋白尿的产生,原因相当复杂,它的形成多以邪实为主,即使本虚较为明显,也往往是因实致虚。在邪实方面,多以外邪侵袭、湿热蕴结、瘀血阻络为主,尤以湿热、瘀血为中心;在正虚方面,多以肺、脾、肾亏虚为主,尤以脾肾两虚为中心。叶传蕙教授还特别重视风邪在肾炎蛋白尿发生发展过程中所起的重要作用,湿热、瘀血郁久可以化风;风邪又可与水湿、痰浊、瘀血相挟为患,形成恶性循环,使肾炎蛋白尿患者的病机更趋复杂,病情更加顽固,所以用草木之品治疗难治性肾炎蛋白尿有时难奏捷效,要用蜈蚣、全蝎、僵蚕、地龙等虫类药通经活络、搜剔余邪,方能直达病所,将潜伏于内的风痰瘀血之邪逐出于外。这些虫类药物不仅对蛋白尿获效甚捷,而且对肾性高血压及该病发展到肾衰阶段的肌肤瘙痒、四肢抽搐等症也同样具有良好的治疗作用。

一、分期分型论治

(一)急性肾小球性肾炎或慢性肾小球性肾炎的急性发作期

症状:蛋白尿、发热恶寒、鼻塞流涕、咽干咽痛、喷嚏、咳嗽、面目浮肿、小便短赤、舌尖红、舌苔薄黄或薄白,脉象浮等。

证候:外邪束表,肺气壅塞。

治则:疏风散邪,宣通肺气。

处方:板蓝根 30 g,鱼腥草 30 g,银花 30 g,射干 15 g,马勃

15 g,防风 15 g,桔梗 15 g,杏仁 15 g,冬瓜仁 15 g,紫菀 15 g,法半夏 15 g,荆芥 12 g,黄芩 10 g,生甘草 6 g。

(二)急性肾小球性肾炎、肾病综合征早中期

症状:身热,午后尤甚,脘腹胀满、纳呆食少、恶心欲吐、口干口苦、喜饮不多、汗多而黏、小便黄赤、舌质暗红或舌有瘀斑瘀点、舌苔黄厚腻、脉象数等。

证候:湿热蕴结,瘀血阻滞。

治则:清热化湿,活血化瘀。

处方:金樱子 30 g,茵陈 20 g,地龙 20 g,僵蚕 20 g,藿香 15 g,佩兰 15 g,苡仁 15 g,法半夏 15 g,芡实 15 g,全蝎(冲服)12 g,白蔻仁 10 g,黄芩 10 g,栀子 10 g,龙胆草 6g。

(三)慢性肾小球性肾炎各期,特别是慢性肾小球性肾炎的中、后期,或隐匿性肾炎

症状:经治疗后自觉症状不多,但蛋白尿难消,或下肢浮肿,或晨起眼睑浮肿,疲倦乏力、面色萎黄、纳差食少、大便稀溏、腰膝酸软、舌质淡黄而暗或淡红而暗、舌苔淡黄腻、脉象沉细无力等。

证候:脾肾两虚,水湿瘀阻。

治则:健脾固肾,化湿祛瘀。

处方:黄芪 30 g,金樱子 30 g,赤小豆 30 g,丹参 30 g,车前草 30 g,地龙 20 g,僵蚕 20 g,苡仁 15 g,茯苓 15 g,白术 15 g,芡实 15 g,川芎 15 g,红花 15 g,全蝎(冲服)12 g。

(四)慢性肾小球性肾炎、肾病综合征的中后期,特别是应用激素之后者

症状:潮热、盗汗、手足心热或面色潮红、头晕耳鸣、口干口苦、渴喜凉饮、尿黄而少、舌质红、舌苔少或黄腻且中有裂纹、脉象细数等。

证候:肾阴不足,虚火扰动。

治则:滋阴降火,益肾活血。

处方:北沙参 30 g,白茅根 30 g,赤小豆 30 g,丹参 30 g,金樱子 30 g,地龙 20 g,僵蚕 20 g,芡实 15 g,知母 10 g,黄芩 10 g,栀子 10 g。

(五)慢性肾性小球肾炎、肾病综合征的各期,特别是肾炎中、后期

症状:手足心热或潮热盗汗,或口干咽燥、面色潮红或萎黄、头晕耳鸣、神疲乏力,或大便溏,或纳差,或食后腹胀,舌质红或淡红、舌苔薄黄腻、脉象细数或沉细而弱等。

证候:气阴两虚,湿热瘀阻。

治则:滋阴益气,化湿祛瘀。

处方:白茅根 30 g,赤小豆 30 g,丹参 30 g,金樱子 30 g,北沙参 20 g,太子参 20 g,地龙 20 g,僵蚕 20 g,白术 15 g,苡仁 15 g,川芎 15 g,芡实 15 g,知母 10 g。

二、随证、症加减

(一)随证加减

肺脾气虚,加黄芪 30 g,党参 30 g。

肾气不足,加菟丝子 20 g,肉苁蓉 20 g。

瘀血阻络明显者,加益母草 30 g,红花 20 g,桃仁 20 g。

肝阳上亢,头晕耳鸣,或血压偏高者,加夏枯草 30 g,刺蒺藜 20 g,钩藤 20 g,天麻 20 g。

(二)随症加减

浮肿、尿少明显者,加车前子 30 g,猪苓 20 g,泽泻 20 g,桂枝 6g。

腰膝酸软或腰痛明显者,加元胡 30 g,狗脊 15 g,川断 15 g,桑寄生 15 g。

夜尿多者,加菟丝子 20 g,肉苁蓉 20 g,桑螵蛸 15 g。

心悸气短者,加丹参 30 g,太子参 30 g,麦冬 15 g,五味子 10 g。

若蛋白尿经久不消,病情顽固,除常用桃仁、红花、丹参、川芎、益母草、地龙、僵蚕、全蝎等加强活血化瘀治疗外,可用蜈蚣 2 条研末冲服。还可服用复方肾康注射液静脉点滴。必要时也可用肝素钙、潘生丁、消炎痛、肠溶阿司匹林等抗凝药配合治疗。

三、丸散剂的应用

肾炎蛋白尿患者病情顽固,病程长,为了较长时期服用药物,也为了方便病人用药,尤其是在尿蛋白消失以后,继续服药以巩固治疗,可在原方的基础上,将该方扩大 4~6 倍剂量,打粉制成丸剂或散剂服用,能明显减少蛋白尿的反复,作为蛋白尿转阴后的善后治疗。

四、食疗方

黄芪 30 g,赤小豆 30 g,金樱子 30 g,苡仁 20 g,芡实 20 g,地龙 20 g,僵蚕 20 g,白术 15 g。与鲢鱼或鲤鱼共炖,吃鱼喝汤,配合治疗,对尿蛋白的消失及防止尿蛋白的再次发作都有明显的辅助治疗作用。

五、激素治疗

肾炎患者,特别是难治性肾病患者,尿蛋白长期在“+++”以上,则应配合激素进行治疗。激素运用的原则是首次剂量要足,维持时间要长,减量要慢。一般选用强的松,成人剂量为 $1 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,小儿为 $1.52 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,清晨起床后一次顿服,维持治疗 8 周,对难治性肾病可治疗 12 周,然后开始减量。以成人为例,单日仍口服强的松 $1 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,双日统一减为强的松 20 mg,然后每个月需减单日(即高剂量)强的松 5 mg,直至单、双日强的松用量相同,即均为每日 20 mg,然后再每 3 个月减强的松 5 mg,直至停药。这样一个规律的标准激素疗程一般至少需一年半以上的时间。这样使用,不但可以最大限度地发挥激素的治疗作用,而且还可以明显地降低激素的副作用;不但可使尿蛋白迅速转阴,而且复发率低,疗效巩固,易于疾病的根除。

张善才

清固两法治蛋白尿

已故张善才老先生,生前是河南省开封市名老中医,从医数十载,学验颇丰,善于辨证施治。现将张先生治疗肾炎蛋白尿的两种方法介绍如下。

一、清热化湿解毒法

适应证:急性肾小球性肾炎早期或慢性肾小球性肾炎急性发作期。

证候:湿毒内侵证。

症状:头面浮肿、发热、头痛、咳嗽、咽喉肿痛、小便不畅涩痛、舌质红、舌苔薄黄或黄而厚腻、脉象浮数或濡数等。尿检:蛋白、管型较多,伴少量“ERY”、“LEU”。

处方:金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、白茅根、半枝莲、紫背天葵、瞿麦、琥珀等。

加减:兼有尿血者,再加藕节、生地炭。

【病案举例】 王某,男性,6岁,1984年7月27日初诊。患儿3月份曾以“肾炎”在本市某医院住院治疗3个月。此期间用西药环磷酰胺、强的松等药控制病情。出院后自动停用西药。4天前因受凉而见头痛、发热($T38.4^{\circ}\text{C}$)、轻微咳嗽、咽喉肿痛、尿少、尿道灼热、舌苔黄厚腻、脉象濡数等。尿检验:蛋白(++++)、颗粒管型2~6,ERY3~5。辨证为湿毒内侵证。治用清化湿热解毒法。处方:白茅根20g,金银花15g,蒲公英10g,半枝莲9g,野菊花9g,紫花地丁9g,紫背天葵9g,琥珀5g,苦杏仁5g。8剂,每日1剂,水煎服。

二诊:患儿热退,咳嗽减轻,仍咽痛,尿蛋白(+++)。前方

加防己 6 g。

三诊:服 12 剂后尿蛋白转阴。又给 7 剂巩固疗效。

随访 1 年,未见异常。

二、固肾敛精法

适应证:肾炎日久,肾失固摄证。

证候:肾虚证。

症状:双眼睑及下肢轻度浮肿、腰酸乏力、面色晄白、口干、便秘或便溏、形寒怯冷、舌质淡、舌苔薄白、脉象沉细等。尿检蛋白长期阳性。

处方:熟地黄、山药、山萸肉、枸杞子、茯苓、桑螵蛸、煅龙骨、煅牡蛎、金樱子、芡实、半枝莲、益母草、补骨脂等。

加减:阳虚甚者,加淫羊藿、肉苁蓉等。

【病案举例】 刘某,男性,31 岁。患慢性肾小球性肾炎已 6 年。1983 年 3 月 22 日初诊,症见腰膝酸软、口咽干、乏力、形寒怯冷、面足浮肿、大便稀溏、舌质淡、舌苔薄白、脉象沉细等。尿检验:蛋白(+++),颗粒管型 2~3,LEU2~3,ERY4~6。诊断为慢性肾小球性肾炎。辨证为阴阳俱虚证。治宜固肾敛精。处方:煅龙骨 20 g,煅牡蛎 20 g,熟地黄 15 g,桑螵蛸 15 g,山药 15 g,山萸肉 12 g,金樱子 12 g,芡实 12 g,枸杞子 12 g,补骨脂 12 g,茯苓 12 g,淫羊藿 10 g,草豆蔻 9g,白术 9g。

二诊:以此方化裁服 3 周后,浮肿消退,诸症改善,尿蛋白转为(+)。

再服 2 周,尿蛋白转阴。后用金匱肾气丸(熟地黄、山药、山萸肉、茯苓、丹皮、泽泻、附子、桂枝)服用 1 个月,半年内未见异常。

郑平东

治慢性肾炎蛋白尿经验

郑平东教授,上海中医药大学博士生导师(上海中医药大学,邮编:200032),出生于六代中医世家,早年留学日本,获博士学位,40余年的医学生涯,使其学验俱丰,擅长治疗慢性肾脏疾病,尤其对慢性肾小球肾炎蛋白尿辨证用药独具匠心,疗效显著。

一、顾护脾肾

慢性肾小球肾炎蛋白尿,在中医古籍中无记载,也无专用的药物。中医认为尿中的蛋白是脏腑功能异常丢失的精微物质。蛋白尿产生的根本原因是正虚邪实,正虚以脾、肾、肝、肺四脏虚弱为主,邪实以外感、水湿、湿热、瘀血等为主。但不论慢性肾炎蛋白尿的病机如何复杂,总以脾、肾两脏为主,因面临证时要特别重视调补脾肾两脏。

“肾为先天之本”,肾藏真阴而寓元阳,“受五脏六腑之精而藏之”,肾司两便,助膀胱气化以利小便排出,只宜固藏,不宜泄漏。所以小便中若有蛋白流出,与肾之功能失常必有直接关系,因此,万万不可舍肾而求它脏。

“脾为后天之本”。肾虽受五脏六腑之精而藏之,但肾中精气亦有赖于后天水谷精微的培育和补养,才能不断充盈和成熟,脾肾之间相互资助,相互促进,相辅相成。脾脏不仅为肾脏输送水谷精微物质以加强肾的封藏作用,而且脾脏本身也有固摄精微物质和升清降浊的功能,如果脾脏功能异常,不仅不能助肾,其本身统摄精微和升清降浊的功能也会受到影响,清者不升,浊者不降,致使蛋白尿更加严重。慢性肾小球肾炎蛋白尿时,往往一脏伤则两脏俱伤,一脏损则两脏俱损,所以,即使是在邪实的情况下,也不要忽

视顾护脾肾。

二、通涩兼施

治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿宜顾护脾肾。健脾药以党参、黄芪、山药等为主,其中尤其推崇山药一味,认为其不但可以健脾肾,而且具有收涩作用,可减少蛋白尿的排出。补肾药以山茱萸、熟地黄、淫羊藿、女贞子、旱莲草、枸杞子、杜仲、牛膝等为主,其中尤以山茱萸最为常用,认为其补中有涩,涩中有补,不但可以达到补肾目的,而且可以达到直接收涩蛋白尿的作用。

治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿,活血化瘀的丹参每方必用,体现了“通法”贯穿始终的治疗思想。

碧玉散(滑石、甘草、青黛)原是通利小便的常用方,在治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿时,无论有无水肿,也常使用。认为本病的蛋白尿与清气不升而下流、浊气不降而留滞有关,水道堵塞,故蛋白外漏。碧玉散能利窍,通利水道,清利湿热,使升者升,降者降,勿留滞水道,有利于蛋白尿的治疗。

固涩药物常选用苡仁根、芡实、金樱子等,其中苡仁根有时用至30g,取其固涩尿蛋白之意。本病大量流失尿蛋白,对人体正气是一个极大的损害,所以临证时不仅要从根本上治疗蛋白尿,而且还要固涩尿蛋白,使尿蛋白流失减到最少,对人体正气的恢复才有极大的好处。

三、灵活变通

灵活变通,随症加减,是治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿的一大特点。

如风热之邪侵袭时,症见发热恶寒、咽喉疼痛、蛋白尿增多、舌边尖红、舌苔薄白或薄黄、脉象浮数等。宜疏风清热为法,常用金银花、连翘、牛蒡子、防风、蝉蜕、荆芥、芦根等。

如慢性肾炎蛋白尿伴有湿热之邪,常用萆薢、滑石、虎杖、车前子等,以清利湿热。其中虎杖最为常用,不但可清湿热,而且又可

活血化瘀定痛。尤其病人兼有腰痛症状时,虎杖为必用之品。

如患者兼有瘀血症状,常用鬼箭羽、丹参、益母草、川芎等,其中最为推崇鬼箭羽,其功能破血,和雷公藤同属卫矛科植物,降蛋白尿效果显著。

如患者水肿明显时,常选用五苓散(茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝)、五皮饮(桑白皮、陈皮、大腹皮、茯苓皮、生姜皮)、泽兰、益母草、牛膝等。

如伴有血尿者,加用凉血止血的土大黄、血见愁、黑荆芥、白茅根等。

如失眠梦多者,加用安神的酸枣仁、夜交藤等。

如腰痛者,除加用虎杖外,还可加牛膝、乌药等以止痛。

如血压高时,可加用钩藤、石决明、天麻等。

如耳鸣者,加磁石、川芎等。

如腰膝酸软者,加杜仲、牛膝、桑寄生等。

如易感冒者,加玉屏风散(黄芪、白术、防风)等。

【病案举例】 男性,37岁。2002年2月来诊,见腰酸痛、神疲乏力、头晕纳差、小便泡沫多、舌质淡、舌苔薄白、脉象沉细等症。尿检:蛋白(+++)。患慢性肾小球肾炎已3年,病理诊断为局灶节段性肾小球硬化。尿蛋白常在(++~+++)。肾功能正常,血压不高。多次中西医药治疗无明显效果。据此,中医辨证为脾肾两虚,精微不固。立治疗大法为补益脾肾,固涩精微。方药:黄芪15g,党参15g,丹参15g,熟地黄15g,山药15g,山茱萸15g,杜仲15g,牛膝15g,鬼箭羽15g,虎杖15g,当归15g,金樱子15g,石韦15g,苡仁根15g,碧玉散15g。每日1剂,水煎服。14剂。

二诊:药后诸症减轻,尿检蛋白(++)。上方加川芎15g。每日1剂,水煎服。14剂。

三诊:诸症明显好转,尿检蛋白(+)。每日1剂,水煎服。

28 剂。

药后尿蛋白消失。嘱病人继续服药。追踪半年,尿蛋白持续阴性。

蒙木荣

分六型辨治肾病蛋白尿

蒙木荣教授(广西中医学院,邮编:530011)为广西名中医,从事临床与教学工作近30载,精于医道,重在实践,对多种肾脏疾病的治疗积累了丰富的经验。

蛋白尿是多种肾脏疾病的主要临床表现之一,是由于肾病患者受累的肾小球基底膜通透性增强,或损伤的肾小管不能充分重吸收,而使大量蛋白质从尿中排出,形成蛋白尿。中医根据其伴随相关症状表现,可归属“尿浊”、“腰痛”、“水肿”、“虚劳”等范畴。中医虽然没有蛋白尿的称谓,但古典医籍《素问·上古天真论》曰:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之。”《诸病源候论》有“劳伤肾虚,不能藏于精,故小便而精微出也”的记载。中医认为导致蛋白尿的原因较多,风邪袭表、疮毒内犯、外感水湿、饮食不节、久病劳倦等均可致肾损。阴精的封藏、固摄与生化均为肾所主。肾虚不能固摄精微,精微随尿流出体外则为蛋白尿。其病位主要在肾。然阴精流失过多,须后天之精的补充,与脾胃后天之功能强弱也密切相关。本病以气阴两虚为本,病机为本虚标实、虚实交错。此病日久必有瘀血内阻,久病入络,血行滞涩,肾精不能循行正道而外溢,则蛋白尿经久不愈,或反复出现。若同时肺虚通调水道失职,肾之主水功能失用,则常与水肿并见。所以风、湿、瘀、毒为肾脏疾病蛋白尿标邪之四大特点。

中医认为蛋白尿的流失,是由于肾虚封藏失司,肾不藏精所致,因此根据“虚则补之,实则泻之”的原则制定扶正固本、益肾健脾、固精生精等为大法。再针对复杂病症,分别辅以祛风、利水、解毒、行瘀等治法。临证治疗中,蒙木荣教授以宋·钱乙的《小儿药

证直诀》中六味地黄丸加黄芪、猫须草为基本方。六味地黄丸主治肾精不足,真阴亏损。方中熟地黄为君,滋阴补肾,填精益髓,壮水之主;山茱萸酸温以补肝肾,涩精秘气;山药补脾固肾,益肾涩精,补癸水之上源;以牡丹皮辛寒,清少阳之火;茯苓淡渗,以导壬水之上源,交通心肾;泽泻利湿泄浊,并防滋腻太过而恋邪;加入大剂量黄芪,有补气、摄精、托毒、利水等功效,以益气摄精;猫须草性凉味苦,有清热固肾之功,以清热渗湿,强阴益肾。且现代药理研究证明,黄芪、猫须草两味药对实验性肾病能降低蛋白尿的排泄。临床实践也证明,在辨证用药的基础上,加用此两味药能明显提高疗效。全方数药合用,补中有泻,寓泻于补,以泻助补,促进填补阴精之力。且治疗上要注意守法守方,切忌中途易辙,操之过急,而使培补不终。

肾病蛋白尿持续时间长,易反复发作,病情复杂多变,有时多个证型并见,故临证时当仔细辨别,分清主次,虚实兼顾调治。辨证论治如下:

一、风邪外侵

临床症状:颜面、肢体反复浮肿、周身不适、头晕头痛、发热恶寒、鼻塞流涕、咳嗽、口干咽燥、咽喉肿痛、舌质淡、舌苔薄黄、脉象浮细等。尿检:尿蛋白(+~++)。

治则:宜急则治其标,疏风解表,益肾固精。

方药:以基本方加荆芥、防风、羌活、金银花、七叶一枝花、连翘等治疗。

二、湿热蕴结

临床症状:肢体浮肿、咽喉肿痛、口黏或口干、不欲饮水、五心烦热、皮肤或见疮疖或见化脓发热、小便频数涩痛、大便溏秽或秘结、舌质红、舌苔黄腻、脉象滑数等。尿常规:蛋白(+~+++)、红细胞(+~++)、白细胞(+~++)。

治则:宜清热解毒,益肾固精。

方药:以基本方加金银花、蒲公英、白茅根、车前草、白花蛇舌草等治疗。

三、水邪内阻

临床症状:肢体浮肿,甚则胸水,腹水,腰以下肿甚,按之凹陷不起,面色灰滞、脘闷腹胀、腰膝困累、纳差、尿少便溏、舌质淡、舌体胖、舌苔白腻、脉象沉滑等。尿常规:蛋白(++~+++++)。

治则:宜淡渗利湿,温阳化气,益肾固精。

方药:以基本方合五苓散(茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝)加大腹皮、徐长卿等治疗。

四、肾精亏损

临床症状:眼睑、下肢微肿或不肿、肿时按之凹陷难复、反复发作、神疲乏力、头晕耳鸣、腰膝酸软、五心烦热、舌质红、舌苔少、脉象弱、两尺无力等。尿常规:蛋白(+~+++)。

治则:宜固肾摄精。

方药:以基本方加女贞子、金樱子、五味子、菟丝子、桑螵蛸等治疗。

五、脾肾气虚

临床症状:下肢微肿或不肿、肿时按之凹陷难复、神疲乏力、少气懒言、面色萎黄无华、腰膝酸软、肢困身重、纳差、便溏、舌质淡、舌边有齿痕、舌苔薄白、脉象细缓等。尿常规:蛋白(+~++++)。

治则:宜补肾固精,健脾益气敛精。

方药:以基本方加党参、白术、芡实、炒扁豆、薏苡仁等治疗。

六、瘀血阻滞

临床症状:下肢微肿或不肿、皮色晦暗,皮下有瘀点、瘀斑,口唇爪甲青紫、头晕乏力、夜寐差、四肢麻木,腰腿酸痛、夜间为甚,口渴而不欲饮或少饮、尿少色黄,舌质暗或有瘀斑、瘀点,舌苔薄白、脉象涩等。尿常规:蛋白(+~++++)。血液显高粘状态或高凝状态。

