

引用:叶茜,李玲,孔薇.孔薇治疗慢性肾炎经验[J].湖南中医杂志,2021,37(1):23-25.

孔薇治疗慢性肾炎经验

叶茜¹,李玲¹,孔薇²

(1. 南京中医药大学,江苏 南京,210001;

2. 南京中医药大学附属南京市中医院,江苏 南京,210001)

[摘要] 介绍孔薇教授治疗慢性肾炎的经验。孔教授认为慢性肾炎病机多为本虚标实,“本虚”即为脾肾亏虚,水湿泛滥,而“标实”则是湿热互结,流于下焦,若病情迁延日久,则发为瘀血阻滞,气血凝结。治疗特色包括补益脾肾、清利湿热、活血止血、清肺利咽、防治激素并发症。同时孔教授针对脾肾不足者遵循用药阴阳调和,以平为期,不用过热之品,以免伤气动血;针对湿热下注者,多予淡渗之法,水湿不下,可通络以利水;对于久病血瘀者,轻者活血,重则破血,血行则水行;临床重视利咽解表之法,以其为肾足少阴之脉所络,表邪入侵,肾脏失约,病难痊愈;联合激素治疗者,应注意顾护正气,防治并发症,临床屡获良效。

[关键词] 慢性肾炎;湿热下注;瘀血内结;名医经验;孔薇

[中图分类号] R277.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.007

慢性肾炎是一组病程长、病情迁延、病变缓慢的肾小球疾病,为临床常见病、多发病,常表现为程度不一的蛋白尿、血尿、水肿及高血压,持续进展可致肾衰竭而危及生命^[1]。中医学并无慢性肾炎之病名,结合其临床表现,可将其归属于“水肿”“淋证”“腰痛”“虚劳”等范畴,如《素问·水热穴论》载:“勇而劳甚,则肾汗出,肾汗出逢于风,内不得入脏腑,外不得越皮肤,客于玄府,行于皮里,传为跗肿”。

据研究统计,我国5年内慢性肾炎的发病率增长迅速,其中膜性肾病的发病率近乎翻倍^[2]。如何有效且安全地治疗慢性肾炎已成为临床肾病科医师面对的首要问题。目前西医在治疗慢性肾炎上多应用激素联合免疫抑制剂等治疗,但用药尚有争议且不良反应明显,一旦停药极易出现反跳现象,中医学于本病治疗上优点显著,可改善患者临床症状、减轻反跳现象,保护肾脏功能及延缓肾病进展。孔薇教授为南京市名中医,师承国医大师邹燕勤教授,多年来研于古籍,勤于临床,深得其法,从业二十余年,在慢性肾炎的治疗及延缓慢性肾脏病进展方面经验丰富。现将其治疗慢性肾炎的临床经验介绍如下。

1 病因病机

1.1 脾肾亏虚,水湿泛滥 慢性肾炎多为本虚标实,虚则不外脾、肾二脏,《景岳全书》有言:“凡水肿症,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,脾虚则土不制水而反克,肾虚则水无所主而妄行。”脾肾为先、后天之本,脾虚则运化无权,肾虚则气化失司,肺亏则宣发无力,三脏互通,水液失司,泛滥肌肤,发为水肿。《诸病源候论》亦有“水病无不由脾肾虚所为,脾肾虚则水妄行盈溢肌肤而周身肿满”之说,盖脾肾亏虚为水肿之根也。

1.2 湿热互结,流于下焦 脾为中土,行津液而制水,脾虚化湿,一则湿邪不除反困脾,加重脾虚,则湿邪更甚;二则湿性缠绵难祛,郁久化热,湿热下注,肾失封藏,交织而尿浊,故有“湿热不除,蛋白难消”之说。湿热交结不化,热伤血络,血溢脉外,发为血尿,如《金匱要略》所云“热在下焦,则尿血”。故治疗上应着重清利湿热。

1.3 瘀血阻滞,气血凝结 《读医随笔·虚实补泻论》曰:“叶天士谓久病必治络,病久气血推行不利,血络之中必有瘀凝。”慢性肾炎病情迁延,病变缓

基金项目:江苏省中医药科技发展计划项目(YB201935)

第一作者:叶茜,女,2018级硕士研究生,研究方向:肾脏病的中医临床研究

通讯作者:孔薇,女,医学博士,教授,主任中医师,硕士研究生导师,研究方向:肾脏病的临床研究,E-mail:kw-9009@163.com

慢,日久迁延入血,可致血瘀,故活血利水乃治疗关键,此为“瘀血化水亦发水肿,是血病而兼水也”。有研究也认为,肾中瘀血积滞,气血凝结,可导致组织功能受损,进而加重肾衰减,表明活血化瘀法在慢性肾炎治疗中的重要性^[3]。

2 治疗原则

2.1 补益脾肾,以固其本 现代研究