治则:宜益肾固精,活血化瘀。

方药:以基本方加益母草、丹参、三七、川芎、赤芍、桃仁等治疗。

【病案举例】

病例 1:患者,女性,66岁,于2003年1月就诊。一周来腰部胀痛,头晕乏力,手足心热,咽痛,夜寐差,小便频数,色浑浊,舌质淡红,舌苔微黄腻,脉象细略数。尿常规:蛋白(+++),白细胞(++)。自述患慢性肾小球肾炎已4年,反复尿检:尿蛋白一直是(+~++)。中医辨证证为肾精亏损,湿热内阻。治宜滋阴固精,清热解毒利湿。拟以基本方化裁:黄芪30g,熟地黄15g,金银花15g,车前草15g,白花蛇舌草15g,蒲公英15g,茯苓15g,山药15g,猫须草15g,蒲公英15g,山茱萸10g,泽泻10g,黄柏10g,牡丹皮10g,甘草6g。7剂,每日1剂,水煎服。

二诊:患者咽痛、小便频数等症状明显减轻,尿色转清,尿检:尿蛋白(++),白细胞转阴。再用基本方加五味子15g,枸杞子10g,菟丝子10g,桑螵蛸10g。10剂,每日1剂,水煎服。

服药后,尿检蛋白微量。以此方化裁治疗3个月后,尿检蛋白转阴。

【按语】 此例肾病患者原为肾精亏损,固摄失司,当以肾虚为本;后因湿热内阻,内扰肾关,湿热为标,而为虚实交错之症。故治疗以基本方固本,加入清热解毒的黄柏、金银花、蒲公英、白花蛇舌草及清利湿热的车前草等药。标症除后则补肾固精为主,故二诊时加入枸杞子、菟丝子、桑螵蛸等药滋补肾精。前后治疗3个月,肾关得固,蛋白尿自止。

病例 2:患者,男性,28岁,2003年2月23日就诊。症见下肢微肿,按之凹陷难复,腰痛、夜尿多、身倦乏力、头晕耳鸣、纳差、夜寐差、舌质淡、舌苔薄白、脉象沉细等。尿常规:蛋白(+++)。反复发作已10余年。中医诊断为“水肿”,辨证属脾肾气虚。治宜益

肾健脾,益气固精。拟用基本方合水陆二仙丹(金樱子、芡实)化裁:黄芪 30 g,熟地黄 15 g,茯苓 15 g,山药 15 g,猫须草 15 g,党参 15 g,白术 15 g,薏苡仁 15 g,女贞子 10 g,山茱萸 10 g,泽泻 10 g,牡丹皮 10 g,金樱子 10 g,芡实 10 g,菟丝子 10 g,甘草 6 g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊:中药连服 7 剂后,尿常规:蛋白(+)。继服 14 剂,每日 1 剂,水煎服。

服药后,尿常规:蛋白(-)。再用上方化裁治疗 3 个月,以巩固疗效。

【按语】 此例肾病患者以基本方益肾利湿,合水陆二仙丹甘能益肾,涩能止脱;加健脾益气的党参、白术、薏苡仁等药,使脾气足则能助肾摄精,达到消除蛋白尿之效;加补肾填精的菟丝子、女贞子等品,以增强疗效。

刘志明

治疗肾病水肿的经验

肾为水脏,主一身水液代谢,故肾脏感受外邪呈阴阳气血失调均可导致水肿的发生,刘老(中国中医研究院广安门医院,邮编:100053)认为湿热伤肾是肾病水肿的病机特点,强调肾病水肿在辨证上首先要察明虚实,分清寒热;治疗上从“宣、利、清、补、活血化痰”等论治,掌握清利湿热、调和阴阳、升降脾胃等治疗原则,并灵活应用于临床,方能取得很好的疗效。

一、湿热兼表而肿

(一)越婢汤

《素问·水热穴论篇六十一》曰:“勇而劳甚则肾汗出,肾汗出逢于风,内不得入于藏府,外不得越于皮肤,客于玄府,行于皮里,传为浮肿,本之于肾,名曰风水。”《金匮要略·水气病脉证并治第十四》中明确指出:“风水其脉自浮,外证骨节疼痛,恶风。”风水的特点是全身浮肿伴有恶寒发热之表证。风水发病迅速,开始一身肢节酸痛,小便不利,眼睑浮肿,继而四肢、全身皆肿,以头面部明显,兼见恶风、恶寒、发热等症状。说明风水是由于风邪外袭,肺气不宣,故其治疗应以宣肺为主,而不宜分利。仲景指出风水恶风,越婢汤主之,用以清热、宣肺、行水,使表里之邪由发汗、利小便而解。此方重用麻黄以宣肺,肺气得通,水湿得下,风水自除。

(二)荆防败毒症

刘老在 60 余年的长期临床实践中,宗《内经》之旨,师仲景之法,取各家之长,认为风毒郁于肌表而为水肿者,则以荆防败毒散加减治疗,疗效卓著,较之越婢汤更加切合病证。荆防败毒散有发汗解表、散风祛湿之功,习惯用于外感风寒,内有痰湿及湿毒流注

脚肿、腮肿等疾病。刘老用来治疗风水,是其几十年临证经验,方中荆芥、防风、麻黄辛温,薄荷、银花、连翘辛凉,温凉相参,表里双解。荆芥、防风又有疏风宣肺之功,麻黄宣散水湿,柴胡散热升清,前胡、枳壳降气行痰,协桔梗、茯苓泻肺热,除湿消肿,甘草和里而发表。全方以祛风、热、郁、湿诸邪为主,且有攘外安内之功,又祛邪而不伤正。

二、湿热壅盛为肿

(一)猪苓汤

肾炎病机由于湿热,用猪苓汤以清利之,使水去热清,水肿自退。刘老认为猪苓汤是治疗肾炎湿热病机的一张良方,猪苓汤出自于《伤寒论》及《金匱要略》,为张仲景的方剂,由猪苓、茯苓、泽泻、滑石、阿胶等味药组成,配方简单,但是蕴意深刻。根据《伤寒论》及《金匱要略》中条文的分析,猪苓汤的作用有三点:一为利水,治疗汗不出的小便不利;二为清热,朱丹溪谓其“降火利小便最速”,故能治疗发热、心烦等症;三能调理三焦,如上焦的咳烦,中焦的呕渴,下焦的小便不利等。

猪苓汤配伍立法甚妙,方中茯苓、阿胶均以补为利,而各具特点,茯苓擅长补肺、脾、心之气,而阿胶擅长补肺、脾、肾之阴,二药用于本方则补气可以行水,利水而不伤阴;猪苓、滑石皆以利为补,但各有所长,猪苓长于利水,滑石长于清热,《长沙药解》谓:“猪苓利水,较之茯苓更捷”,《本草纲目》云:“滑石清热,通彻表里三焦,清与利相合,使水火俱去”;泽泻一味,利而能润,《药品化义》誉之为“利水第一良药”。此五味药物皆甘,和缓而不峻烈,相互配伍,共奏育阴利水、清利湿热之功。该方利水而不伤阴,清热而不过于苦寒,滋阴而不妨碍祛邪,用于湿热伤阴之证十分和拍。清代柯琴称猪苓汤“为少阴枢机之剂,有治阴和阳,通理三焦之妙”。由于猪苓汤既可清下焦湿热,又可以滋阴之源,切合湿热伤肾的病机特点,故是临床治疗肾炎的基本方剂,根据病情适当配伍,灵活运用

确能取得卓效。

(1)对于湿热犯肾,宜清凉而不宜燥热。《素问·宣明五气篇》指出:“肾恶燥”,朱丹溪亦认为“肾宜清和”。可见治疗肾病不宜用燥热之品,以免伤阴耗精,而肾病多属湿热为患,虚寒者少,燥热更不宜轻投,若用燥热之品,必然会助火邪而重伤肾阴,故选用猪苓汤取其寒凉,配伍也力求避免助热生火,如补气用太子参、生黄芪,都是此含义,但是并不是说,凡是肾气温补就一概不用,若真属虚寒,桂附又为必用。

(2)用药不宜呆滞。湿热在肾,用药宜活泼流利,才能祛邪,若呆滞黏腻,反导致邪气留而不去。如补肾用阿胶、牛膝、桑寄生、生地、枸杞之类,皆补而不滞,如用熟地则湿热胶固难解。

(3)宜平和不宜峻烈。慢性肾病的治疗只宜缓图,不宜速效,若用峻烈之品,则邪气未去而正气已伤,欲速反迟。用药甘淡和平,使邪气渐去,正气逐渐恢复,如用猪苓、茯苓、薏苡仁等,疗效稳妥。

(4)宜兼顾而不宜独行。治疗湿热伤肾,正邪逐渐恢复,既要清热利湿,又要保养肾脏;脏腑需兼顾,既要调理肾脏,又要注意其它脏腑的病变,只有全面调治,才有利于局部的恢复。但是兼顾又分主次,以脏腑而言,治疗肾脏为主;就邪与正而言,当以祛邪为先,邪去正则安,若正虚甚者,自不可不补,但湿热邪不去,肾炎始终不得痊愈。

(二)疏凿饮子

若湿热壅盛,水肿为甚者,猪苓汤力量薄弱,当用疏凿饮子,使湿热从上下表里分消之。

三、阴阳两虚

(一)六味地黄丸

湿热伤肾日久,阳损及阴,或过用温补刚燥伤阴,或清利耗阴,逐渐肾阴亏损,水火失于既济,阴阳不能维持正常的平衡,出现阴

虚火旺的现象,病人出现头痛、心悸、耳鸣、失眠、腰膝酸软、颧红、舌质红、舌苔黄腻、脉象弦细等。此时可以六味地黄汤为基本方,该方遵守“损者益之,实者泻之”的原则,以调理阴阳化生肾气。六味地黄丸,乃钱仲阳《小儿药证直诀》从《金匮要略》肾气丸减去桂枝、附子而成,世人遂以此为滋阴补肾之祖方。

(二)张仲景的理阴煎,《千金方》的鲤鱼汤

由于肾之阴阳为人身之水火,二者相互依存,相互滋生,相互制约,处于动态平衡之中,若阴阳偏颇,则必然产生阴虚、阳虚、阴阳俱虚及肾气虚等证候。临床观察,不少慢性肾炎患者,久治不愈,蛋白尿持久不消,浮肿反复发作,则不可再进通利之剂,妄施之,则邪不但不去,反致阴伤阳衰。慢性肾炎,肾之阴阳两虚,正气不支,水肿泛滥,发汗、利小便不但不能收效,使更伤阴阳,此时应用“塞因塞用”之法,补阴和阳,水中求火,使阴生阳长,气化得利,水肿自消。张仲景的理阴煎配合《千金方》的鲤鱼汤即宗此法,每获良效。

四、脾胃失和

肾炎病机的基本点在湿热伤肾,然而湿热之邪常常影响到脾胃,而使其升降失度,临床浮肿日渐加重,同时见胸闷腹胀、身重疲乏、纳呆食少、二便不利等症。慢性肾炎湿热犯中,病久多兼脾虚,脾虚则运化失常,上不能输送精微于肺,下不能化湿浊于肾。脾肺为母子相生,脾虚导致肺虚,肺气不足,导致皮毛不固,外邪乘虚而入,肾病加重,故刘老认为治疗肾炎兼顾脾运非常重要。此时应从脾胃升降调理,促使脾胃健运,恢复其升降功能。常用补中益气汤或胃苓汤,方中重用生黄芪、太子参以健脾升阳,使胃和则降,脾健则升,脾胃升降得调,湿热之邪自化。

五、尿毒症

是肾炎的危重证候,因肾炎久治不效,肾气衰竭,湿热之邪滞留,浊阴上逆犯胃,甚至蒙蔽心神。临床表现为恶心、呕吐、口中尿

臭味、胸闷腹胀、神倦嗜睡、面色灰暗、尿少或闭、舌苔灰腻、脉象濡细等一派肾竭胃败之征象。此时必须用胃肾同治之法,刘老临床主张用张仲景之人参汤合橘皮竹茹汤,培本扶元,化浊和胃,常获良效。

【病案举例 1】 患者,男,23岁,1984年4月27日就诊。患者于1983年元月突发浮肿,在本市某医院住院治疗,诊断为“急性肾小球肾炎”,症状缓解后出院。半年来患者面肢浮肿复发,经中西药物治疗,效果不佳,转诊于刘老。

症状及检查:见头面、四肢浮肿,晨起头面、上肢为甚,目胞肿如卧蚕,手掌肿胀,午后下体为甚,足背按之凹陷不起,伴有腰酸腿软、头晕乏力、不耐疲劳、烦躁多梦、纳呆、小便短黄、舌苔薄黄而腻、脉象细滑等。尿常规检查:蛋白(+++),白细胞0~1,颗粒管型0~1,透明管型1~2。

证候:湿热蕴结,脾肾两亏。

治则:清利湿热,健脾滋肾。

方剂:猪苓汤加味。

处方:猪苓12g,茯苓12g,泽泻12g,阿胶12g,滑石15g,车前子(包煎)9g,白茅根18g,石韦18g,川牛膝9g,太子参18g,生黄芪18g。

二诊:服用药物7剂后,尿量增加,浮肿减轻。

调治4个月,面部、肢体浮肿消失,体力增加,面色红润。一年后来院诊查,未见异常。

【按语】 本病例属于急性肾小球肾炎,中医辨证为下焦湿热,以猪苓汤为基本方加减。此病人湿热偏重,故增加车前子、白茅根、石韦等以增强清热利湿之力;加牛膝、太子参、生黄芪等滋阴益肾,药专力强,湿热之邪速去,疾病痊愈。

【病案举例 2】 患者,男,6岁,1985年10月20日初诊。患者一周前因感受外邪出现咽喉疼痛、畏寒发热、全身疼痛、咳嗽痰

少,继而出现眼睑及面部浮肿,逐渐发展为四肢及阴囊水肿、小便短赤量少,每日尿量 500 ml 左右,舌苔薄黄白相间、脉象浮而滑数等症,起病以来饮食尚可。检查:体温 38.2℃,急性重病面容,咽部充血,颜面及双下肢浮肿明显,足背按之凹陷不起,阴囊水肿亦甚。尿常规:蛋白(+++),白细胞 1~2,红细胞 3~5,颗粒管型 0~1。

西医诊断:急性肾小球肾炎。

中医辨证:风水。由风邪引起,邪犯肺卫,宣肃失常,卫气壅遏而致发热、咽痛、水肿等症。

治则:疏风解表,宣肺利气。

处方:荆芥 9 g,防风 9 g,薄荷 5 g,银花 12 g,连翘 12 g,麻黄 6 g,杏仁 6 g,甘草 5 g,茯苓 9 g,枳壳 5 g,桔梗 5 g,柴胡 6 g,前胡 6 g。

二诊:上方服 3 剂,喉痛、咳嗽除,寒热解,尿量明显增加,水肿逐渐消退。

守原方继续服用 5 剂,水肿消退,多次尿常规复查正常。追踪 2 年,未见复发。

万友生

白茅根汤治水肿

万友生教授(江西中医学院,邮编:330006)是著名中医专家。

万友生教授认为前人对寒湿伤阳的水肿已有许多很详细的论述,但对于湿热伤阴的水肿论述不够。目前中医学界认识到慢性肾炎(属中医学“水肿”等范畴)多因外邪侵袭,脾肾亏损,水精散布及气化功能发生障碍所致。有表里寒热虚实之分,治疗原则为标本同治,温阳利水或健脾利水为其主要的法则。万教授认为对于湿热伤阴水肿,辨证用药时要注意,既要清利湿热,又要滋养阴液,但利水容易伤阴,滋阴又容易助湿,势在两难,所以选方择药要慎重。例如对邪多虚少者多选用猪苓汤(猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石);虚多邪少的多选用六味地黄汤(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)。然而万教授认为上方中的猪苓、滑石等药虽然能利水,但又易伤阴;熟地、阿胶等药虽然能滋阴,但又易助湿。因此万教授对于湿热水肿,尤其是湿热伤阴型的水肿提出了自己的见解,他用自制白茅根汤治疗这一类型的水肿,在临床上有独特的疗效。

白茅根汤组成:白茅根 30~60 g,生苡仁、赤小豆各 15~30 g。白茅根性味甘寒,有利湿热、养阴津之功能,既能凉血止血,又能行血消瘀,为利湿热而不伤阴、养津阴而不助湿的良药,《本经》载白茅根主治“劳伤虚羸,除瘀血,利小便”。《本草经疏》曰:“益脾补中,利小便……治水肿黄疸。”张山雷说:“白茅根寒凉而味甚甘,能清血分之热,而不伤于燥,又不黏腻,故凉血而不虑其积瘀……又通利小水,泄热结之水肿,导瘀热之黄疸,皆甘寒通泄之实效。”生苡仁、赤小豆均为食品,都有滋养作用,二药既可清利湿热,行水消肿,又是滋养食品,适用于湿热伤阴水肿。苡仁味甘性微寒,《名医

别录》云：“消水肿”，《本草纲目》说能“疗水肿，健脾胃，增食”。赤小豆性味甘酸平，《本经》云：“下水肿，排痈肿脓血。”《本草经疏》曰：“凡水肿胀满泄泻，皆湿气伤脾所致。赤小豆健脾祛湿，故主下水肿胀满止泄利小便也。”《独行方》、《梅师方》均用单味赤小豆治水肿。《肘后方》用赤小豆为主，配合白茅根治“水蛊腹大”。《内经》云：“诸湿肿满，皆属于脾”，故凡治疗水肿，必须注重扶脾。以上三药都具有不同程度的补益脾胃的作用。

在临床运用上方时，万教授常根据具体病情适当加减：如初起有寒热、脉浮等表证的，与麻黄连翘赤小豆汤（麻黄、连翘、赤小豆、茵陈、杏仁、甘草、生姜、大枣）合用；如兼气虚易感的，与玉屏风散（黄芪、白术、防风）合用；如兼脾胃气虚的，与参苓白术散（人参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、山药、甘草、莲子、砂仁、苡仁、桔梗、大枣）合用；如病久肾阴虚甚的，与六味地黄汤或知柏地黄汤（六味地黄汤加知母、黄柏）或杞菊地黄汤（六味地黄汤加枸杞子、菊花）合用。

【病案举例】

例1 陈某，男，14岁。1974年9月1日初诊，通身面目浮肿，尿少色如浓茶，腰酸痛，面红目赤，口干口苦，夜间盗汗，有时饭后胃脘微痛，舌边尖红，舌苔黄多白少而厚腻，脉象细数无力。尿检常见蛋白、管型及红细胞。患慢性肾小球肾炎已年余。证属湿热内蕴，热胜于湿，损及肾阴，阴虚阳亢。治以清利湿热，滋阴降火，补肾强腰。处方：白茅根、桑寄生各30g，生苡仁、赤小豆、生熟地、山药、茯苓、知母、杜仲、续断各15g，山药、丹参、泽泻、黄柏各10g。7剂，每日1剂，水煎服。方中桑寄生、杜仲、续断都有平稳的补肾强腰的作用，为慢性肾小球肾炎久病肾虚腰痛良药。

二诊：大便干燥，夜寐不安。再合养心安神法，上方与增液汤（元参、生地、麦冬）、酸枣仁汤（酸枣仁、川芎、茯苓、知母、甘草）等加减化裁。处方：上方加火麻仁30g，酸枣仁、柏子仁、元参、麦冬各15g。5剂，每日1剂，水煎服。

三诊:浮肿退,面目红减,大便已不干燥。加杞菊地黄汤滋水涵木,上方去知母、黄柏、元参、麦冬,加枸杞子 15 g,菊花 10 g。

四诊:上方服 35 剂后,浮肿全消,腰已不痛,略感酸软,面目赤已退,盗汗止,口干口苦渐除,食后未再发生胃痛,夜寐仍较差,有时头痛目胀,舌尖仍红,苔明显减退,现仅根部舌苔淡黄而腻。尿检已完全正常。上方加知母 10 g,川芎 5 g。10 剂。

五诊:夜寐安,头痛目胀已除,口干不苦,黄苔退,脉已不数但仍细。尿检正常。上方加蚕茧 10 个。蚕茧甘温,具有固补肾气以摄精血的作用,常用以止渴,缩小便,止血,止崩漏。

六诊:上方服 25 剂后,诸症全除,尿检正常。用六味地黄汤加减巩固疗效。

多年随访,未复发。

例 2 胡某,男,32 岁。1992 年 10 月 17 日初诊,5 年前患急性肾小球性肾炎,虽经中药肾气丸、西药激素等治疗,但仍转为慢性肾小球性肾炎。现午后下肢明显浮肿,腰胀痛,排尿滴沥难尽,稍感灼热,尿浑浊不清,面色黑,唇紫暗,神疲肢倦,腹胀满,矢气多,舌质淡红,舌苔白根部薄黄,脉象弦滑。尿检长期有蛋白及管型,10 月 12 日尿检蛋白(+++)。本证属湿热困肾(湿偏胜),久而损伤脾肾二气。处方:白茅根 60 g,黄芪 50 g,生苡仁、赤小豆、茯苓、续断各 30 g,焦白术 15 g,蚕茧 10 个。3 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊:诸症渐减,精神好转。尿检蛋白(±)。由于极易感冒,与玉屏风散化裁,上方黄芪用至 90 g,白术用至 30 g,加防风 30 g,以预防感冒。并嘱长服以竟其全功。

例 3 郑某,男,14 岁。1989 年 11 月 23 日初诊。患慢性肾小球性肾炎,尿中常见蛋白,神疲肢倦,腰酸痛,不思饮食,面色不华,有时两目肿如卧蚕,畏寒肢冷,手指掌色苍白,舌质淡,舌苔白,脉象细数。属湿热(湿偏胜)困肾,日久损伤肾阳及脾气,尤以肾阳

虚甚明显。处方:白茅根、黄芪各 60 g,生苡仁、赤小豆、党参、白术各 30 g,菟丝子、茯苓各 15 g,炙甘草 5 g,鹿茸末 2 g。3 剂,每日 1 剂,水煎服。方中以菟丝子、鹿茸末补肾阳;黄芪、党参、白术、茯苓、炙甘草健补脾气。

二诊:畏寒肢冷减轻,腰不酸痛,胃纳稍增,夜间较易入寐,但尿中蛋白、管型稍增。上方加蚕茧 10 个,以加强固补肾气、摄精血的作用。

上方加减服用 1 个月左右,病情稳定。

张沛虬

保肾汤与鲤鱼方治水肿

张沛虬主任医师(浙江宁波市中医院, 邮编: 315000)早年毕业于上海新中国医学院, 现为宁波市中医院技术顾问, 是国家级老中医药专家, 享受国务院特殊贡献津贴, 属于人事部批准的浙江省 11 名暂缓离退休继续从事研究著述工作的高级专家之一。

张沛虬主任医师从医 60 年, 学验俱丰, 治疗肾病有丰富的临床实践经验。张老认为, 肾病患者如果长期得不到治疗或治疗不当, 例如反复使用利尿剂等, 消耗了大量蛋白质, 另外久病又使胃肠消化吸收功能下降, 饮食补充蛋白质不足, 可致血浆蛋白进一步降低, 尿蛋白增多, 浮肿进一步加深, 如果病情得不到及时控制, 血压上升, 贫血加重, 肾功能下降, 甚则出现危及生命的胸腹腔感染等合并症。现代医学对慢性肾小球肾炎的病因、病机的研究较为细致深入, 提出治疗目标的针对性也较强, 但实际应用后有时难以达到理想的效果。

张老认为, 肾病型水肿后期, 病程转变复杂, 治疗难度较大, 中医认为其本在“虚”, 其标在“水”, 属于“水肿”范畴, 水肿退后属于“腰痛”、“虚劳”范畴。慢性肾小球肾炎全过程中最常见的是低蛋白血症, 中医学是指人体精微物质排泄过多, 造成正气虚弱, 五脏出现亏损之象。临床常见身体虚浮, 出现较严重水肿, 面色㿠白、四肢逆冷、畏寒、夜不安寐、纳食欠佳、口干咽红、耳鸣、便秘、尿液胶粘、尿液上面出现大量泡沫、舌质淡、舌边有齿印、脉象细、尺弱等。检查 24 小时尿蛋白量 ≥ 3.5 g 以上, 严重时可达 20~30 g, 血脂增高等。中医学辨证, 轻者为脾肾气阴亏损, 重者为任督两脉俱虚, 督脉虚则鼓舞无力, 任脉亏则无以营养。在低蛋白血症时, 不

能仅取填补任督的血肉有情之品,而要调理脾胃,让胃口转佳,随着摄入白蛋白总量的增加,病情才能得到改善。张老以其自拟保肾汤为主,配合鲤鱼食疗方,补气养血,调整机体阴阳平衡,增强脏腑功能,促进化生精血来源,因而取得了极好的疗效。

保肾汤组成:生黄芪、六月雪各 30 g,当归、茯苓、龟版胶(烊化)、丹参各 15 g,鹿角胶 12 g,熟地黄、党参、白术、菟丝子、紫河车(或坎炁 5 g)各 10 g,炙甘草、肉桂各 3 g。2 个月为一疗程。在病情缓解后可改用散剂。上方为八珍汤(当归、茯苓、党参、白术、炙甘草、川芎、白芍、熟地黄)去川芎、白芍,补益阴阳气血,促进机体分解合成作用,产生体内所需之营养物质;加肉桂、生黄芪、菟丝子温养气血;一味丹参功同四物,养血活血;六月雪清热解毒;紫河车(或坎炁)、鹿角胶、龟版胶补益精血。

张老的鲤鱼食疗方参考了《千金方》、《肘后方》等古籍医书,其中治疗虚肿之经验方中有鲤鱼汤,后人用之颇广。处方:鲤鱼 1 尾 250 g 左右,黄芪、赤小豆各 30 g,砂仁、生姜各 10 g。为 1 日量。本方先以适量水煎药,30 分钟后,将已去内脏并洗净的鲤鱼 1 尾切段入药锅内,鱼药同煎,不放盐,煎沸后以文火炖 40 分钟,取汁 200 ml,每日 2 次,饭前 1 小时服,汤鱼同吃。初服时可能不易受纳,可分多次频服,以后逐渐适应后可改为顿服。一般不可少于 10 天量。方中黄芪利水补气,助益脾运,在水肿明显期应以生用为宜,转入恢复期后,则改用炙黄芪;鲤鱼利水健脾;赤小豆活血利水;生姜辛温,能温胃散水,和胃降逆;砂仁醒胃化浊。共奏益气活血、利水和胃之功。本方适宜于脾肾气阴两虚以气虚为主的肾病综合征水肿患者。此时尿素氮高,并非尿毒症、肾萎缩时所致肾功能衰竭而引起的蛋白分解产物堆积,而是由于久病蛋白质缺乏造成体内蛋白代谢异常,大量消耗身体组织蛋白的结果,本质是低蛋白血症。经过治疗,大量补充蛋白质后,纠正了蛋白质代谢的负氮平衡,机体本身组织消耗减少,促进了新陈代谢,使血浆蛋白升高,

肾脏本身营养改善,肾功能恢复,反而使尿氮下降。

临床重症患者,可用上述保肾汤、鲤鱼食疗方与西药利尿药、激素等同用。由于保肾汤及鲤鱼食疗方的作用,故很少出现电解质紊乱,且激素用后无副作用,停药反跳性少。中医药治疗水肿的速度较西药慢,但在治理脾、肾、三焦等脏腑的功能方面比较理想,在机体的水液代谢的自调能力方面具有优势,一旦水肿消退,则病情不易反复,且无毒副反应。

丁 樱

小儿紫癜性肾炎血尿的治验

丁樱教授(河南省中医院,邮编:450008)长期从事小儿肾病、尤其是紫癜性肾炎血尿的研究,学术见解独特,临床经验丰富,在治疗方面颇有建树。兹简述如下。

在临床中,几乎所有的紫癜性肾炎患儿都有血尿,或为肉眼血尿,或为镜下血尿。中医认为当属“溺血”、“溲血”、“尿血”等范畴。其病位主要在肾与膀胱。其病因及病机应为邪热内扰(热)、肾阴亏损(虚)、瘀血内阻(瘀)。治疗原则是清热养阴,化瘀止血。丁樱教授临床以生地黄、水牛角粉、知母、当归、旱莲草、生蒲黄、虎杖、三七、甘草等药组成基本方剂,并在此基础上分期视证加减治疗。

一、急性期

感受外邪,邪气化火,热及下焦,伤其血络,迫血妄行,临床表现为起病急,病程短。症见尿色鲜红、心烦口渴、大便干,或皮肤有鲜红色紫癜、舌质红、舌苔黄、脉象数有力等。治以直折其盛,标本兼顾,使火灭血安,尿血自止。上方重用水牛角粉,并加山栀子、黄芩、白茅根等。

素体阴虚或急性期之后的病程中或病情反复发作、迁延难愈的患者,邪热伤阴,肾阴亏损,虚火妄动,灼伤络脉,络伤血溢。临床症见小便短赤带血、腰膝酸软、手足心热、盗汗、头晕耳鸣、颧红潮热、舌质红、少苔、脉象细数等。治以“壮水之主,以制阳光”,养阴清热,使阴复阳平,虚热去而血自宁。上方可去水牛角粉,加山茱萸、枸杞子、黄柏、五味子等药。如心烦失眠者,再加夜交藤、酸枣仁等养心安神。

二、恢复期

(一)气阴两虚型

素体气虚或病程较长,病久耗气、伤阴。症见尿血、少气乏力、汗多、手足心热、大便多稀、舌红质嫩、脉象沉细数等。治以气阴双补,扶助正气,以抗病邪。上方加黄芪、党参、泽泻、山茱萸等。

(二)脾不统血型

素体脾虚,脾不统血,肾失固摄,血不循常道而下走于溲。此型较为少见,临床可见久病尿血、面色少华、体倦乏力、腰膝酸困、纳呆便溏、舌体胖、脉象沉弱等症。治以健脾补肾,使气充血统,摄纳有权,尿血乃止。上方去滋阴清热之品,加党参、白术、茯苓、菟丝子等。

治疗这类疾病切记止血勿留瘀,应当贯穿始末。中医认为离经之血,留而为瘀,或久病入络,致使血脉瘀阻,血不循经,而致血尿反复发作,迁延难愈。现代医学认为本病为全身性小血管变态反应性炎症,其可导致凝血因素增多,如血小板聚集、释放,凝血酶及纤维蛋白增加,致血液黏滞度增高。因而,丁教授强调治疗时应寓止血于活血中,切忌止血留瘀,所以临床常用茜草、蒲黄、三七等活血止血药。在急性期,除非有明显的呕血或大便出血时,可短期以止血为主,在多数情况下应以活血为主,止血为辅,常用当归、丹参、藕节、大蓟、小蓟、白茅根等。病至后期,应以止血为主,但也不能一味收敛止血,也要兼顾活血,常用白及、茜草、三七、琥珀粉等,上方中的生蒲黄更换为炒蒲黄。

若患儿伴有尿路感染或高钙尿时,常加利尿通淋的金钱草、车前草、海金沙、滑石、石韦等,并配合西药抗感染。对于病情较重,蛋白尿较重,或血尿反复不消失者,早期配合中成药雷公藤多甙片治疗,可减少肾衰的发生。

【病案举例】 吴某,女性,11岁。2003年2月10日初诊,症见双下肢对称性少量皮肤紫癜、色暗红、手足心热、汗出较多、大便

偏干、舌质暗红、舌苔薄黄、脉象数等。尿检:PRO(+)、BLD(+++)。镜检:RBC(++)/HP。肝、肾功能及血脂等均正常。患儿4个月前发病,以双下肢对称性皮肤紫癜首发,1周后尿检异常,血尿伴轻度蛋白尿,肾活检诊断为轻度系膜增生性肾小球肾炎。免疫荧光显示:IgA(+++),IgG(+),IgM(-),C₃(+)。经几家医院抗感染,服用维生素C、芦丁、中药等治疗效果差。辨证属阴虚内热兼血瘀证,治以养阴清热,活血化瘀。方药以知柏地黄汤(地黄、牡丹皮、知母、黄柏、山药、山萸肉、茯苓、丹皮、泽泻)加减,处方:丹参20g,当归20g,旱莲草15g,生地黄10g,牡丹皮10g,知母10g,黄柏10g,生蒲黄10g,虎杖10g,五味子6g,甘草6g,三七3g。10剂,水煎服,每日1剂。配服雷公藤多甙片10mg,3/d,口服。

二诊:皮肤紫癜消失,尿蛋白转阴,尿红细胞(+)/HP。再服上方15剂。

三诊:尿检转阴,继给成药血尿停颗粒,巩固治疗1个月。

现已停药2个月,尿检持续阴性。



论治小儿急肾水肿与血尿

黄调钧主任医师(江西省抚州市临川区第一中医院, 邮编: 344000)为江西省名老中医, 从事中医临床近 40 年, 学验俱丰。现将其治疗小儿急性肾小球性肾炎经验介绍如下。

小儿急性肾小球性肾炎属中医“水肿”、“血尿”等范畴, 是儿科常见病、多发病, 如果治疗、调护失当, 则容易转成慢性, 缠绵难愈, 甚至出现肾功能不全或肾功能衰竭。小儿急性肾小球性肾炎的外因是感受风邪、水湿、湿热或疮毒入侵, 内因为肺、脾、肾三脏功能失调。虽然小儿有脏腑娇嫩、形气未充之特点, 但治疗小儿急性肾小球性肾炎初起仍主张祛邪为主, 邪去则正安, 如果病邪未除而言补, 则有关门留寇之弊, 使疾病迁延难愈。治疗小儿急性肾小球性肾炎, 黄调钧主任医师主张辨证与辨病相结合, 辨证论治应以宏观症状和微观检测结果为依据, 疗效的评判主要看尿检测的结果是否恢复正常, 即使检测正常也不能立即停药, 仍要调理善后, 以防复发。

黄调钧主任医师治疗小儿急性肾小球性肾炎以水肿为主时, 以利水消肿为主。常用基本方为: 白茅根、赤小豆、苡仁、车前子、石韦、爵床、大腹皮、茯苓皮、桑白皮等。

临症加减: 如恶风、发热、咳嗽者, 加黄芩、银花、连翘、麻黄等。如咽喉肿痛者, 加丹皮、板蓝根、桔梗、薄荷(后下), 并配合口服中成药冬凌草片。如皮肤疮疖、湿疹者, 加黄柏、蒲公英、金银花等。尿检红细胞较多者, 加益母草、焦栀子、小蓟等。浮肿已消, 但尿蛋白仍较多或经久不减退者, 去车前子、大腹皮、茯苓皮、桑白皮等, 加芡实、玉米须、蝉蜕、紫苏叶等; 石韦用量加重。如病程比较长,

气虚脾弱,症见神疲乏力、浮肿不消、面色无华等,上方去爵床、大腹皮、桑白皮,加茯苓、白术、汉防己、黄芪等。

黄调钧主任医师治疗小儿急性肾小球性肾炎以血尿为主,患儿已无浮肿,尿蛋白定性转阴者,治疗以凉血止血为主。常用基本方为:苡仁、石韦、茜草、血余炭、藕节、益母草、白茅根、焦栀子、小蓟、丹皮等。方中苡仁既可健脾,又能利湿,有扶正祛邪两用之妙,故常用于本病的治疗中。尿血必有瘀,止血不忘化瘀,小蓟与白茅根相配,利水而不伤阴,止血而不留瘀。益母草有止血和化瘀双向调节作用。茜草、血余炭、藕节均有化瘀止血之功,使血止而不留瘀。

如兼见少气乏力、面色萎黄者,加太子参、黄芪等。

【病案举例】

例1 陈某,男性,10岁,2000年12月26日初诊。2天来,患儿颜面、四肢浮肿,咳嗽,咽痛,左侧颈项可触及一约黄豆大小淋巴结,平素经常咽喉肿痛,纳少,小便短少,舌质红,舌苔薄黄,脉象滑。检查:两侧扁桃体Ⅱ度肿大,尿蛋白(++),红细胞(+),白细胞1~3个/HP,颗粒管型0~2个/HP。辨证为风水相搏。治疗大法为疏风清热,宣肺利水。处方:赤小豆15g,茯苓皮15g,桑白皮12g,连翘10g,金银花10g,黄芩10g,浙贝母10g,大腹皮10g,车前子(包)10g,苡仁10g,杏仁8g,桔梗7g,麻黄5g。6剂,每日1剂,水煎服。

二诊:浮肿消退,咽稍痛,咳嗽减轻,扁桃体仍红肿。尿检:蛋白(+~-),红细胞(+),白细胞1~2个/HP。治以清热利咽,宣肺利水。处方:茯苓15g,蒲公英15g,白茅根15g,板蓝根10g,丹皮10g,生地10g,连翘10g,爵床10g,石韦10g,桑白皮10g,桔梗7g,焦栀子7g,薄荷(后下)6g。7剂,每日1剂,水煎服。并配服冬凌草片。

药后诸症续减。随症加减再服36剂,症状消失,复查尿常规

正常。随访至今未复发。

例2 张某,女性,11岁,1999年12月27日初诊。3天来颜面浮肿,下颌处可见丘疹、糜烂、结痂,纳少,小便短赤,大便稀,每日1次,舌质红,舌苔薄黄,脉象滑。尿检:蛋白(++),红细胞(++),白细胞0~2个/HP,颗粒管型1~2个/HP。辨证为湿热毒邪郁结。治疗大法为清热利湿解毒。处方:蒲公英15g,茯苓皮15g,车前子(包煎)15g,石韦15g,白茅根15g,玉米须15g,赤小豆12g,连翘10g,金银花10g,桑白皮10g,爵床10g,益母草10g,蝉衣7g。7剂,每日1剂,水煎服。

二诊:颜面浮肿消退,食欲增加,下颌皮肤糜烂均已结痂,小便虽赤但量多。检查:尿蛋白(+),红细胞(++),白细胞0~2个/HP。上方去茯苓皮、桑白皮、连翘,加地龙10g,焦栀子9g,黄柏8g,益母草5g。7剂,每日1剂,水煎服。

三诊:尿检:蛋白(-),红细胞(++),白细胞0~1个/HP。治以清热利湿,化瘀止血。处方:石韦15g,爵床15g,白茅根15g,车前子(包煎)10g,海金沙(包煎)10g,焦栀子10g,蝉蜕10g,黄柏10g,藕节10个。

服药1个月后,患儿症状消失,尿检正常。续服10剂巩固疗效,以后4个月每月复查小便一次,均正常。

例3 戈某,男性,10岁,1999年11月1日初诊。1个月前因浮肿、尿血,在当地某医院就诊,诊断为急性肾小球性肾炎,经西医治疗,病人浮肿消退,但仍有尿血,遂来求诊。症见尿血、纳少、大便正常、颜面、四肢无浮肿、舌质红、舌苔薄黄、脉象滑数等。检查:尿蛋白(+),红细胞(+++),白细胞1~3个/HP。证属湿热下注,热伤血络。治以清热利湿,凉血止血。处方:石韦15g,白茅根15g,玉米须15g,生地15g,爵床12g,益母草12g,六月雪12g,丹皮10g,小蓟10g,苡仁10g,焦栀子9g,蝉蜕6g,藕节10个。20剂,每日1剂,水煎服。

二诊:复查:尿蛋白(-),红细胞(+),白细胞0~2个/HP。

以上方加减服药40剂,尿检(-)。续服20剂以巩固疗效,多次尿检仍持续阴性,随访至今未复发。

田家运

小儿急性肾炎的分期分证论治

田家运医师(武汉市第十三医院,邮编:430100)从事临床及教学工作 30 余载,临床经验丰富,治学严谨,对小儿急性肾小球性肾炎(大部分属于“水肿”等范畴)的诊断与治疗有独到的见解,他认为应分期、分证论治小儿急性肾炎,疗效颇佳。

小儿急性肾小球性肾炎绝大多数是应因链球菌感染后,致使小儿免疫变态反应而致急性弥漫性肾小球炎性病变。临床主要表现为血尿、少尿、水肿和高血压。田家运医师诊治小儿急性肾小球性肾炎时,强调要参考西医的实验室检查,才能心中有数,要与其它类型肾炎相鉴别,减少临床变证的发生;要辨病与辨证相结合,辨病论治时,分急性期与缓解恢复期两个阶段,急性期以清热解毒为主,缓解期重在健脾益气;主要可分为 3 个证型,即风水相搏型、湿毒浸淫型及脾虚湿盛型。现分述如下。

一、分期论治

(一)急性期

本期以病情重、传变迅速为特点,以邪实为主要矛盾。患者受感染后,引起变态免疫反应,形成循环免疫复合物,沉着于肾小球,并激活补体,引起一系列免疫损伤和炎症,这时有高滴度的 ASO、ADNasc-B 异常,血清补体 C_3 降低等实验室检查异常。中医认为,风邪、湿毒袭体等为主要原因,继而肺脾功能失调,自身无力清除邪毒,邪毒循经下犯至肾,易致气化不利,无以分清泌浊,精微随小便而去,形成蛋白尿、管型尿,邪毒灼伤血络,则形成血尿,或尿中有白细胞等。根据“急则治其标”的原则,以地肤子合剂为主,专事祛邪,使邪去正安。药用地肤子、野菊花、蒲公英、紫花地丁、金银

花、天葵子、茯苓、猪苓、泽泻、白术等。

若风邪重者,加牛蒡子、蝉衣等;若湿毒重者,加丹皮、车前子等;若热毒重者,加苦参、土茯苓等。

(二)缓解恢复期

由于致病菌株类型不同,故病程长短不同,此时一定要结合现代医学的实验室检查,如免疫荧光检查可见沿毛细血管祥和系膜区有颗粒状的 C_3 和 IgG 沉积,表明免疫功能失调。中医认为,脾为后天之本,主四肢,主肌肉,运化水谷,湿毒袭体伤脾,加之急性期常以寒凉药清热解毒,故使湿困脾土,脾阳受损,精微不化,壅积体内则为水肿,下注膀胱则为蛋白尿等。虽经治疗后,邪毒渐退,但正气亏损,精气损伤,日久易致气血失调,此时既有脾气虚弱、脾虚湿盛等脏腑功能失调的表现,又常有脾肾两虚、阴阳失调之见证。根据“缓则治其本”的原则,以参苓白术散加减为主,健脾益气,化湿利水。药用党参、茯苓、白术、桔梗、山药、甘草、扁豆、莲子肉、砂仁、薏苡仁等。如纳呆者,加半夏、厚朴等;如水湿盛者,加生姜皮、大腹皮等。

二、分型论治

(一)风水相搏型

症状:目睑先肿,继则四肢、腹部乃至全身皆肿,以头面部为剧,肿势变化迅速,皮肤光亮,按之凹陷,尿量减少等。

病机:多因风毒犯肺,肺失通调,水道受遏所致。

治法:治以疏风清热利水。

处方:方用越婢加术汤(麻黄、生石膏、生姜、甘草、大枣)、苓桂浮萍汤加减。药用麻黄、防风、杏仁、白术、茯苓、泽泻、生姜、大枣、甘草、石膏、半夏、桂枝、浮萍等。

在此基础上,还须再进一步区别是以风寒还是以风热为主,而分别选择用药。若伴肢体酸痛、咳痰稀白、恶心、舌苔薄白而滑、脉象浮紧者,是感受风寒为主;若伴咽喉红肿或乳蛾肿痛、舌质偏红、

舌苔薄黄、脉象浮数者,是感受风热为主。

(二)湿毒浸淫型

症状:目睑、头面或四肢、腹部、全身皆肿,肤色鲜泽光亮,尿少色赤等,或兼有恶风、发热、舌质红、舌苔薄黄、脉象浮数或滑数,或有疮毒病史。

病机:多因湿毒侵犯肺脾,肺失通调、脾失运化所致。

治法:治疗以祛风清热、解毒利湿为主。

处方:可用五味消毒饮(金银花、野菊花、紫花地丁、紫背天葵、蒲公英)化裁。药用银花、连翘、野菊花、紫花地丁、天葵子、蒲公英、蝉蜕、牛蒡子、土茯苓、杏仁、丹皮等。

(三)脾虚湿盛型

症状:四肢或全身水肿,以下肢为甚,按之没指,伴小便短少、身重困倦、胸闷、纳呆、舌苔白腻、脉象沉缓或濡等。

病机:多因水湿浸渍困脾、脾运不健、水湿不化所致。

治法:治疗以健脾化湿、通阳利水为主。

处方:方以五苓散(茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝)、五皮饮(茯苓皮、陈皮、桑白皮、大腹皮、生姜皮)化裁。药用茯苓、猪苓、泽泻、白术、茯苓皮、橘皮、大腹皮、生姜皮、桑白皮、厚朴、薏苡仁等。

【病案举例】 张某,男性,11岁。1998年3月初,左下肢脓疱疮,未予重视,半月后突然目睑、头面、肢体等全身浮肿,肤色光亮,小便短少,恶风发热,咽喉疼痛,舌苔浮黄,脉象浮数等。证由邪毒浸淫、水湿泛滥所致。实验室检查:尿蛋白(++),尿红细胞(++),尿白细胞(+). 处方:地肤子 20 g,茯苓 15 g,土茯苓 15 g,金银花 12 g,紫花地丁 12 g,泽泻 12 g,猪苓 12 g,牛蒡子 12 g,野菊花 10 g,天葵子 10 g,白术 10 g,蝉蜕 10 g,甘草 6 g。水煎服,每日1剂,连服7剂。

二诊:1周后,目睑及全身浮肿消退,恶风发热、咽喉疼痛等症状消失,但觉面黄神疲,纳呆腹胀,舌苔白,脉象濡。此乃脾气虚弱

所致。药用：党参 15 g，茯苓 15 g，山药 12 g，扁豆 12 g，厚朴 12 g，薏苡仁 12 g，白术 10 g，陈皮 10 g，桔梗 10 g，砂仁(后下)10 g，半夏 10 g，甘草 6 g。水煎服，每日 1 剂，连服 10 剂。

三诊：3 周后，精神好转，纳食正常，实验室检查尿蛋白等转阴。

嘱患者每周作一次尿常规检查，连查 3 周未见异常。随访 1 年余，未见复发。

陈龙卿

“陈氏风水方”治疗小儿急性肾炎

陈龙卿医师(安徽省五河县龙湖职高医务室,邮编:233300)在临床上运用自拟“陈氏风水方”治疗小儿急性肾小球性肾炎,取得满意的疗效。

小儿急性肾小球肾炎,属于中医“风水”范畴,最早见于《金匱要略》,认为本病是由于风邪束表,肺失宣降,不能通调水道,水湿溢于肌肤所致。《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀·水肿门》指出了风水证治,书云:“水肿俱属脾肺经,肺喘脾胀要分明,上肿属风宜汗散,下肿属湿利水灵……”。小儿急性肾小球性肾炎临床主要表现为眼睑浮肿,逐渐发展为头面、上肢、下肢乃至全身尽肿等症状。尿常规检查蛋白阳性,或有管型。

陈龙卿医师的“陈氏风水方”组成:黄芪 10 g,麻黄 6 g,金银花 6 g,茯苓皮 5 g,桑白皮 5 g,甘草 3 g。以上为 8 岁儿童量,临证时根据患者的年龄、体质等情况斟酌剂量。每日 1 剂,水煎分 3 次服。

陈氏风水方中主药为麻黄,发汗解表,平喘利水,主治伤寒表实,风水浮肿;黄芪益气固表,利水消肿为伍;二者配伍,一解一固,相反相成。金银花为佐,以治原发病灶。茯苓皮、桑白皮去除肌肤之湿,甘草和中,协调诸药。

临证加减:如表邪重者,加桂枝 5 g,防风 5 g。如热甚时,金银花的剂量加倍,另加连翘 10 g。尿少者,麻黄剂量加倍,再加白茅根 10 g。血尿者,加生地 10 g,茜草 10 g。上呼吸道感染者,加用青霉素等。

曹元奎

芪蛭黄七子汤治疗儿童 复发性肾病综合征

曹元奎医师(山东省淄博市中医院, 邮编: 255300)在常规治疗的基础上配用自拟的芪蛭黄七子汤治疗儿童复发性肾病综合征, 预防该病的复发, 取得了满意的治疗效果。

肾病综合征多属于祖国医学“水肿”等范畴, 常因湿而起, 日久迁延不愈导致肺、脾、肾三脏功能失调, 水液代谢障碍, 《景岳全书》云: “风水肿等证, 乃肺脾肾三脏相干之病, 盖水为至阴, 故其本在肾; 水化于气, 故其标在肺; 水惟畏土, 故其制在脾。”湿浊内留, 郁而化热, 久而导致阳损及阴、气病及血、肝肾阴虚、气阴两虚等病理变化。

现代医学认为肾病综合征为一组原因不明的以肾小球基膜通透性增高为主的症候群, 在疾病的各个阶段都存在着不同程度的微循环障碍, 可发生肾小球毛细血管微血栓及栓塞并发症, 进一步加重肾脏的病理损害, 同时机体存在生理性免疫功能低下与病理性免疫功能亢进, 致使病情迁延不愈, 反复发作。

选择 156 例患儿, 均为同期住院及门诊患者, 复发性肾病综合征的诊断符合文献标准, 为原发性肾病综合征经首次激素治疗后完全缓解, 但在 1 年内复发 4 次或半年内复发 2 次者。随机分为 2 组, 治疗组 80 例, 男 44 例, 女 36 例; 年龄 5~14 岁, 平均 8.1 岁; 病程 0.5~5 年, 平均 26 个月; 首诊伴有上呼吸道感染者 54 例, 伴腹水者 24 例, 伴胸腔积液者 12 例, 伴恶心呕吐者 40 例, 伴外周白细胞或中性粒细胞增高者 60 例, 伴淋巴细胞增高者 12 例; 尿蛋白定性(+)者 10 例, (++)者 13 例, (+++)者 40 例, (++++)者 17 例。对照组 76 例, 男 40 例, 女 36 例; 年龄 4.5~14 岁, 平均

7.8岁;病程6个月~5.5年,平均25个月,首诊伴有上呼吸道感染者52例,伴腹水者20例,伴胸腔积液者8例,伴恶心呕吐者34例,伴外周白细胞或中性粒细胞增高者54例,伴淋巴细胞增高者12例;尿蛋白定性(+)者8例,(++)者12例,(+++)者43例,(++++)者13例。两组的性别、年龄、就诊前病情程度及肾功能无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

对照组76例采用常规方法治疗:

(1)泼尼松首剂剂量 $1.0\sim 1.5\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,早晨1次顿服,连服6~8周,随后每月减 $2.5\sim 5\text{ mg}$,当减至 $10\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 时,改为2日剂量隔日顿服(早晨),视尿蛋白消失情况逐步减量,至隔日晨顿服 5 mg ,维持1年或更长时间。

(2)肝素 $100\sim 200\text{ U}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,加入5%~10%葡萄糖注射液100 ml内静滴,连用5~7天为一疗程,间歇1周,再重复使用,一般不超过4个疗程。

(3)尿激酶 $500\sim 1\,000\text{ U}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,加入5%~10%葡萄糖注射液100 ml内静滴,连用5~7天为一疗程,间隔1个月,再重复使用,一般不超过4个疗程。

(4)常规配以抗感染、利尿消肿、纠正电解质紊乱等方法,不用任何免疫抑制剂。

治疗组在对照组基础上加服芪蛭黄七子汤(黄芪 $15\sim 30\text{ g}$,水蛭 $5\sim 10\text{ g}$,生大黄 $5\sim 10\text{ g}$,枸杞子 $10\sim 15\text{ g}$,女贞子 $10\sim 15\text{ g}$,菟丝子 $10\sim 15\text{ g}$,五味子 $10\sim 15\text{ g}$,金樱子 $10\sim 15\text{ g}$,桑椹子 $10\sim 15\text{ g}$,覆盆子 $10\sim 15\text{ g}$),每日1剂,水煎2次取汁混合,早晚分饮或3~4次分服。如服药困难也可少量多次服用。方中黄芪、水蛭、生大黄为主药,其中黄芪味甘,性温,为补气之要药,能实卫固表,充盈正气,不为风邪所袭;水蛭味咸苦,性平,能活血化瘀,祛浊生新;生大黄味苦,性寒,能通腑泻热,疏导肠胃,使邪有出路;配以枸杞子、女贞子、桑椹子、菟丝子、五味子、金樱子、覆盆子,以补肾益

精。诸药共用,配伍合理,补肺固表,滋阴补肾,活血化瘀,达到治本的目的,疗效明显,不失为治疗复发性肾病综合征的有效良方。

以上 156 例患儿完成 2 个疗程后观察疗效。完全缓解:临床症状、体征全部消除,异常理化检查指标恢复正常,1 年内未见复发。基本缓解:临床症状、体征基本消失,异常理化检查指标接近正常,1 年内未见复发。部分缓解:临床症状、体征部分消失,异常理化检查指标有所改善,在 1 年内复发少于 4 次或半年内少于 2 次。无效:临床症状、体征无明显改善或加剧,异常理化检查指标无好转,1 年内复发 4 次或半年内复发 2 次以上。

总疗效比较:治疗组 80 例,完全缓解 52 例(占 65%),基本缓解 16 例(占 20%),部分缓解 8 例(占 10%),无效 4 例(占 5%),总有效率 95%。对照组 76 例,完全缓解 26 例(占 34.2%),基本缓解 22 例(28.9%),部分缓解 12 例(15.8%),无效 16 例(21.1%),总有效率 78.9%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$),治疗组明显优于对照组。

平均尿蛋白消失时间:治疗组(21 ± 5.2)天;对照组(40 ± 5.5)天,两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。

药物不良反应:治疗组出现柯兴氏征 26 例,皮肤色素沉着 8 例,有消化道症状(上腹胀满,恶心呕吐)6 例,欣快感 3 例;对照组出现柯兴氏征 64 例,皮肤色素沉着 15 例,有消化道症状(上腹胀满,恶心呕吐)43 例,欣快感 21 例。治疗组不良反应明显少于对照组。



中西医结合治疗儿童肾病综合征

张平中医师(河南周口市中医院, 邮编: 466000)采用中西医结合治疗难治性肾病 65 例, 效果较满意。

肾病综合征是儿童常见的肾小球疾病, 属于中医学“阴水”等范畴。外因是感受风、寒、湿、热等六淫之邪, 内因是禀赋不足、饮食不节、劳累过度等, 脾肾二脏虚亏, 脾虚失运, 不能运化水湿, 而使之停留肌肤; 肾阳虚亏, 则不仅影响脾脏, 更由于本身不能温化水湿, 失去了分清泌浊的能力, 而使湿浊潴留, 溢于肌肤而为水肿。是一种本虚标实之证, 病程早期以脾虚为主, 久治不愈才出现脾肾两虚。临床一般分为三型论治。

一、脾虚湿困型

治则: 益气健脾, 利水消肿。

方药: 补中益气汤(黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、党参、炙甘草、当归)合五苓散(茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝)加减。处方: 玉米须 30 g, 陈葫芦 30 g, 黄芪 12 g, 党参 9 g, 白术 9 g, 茯苓 9 g, 猪苓 9 g, 泽泻 9 g, 陈皮 6 g, 炙甘草 3 g。现代科学已证明, 黄芪、白术、党参等有降低尿蛋白的作用。

二、脾肾阳虚型

治则: 温阳补肾, 健脾利水。

方药: 真武汤(茯苓 12 g, 熟附子 9 g, 生姜 9 g, 白术 9 g, 白芍 9 g)加丹参、川芎等活血化瘀药物, 使血脉通畅, 改善肾脏循环, 对消除尿蛋白和恢复肾功能比单用激素、环磷酰胺等副作用小, 且疗效巩固。

三、肝肾阴虚型

治则:养阴滋肾,平肝潜阳。

方药:杞菊地黄汤(茯苓 12 g,山药 10 g,生地 9 g,枸杞子 9 g,丹皮 9 g,菊花 9 g,山萸肉 9 g,泽泻 9 g)加减化裁。

随症加减:如湿热重者,加黄柏 9 g,山栀 9 g。如长期尿蛋白不减者,加黄芪 20 g,土茯苓 20 g,白芍 15 g,白术 12 g,党参 9 g。如血尿明显者,加白茅根 30 g,大、小蓟各 10 g。如血压增高者,加白蒺藜 10 g,杭菊花 10 g,夏枯草 10 g。如血清胆固醇持续升高不退者,加决明子 30 g,何首乌 10 g。如肾功能长期不正常者,加黄精 15 g,苏木 12 g,川芎 10 g,丹参 10 g,苍术 10 g,黄芪 10 g。

西医在治疗儿童肾病综合征时,糖皮质激素(肾上腺皮质激素,简称激素)一般都作为首选药物。泼尼松,每日 1.5 mg/kg,早晨顿服,连服 8 周。以后每周减少 5 mg,减至 15~20 mg/d 时,可采用 2 天量改为间日顿服,每周减 5 mg,减至 15~20 mg 可长期服用维持。加用细胞毒药物环磷酰胺(CTX),采用每次 650~950 mg/m²,每月 1 次,共 10~12 次,总剂量不过 300 mg/kg。

为探讨难治性肾病的治疗方法,张平中医师于 1996—2002 年采用以上所述的中西医结合的方法治疗了 65 例。其中男性 45 例,女性 20 例,年龄 7~14 岁;病程<1 年 20 例,1~5 年 42 例,5 年以上 3 例。

诊断标准:首先符合 1985 年中华肾脏学会“修订肾小球疾病临床分型的意见”中的肾病综合征标准,并有下列情况:

(1)激素耐药者:泼尼松足量治疗 8 周无效者,分三种情况:①治疗后始终无缓解;②初始 8 周无效应,但延长治疗可获得缓解;③初治时用激素有效应,但复发后再次治疗无效。

(2)治疗过程中出现频繁复发(指半年内复发 2 次,1 年内复发 3 次)或激素依赖者。

(3)激素与细胞毒药物联合治疗无效者。

结果:症状完全缓解 18 例,测定尿蛋白 3 次以上均阴性,尿蛋白定量 $<0.2\text{ g}/24\text{ h}$,血清清蛋白水平正常或接近正常。显著缓解 30 例,测定尿蛋白 3 次以上均 $<1.0\text{ g}/24\text{ g}$,尿蛋白和血清清蛋白水平明显改善。部分缓解 12 例,测定尿蛋白定量 3 次以上均 $<2.0\text{ g}/24\text{ g}$,尿蛋白和血清清蛋白水平有一定程度改善。无效 5 例,尿蛋白和血清清蛋白水平无改善。总有效率达 92.3%。

说明中西医结合治疗可以提高缓解等级,减少激素的用量,副作用少,从而可减轻患者对激素的依赖,同时也防止了激素撤药后的反跳现象,使整个治疗过程得以顺利完成。

刘晓鹰等

分阶段辨治小儿肾病综合征

刘晓鹰、倪珠英、龚红卫等医师(湖北中医学院附属医院,邮编:430061)采用中西医结合方法,强调中医分阶段辨证施治小儿肾病综合征。

小儿肾病综合征绝大部分属原发性肾病综合征(简称“肾病”),中医称之为“阴水”。研究显示:其病理80%以上属微小病变型,对肾上腺皮质激素(简称“激素”)敏感,但疗效不稳定,复发率高达85%。部分原发性肾病与多数继发性肾病对激素耐药。目前中医治疗可缓解症状,逆转某些病理过程,因此中西医结合是目前治疗本病的最佳方案。应采取以激素为主,中医分阶段施治为特点的综合疗法。

中医分阶段施治,就是根据激素治疗与疾病发展的不同阶段,审度正虚与邪实之偏胜,阴阳之消长,标本之缓急,采用以解决主要矛盾为目的的阶段性的治疗措施,旨在使机体恢复阴平阳秘,精神乃治的正常状态,达到治愈疾病之目的。许多研究提示,肾病反复发作,可导致组织学病变的恶化。因此,减少反复或复发是改善预后的主要方法之一。除上述治疗外,强调对每一位肾病患者坚持长期随访,防微杜渐,有的肾病患者从发病直至停药后7年一直坚持随访。通过对尿常规、血浆蛋白、血脂、免疫功能、肾功能等指标的监测,以冀及早发现细微的病情变化,在未复发之际,及时予以治疗,如降脂、免疫调整等,以防止病发。即使已反复,也因能早发现,在肾功能未严重受损的情况下,及时采取正确有力的治疗措施,病情易于控制。曾有位患儿,停用激素及中药已7.5年,后3

年失访,去年无原因肾病复发,但肾功能基本正常,经上述方案治疗,病情很快得以控制,随访至今无反复。

一、使用足量激素期(水肿严重阶段)

此时需足量激素以诱导缓解,而患儿风热湿毒等实邪正盛,加之大量激素治疗,常常阻碍气机,导致水湿难消、水肿加重,故应大剂中药祛邪以减轻症状,调整内环境,为激素最大限度地发挥治疗作用创造条件,从而提高机体对激素的正效应。采用内服、灌肠、外敷等多种方法,辨证施治。内服者常用如下治法。

(一)利水消肿(即洁净府法)

用淡渗利水之品,使水湿从水道而出,以利水消肿。

方剂:常选五苓散等。

常用药物:连皮茯苓、猪苓、泽泻、车前草、防己、葫芦瓢等。

(二)祛风宣肺(即开鬼门法)

通过祛除犯肺之风邪以宣肺解肌,发汗,通调水道,而达到利水之目的。

方剂:常选越婢汤等方剂。

常用药物:麻黄、杏仁、连翘、射干、桔梗、柴胡、苏叶、荆芥等。

(三)清热解毒

用于消除肌肤之疮毒、内蕴之湿毒,阻止其循经入里传肾。

方剂:常选五味消毒饮等。

常用药物:金银花、连翘、赤小豆、蒲公英、野菊花、贯众、白花蛇舌草等。

(四)活血化瘀

用以祛除有形或无形之瘀血,使脉道通畅,气机条达,水去更速。《金匱要略·水气病脉证并治》指出:“血不止,则为水……。”《血证论·阴阳水火气血论》中说:“水火气血,固是对子,然亦互相联系。故水病则累血……瘀血化水,亦发水肿。”由于津血同源,水能病血,血也能病水,这是水肿时应用活血化瘀法的理论依据。现

代研究证实,肾病时的高凝状态、高黏滞血症、纤维蛋白在肾小球内沉积、毛细血管内血小板聚集、肾静脉血栓形成等病理改变,正是中医“瘀血”证的内涵。瘀血不仅存在于肾病水肿期,且于临床任何阶段与多种病机同在。如精不化气而化水,水停则气阻,气滞则血瘀,阳气衰虚,无力推动血脉运行,血流瘀阻;或气不摄血,血从下溢,离经之血,留而不去;或脾肾阳虚,无以温煦,日久寒凝血滞均可致血瘀;病久不愈,深而入络,致脉络瘀阻;阴虚火旺,灼伤血络,血溢脉外而成瘀等。由于瘀证可从“四诊”中发现,更可在血液流变学、血脂、血小板计数、纤维蛋白原等检查中得到“瘀血”的微观指标,因此须将宏观辨证与微观辨证相结合,选择益母草、当归、泽兰、丹参、川芎、红花、桃仁、地龙、水蛭、赤芍、三七、当归等中药以及藻酸双脂钠、肝素等活血化瘀药,辨证地运用于临床肾病的各个阶段。不仅可促进水肿、血尿、蛋白尿的消退,更能提高激素敏感性,使难治性肾病得到缓解。

二、激素足量后期及维持缓解期

此时多数患者尿长肿消,尿蛋白减少或转阴,但实邪未尽。

症状:常见咽红、纳差、舌苔腻等症。

治则:宜调理阴阳,补偏救弊。

方药:在祛邪基础上,佐以益气健脾之品,如白术、山药、黄芪等,以巩固疗效,防止水复。

部分患儿病情有所缓解,但水肿未尽,尿蛋白阴转缓慢,血浆蛋白不升或上升不理想,显示对激素低敏感。

症状:可见夜尿多而水肿难消,以下半身肿甚,按之没指,乏力懒言、舌质淡等阳虚之象。

治则:宜补肾阳,提高激素敏感性。

方药:常用肾气丸加减。但临床较少用“附子”,而多选用仙灵脾、巴戟天等,后者温补肾阳,却无前者燥热耗阴之弊,只有在冬季或用上药疗效欠佳时,方考虑用制附片,一般用量为3~6g。

本期因激素足量应用,呈现新的阴阳失衡。

症状:多见面红口干、兴奋多语、头晕或痛、烦热盗汗、血压高、满月脸等阴虚火旺症状。少数患儿症状严重而因此放弃激素疗法。

治则:当滋阴平肝,泻火纠偏。

方药:用知柏地黄丸加减,以减轻激素副作用,使机体恢复阴阳平衡。

三、激素维持量(强的松每日 0.5 mg/kg)及停药期

本阶段多数患儿病情稳定,少有症状,仅少数患儿因大量外源性激素对下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的长期反馈性抑制,致使肾上腺皮质处于抑制性萎缩状态,皮质醇分泌减少甚至停止,一旦激素减少或停用,极易引起肾病复发。经大量临床观察,即使病情控制十分理想,停药后,仍以此法治疗,确能减少肾病复发。

症状:此时可见患儿易感外邪、面色苍白、乏力怕冷、纳差、舌质淡等脾肾阳亏、气虚之证;或虽有虚热之面红舌赤,但见食欲大减、少气懒言、易感冒等阴阳两虚表现。

治则:当扶正为主,宜补益脾肾,佐以祛邪,以防邪侵病复。

方药:常用黄芪、党参、白术、薏苡仁、熟地、山茱萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓、肉苁蓉、仙灵脾、益母草等。

肾病综合征的中医治疗,是一个漫长的过程,在分阶段施治的同时,强调注意以下几点,以确保疗效。

(1)补虚勿忘逐邪。本病虽以正虚为本,但外邪入侵,湿热留连,无时不在,必须引起高度重视。在治疗过程中,一旦兼有外感,需短期内以祛邪为主或攻补兼施,务求尽快彻底治疗。尤其在疾病因感邪而反复时,稍有祛邪不力,则肾病复发,功亏一篑,当慎之。

(2)补虚勿碍脾胃。小儿脾常不足,胃多虚弱,滋阴、温阳之剂易伤胃碍脾。故处方中应注意平补阴阳,少用滋腻温燥之品。可

常予健脾和胃药,既有利于药物吸收,发挥药效,又致胃强脾健,外邪难入,病易祛,不易复发。

(3)活血化瘀贯三期(已如上述)。

刘晓鹰等医师分阶段辨治小儿肾病综合征 213 例,其中单纯型肾病 71 例,肾炎型肾病 115 例,27 例符合乙型肝炎病毒相关肾炎的临床诊断。结果:近期(8 周内)痊愈(浮肿及全身症状消失,24 小时尿蛋白定量 $<0.1 \sim 0.15 \text{ g}$)198 例,对激素足量治疗 8 周敏感;好转(浮肿及全身症状消失,24 小时尿蛋白定量 $>0.1 \sim 0.15 \text{ g}$)15 例。有效率 100%。远期随访:71 例经 1~11 年随访观察,48 例临床痊愈(停药达 3~8 年),22 例完全缓解,1 例部分缓解,总缓解率为 99.54%。17 例复发,复发率由治疗前的 61.97% (132/213),下降到 23.94% (17/71),有显著性差异 ($P < 0.01$)。充分显示了中西医结合治疗本病的优势。

【病案举例】 陈某,男,10 岁。1997 年 9 月 4 日入院。一年前在外院诊断为“肾病综合征”,予激素等西药治疗,水肿反复 4~5 次。1 个月前因骤减激素致浮肿加重,伴少尿,日 200 ml,腹胀,纳少呕吐,面色黧黑,神疲肢软,全身高度浮肿,舌质淡,舌苔白厚,脉象沉。入院查体:BP 18/16kPa,心肺(-),腹水征(++),阴囊及双下肢明显浮肿,按之没指。入院化验:尿检 Pro(++++),RBC(+),WBC(+),颗粒管型(+). TP 2.3 g/L, Alb 1.1 g/L。血生化: BUN 17 mmol/L, HCO₃⁻ 18, K 3.1 mmol/L, Na 115 mmol/L, Cl⁻ 101 mmol/L; Ccr: 34 ml/min/1.73 m²。入院诊断:水肿(脾肾阳虚,水湿内盛)。西医诊断:原发性肾炎型肾病综合征合并急性肾功能衰竭。采用中药温阳利水泻浊及西药激素、抗凝、对症支持等综合治疗。

二诊:30 日后,患儿内环境稳定,不吐,浮肿减轻,但下半身肿甚,不能自主排尿,需用速尿 120 mg/d,方有小便 500 ml 左右;伴胸闷头昏、乏力气短、恶心纳差、大便稀软日 2~3 次、神疲、面色淡

红、全身重度浮肿、腹胀如鼓、阴囊肿大如球、双下肢按之没指、舌质红、舌苔薄白稍腻、脉象沉等。刻诊:BP14/8 kPa,心肺(-),腹水征(++)。证属肺脾气虚,水毒内结。宜攻坚决壅,益气行水。方用己椒苈黄丸加减:木防己 30 g,川椒目 10 g,葶苈子 15 g,熟大黄 6 g,黄芪 100 g,葫芦瓢 30 g。少量多次温服。患儿服药 1 次,立解糊状大便 2 次,尿量增多。

三诊:3 剂后,浮肿减半,胸闷等症消失,仅口干喜饮。此水阻气机,津不上承之故,上方加泽泻 10 g。再进 5 剂,每日 1 剂,水煎服。

四诊:浮肿尽消,仅夜尿多,尿蛋白(++),舌质淡,舌苔白。显示对激素低敏感,属脾肾阳虚之证,改拟温肾健脾之法。肾气丸加减:制附片 5 g,肉桂 5 g,生熟地各 15 g,泽泻 15 g,车前草 15 g,路路通 15 g,山药 25 g,山茱萸 10 g,丹皮 10 g,赤芍 10 g,菟丝子 10 g,芡实 10 g,连皮苓 20 g。

守法随证加减 1 个月后,尿蛋白转阴,激素逐渐减量。按分阶段施治的原则,先后给予滋阴清热、补益脾肾、益气健脾活血等法,坚持治疗 2 年,激素停药,继以健脾益肾活血之品收功,随访至今无复发。

管日军

中医辨治小儿原发性肾病综合征

管日军医师(江苏省阜宁县中医院,邮编:224400)通过临床实践,并结合有关文献报道,摸索出以中医分期辨证为主治疗小儿肾病的方法,临床疗效满意。

小儿原发性肾病综合征(以下简称小儿肾病)是由病因不同的肾小球疾病所引起,目前西医治疗以肾上腺皮质激素为首选,其次为免疫抑制剂,虽然有一定效果,但副作用大,易复发。

管日军医师把小儿原发性肾病综合征分为以下4个时期进行中医辨证:①水肿初期,治以健脾助运,宣肺利水;②水肿极期,治以温肾健脾,利水消肿;③水肿消退期,治以补肺、健脾、益肾并举;④激素副作用期,治以滋阴降火,或滋阴温肾。虽然根据小儿原发性肾病综合征的发病机制和临床表现,大体可分为以上4期2型,但各期、各型之间又不能截然分开,尤其是水肿消退期与激素副作用期症状往往相互交错,也不是各期都出现一定的症状,故辨治时应随证选方,灵活应用。中医分期辨证治疗小儿肾病,具有增强机体免疫力、减轻激素副作用、缩短病程、减少和延缓复发等优点。况且在激素完全撤除、患儿尿蛋白阴转后,除合理调摄患儿生活起居外,仍应坚持服用中药巩固治疗3~6个月,这样对预防复发有极其重要的作用。

一、水肿初期

病机:肺为水之上源,主通调水道,下输膀胱;脾主运化精微,传化水气,为水之堤防。肺脾健旺,则水湿自然能运行。小儿肾病初起之时,多由肺气不宣和脾虚所致,肺虚而脾不健,则水气不得宣化转输。

证候:肺气不宜,脾虚不运。

主要症状:以面部浮肿为主,或兼双下肢肿,伴发热、咳嗽、面色苍白、舌质淡红、舌苔薄白、脉象浮而无力等。

治疗:重在健脾助运,宣肺利水。

基本方:茯苓 10 g,猪苓 10 g,炒白术 10 g,炙黄芪 10 g,连翘 10 g,益母草 10 g,蝉衣 10 g,党参 10 g,蜜炙麻黄 6 g。

从临床实践看,小儿肾病患者多为体弱正虚者,故在治疗时始终加用黄芪。据药理实验证明:黄芪能增强机体免疫机能,提高机体抗病能力,维持机体内环境的平衡,促进机体代谢,促进血清和肝脏蛋白质的更新,这些作用正符合中医“补益正气”之意。另外,黄芪煎剂及浸膏对正常人有明显的利尿作用,对实验动物的肾毒血清性肾炎有预防作用,毒性很低,对肾病患者用大量黄芪可以促进尿蛋白的消退。

小儿肾病多由各种肾小球疾病迁延不愈所致,“久病入络”,故多有血瘀因素存在。在小儿肾病的整个治疗过程中,都应该适量而有选择性地应用活血化瘀药物,如益母草、丹参等,这些活血化瘀药不仅可以改善血液流变学特性,抑制血小板功能,减轻高凝状态,消除“血瘀”,同时与其它药物合用,还可起到相得益彰的作用。

现代医学认为,小儿肾病的难治与易复发,常与免疫损害的持续存在有关,而后者又与感染有一定关系,故在运用其它方法治疗的同时,还应重视感染——“温热内蕴”因素。连翘与益母草等合用,具有抑菌、抗感染、改善肾循环、解除肾小动脉痉挛、增加肾血流量、减轻或抑制变态反应损害等作用,在整个病程中适量应用可以缩短病程,减少复发。

【病案举例】 陈某,女性,12岁。1997年2月4日初诊。患儿3日前眼睑轻度浮肿,未予重视,于次日下午发现双下肢轻度肿胀,遂来本院就诊。刻诊:见面浮、双下肢轻度浮肿、低热、稍有咳嗽、腹泻日行2~3次、稀水样便等症状。查尿常规示:蛋白(++)

++), 白细胞(+), 血浆蛋白: A 28 g/L, G 20 g/L, 血 BUN 10 mmol/L、Cr 220 μ mol/L。查体: 体温 37℃, 浮肿病容, 咽红, 扁桃体 I 度肿大, 心肺(-), 腹平软, 未叩及移动性浊音, 双下肢呈轻度可凹性浮肿。诊断为小儿肾病。病机为脾虚不运、肺气不宣。嘱其住院治疗, 因经济困难家长要求门诊治疗, 遂治拟健脾益气、宣肺利水。处方: 猪苓 10 g, 茯苓 10 g, 炒白术 10 g, 炙黄芪 10 g, 金银花 10 g, 连翘 10 g, 益母草 10 g, 蜜炙麻黄 6 g, 蝉衣 6 g。3 剂, 水煎服, 日 1 剂, 分 2 次服。

同时配合强的松中程疗法: ①先用强的松 2 mg/(kg·d), 分 3~4 次服用, 共 4 周。②4 周后无论尿蛋白转阴与否, 改用强的松 2 mg/kg, 隔日早餐后顿服, 再用 4 周。③以后每 2 周减量 1 次, 直至停药。

二诊: 3 日后复诊, 浮肿减轻, 不发热, 腹泻止。继以上方服用 8 剂, 水煎服, 日 1 剂分 2 次服。

三诊: 服药后, 水肿消退。

其后按上法以中药调治 1 月余恢复正常。前后共服药 3 月余。

二、水肿极期

病机: 此期病位着重在脾、肾。每因失治而致脾虚及肾, 脾肾阳虚, 命门火衰, 则无以温化水湿, 使水湿泛滥, 即所谓“关门不利则聚水而为水肿”。

证候: 脾肾阳虚, 水湿泛滥。

主要症状: 见患儿全身高度浮肿、腹胀、胸闷、尿少、便秘、四肢不温、舌质淡、舌苔薄白、脉象沉细无力等。

治疗: 重在温肾健脾、利水消肿。

基本方: 车前子(包煎) 30 g, 猪苓 10 g, 茯苓 10 g, 炒白术 10 g, 生黄芪 20 g, 炙黄芪 20 g, 苡米 10 g, 蝉蜕 10 g, 益母草 10 g, 淡附片 6 g, 川桂枝 3 g。

【病案举例】 杜某,男性,12岁。1996年11月12日初诊。患儿因面部伴下肢浮肿月余入住本院。入院前曾在当地卫生室服用中西药物,浮肿一度减轻。此次水肿加重3日余,入院后查血浆蛋白:A 20 g/L, G 15 g/L,血 BUN 12 mmol/L, Cr 200 μ mol/L,总胆固醇 6.0 mmol/L,尿蛋白(++++) ,红细胞(+)。诊断为小儿肾病。病机为脾肾阳虚、水湿泛滥。治拟温肾健脾、利水消肿。处方:车前子(包煎)30 g,猪苓 20 g,茯苓 20 g,生黄芪 20 g,炙黄芪 20 g,苡米 10 g,炒白术 10 g,益母草 10 g,蝉衣 6 g。3剂,水煎服,日1剂分2次服。

服药后尿量渐增。继续服用10余剂后肿消。

三、水肿消退期

证候:表现为肺、脾、肾三脏俱虚。

主要症状:经积极而有效的治疗后,患儿浮肿基本消失,血、尿检查也渐趋正常,惟见精神倦怠,尿蛋白持续(+~++)而不转阴,面色苍白、舌质淡、脉象细弱等。

治疗:当补肺、健脾、益肾并举。

基本方:党参 10 g,炙黄芪 10 g,炒白术 10 g,茯苓 10 g,淮山药 10 g,补骨脂 10 g,菟丝子 10 g,连翘 10 g,益母草 10 g,蝉衣 6 g。

小儿肾病水肿消退后,棘手的问题是尿蛋白往往持续不能转阴。据有关报道及临床经验,应用益母草、蝉衣、连翘、黄芪等对肾病尿蛋白的阴转确有较好的疗效。经研究,这几味药物能祛除病因,修复肾小球毛细血管壁,使其通透性恢复正常。

【病案举例】 邵某,女性,7岁。1999年12月7日初诊。患儿因小儿肾病住某医院治疗1月余。出院后肿消,有关化验检查结果基本正常,惟尿蛋白持续(+)。要求服用中药治疗。刻诊:见患儿面色苍白、精神一般、舌质淡、脉象细弱等症状。证属久病之后,肺、脾、肾俱虚。治当补肺健脾益肾。处方:党参 10 g,炙黄

芪 10 g, 茯苓 10 g, 炒白术 10 g, 淮山药 10 g, 补骨脂 10 g, 菟丝子 10 g, 芡实 10 g, 连翘 10 g, 益母草 10 g。水煎服, 日 1 剂分 2 次服。

此方加减服用共 20 余剂后, 尿蛋白消失, 其后又服药 2 月余, 随访年余未复发。

四、激素副作用期

肾上腺皮质激素对小儿肾病尤其是对激素敏感的病例有较好疗效, 但同时亦带来一系列的副作用, 如三大代谢紊乱、电解质代谢紊乱、诱发溃疡、生长抑制及免疫抑制等, 随着激素应用时间及量的不同, 其副作用所致的临床症状也不同, 辨证分型也就不同, 具体如下。

(一) 阴虚火旺型

往往出现在激素早期足量应用时。

主要症状: 见患儿面色红润、精神亢奋、睡眠少、舌质红、舌苔少、脉象细数等。

治疗: 宜滋阴降火。

基本方: 知母 10 g, 玄参 10 g, 生地 10 g, 山萸肉 10 g, 丹皮 10 g, 泽泻 10 g, 山药 10 g, 益母草 10 g, 连翘 10 g, 蝉衣 10 g。

【病案举例】 周某, 女性, 9 岁。1994 年 7 月 8 日初诊。患儿因小儿肾病入院, 激素治疗已月余。刻下: 见肿消、面红、满月脸、形体肥胖、睡眠少、精神亢奋、纳谷增多、舌质红、舌苔少、脉象数等症状。证属阴虚火旺。治宜滋阴降火。处方: 知母 10 g, 玄参 10 g, 生地 10 g, 山萸肉 10 g, 枸杞子 10 g, 丹皮 10 g, 泽泻 10 g, 淮山药 10 g, 连翘 10 g, 益母草 10 g, 蝉衣 6 g。水煎服, 日 1 剂分 2 次服。

此方服用 20 余剂后睡眠增加, 精神渐至正常。

(二) 阴阳两虚型

病机: 大量外源性肾上腺皮质激素抑制下丘脑-垂体-肾上腺

系统,使机体本身肾上腺皮质分泌减少,功能减退,腺体萎缩,在激素开始撤减时,机体处于相对激素缺乏状态。

证候:患儿表现为阳虚证。

主要症状:见形寒、肢冷、舌质淡、舌苔薄、脉象沉细等。

治疗:此期治疗既要温阳,更要“从阴中求阳”,以滋阴温肾相结合,方能取得较好的疗效。

基本方:仙茅 10 g,仙灵脾 10 g,杜仲 10 g,山萸肉 10 g,茯苓 10 g,淮山药 10 g,泽泻 10 g,益母草 10 g,蝉衣 6 g,炙黄芪 10 g,连翘 10 g。

【病案举例】 王某,女性,11岁。1996年10月9日初诊。患儿因小儿肾病住院治疗1个半月,激素减量已半月余,水肿已退。惟近日来感畏寒、手足冷、口干、精神差、舌质淡、舌苔薄、脉象弱等。治拟温阳益肾。处方:仙茅 10 g,仙灵脾 10 g,杜仲 10 g,山萸肉 10 g,山药 10 g,茯苓 10 g,泽泻 10 g,蝉衣 6 g,益母草 10 g,炙黄芪 10 g,连翘 10 g。水煎服,日1剂分2次服。

上方服用10余剂,病情好转,畏寒消失,肢体转暖。

施 丽 君 等

从湿论治小儿肾病蛋白尿

施丽君、李颖、刘颖等医师(沈阳市儿童医院,邮编:110032)从湿邪的致病特点及小儿的生理病理特点角度探讨小儿肾病蛋白尿发生、发展与湿邪的关系,指出湿邪贯穿于小儿肾病的始终。中医治疗肾病蛋白尿是从整体出发,治病求本,调整脏腑的功能,改善临床症状,控制尿中蛋白的丢失。益气健脾化湿法既可健脾利水消肿治表,又能补益正气,调整脏腑功能治疗蛋白尿,所以为标本兼顾之法。鉴于湿邪在发病中的特殊地位,在治疗过程中无论哪一个阶段,都时刻要注意湿邪,以祛湿为要,但也勿忘健脾为治湿之源。

祖国医学中无“肾病综合征”的名称,此病多属于“水肿”、“虚癆”等范畴。中医认为,禀赋不足,脾素亏虚,久病体虚为本病发生的内因。小儿肾病发病以脾气不足,脾胃升降枢纽失于运化输布,湿邪困脾为主要方面。脾主运化,脾虚运化失职,谷反为滞,水反为湿,水湿内聚成饮,积而为水,滞于四肢为肿,发病日久由脾及肾,肾气虚不能温化水湿,水无从化,水肿反复发作,导致脾肾功能失调,肾失封藏。小儿脾常不足,饮食不节,寒温不调,易于损伤脾胃,脾伤则湿不化,脾受湿困,三焦气化失司,脾不布精,下流于肾,肾失开阖,封藏失司,而导致水肿,精微物质从尿中丢失,出现蛋白尿。“湿邪困脾”为小儿肾病过程中的主要病变基础。

肾病蛋白尿的发生和湿邪关系密不可分。《内经》记载有“诸湿肿满皆属于脾”,湿邪在肾病发病过程中起着重要作用。湿是发病之因,又是发病过程中的病理产物。湿有外湿和内湿之分,居处

湿地或冒雨涉水,水湿之气内侵,损伤脾气,影响脾胃水湿运化功能,水不利则为肿,表现为小便短小、小便不利等;脾伤则不运,失于升清降浊,清浊不分,精微物质下泄,超过肾的封藏能力,从尿中丢失。内湿的产生责之于劳倦、饥饱伤脾,脾伤则精微物质无以敷布,内聚成湿浊之邪;加之本病久服激素等升火之药物,使机体处于阴虚阳亢、水火失济的病理状态,气化不全,水湿无以宣行,横溢肌肤而出现浮肿,水湿停滞,气化失司而尿少,水谷精微无以敷布,脾失布精,肾失封藏,精微物质外漏而尿中出现蛋白。治疗上祛湿邪彻底与否,直接影响本病的预后,如祛湿不彻底则本病缠绵难愈。

湿邪贯穿肾病发病的始终。湿邪的特点是湿性重浊,湿易伤下,缠绵难愈。在《医方考》中有“下焦之病,责于湿热之论”,《宣明医论》有“湿气先伤人之阳气,阳气伤不能通调水道,如水道下沉瘀塞,上流泛滥必为水灾”。本病初期,多为湿邪伤表,表现为不同程度的浮肿、尿少、尿黄、咽赤、身重乏力、舌质红、舌苔黄腻、脉象濡数等。湿邪入侵或风邪夹湿,一旦风去,湿邪化热,即留湿为患,水液代谢受阻,水谷不化聚而为湿,湿邪内侵易于伤脾,影响脾主运化水谷和水湿,造成两者的恶性循环。发作日久,湿热下蕴,伤及阴络,湿热稽留日久,脉络阻滞,形成瘀血。病久缠绵,久病入络。本病具有反复发作、缠绵难愈的特性也符合湿邪致病的特点。

小儿的生理病理特点为小儿脏腑娇嫩,形气未充,各脏腑的结构和功能发育不完善,机体对外界各种抵抗力差,加之寒湿不能自调,乳食不节,易于损伤脾胃,而小儿“脾常不足”,脾胃功能发育不完善,运化功能不健全,易为饮食所伤,脾虚则饮食不能正常消化,水谷精微不能正常输布,出现聚湿成饮,清浊不分,精微下流的病理变化。另外,小儿为纯阳之体,表现为感受外邪易于热化,外邪侵袭,酿湿不足,肌肤薄弱,对外邪的易感性较强,发病容易,传变迅速。小儿肾病不同阶段涉及肺、脾、肾三脏,最终导致湿困脾土,

脾胃机枢不利。

一、发病初期

症状:表现为不同程度的水肿,伴有尿黄、发热、咽赤、身重倦怠、乏力、舌苔黄腻、脉象濡数等症。

治法:以祛风除湿为主,“治湿不利小便非其治也”,通过通利小便给湿邪以出路。

方药:用四苓散和银翘散加减。

二、病情迁延或反复发作期

症状:患儿多出现脾虚的证候,表现为神疲乏力、腹泻、舌质淡、脉象虚等脾虚症状,蛋白尿症状逐渐加重,随着尿中蛋白丢失增多,脾虚的症状越来越严重。

治法:以益气健脾化湿为主。

方药:用参苓白术散加减,并配以利湿的药物。在临床上观察对于大量蛋白尿的患儿,重用黄芪、山药,药量在 30 g 以上,能有效地减少尿蛋白,长期服用可升高血中的蛋白含量。

部分患儿有湿热内蕴兼脾虚的症状,或服激素类药物表现柯氏征属于湿热证时,可配合清热利湿药物而提高疗效。

三、发病较久的患儿

症状:尿中蛋白持续不消退,临床上表现面色晦暗、舌质黯、有瘀点、脉象涩等血瘀证候,客观检查可见血黏度增高等血流变学改变。

治法:活血,利湿。

方药:应选用一些既有活血作用,又有利湿作用的药物,如益母草、泽兰之类,以增强消除蛋白尿的功效。

赵
锦
艳

中药保留灌肠治疗尿毒症

赵锦艳医师(浙江嵊州市人民医院, 邮编:312400)以中药保留灌肠治疗慢性肾炎尿毒症, 临床疗效好, 可供借鉴。

慢性肾功能衰竭病程长, 系各种原发症如慢性肾小球性肾炎、慢性肾盂肾炎、多囊肾、狼疮性肾炎、糖尿病肾病、痛风等, 迁延而致的慢性肾脏疾病后期, 是各种肾脏疾病发展的终末期, 而尿毒症则是其晚期结局, 是以代谢物潴留、水电解质及酸碱平衡失调为主要表现的病症。随着腹透、血透、肾脏移植术等现代技术的开展, 尿毒症的成活率已在上升, 死亡率下降。但以上这些技术需要较大数量的经费, 有些患者仍因经济问题无法进行腹透、血透、肾脏移植。应用行之有效的中药保留灌肠, 可以弥补其不足。中药保留灌肠可以促进肠蠕动, 可使滞留于肠道的病原体和各种肠源性、有毒性物质及机体代谢产物排出体外, 从而有效地减少毒素生成, 达到降低肌酐、尿素氮、治疗尿毒症的目的。

中药保留灌肠基本方: 生大黄 30 g, 生牡蛎 30 g, 丹参 30 g, 六月雪 30 g。上药用冷水浸泡 30 分钟, 加水适量, 煮沸后再煮 20~30 分钟, 取汁 150~200 ml, 瓶装备用。每日 1 次, 保留灌肠 1~2 小时。灌肠前应做好患者的解释说服工作及注意事项, 充分说明可能会产生某些不适, 对于取得患者的配合是十分重要的。灌肠前先排空大便, 用润滑剂涂擦肛管前端。如患者同时伴有痔疮, 则用马应龙痔疮软膏做润滑剂, 涂擦肛管前端, 以防痔疮出血。灌肠时, 尽量保持灌肠的中药温度为 37℃ 左右, 接近直肠温度, 这样对肠黏膜刺激小, 有利于灌肠液在肠腔中保留, 进而维持作用时间, 提高治疗效果。操作时, 患者取左侧卧位, 屈膝, 臀部靠近床沿, 臀

下铺橡皮单,并垫高约 30 cm。将灌肠筒置于不超过 30 cm 处,选用 12~14 号肛管,在 15~20 cm 处做好标记,然后再缓慢插入 15~20 cm,松开夹子,使药液缓慢灌入,待药液灌完后,缓慢拔出肛管。整个操作过程要认真、细致,尽量减轻患者痛苦,用真诚态度对待患者,使其消除紧张心理。在灌肠过程中,注意患者的面色、脉搏有无异常,注意观察心律、心率、血压的变化,备好各种抢救物品及器械,以备急用。操作时注意保暖,避免受凉。操作完毕后,让患者由左侧卧位—平卧位—右侧卧位,变换体位各 10 分钟,如此重复,使中药液保留 1~2 小时后,嘱患者排便。总之,此法操作简单、安全,患者痛苦小,无副作用,又不需特殊设备,患者易接受。

临证时,还可根据患者的不同症状再加减化裁:如湿热明显者,于上方加蒲公英 30 g;如阴虚明显者,上方加生地 30 g;如阳虚显著时,可在上方中加淡附片 30 g;如贫血明显时,上方加当归 30 g,党参 30 g。

西药则以维持水电解质酸碱平衡为主。

此时一般主张低蛋白膳食,尽量选用含氨基酸丰富的优质蛋白质食品,如鸡蛋、牛奶、瘦肉类等,膳食中优质蛋白质占蛋白质质量的 50%~70% 时最为适宜。忌食豆类及豆制品。

王
瑞
道

肾衰经验方苏叶解毒汤

王瑞道主任医师(山东省莱芜市中医医院,邮编:271100)治疗肾炎经验丰富,他提出水肿重在调气;辨证时重在求因;治疗时以清热解毒利湿为主;扶正固本时,滋阴补肾为先;若肾炎日久,勿忘补气健脾;活血化瘀法,当宜久用;肾炎伴肾衰时,王瑞道主任医师以自拟苏叶解毒汤治疗,疗效满意。

一、水肿重在调气

急、慢性肾炎的主要外在表现之一是水肿。中医认为其基本病机是肺、脾、肾三脏气化功能失调,所以治疗要重在调理气机。

(1)肺:肺气通调,水液代谢正常。若肺气郁闭,通调失职,则水液内聚,发为水肿。当以通宣肺气,则水肿能消。常用药物为麻黄、杏仁、前胡、浮萍、桑白皮、蝉蜕等。

(2)脾:若脾气虚弱,健运失职,水湿内停,则为水肿。当以益气健脾,则水肿能消。常用药物为黄芪、白术、党参、茯苓、山药、苡米等。

(3)肝:若肝气郁滞,气滞湿停,则为水肿,且常伴腹胀等症,当以行气利水,则水肿能消。常用药物为香附、大腹皮、陈皮、桑白皮、枳壳、蝉蜕、厚朴等。

(4)肾:若肾阳虚衰,水湿泛滥,则为水肿。当以温阳利水,则水肿能消。常用药物为附子、白术、干姜、仙灵脾、鹿茸、益智仁、覆盆子等。

(5)水肿时除治本外,多配用车前子、泽泻、苡米、猪苓、防己、茯苓等利水渗湿之品。

(6)若白蛋白丢失过多,血浆白蛋白明显降低时,当补充阴津,

常用黑豆、赤小豆、鲫鱼汤等食疗方,水肿才能消退。

二、辨证求因,要重视清热解毒利湿

《素问·至真要大论》云:“水液混浊皆属于热。”从临床实践看,肾炎发病,内因为正气不足,其外在致病因素主要为热毒湿邪,大部分病程中均有不同程度的湿热毒邪存在。如见血尿、蛋白尿、腰胀痛、咽喉肿痛、皮肤疮疖、口渴发热、大便干、小便黄、舌质红、舌苔黄、脉象滑数等症,是热毒伤及肾络,络破血溢,精气外泄。在上焦,热与湿合,肺气郁闭,宣降失常,水液代谢紊乱,则发为水肿。在中焦,湿热蕴积,则见胸脘痞闷、口苦咽干、纳呆腹胀、身倦乏力、四肢浮肿、小便黄混、舌质红、舌苔黄腻、脉象滑数等。在下焦,湿热蕴积,则见腰痛乏力、小便短赤、尿道有灼热感、血尿、蛋白尿或有细胞及管型等。湿热毒邪是肾炎迁延不愈的主要原因之一,故清热解毒利湿法是提高肾炎疗效的关键之一。常用的清热解毒类药物有银花、连翘、蒲公英、野菊花、鱼腥草、元参、大青叶、黄芩等;常用的清热解毒利湿类药物有黄柏、石韦、白花蛇舌草、六月雪、穿山龙、徐长卿等。但在临床应用时,要因人因证而异,勿伤正气。

三、扶正固本,应当滋阴补肾为先

若症见腰膝酸软、神疲乏力、潮热面红、口干咽燥、血尿、蛋白尿等,是肾阴亏虚,阴虚内热证。若见头痛头晕、性情急躁、血压升高、舌质红、脉象弦等,是阴虚肝旺证。总之,肾炎的病位在肾。慢性肾炎后期,由于在治疗本病的过程中,屡用温热、利尿或激素类药物,或因热邪伤阴、蛋白丢失过多等因素,或因脾虚不能化生精微滋养先天,使阴精不足,所以慢性肾炎的基本病机是肾阴虚损。治宜滋阴补肾,药用生地、熟地、何首乌、枸杞子、山萸肉、女贞子、旱莲草、牡蛎、鳖甲、白芍等。

四、肾炎日久,勿忘补气健脾

肾炎病机的基本点虽然在肾阴虚损,但肾炎日久,常见脾气虚弱,运化失职,如浮肿、尿少、身倦乏力、腹胀便溏、恶心纳呆、舌淡

胖、脉象细弱等脾虚湿盛证。治以健脾利水法,一般重用黄芪、党参等补气药物,现代研究证明这些药物有提高免疫力、消除尿蛋白的作用。

如见尿蛋白持续不退、倦怠乏力、面黄肌瘦、纳呆便溏等中气下陷证,治以健脾益气,升阳除湿。用完带汤(白术、山药、人参、白芍、车前子、苍术、甘草、陈皮、荆芥)加黄芪治疗,效果很好。

如见尿血、蛋白尿、身倦乏力、面色晄白、舌质淡,舌苔白、脉象细弱等脾失统摄证,治以健脾益气,升阳止血。用补中益气汤(黄芪、白术、陈皮、当归、党参、升麻、柴胡、甘草、生姜、大枣)加仙鹤草、阿胶等品。

如见反复感冒、倦怠乏力、精神萎靡等脾肺气虚证,治以益气固表。用玉屏风散(黄芪、防风、白术)加减化裁。

如见神倦乏力、纳呆口干、腰膝酸软、潮热面红等气阴两亏证,选用一些性平之品,如太子参、黄精、白术、山药、人参须等,以防助火生热。

五、活血化瘀法不可忘记,更宜久用

瘀血是肾炎的病理性产物,又是本病一个重要的致病因素,瘀血可加重脏腑功能失调,或著于肾络,而使精气外泄。瘀血产生的机理有气滞血瘀、气虚血瘀、湿滞血瘀、久病入络等。症见蛋白尿、血尿、血黏度升高、腰痛如刺、面色晦暗、舌有瘀斑、脉象涩等。治以活血化瘀法,选用丹参、水蛭、三七、桃仁、红花、赤芍、益母草等药。还常要补肾与活血同用,或益气活血、行气活血等法配合使用。

六、肾炎伴肾衰,自拟苏叶解毒汤

如症见恶心呕吐、腹胀纳呆、精神萎靡、尿少或夜尿多、舌苔白厚、脉象滑、血肌酐及尿素氮升高等,这是湿毒壅盛,肾功萎废,多见于急、慢性肾炎伴有肾功能不全时。治以和胃降逆,利湿解毒,行气降浊。选用药性平和、寒热虚实均宜、无伤正之弊的药物,王瑞道主任医师自拟苏叶解毒汤(苏叶 30 g,白术 30 g,泽泻 30 g,炒

麦芽 25 g,佛手 15 g,大腹皮 15 g,枳壳 15 g,车前子 15 g,黄连 6 g)。方中主药是苏叶、黄连,用以化湿解毒,和胃降逆;辅以白术、泽泻、车前子利湿解毒;大腹皮、枳壳、佛手、炒麦芽行气降浊。

病重时,可用附子、大黄、地榆、牡蛎、蒲公英等中药灌肠,使湿毒从后阴而泄。

张振军等

辨治恶心呕吐

张振军、庞宗然、张利军等医师(承德医学院附属医院,邮编:067000)用中医药方法治疗慢性肾炎呕吐,取得较好的效果。慢性肾炎是内科常见病、疑难病,病程长,病情复杂,在病变发展过程中,变症百出。呕吐是慢性肾病病理发展过程中,由于肾功能进行性损害,尤其是尿毒症患者最早出现和最突出的症状,是慢性肾炎病变过程中某一阶段的主要症状之一。早期表现为厌食,以后出现恶心、呕吐、腹泻、口腔黏膜溃疡、消化道出血等症状。现代医学认为,慢性肾炎患者出现呕吐,多由于低蛋白血症所致的胃黏膜水肿,或由于在治疗过程中长期运用激素,而并发溃疡或胃炎,或尿毒症时的尿素性胃肠道炎症等引起。中医认为肾炎的呕吐是由于浊邪犯胃、胃失和降所致,根据不同的病理变化结合中医辨证论治进行治疗,不仅能解除呕吐等症状,还能降低血中尿素氮、肌酐等化验指标,改善肾功能,达到祛邪扶正的目的,较单纯的见吐止吐应用范围更加广泛。

一、和胃法

即和胃止呕、调和胃气法。以香砂六君子汤(木香、砂仁、党参、茯苓、白术、甘草、陈皮、半夏)加减化裁,有复纳谷之功,使气升浊降。主治胃虚气弱、气机不畅者。

慢性肾炎好转时,尿蛋白明显减少,症见心烦呕恶、纳食减少、脘腹胀满、神疲乏力、眩晕气短、大便溏薄、舌质偏淡、舌苔薄、脉象细弱等。

慢性肾炎肾功能不全时,症见时时呕恶、口淡乏味、纳少神疲、

舌质淡、脉象细等。

慢性肾炎肾病型时,由于大量蛋白尿,血浆蛋白降低,症见呕吐恶心、纳食不馨、明显浮肿、腰酸神疲、尿少、舌质淡、脉象沉弦或滑等。

【病案举例】 李某,男性,26岁。素有慢性肾炎病史,3天前因感冒而见蛋白尿增多,且呕恶较重、纳少、面浮肢肿、精神萎靡不振、舌质淡、脉象细滑等症。治以和胃止呕、健脾助运法。处方:茯苓12g,山药12g,泽泻12g,党参9g,白术9g,姜半夏9g,枳壳9g,竹茹9g,陈皮6g,木香3g,砂仁(后下)3g,甘草3g,生姜3片。服5剂后,呕恶已见减轻。

二、泄胃法

即泄胃降逆。主治湿浊壅滞胃气、气机不肠者,用于尿毒症病人正虚邪盛。正虚即胃气已见气衰,阳虚以致气化失司,邪盛即湿浊弥漫,阻于中焦,气机升降失常,症见呕吐恶心、脘腹胀闷、口苦而干、舌苔白腻、脉象弦滑等。选用黄连苏叶汤化裁。

【病案举例】 袁某,女性,46岁。患者因尿毒症收住院作血透,症见呕吐恶心、口苦口干、心悸、夜寐不安、舌质淡、舌苔润浊腻、脉象滑等。急投化浊和胃法。处方:茯苓12g,泽泻12g,半夏9g,枳壳9g,槟榔9g,陈皮6g,佩兰6g,姜汁川连4.5g,带叶苏梗4g,砂仁(后下)3g,厚朴3g。

三、清胃法

即清利湿热和胃法。用于湿热内蕴、胃气失于和降、浊邪上逆所致者。用黄连温胆汤(黄连、枳实、竹茹、陈皮、半夏、茯苓、甘草)化裁。主治:

(1)慢性肾炎用激素治疗后,呈现呕吐恶心、面红体胖、怕热、多汗、心烦寐差、咽喉干痛、大便秘结、舌质红、舌苔黄腻、脉象滑数或弦数等。

(2)肾功能不全者,症见呕吐恶心、神识昏糊、尿少甚则尿闭、

大便干结、舌质淡、舌苔腻而干、脉象弦滑者。

【病案举例】 苏某,男性,58岁。患者1周来尿少、呕吐恶心,拟诊为尿毒症而收入院。给予西药纠正酸中毒及利尿,同时配服中药,处方:茯苓12g,半夏9g,姜竹茹9g,枳壳9g,佩兰9g,陈皮6g,姜汁川连4.5g,生军(后下)4.5g,砂仁(后下)3g。服药2剂后,呕吐恶心等症得以明显改善。

四、温胃法

用于肾阳亏损,命火衰微,阳虚而气化失于条畅,不能温振胃气,以致胃寒气逆而呕。主治未经激素治疗的病人,症见呕吐涎沫、胸腹胀闷、纳食差、畏寒喜暖、面目四肢浮肿、小便少、舌苔滑润、脉象沉弦等。选金匱肾气丸(附子、肉桂、地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻)与吴茱萸汤(吴茱萸、人参、生姜、大枣)加减化裁。

【病案举例】 朱某,女性,28岁。患者因慢性肾炎反复发作、蛋白尿增多而收入住院。见呕恶较频、口吐涎沫、口淡纳少、形寒肢冷、舌苔滑、脉象沉等症。处方:茯苓12g,菟丝子12g,姜半夏9g,吴茱萸6g,陈皮6g,水煎服。另金匱肾气丸9g吞服。服用3剂药后,呕恶平,再改用其它方法治疗。

五、降胃法

即通腑泄浊、降胃下气法。用于肾功能不全,尿毒症期虚实夹杂者。主治:

(1)以脾肾阳虚为主者,症见纳少、畏寒、下肢欠温、舌质淡胖等;

(2)以浊气上逆为主的实证者,症见呕吐恶心、口吐秽味、胸闷、尿少甚则尿闭、舌苔厚腻或垢腻、脉象弦滑等。

【病案举例】 王某,男性,38岁。患者素有慢性肾炎病史,因尿少、呕吐恶心而收住院3天,症见呕吐恶心、口吐秽味、烦躁、大便干结不通、舌质偏淡、舌苔厚腻、脉象弦滑。检查:尿素氮、肌酐

均急剧升高。处方:黑大豆 30 g,生大黄(后下)9 g,姜竹茹 9 g,陈皮 6 g,半夏 6 g,炙甘草 3 g,舟车丸(黑丑、甘遂、芫花、大戟、大黄、青皮、陈皮、木香、槟榔、轻粉)12 g(包煎)。3 剂药后,腑气得通,病情得到改善。

六、养胃法

即养胃阴而止呕。用于胃阴不足、阴虚气滞、胃失和降者。主治激素治疗后,水肿消退,干呕或恶心、口干、舌质红、舌苔光、脉象细数等。方选麦门冬汤(麦门冬、半夏、人参、甘草、粳米、大枣)和橘皮竹茹汤(橘皮、竹茹、人参、甘草、生姜、大枣)加代代花、白梅花、绿萼梅等。

【病案举例】 裘某,男性,19 岁。患者因慢性肾炎肾病型而收入住院,给予强的松每日 60mg,服药后蛋白尿有改善,但见病人干呕、胸中不适、心烦口干、面色潮红、舌光红、脉象数等症。处方:太子参 15 g,茯苓 12 g,清炙枇杷叶(去毛,包)12 g,白梅花 12 g,麦冬 9 g,姜半夏 9 g,竹茹 9 g,陈皮 6 g。

王凤岐等

辨治肾炎、肾病经验

王凤岐、吴大真两位主任医师(北京朝阳门外工体西路吉庆里卫生站, 邮编: 100020), 在临床、教学、科研、管理数十年, 经验丰富, 尤对慢性难治性疾病的治疗更有心得。今将他们辨治肾炎、肾病的经验概述如下。

在中医文献中, 虽然没有“肾炎”、“肾病”等记载, 但根据肾炎、肾病在临床上所表现的一些常见症状, 如浮肿、血尿、蛋白尿、高血压、腰痛乃至胸水、腹水、尿毒症等, 均可从“水肿”、“风水”、“尿血”、“肾风”、“腰痛”、“虚劳”、“湿热下注”、“淋浊”、“眩晕”、“关格”等极丰富的文献中看到记载, 寻找到数千年来经过无数前人临床实践的真知灼见。

对于肾炎、肾病, 首先要查清病因和病症, 判断其病位, 参考西医的诊断, 重视检验结果, 详细了解治疗经过和使用过的药物, 最后运用中医理论对其进行辨证, 而后选方用药。切忌与西医的病名简单地“对号入座”。中、西两法应各自发挥特长, 取长补短, 求同存异, 在相同中找出规律, 在不同中互展思路, 寻找结合点, 使之中、西医两法在治疗肾炎、肾病中, 摸索出更好的方法与药物。

中医诊病, 强调辨证论治, 对于任何疾病主张从症状入手, 当然现在一定要参考各种先进的检查结果。肾炎、肾病的临床症状主要是浮肿、尿血、蛋白尿、腰痛、高血压等, 总体上讲, 中医认为, 浮肿与心、肺、脾、肾的关系较为密切; 尿血、蛋白尿、腰痛与肾、精、血的关系较为密切; 高血压与心、肝、肾的关系较为密切。所以在研究和治疗肾炎、肾病时, 应当以讨论中医对浮肿、尿血、蛋白尿、

腰痛和高血压等几个病症的辨证论治为主。最后,再强调一点,中医认为“炎症”不仅是“热”、“火”,不仅要“清热泻火”,如辛凉发散、活血化瘀、清解湿热、补气血、生津液等均可“消炎”,关键在于辨清“炎症”的病因、病机、部位等,而后选择治法,不可生搬硬套,更不宜与西医的诊断去“对号入座”。

一、浮肿

浮肿在临床上大致可以分为两类。一是气肿,大都因气血虚亏,特别是气虚所致。其肿势特点为:晨起目胞肿,下午腿肿,活动后肿势减轻,按之凹陷,抬手即起,小便虽利而肿不消,或见有舌体齿痕及其它气虚症状,如气短、乏力、面色晄白等。尿常规检查各项指标基本正常。二是水肿,肾炎、肾病的浮肿,绝大多数属于水肿,当然患病日久不愈导致全身阴阳失衡、血气亏损,也会出现体虚浮肿。其特点是:以膝以下肿为主,按之凹陷,抬手不易恢复,劳累则加重,小便利则肿势减轻,常兼有全身乏力、腰膝酸痛等症。尿常规检查有病理性改变。

在中医文献记载和历代医家的论述中,对于浮肿大都是从病名、病因、病症或是病机等不同的角度去认识。例如,从病名上分,有风水、阳水、阴水、肾风等。从病因上分,有体虚卫外不固、风水相搏、湿毒侵袭、肺气不宣、风邪内侵、脾虚湿盛、命门火衰、肾阳虚惫等。从病症上分,又有腰痛、尿血、淋症、精气下泄、溺血等。在病机方面,有肺气不宣,肃降失司,不能通调水道下输膀胱所致;有脾虚不能升清降浊,运化水湿,而致水湿潴留所致;有肾虚不能行气化水,水湿泛滥而致;三焦为水液运行的通道,其气贯通人体的上、中、下三焦,如果气化失常,必然影响肺、脾、肾三脏,又可因为气滞而致血瘀,人体水液代谢失调,引起水肿。综上所述,不难看出,浮肿一症与肺、脾、肾三脏和气虚、血瘀的关系最为密切。

《内经》中关于“浮肿”的记载主要有:

《素问·至真要大论》:“诸湿肿满,皆属于脾。”

《素问·六元正纪大论》：“湿胜则水闭跗肿。”

《素问·平人氣象论》：“目裹微肿如卧蚕起之状，曰水”、“面肿曰风，足胫肿曰水。”

《素问·脉要精微论》：“脾脉软而散，色不泽者，当病足胫肿若水状也。”

《素问·水热穴论》：“肾何以能聚水而生病？肾者胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。上下溢于皮肤，故为跗肿。跗肿者，聚水而生病也。”“勇而劳甚则肾汗出，肾汗出，逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为跗肿，本之于肾，名曰风水。”

《素问·大奇论》：“肾肝并浮为风水。”

对于浮肿的治疗，《内经》中曾提出“开鬼门，洁净府”、“去郁陈莖”的方法，简要的说“开鬼门”即发汗，“洁净府”即利尿，“去郁陈莖”即行气活血化痰瘀。也就是说治疗浮肿病，有发汗、利尿、行气活血化痰、祛痰浊等一些主要的方法，但又不可拘泥，因为汗、利、化、祛等法，既可伤及阳气，又可伤及阴液，所以，一般不宜久用或重用，况且肾炎、肾病本身都有正虚的一面，所以应当随时注意扶正。根据浮肿特点，临床上一一般可按初、中、后三期进行辨证论治，同时根据水肿的轻重，分别选用常治法、重治法、调理法等三种方法施治。

1. 初期

其病机重在肺卫不固或肺气不宜，临床症状特点为：浮肿初起，兼有明显的外感症状，或浮肿是由外感而发。治疗以补肺固表、宣肺散邪、祛除风邪为主，其基础方以玉屏风散（黄芪、防风、白术）加减化裁。根据现代药理研究证明，玉屏风散具有良好的调节人体免疫功能的作用。

在玉屏风散的基础上，根据浮肿和水肿的轻重程度，还可选用人参败毒散（荆芥、防风、羌活、独活、柴胡、前胡、枳壳、桔梗、茯苓、

川芎、薄荷、人参、甘草)、银翘散(银花、连翘、桔梗、竹叶、荆芥、豆豉、牛蒡子、甘草)、越婢加术汤(麻黄、石膏、白术、甘草、生姜、大枣)等方出入。

在这些传统方剂的基础上,有一些药物经常使用,如荆芥、防风、薄荷、丝瓜络、牛蒡子。另外,常重用蝉衣 10~20 g;泽兰 20 g 可尽早使用;一般不用银花,而用忍冬藤 30 g。

2. 中期

其病机重在脾不健运,水湿不化。其临床症状特点是:浮肿久治不愈,已无明显外感症状,兼有脾气不足、脾虚的症状,如疲乏无力、面色晄白、脉象弱、舌质淡、舌苔白、舌边有齿痕等。治疗以健脾利湿、强脾运化为主。常用实脾饮(厚朴、白术、木瓜、木香、草果、槟榔、附子、茯苓、干姜、甘草)、参苓白术散(人参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、山药、甘草、莲子、砂仁、薏仁、桔梗、大枣)等加减化裁。

在健脾时应注意调理气机和运化水湿,调理气机要温健脾阳而不伤阴,运化水湿要用淡渗利湿、清化水湿,而不宜用燥烈伤正之品。在这些传统方剂的基础上,经常考虑使用柴前枳桔汤(柴胡,前胡,枳壳,桔梗)。

3. 后期

其病机重在肾,因肾阳不足、运化失司、水道不利所致。其临床症状特点是:全身浮肿,肾虚症状十分明显,如疲倦无力、腰膝酸软痛、脉象沉、舌质淡等。治疗以温肾补肾、滋阴壮阳为主,佐以利水。常用济生肾气丸(熟地、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻、附子、桂枝、怀牛膝、车前子)等加减化裁。

还可根据肾阴、肾阳的偏盛偏衰,选用左归饮(熟地、山萸肉、山药、茯苓、甘草)、左归丸(熟地、山萸肉、山药、枸杞子、菟丝子、牛膝、龟板胶、鹿角胶)、右归饮(熟地、山萸肉、山药、肉桂、附子、枸杞子、杜仲、甘草)、右归丸(熟地、山萸肉、山药、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、肉桂、附子、杜仲、当归)等出入。病情稳定后,也可常服中成药

无比山药丸。

在运用时,特别需要注意,补阳不可伤阴,滋阴不可恋湿,利湿不可伤津。

4. 常治法

这是浮肿的主治法。主要用于以浮肿为主的病症,以五苓散(茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝)、五皮饮(茯苓皮、桑白皮、陈皮、大腹皮、生姜皮)、猪苓汤(猪苓、泽泻、茯苓、滑石、阿胶)等为主加减化裁。

临床上,可根据肿势的轻重、浮肿的部位、病程的长短等,再加减药物。如以头面部或上半身为主者,可酌加羌活、麻黄等;若以腰以下肿为主者,可酌加车前子、防己等。

5. 重治法

这是浮肿病的急救法。主要用于全身水肿,肿势剧烈,水道不通,二便不利等症,且患者体力尚不衰者,方可使用。此法不可久用、常用或多用,宜“中病即止”。以疏凿饮子(商陆、羌活、秦艽、槟榔、大腹皮、茯苓皮、椒目、木通、泽泻、赤小豆、生姜皮)等为基本方加减化裁。

6. 调理法

用于病情反复发作、肿势时轻时重者。本法主要用于巩固疗效,控制复发。其总的原则是:补肺固表、健脾利湿、温肾利水等。常用方药为:生黄芪 30 g,西洋参 10 g,冬虫夏草 10 g,西红花 5 g,仙灵脾 10 g,白茅根 30 g,益母草 30 g,生苡米 30 g,生山药 20 g,茯苓 20 g,土茯苓 20 g,山萸肉 30 g 等等,临证再加减化裁。

二、尿血

中医认为“心主血,肝藏血,脾统血”,意思是说,心主血液的运行,肝主血液的储存,脾主血液的生成与统摄。这说明心、肝、脾三脏与血的关系最为密切。中医又说“气行则血行,气滞则血凝”,这说明了气与血的关系。肺又主气,故肺与血也有关。肾主骨藏精

主髓,有造血功能。综上所述,血在人体内十分重要,与五脏均有关。

中医认为血的习性与特性有:“血得热则行,遇寒则凝”、“血瘀久则化热,热迫血可妄行”、“祛瘀可以生新”、“止血切勿留瘀”、“活血不能太燥,补血不能太腻”等等,临证时,要把这些理论反复揣摩,通全达变,才能取得良好的效果。

尿血是指小便出血,一种是肉眼血尿,一种是肉眼无血,但尿检时有红细胞。

(一)肉眼血尿

一般发生在肾炎、肾病急性期,或慢性期急性发作时,此时病情较重、较急,治疗应“急则治其标”,以止血为主,但不可止血留瘀。常用方药为:白茅根 30 g,益母草 30 g,银花炭 10 g,焦栀子 10 g,旱莲草 20 g,大小蓟各 15 g,生地 10 g,丹皮 10 g,蒲黄 10 g,仙鹤草 30 g,三七 3 g(冲服),琥珀 3 g(冲服)等,临证时再加减。

(二)尿检血尿

是肾炎肾病中较常见、又较顽固的一个症状。病程长,病情复杂,且反复发作。患者应定期检查,根据病情的变化,而改变治疗方案。治疗大法是:调理气血,滋补肝肾,佐以止血。常用方药为:生黄芪 30 g,丹参 20 g,当归 10 g,生熟地各 10 g,山萸肉 15 g,鱼鳔胶 20 g,阿胶 10 g,旱莲草 20 g,西红花 5 g 等,临证再加减如杜仲炭、藕节炭、乌梅炭、灯心炭等。

三、蛋白尿

蛋白尿是肾炎、肾病中最顽固、最常见、最难医治的症状之一。中医没有蛋白尿的提法,但若见尿液混浊、尿检有蛋白,则辨证为湿浊下注、脾不统摄、肾不藏精、正气虚损、精气下泄所致。治疗常用清利湿热、分清降浊、补肾固摄法等。临证辨清湿、瘀、虚等的孰轻孰重,用药把握清利、化瘀、补涩等的孰轻孰重(包括剂量比例),这是疗效好否的关键。一般在疾病初期,或在急性发作时,要考虑

湿浊,此时不可一味补涩,以免“闭门留寇”,常把《丹溪心法》与《医学心悟》的萆薢分清饮加减化裁处方:萆薢、益智仁、石菖蒲、茯苓、炒黄柏、白术、莲子心、丹参、车前子、紫苏、蝉退等。补肾固摄时,一般以六味地黄丸(地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)与五子衍宗丸(菟丝子、枸杞子、五味子、车前子、覆盆子)加减化裁。常用经验方药是:生黄芪 30 g,冬虫夏草 10 g,山萸肉 15 g,覆盆子 15 g,莲子须 15 g,萆薢 20 g,益母草 20 g,土茯苓 15 g,白蒺藜 10 g,西红花 3 g 等。

现代药理学研究证明,黄芪、冬虫夏草、莲子须、小叶石韦、玉米须、黑大豆、乌梅、山楂、山海棠、地龙、益母草、桑螵蛸、谷精草、蛇莓、马鞭草、鹿御草、蚕茧、鬼箭羽、蝉花等对蛋白尿有特殊的治疗作用。

四、腰痛

中医早有“腰为肾之府”之说,因此,腰痛一般都与肾有关。肾炎肾病的腰痛,主要由肾虚及瘀滞所致。其临床特点是:腰痛乏力,虽不剧烈,但疼痛隐隐绵绵,久治难愈,并且伴有精神萎靡、体乏无力、性欲减退、头晕目眩、遗精、阳痿、早泄、脉象沉而无力等全身虚弱的症状。治疗以补肾为主,兼顾瘀滞,根据临床症状,分清肾之阴阳虚损孰轻孰重。或滋阴补肾,用左归饮加减;或扶阳补肾,用右归饮加减。临床常用方药为:生黄芪 20 g,杜仲 10 g,怀牛膝 10 g,桑寄生 10 g,威灵仙 10 g,熟地(砂仁拌)20 g,萆薢 20 g,木瓜 10 g,山药 60 g,鸡血藤 10 g,虎杖 10 g 等。

五、高血压

肾炎或肾病的高血压属于继发性高血压。中医认为此时的高血压是由肾虚肝阳亢盛及气滞血瘀所致。治疗以补肾阴、平肝阳、活血化瘀为主,一般以杞菊地黄丸(枸杞子、菊花、地黄、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻)为主出入化裁。常用方药为:丹参 30 g,生白芍 30 g,山萸肉 15 g,生山药 20 g,益母草 30 g,菊花 20 g,珍珠母

30 g,草决明 10 g 等等。

六、单味药的应用

在多年的临床实践中,在专病专药的理论指导下,运用一些单味中药为主,治疗肾炎或肾病取得了一定的效果,现介绍如下。

(一)蝉衣

中医认为,蝉衣有疏风散热、透疹、退翳明目、熄风止痉等功效。临床中主要用于外感风热的感冒,或温病初起;或麻疹初期,疹透不畅;或风疹瘙痒;或目赤多泪,目翳;或小儿夜啼;破伤风等。

现代药理研究证明,蝉衣能明显减轻免疫器官胸腺和脾脏的重量,降低腹腔巨噬细胞的吞噬功能,并且能稳定肥大细胞膜,阻滞过敏性介质的释放,降低毛细血管的通透性,有抑制免疫变态反应作用,这一作用是慢性肾小球肾炎免疫病理过程中所需要的。

作用与用法:蝉衣能提高肾炎肾病蛋白尿的转阴率,既可以单味药使用,也可加入到方剂内使用,一般用量为 3~10 g,水煎服用;或焙干,研末冲服。

(二)冬虫夏草

中医认为,冬虫夏草有益肾补肺、止咳平喘、补肾益精、健筋壮骨的功效。在临床上常用于肾虚或肺肾两虚之证,主治久咳久喘、阳痿早泄、遗精滑精、腰膝酸软、全身乏力等。

现代药理研究证明,冬虫夏草含有粗蛋白、氨基酸、D-甘露醇、虫草菌素、半乳糖甘露醇等,近几年来又分离出多种成分,如尿嘧啶腺嘌呤、腺嘌呤核苷、麦角甾醇过氧化物等,并具有雄性激素样作用,有提高和调节细胞免疫和体液免疫的功效,有抗缺氧、降低胆固醇、抗炎、抗烟碱等作用。对于失眠、平喘、降压以及防治肿瘤等都有良好的效果。因此,近来对冬虫夏草的药理研究不断加深,使用越来越广泛。

作用与用法:根据以上的药理研究,现在治疗肾炎也常使用冬虫夏草。一般用量为 10 g 左右,既可配伍其它药物组方使用,也

可单独使用。我们的经验是:①冬虫夏草 10 g,与乌鸡或排骨煲汤服;②冬虫夏草 3 g,水煎服或研末冲服。

(三)菟丝子

中医认为,菟丝子有补肾益阴、固精缩尿、明目止泻的作用。在李时珍《本草纲目》中有菟丝子能“久服明目轻身延年,治男女虚冷,添精益髓,去腰疼膝冷……补五劳七伤,治尿血……”,临床上常用于肾虚精亏、梦遗滑泄、肾虚腰痛、阳痿精亏、小便不禁、目暗不明及脾虚泄泻、妇女胎动不安等。

现代药理研究证明,菟丝子具有类似性激素的作用,能提高免疫力,抗衰老,还有抑制醛糖还原酶活性及脂类过氧化作用,这些作用可使沉积的 IgA 得以逆转消除,可保持肾小球毛细血管系膜的完整,促进肾脏功能复原,并且能增加心脏血流量治疗心肌缺血,减慢心率,降低血压,还能促进抗体生成,增强巨噬细胞功能,增强免疫力及机体抵抗力。

作用与用法:对于肾炎肾病既有治疗作用,又有增强抵抗力、预防复发的作用,并且对于蛋白尿的转阴率也有很大作用。一般用量为 10~20 g,配在方剂中使用;或取菟丝子 30 g,凉水 500 ml,浸泡 10 分钟后,水煎至 300 ml,去渣,每日服 2 次,每次 150 ml,连服 3 个月。

(四)水蛭

中医认为,水蛭具有很强的破血逐瘀的功能,临床上主要用于破血祛瘀、跌扑伤损、骨伤筋断的疼痛、妇女经闭癥瘕等。

现代药理研究证明,水蛭素能阻止凝血酶对纤维蛋白元的作用,可以抗凝血,能改善高血黏稠状态,扩张毛细血管,改善微循环,增强肾组织的血流量,保护肾脏功能。

作用与用法:对于肾炎肾病有瘀滞者有很好的治疗作用,可有助于肾脏功能的恢复。一般用量为 3~10 g,可以加入复方,也可单独焙干研末冲服。

(五)地龙

中医认为,地龙有清热熄风、平喘、通络、利尿等功用。临床上主要治疗热病抽搐、肺热痰鸣喘息、关节痛疼、中风后半身不遂、热结膀胱、小便不利或尿闭不通,并能治疗肝阳上亢引起的高血压等。

现代药理研究证明,地龙含有蚯蚓解热碱,有很好的退热作用,所含的琥珀酸具有解痉、利尿作用,更值得一提的是,在地龙中含有一种蚯蚓素,有很好的溶血作用,能抗凝、抗血栓、降低血液黏稠度、抑制血栓形成,具有促纤溶作用,能使已形成的血栓溶解。

作用与用法:地龙对于肾炎肾病有瘀浊者具有很好的保护和恢复肾功能的作用。一般用量为 5~15 g,可以加入复方,也可单独应用;可以晒干用,也可鲜用,以干研粉装胶囊吞服为好。

(六)全蝎

中医认为,全蝎有熄风止痉、解毒散结、通络止痛的功效,临床上常用于治疗小儿急惊风、中风面瘫、破伤风等痉挛抽搐之症,还用于治疗顽固性偏正头痛及诸疮肿毒等。

现代药理研究证明,全蝎对肾组织循环障碍、外周循环障碍均有化瘀通络的作用,可修复肾组织。

作用与用法:全蝎用于肾炎肾病有瘀浊者,一般用量不宜大,3 g 左右为宜,吞服 1 g 左右为宜。

(七)山萸肉

中医认为,山萸肉有补益肝肾、收敛固涩的功能,临床上常用于治疗肝肾阴亏的腰酸腿软、头目眩晕、遗精滑精、小便失禁、虚汗不止等,还可用于妇女崩漏或月经过多等。

现代药理研究证明,山萸肉对许多细菌和真菌有较好的抑制作用,有抗过敏、抗变态反应的作用,能增强自身免疫力,对于因化学或放射性因素引起的白血球下降有较好的升高作用。

作用与用法:山萸肉对于肾炎肾病有很好的治疗效果,能增强

机体自身免疫力,既有治疗作用,又有利于防止复发,是一种理想的药物,并且对于尿蛋白的转阴率也有很好的功效。一般用量为10~30 g,煎汤或入丸、散。

(八)黄芪

中医认为,黄芪具有补气升阳、益卫固表、托疮生肌及利水消肿的功能,临床上使用广泛,经常用于脾气虚弱、运化失健而致面色苍白或萎黄、倦怠乏力、纳少便溏,或气虚不能摄血而吐血、便血、皮下出血、妇女崩漏,又因中气下陷而脱肛、胃下垂、子宫脱出、脏器下垂等;还可用于气虚体表不固而易感冒或自汗,以及疮疡日久不溃,或溃后不敛,或气虚血亏、血行不畅的肢体麻木等。更需提出的是其补气利水的功能,对于气虚浮肿尿少者更是必用之品。

现代药理研究证明,黄芪能增强网状内皮系统的吞噬能力,增加病毒诱生干扰素的能力,促进抗体合成,对免疫反应有双向调节作用,能增强机体免疫功能,促进机体代谢,增加血清总蛋白、白蛋白、白细胞总数及多核白细胞数;具有一定的抗衰老和延寿作用;能对正常心脏有加强其收缩作用,特别是对于中毒或疲劳过度而心力衰竭的人,有很好的强心作用,对血管特别是心、肾血管有扩张作用,所以有很好的降压和保护肾功能功效。由于黄芪含有多糖,有广泛的生物活性,通过增强免疫功能,故具有抗癌作用。更值得一提的是,黄芪有利尿作用,能增加尿量及氯化物的排泄,在治疗肾病中重用黄芪是十分必要的。由于黄芪富含微量元素硒,血硒具有保护机体免受氧化损害的功能,同时能加强非酶类自由基清除剂的抗氧化作用,能提高机体防御功能,对肾小球基底膜的电荷屏障均有保护作用,因此,可控制肾性蛋白尿。

作用与用法:治疗肾炎肾病使用黄芪,对于降低蛋白尿和转阴率有极其重要的作用。黄芪对于大部分肾病,无论是肾病初期,还是肾病后期,以及肾病恢复期都是必不可少的。一般用量为10~60 g,配方使用,或单独使用,或煲汤均可。

(九)车前草

在《本草思辨录》中有“车前利水窍,即补肾之谓”之说。

具体用法:取新鲜车前草 100 g,以凉水 1 500 ml,浸泡 15 分钟后,微火煎 30 分钟,去渣取汁,而后代茶饮,每日 1 剂,10 天为一疗程。

(十)蛇床子

在《本草用法研究》中说蛇床子“感天地之燥气而生,可升可降……补肾散寒,强阳益阴”。

具体用法:取蛇床子 10 g,加凉水 500 ml 捣拌后,浸泡 10 分钟,微火水煎 15 分钟,去渣后代茶饮,一般 15 天为一疗程。

(十一)大蒜梗

来源:民间验方。

具体用法:将大蒜梗叶洗净晒干,每日用 250 g,加水 1 000 ml,煎煮 20 分钟,去渣取汁,分 3 次服完,1 个月为一疗程。

肖相如等

汗法治肾病

肖相如副研究员(北京中医药大学, 邮编: 100029)、崔玉琴医师等, 研究汗法在肾病中的运用, 其主要目的有三, 即发汗解表、利水消肿、发汗排毒。

一、发汗解表

肾病与表证关系密切, 许多肾病因表证而起, 如 IgA 肾病多因表证而引发血尿等临床症状; 许多肾病因表证而复发或加重, 如慢性肾小球肾炎、肾病综合征等经治缓解, 常因外感而复发, 慢性肾功能衰竭常因外感而导致病情加重恶化, 甚至危及患者的生命。所以, 在治疗肾病的过程中能否正确地运用汗法, 及时地解除表证, 与肾病的预后转归直接相关。急性肾病的表证与一般的表证并无两样, 而慢性肾病的表证则有其特殊性。由于慢性肾病的基本病机为本虚标实, 所以其表证都是在本虚基础上的外感, 其治疗也必须是扶正与解表同用, 具体治法也要根据外邪的性质而定。

如外感风寒者, 宜益气解表, 方用人参败毒散、参苏饮等, 甚至用温阳解表, 方如麻黄细辛附子汤。

如外感风热者, 治宜滋阴解表, 方用银翘汤(金银花、连翘、竹叶、生地、麦冬、甘草)加味。咽痛者, 可用银蒲玄麦甘桔汤。

二、发汗利水

发汗利水用于外感所致的肾炎水肿, 如急性肾小球肾炎的水肿、慢性肾小球肾炎急性发作期的水肿等。其病机为外邪袭表, 肺失宣畅, 津液既不能宣发于肌表而为汗, 又不能下输于膀胱而为尿, 风遏水阻, 风水相搏, 溢于肌肤。

外感所致的水肿一般以头面肿为主,或以头面肿为先。头面肿为主是容易理解的,为什么要强调头面肿为先呢?就是因为临床上很多外感水肿的病人就诊时全身的浮肿都很严重,头面肿并不比其它部位突出,仅仅从肿的程度已经无法作出判断,这时追溯病史就显得格外重要,如果病人的水肿是从头面部开始的,那么,我们就可以认定是属于外感水肿。外感水肿伴有表证,如发热恶寒、头身疼痛、脉象浮、舌苔薄或有咳嗽等。外感水肿的治疗应该辨别外邪的性质。

关于外感水肿的治疗虽然《内经》中有“开鬼门”的原则,《金匮要略》中有“腰以上肿当发汗乃愈”的原则,但是从临床实践来看,发汗利水法的准确运用并非易事。有鉴于此,时振声教授根据多年的临床经验制定了3条运用标准:一是水肿兼有表证的,这是容易辨认的;二是水肿兼有咳嗽、气喘、胸闷等肺经证候者;三是水肿病程短,在1个月以内者,也就是说,即使病人没有表证和肺经的证候,只要病程没有超过1个月,仍然是发汗利水法的适应证。

(1)风寒水肿:可见恶寒重、舌质淡、舌苔薄白、脉象浮紧或沉细等。可用麻黄汤合五皮饮加淮牛膝、车前子等。

(2)风热水肿:可见发热重、咽红咽干咽痛、舌质红、舌苔薄黄、脉象数等。可用麻杏石甘汤合五皮饮加淮牛膝、车前子等。

(3)湿热在表:有皮肤疮毒者为湿热在表,可用麻黄连翘赤小豆汤加车前草、益母草、白花蛇舌草、白茅根等。

治疗外感水肿麻黄是主药,麻黄发汗解表、宣肺平喘、利水消肿的功效与外感水肿的病机是最符合的,同时只要辨证确有外感,用麻黄也是安全的,一般可用10g。用麻黄后病人会出现心律加快,但血压不升高,随着利尿作用的产生,原有血压高者会下降。如果病人本来有快速心律失常,则用麻黄应谨慎,此时可以用浮萍代替麻黄,其用量为30g。现在临床上很多医生认为,麻黄的发汗作用太峻猛而不用,多选用一些比较平和的解表药物,导致疗效大

打折扣。其实,只要辨证确有风寒表证或者水肿确属外感所致者,用麻黄是正确的,效果也是肯定的。

【病案举例】

例1 乔某,男,17岁,病历号8884。因全身浮肿20天伴腹水入院,诊断为慢性肾小球肾炎肾病型。初用胃苓汤合五皮饮,每日尿量仅600~700 ml,后改用越婢汤合胃苓汤加减,尿量明显增加,每日尿量均在1000 ml以上,最多可达1900 ml,水肿很快消退。

例2 林某,男,31岁,病历号6852。因浮肿20天入院。入院时有腹水,腹围85 cm,开始即用健脾利水,腹围增至88 cm;后改用温脾利水、行气利水,腹围继续增至91 cm;以后又用温肾利水,尿量仍不增多,腹围增至102 cm,直到入院后8个月,因合并胸水而呼吸不利,同时出现鼻衄、咳嗽、舌苔薄黄、脉象弦滑等肺经症状时,方用越婢汤合五苓散加车前子、鲜白茅根。1周后尿量由每日800 ml增至1100~1900 ml。因周身痒而将麻黄改为浮萍。服药2个月,水肿全消,腹围减至76 cm。此病入病程短,但因没有及时运用发汗利水而使病程延长。

三、发汗排毒

主要用于慢性肾功能不全、尿毒症患者。发汗排毒法可促进有毒的代谢废物从汗液排泄。患尿毒症时,肾脏的结构破坏,排泄功能障碍,有毒的代谢废物潴留体内,使人体产生自身中毒症状,此时机体可通过自身调节增加汗腺的排泄功能。研究发现,患尿毒症者的汗液中代谢废物的含量比正常人显著增高,所以,有人将皮肤称为人体的第二肾脏,是人体酸碱、水电平衡的重要调节器官。中医认为,皮肤和汗腺的功能属肺所主,所以,患尿毒症时,宣肺发汗可促进毒素的排泄,缓解尿毒症症状。

一般可在辨证论治方中加用麻黄、杏仁等宣肺发汗之品;也可以用麻黄汤加羌活、川芎、红花等做露头蒸汽浴,对尿毒症具有良好的辅助治疗作用。

何 婕

从肝论治肾病

何婕医师(浙江省德清县人民医院,邮编:313216)从肝论治肾病,开阔了中医治疗肾脏病的思路。

肾病,从中医角度分析,多与肺、脾、肾三脏关联,从《内经》的“诸湿肿满,皆属于脾”及“开鬼门”、“洁净府”、“去菀陈莖”三条基本原则来看,皆说明应从肺、脾、肾三脏论治。在临床实践中体会到,某些肾脏疾病与肝的病理状态密切相关。临证时应明确肾脏病的病因病机,根据中医“同病异治”的原则,何婕医师总结出4种治疗方法,索症求因,从肝论治肾病,临床中结合病情,灵活应用,辨证施治,取得较好的疗效。

肝脏和肾脏在经络、病理、生理上是有密切联系的。肝和肾在经络上同属三阴经,从经络传病分析,足厥阴肝经可传至足少阴肾经。从生理上讲,肾主水,又主纳气藏精,开窍于耳及二阴,肝主疏泄,主藏血,开窍于目,肝若能遂其条达之性,气机通畅,实有助于水液的排泄。肝血有赖于肾精的滋养,肾精也不断得到肝血所化之精的填充,精与血是互相资生的,所以有“乙癸同源”、“精血同源”、“肝肾同源”之说。在病理上,肾精与肝血的病变亦常相互联系,相互制约。肾精亏损,可导致肝血不足;反之,肝血不足,也可引起肾精亏损,阴液不足,可导致阳的偏亢;阳偏盛,则要消灼阴液,导致阴的不足。故临床上往往肾阴不足,可引起肝肾不足,致肝阳上亢;反之,肝火太盛,可下劫肾阴,形成肾阴不足。再则肝虚疏泄无能,肝气肝阳不足,阳气困乏,子盗母气,肾阴亦虚,水无所制,泛滥妄行为水肿。正如朱丹溪《格致余论》云:“主闭藏者肾也,司疏泄者肝也。”肾病多为脾肾虚衰、水失健运、湿毒潴留所致。

肾病从肝论治四法如下:

一、温补肝肾、疏肝理气法

适用于肝郁肾虚、阳气困乏、水气阻滞者。

【病案举例】 张某,女,48岁,2001年3月24日就诊。患慢性肾小球肾炎,反复水肿5年,近3个月加重。现症见:郁闷不乐、胸胁时痛、健忘脱发、舌质淡、舌苔白、脉象细而无力等。处方:当归15g,黄芪30g,白芍15g,桂枝10g,党参15g,仙灵脾15g,菟丝子15g,香附10g,枳壳10g,茯苓15g,炙甘草6g。前后共服药30剂,诸症好转。

【按语】 该证属肝虚疏泄无力,肝气肝阳不足,阳气困乏,子盗母气,肾阳亦虚,水无所制,泛滥妄行,而为水肿。治予温补肝肾,疏肝理气,化气行水,使小便畅通,肿满消退,精神振奋。

二、疏肝理气、健脾利湿法

适用于肝失疏泄、气机不利、气滞湿阻、水湿停聚者。

【病案举例】 王某,女,38岁,2001年6月7日就诊。患肾病综合征,反复颜面、下肢浮肿半年。现症见:腰酸背疼、胸闷纳呆、头晕而胀、舌苔薄白微腻、脉象弦等。处方:柴胡10g,香附10g,陈皮10g,白术10g,茯苓20g,当归15g,木香10g,菟丝子10g,益母草15g,泽泻15g,甘草6g。服药15剂,诸症减轻。

【按语】 脾主运化水湿以制水,肝主疏泄以助脾运化,若肝失疏泄,气机不利,克伐脾胃,中气溃败,水湿停聚,聚于上焦则头晕而胀,聚于中焦则胸闷纳呆,聚于下焦则便溏。故治予疏肝理气,健脾化湿,湿去气畅,诸症缓解。

三、补肾益肝、育阴潜阳法

适用于肾阴久亏、水不涵木、肝肾阴虚、肝阳上亢者。

【病案举例】 李某,男,42岁,2002年7月9日就诊。患慢性肾小球肾炎、肾性高血压,反复头晕头痛、腰疼膝软已10年。现症见:心悸失眠、遗精乏力、尿频尿浊、面色潮红、舌质红、舌苔薄、脉

象弦细等。处方:熟地 20 g,淮山药 15 g,枸杞子 10 g,山萸肉 10 g,茯苓 15 g,丹皮 10 g,泽泻 10 g,牡蛎 30 g,川牛膝 10 g,龙骨 30 g,珍珠母 30 g,钩藤 15 g,炙甘草 6 g。服药 30 剂,诸症好转。

【按语】 肾主水藏阴精,肾阴久亏,则水不涵木,肝阳上亢,宣肃失司而致血压上升,心悸失眠,面色潮红。治拟补肾益肝,育阴潜阳,使木得水涵,肝肾条达,气机舒畅,诸症缓解。

四、补益肝肾、活血化瘀法

适用于肝肾阴虚、久病入络、气滞血瘀、运行不畅者。

【病案举例】 王某,女,59岁,2000年9月12日就诊。患慢性肾小球肾炎、氮质血症,反复头晕腰疼乏力20余年。现症见:耳鸣头昏、胸闷纳呆、夜尿频多、颜面无华、色晦暗、舌质暗红、舌苔薄、脉象弦涩细等。处方:熟地 20 g,黄芪 30 g,党参 20 g,山萸肉 10 g,鸡血藤 10 g,干地龙 10 g,白茅根 30 g,炙甘草 6 g。服药 30 剂,诸症减轻。

【按语】 久病入络,气机不畅,瘀血滞留,而致面色无华,色晦暗,耳鸣头昏等症。治予补益肝肾,活血化瘀,祛瘀生新,气血运畅,诸症减轻。

叶任高

急进性肾炎的治疗

叶任高主任医师(中山医科大学)治疗急进性肾小球肾炎(新月体肾小球肾炎)取得了较好的疗效。急进性肾小球肾炎属于免疫性疾病,由于在病理上有广泛的新月体形成,所以又称为新月体肾小球肾炎。中医无“急进性肾小球肾炎”这一病名,也没有本病的系统记载,但根据其发生、发展、临床特征等,可属于“水肿”、“癰闭”、“关格”等范畴。本病临床上较少见,治疗十分棘手,预后凶险,故须尽早明确诊断。西医治疗方面包括大剂量激素冲击疗法、血浆置换和抗凝疗法等。在西医治疗的同时,辅以中医药治疗,使本病的治愈率有所提高。中医治疗急进性肾小球肾炎的原则仍是辨病和辨证相结合,结合邪正虚实、标本缓急和脏腑病机进行辨证论治:①针对急进性肾小球肾炎的免疫机理;②针对肾炎综合征的临床表现;③针对进行性的尿毒症;④针对各时期西药治疗的副作用。

急进性肾小球肾炎在整个病程中由于病情发展的不同阶段,基本上分为早、中、后三期。早期,正虚邪实,治当祛邪为主;中期,邪实正虚,治当扶正祛邪;后期,正虚为主,治当温补脾肾之阳。

急进性肾小球肾炎的病情变化极为迅速和复杂,各期常纵横交错,故治疗以温补肾阳、益气健脾、解毒泄浊为宜,药用:白花蛇舌草、瞿麦、金银花、黄芩、六月雪、大黄、菟丝子、枸杞子、黄芪、党参、白术、半枝莲、附子、肉桂、仙灵脾、仙茅、补骨脂等。实验证明以上这些药物可调整机体免疫功能和改善肾功能。

急进性肾小球肾炎的肾脏病理中毛细血管内皮细胞增生,血小板聚集,纤维蛋白渗出,新月体形成压迫血管造成血流障碍。从

中医角度讲就是与血瘀滞有关,所以在治疗时,要在辨证的基础上使用活血化瘀法,如益母草、丹参、川芎、赤芍、桃仁、红花等活血化瘀中药有解除血管平滑肌作用,减少血管阻力的作用;可扩张血管,增加肾血流量;抑制血小板的聚集,增加纤维蛋白溶解活性。实验证明,活血化瘀药也可调整机体免疫功能和改善肾功能。

在治疗急进性肾小球肾炎时,由于一开始就应用了大剂量的激素,引起医源性肾上腺皮质功能亢进,表现出阴虚火旺征象,故要在辨证的基础上加用养阴清热之品,如知母、黄柏、元参、生地、丹皮等药。

在治疗急进性肾小球肾炎时,由于使用细胞毒性药物,容易发生骨髓抑制和细胞减少症,故要在辨证的基础上加用当归、黄芪、黄精、鸡血藤、淫羊藿等补益气血之药。

如有胃肠道反应时,可在辨证的基础上加用陈皮、半夏、竹茹、紫苏梗等和胃之品。

李文娟等

高尿酸血症肾病的研究与治疗

李文娟、王亿平等(安徽中医学院,邮编:230038)从病因病机及治疗两大方面阐述了高尿酸血症肾病的中医药研究进展,其中又以辨证治疗、固定方药治疗及辨病治疗三方面突出体现了中医药治疗高尿酸血症肾病的特色和优势。指出在使用中药治疗的同时,基本上都配合服用嘌呤醇。在有对照的研究设计中,也都选择嘌呤醇为对照组用药。建议:一是要立足中医学传统理论进行辨证论治;二是要筛选一些对血尿酸、尿酸结石等有特殊治疗作用、且临床药理研究已发现对血尿酸有一定降低作用的中药,更要对其有效成分进行深入研究。临床医师在辨证论治基础上,结合相关研究结果,适当选择一些有降血尿酸作用的中药以提高疗效。另外,在治疗过程中要调整饮食结构;要保持每日不少于2 000 ml的尿量;要碱化尿液,这三点对高尿酸血症肾病患者也是很重要的。

高尿酸血症肾病是指尿酸产生过多或排泄减少形成高尿酸血症,尿酸盐沉积于肾脏而引起的肾脏病变。本病是西方国家的一种常见病,欧美国家发病率约为0.3%,欧洲透析移植协会报道由痛风所致终末期肾衰占0.6%~1.0%,据Zolinger统计,尿酸性肾病在23300例尸解中占0.2%,而痛风病人尸解几乎都有肾脏损害。随着我国经济水平的不断提高,饮食结构较改革开放前发生了明显变化,蛋白质及富含嘌呤成分食物摄入量明显增加,这必将导致痛风及高尿酸血症肾病发病率的不断升高。西医针对该病治疗方法主要是降低血尿酸水平,而对于蛋白尿缺乏有效的治疗

措施。近年来,有关该病的中医药研究报道逐渐增多,中医药在高尿酸血症肾病中的优势和特色已引起肾病学者的高度重视。

一、病因病机

时振声认为,高尿酸血症肾病的病因可从外因和内因两方面来认识。外因主要是风、寒、湿、热之邪侵袭;内因主要责之饮食不节、嗜食肥甘、七情、劳倦等,使肺失宣降,脾失健运,肝失疏泄,肾失分分泌浊,气机升降失常,气、血、水等运行障碍,滞留不去形成高尿酸血症,损伤肾脏。本病是正气先虚,外邪侵袭而发病,主要病位在肾,与肺、脾、肝密切相关。

朱彩凤认为,湿浊、瘀阻是本病的病机关键。

肖德才认为,除湿浊、瘀阻是本病的病机关键外,更进一步指出湿浊蕴久化热,形成湿、热、瘀邪胶结,损及脾肾,出现脾肾两虚、浊毒内蓄、瘀血湿热内结的复杂病机。

傅秀兰认为,由于在出现蛋白尿之前,病人都有痛风反复发作的病史,因此,本病是风寒湿邪侵袭人体,痹阻经络而发病。

赵兆琳认为,内湿致痹,人里损肾。

伍新林认为,气候因素及饮食结构导致南方发病率较高,由于沿海地区气候湿热,又多吃海鲜、肉类,很易内生湿浊,蕴久则内生湿热,与湿热气候相合,形成湿、热、瘀,入脏则“穷必及肾”,致肾气不足,肾络闭阻,故南方地区高尿酸血症肾病的病机特点是湿浊内蕴,瘀血阻络。

二、辨证治疗

陈以平认为,高尿酸血症肾病辨证当以肾虚为本,根据风寒湿热、邪正盛衰的特点,将本病分为急性发作期和稳定期。急性发作期以邪盛为主,稳定期以正虚为主,护肾是治疗本病的根本原则。

时振声分为4型进行治疗,并临症加减。

(1)肝肾阴虚:用归芍地黄汤(当归、芍药、地黄,山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻)。

(2)脾肾气虚:用保元汤(人参、黄芪、炙甘草、肉桂)。

(3)气阴两虚:用参芪地黄汤(人参、黄芪、地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻)。

(4)阴阳两虚:用桂附地黄汤(肉桂、附子、地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻)加龟甲胶、鹿角胶、仙茅、淫羊藿等。

(5)夹湿热者,加苍术、黄柏、牛膝、海桐皮、忍冬藤等。

(6)夹瘀血者,加丹参、鸡血藤、泽兰、桃仁、红花、川芎等。

(7)夹寒湿者,加附片、桂枝、细辛、苍术等。

(8)夹水湿者,加车前子、冬瓜皮、槟榔等。

朱彩凤等以生黄芪、丹参、淫羊藿、薏苡仁、桑枝、晚蚕砂、秦艽、益母草为基本方,并随证加减治疗 35 例患者,药后腰痛、夜尿增多、水肿及痛风关节炎发作等症状均明显改善,血尿酸及肌酐亦较治疗前有所下降。

伍新林等治疗湿浊瘀阻型高尿酸血症肾病,用化湿泄浊祛瘀汤(土茯苓、草薢、苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁、木瓜、五加皮、蜚虫、丹参等),治疗 54 例,总有效率为 92.6%;同时以别嘌醇醇为对照,总有效率为 63.9%,治疗组疗效明显高于对照组($P < 0.01$)。治疗组在改善症状及肾功能,降低血尿酸、尿蛋白、尿系列微量蛋白,改善血脂代谢、血液高凝状态等方面均优于对照组($P < 0.01$),充分显示了中医药的优势和特色。

刘恩祺以益气养阴清热利水为治疗大法(基本方:生地黄、茯苓、牡丹皮、山茱萸、女贞子、旱莲草、黄芪、白茅根、土茯苓等),随证加减治疗 17 例病人,且与 9 例单用西药治疗进行对照,结果显示:治疗组在降低血尿酸、尿蛋白等方面均优于对照组。

罗珊珊等共治疗 45 例患者,总有效率 86.7%。疗效分析中还发现,肾阴亏虚、脾肾气虚型患者治疗效果优于脾肾阳衰型,表明本病的早期诊断及合理治疗极为重要,直接影响其预后。

(1)肾阴亏虚、湿热痹阻型:六味地黄丸(熟地黄、山药、山茱

萸、茯苓、泽泻、牡丹皮)合宣痹汤(枇杷叶、郁金、豆豉、射干、通草)出入。处方:熟地黄,山药,山茱萸,茯苓,泽泻,牡丹皮,防己,连翘,滑石,苡仁,赤小豆皮,牛膝。

(2)脾肾气虚、痰瘀阻络型:益肾汤(熟地黄、山茱萸、茯苓、茯神、当归、白芍、白术、苡米、生枣仁、北五味、肉桂、白芥子、黄连)合桃红饮(麝香、桃仁、红花、川芎、当归、威灵仙)出入。处方:黄芪,熟地黄,益母草,半边莲,山药,茯苓,泽泻,蝉蜕,连翘,桃仁,红花,川芎。

(3)脾肾阳衰、湿热壅盛型:肾衰汤(黄芪、附片、法半夏、陈皮、茯苓、益母草、半边莲、丹参、枳实、熟大黄)合中药灌肠方(附子、生大黄、煅牡蛎、丹参、水蛭)。

伍新林将本病分为初、中、晚期 3 个阶段进行治疗。

(1)初期:痰湿阻络,痹阻关节。治以祛瘀通络,健脾除湿,用桃红四物汤(桃仁、红花、当归、芍药、地黄、川芎)合三妙丸(苍术、黄柏、牛膝)出入。

(2)中期:脾肾亏虚,水湿不化。治以温补脾肾,化水行气,用六味地黄丸或济生肾气丸(六味地黄加附子、肉桂、车前子、牛膝)合参苓白术散(人参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、山药、甘草、莲子、砂仁、苡仁、桔梗、大枣)出入。

(3)晚期:脾肾虚衰,湿浊滞留。治以通腑泄浊,扶正固脱,温肾解毒汤(紫苏、党参、白术、炮附子、半夏、黄连、丹参、生大黄、砂仁、六月雪、米仁根)出入。

三、固定方药治疗

肖德才等以肾复康(太子参、生黄芪、生地黄、山茱萸、茯苓、白花蛇舌草、鸡血藤、忍冬藤、丹参)治疗 32 例病人,总有效率为 90.6%,治疗后血肌酐、血尿酸、24 小时尿蛋白定量均较治疗前明显下降($P < 0.01 \sim 0.05$)。

傅秀兰等以益肾宝(生地黄、米仁根、枸杞根、天花粉、麦门冬、

淮山药、泽泻、甘草)治疗 47 例病人,发现可减轻痛风发作,降低尿蛋白、尿维生素 A 醇结合蛋白、白蛋白、免疫球蛋白 IgG 排量,因而在一定程度上可减轻肾小管损害,改善肾小球滤过膜通透性,总有效率为 89.3%。

赵兆琳以痛风灵(何首乌、黄芪、苍术、车前子等)治疗 144 例高尿酸血症肾病患者,总有效率为 86.3%。

倪青等以滋肾汤(太子参、生黄芪、女贞子、旱莲草、焦山楂、丹参、苍术、黄柏、土茯苓、晚蚕砂、萆薢等)治疗 42 例患者,总有效率为 92.9%;同时以别嘌呤醇为对照,总有效率为 66.7%。滋肾汤在改善临床症状,降低血尿酸、血肌酐、尿系列微量蛋白及尿蛋白定量等方面均优于对照组($P < 0.01$),且血脂及血液流变学指标的改善亦优于对照组,说明滋肾汤能碱化尿液,减轻肾损害程度,改善血脂代谢及血液高凝状态。

陆晨以济生肾气丸合参苓白术散治疗 21 例患者,并与西药组 20 例对照,结果显示治疗组患者血尿酸、血肌酐、24 小时尿蛋白定量均明显下降,且疗效优于西药对照组。

文 丹

补肾痛风汤治疗痛风性肾病

文丹医师(葛洲坝水利水电工程集团中心医院,邮编:443002)以中医辨证为主,运用中西医结合方法,综合治疗痛风性肾病,可减少尿蛋白,降低血尿酸、血肌酐,临床总有效率达83%,显示出中西医结合治疗痛风性肾病的优势,值得进一步研究。

随着人们饮食习惯和食物结构变化,近年来痛风性肾病发生率在逐渐增长。痛风性肾病进展缓慢,表现隐匿,文献报道长期痛风而有显著性损害者占41%,其中25%死于肾功能衰竭。祖国医学认为,本病的形成不外乎内外两方面的因素,外因是风寒湿邪或风湿热邪侵袭人体,痹阻于关节;内因是正气不足,肝肾亏损,从而容易招致外邪入侵。其基本病机为外邪阻滞经络,气血运行不畅,脾肾亏虚,气虚血凝,本虚标实之证。

痛风性肾病的一般治疗,包括高尿酸血症的控制和肾功能的保护,低嘌呤饮食,如减少动物心、肝、肾、脑及沙丁鱼的摄入,戒酒,避免诱发因素,同时多饮水并碱化尿液,避免使用抑制尿酸排泄和损害肾脏的药物。西医一般给予别嘌呤醇,初剂量为200~400 mg/d,最大剂量可增至600 mg/d,待尿酸降至正常后,用维持量100~200 mg/d,并对症治疗高血压、尿路感染、关节痛及肾功能不全。

中西医结合组在西医治疗基础上给予中药治疗,以补肾痛风汤为基本方,药物组成如下:丹参30 g,茯苓30 g,生薏苡仁30 g,生黄芪20 g,枸杞子20 g,杜仲20 g,菟丝子20 g,党参18 g,威灵仙18 g,泽泻15 g,独活12 g,苍术12 g,桂枝12 g,当归10 g,黄柏10 g。每日1剂,15天为一个疗程,一般连用4个疗程。

本方的组方原则是：一则补肾，使肾藏精、主水功能正常，精微物质得以保留，湿浊之邪得以排泄；二则健脾，脾气实，脾之运化升清功能正常，水谷得以化生精微，湿浊之邪难以生成；三则泄浊通络，消除病理产物，使经脉流畅，湿浊瘀血之邪不能滞留为害。

文丹医师在临床上选择符合痛风性肾病诊断标准的 45 例患者，将其随机分为 2 组。中西医结合组 23 例，男 22 例，女 1 例（绝经后妇女）；年龄 29～81 岁，平均 58.9 岁；病程 1～29 年。西医组 22 例，男 20 例，女 2 例（绝经后妇女）；年龄 27～79 岁，平均 56.8 岁；病程 2～28 年。两组患者间年龄、性别及临床表现无显著性差异。

疗效评定标准：显效：症状、体征基本消失，24 小时尿蛋白定量 < 150 mg，血尿酸、肾功能正常。有效：症状、体征明显缓解，24 小时尿蛋白定量减少 1 g 以上，血尿酸、肾功能明显好转。无效：症状、体征及实验室检查无改善或恶化。

经治疗 4 个疗程后，疗效比较：中西医结合组：显效 13 例，有效 6 例，无效 4 例，总有效率为 83%。西医组：显效 12 例，有效 2 例，无效 8 例，总有效率为 64%。两组比较（ $P < 0.05$ ）有显著性差异。

黄晓娟

中药与抗生素治疗无症状性血尿

黄晓娟医师(哈尔滨市 242 医院, 邮编: 150066)运用中西医结合的方法治疗隐匿性肾炎单纯性血尿, 取得了较好的疗效。

隐匿性肾炎单纯性血尿是临床较为常见的原发性肾小球疾病, 又称无症状性血尿, 其特点为病程较长, 且又容易反复发作。西医给予抗炎药物治疗感染有一定的疗效, 可用青霉素静脉点滴 2 周后, 继续口服青霉素 V 钾片或阿莫西林胶囊等, 也可以口服安络血片, 出血严重时可注射立止血。

隐匿性肾炎单纯性血尿中医辨证属“尿血”等范畴,《景岳全书·血症》云:“血本阴精, 不宜动也, 而动则为病。血主营气, 不宜损也, 损则为病。盖动血者多由于火, 火盛则迫血妄行, 损者多由于气, 气伤则血无以存。”其病机大多为火热熏灼, 迫血妄行, 或气虚不摄, 血溢脉外。故治疗或以凉血止血为主, 或以益气滋阴为主。基础方: 黄芪、仙鹤草、阿胶、茜草、侧柏炭、白茅根、大、小蓟炭等。再根据临床症状随症加减。

如见头晕耳鸣、腰膝酸软、颧红潮热、舌质红、脉象细数等症者, 上方加丹皮、知母、女贞子、旱莲草等。

如见腰膝酸痛、头晕耳鸣、舌质淡、脉象沉弱者, 上方加五味子、杜仲、山萸肉、山药等; 重者可加鹿角胶、补骨脂等。

如血尿同时出现发热、口干、咽痛或扁桃体肥大、舌质红、舌苔黄、脉象浮数等症者, 宜加银花、黄芩、石膏等药。

若见体倦乏力、面色不华、舌质淡、舌体胖、舌边有齿痕、脉象细弱等症时, 要与四君子汤(党参、茯苓、白术、甘草)加减化裁。

若伴有舌质紫暗, 或舌有瘀点瘀斑, 或血尿反复不愈者, 应加

桃仁、红花、川芎、当归、丹参等药。

如见小便黄赤灼热、尿血鲜红、面赤口疮、心烦口渴、夜寐不安、舌质红、脉象数等症者，则加用栀子、黄柏、滑石、竹叶、甘草等。

桃仁、红花、川芎、当归、丹参等药。

如见小便黄赤灼热、尿血鲜红、面赤口疮、心烦口渴、夜寐不安、舌质红、脉象数等症者，则加用栀子、黄柏、滑石、竹叶、甘草等。

桃仁、红花、川芎、当归、丹参等药。

如见小便黄赤灼热、尿血鲜红、面赤口疮、心烦口渴、夜寐不安、舌质红、脉象数等症者，则加用栀子、黄柏、滑石、竹叶、甘草等。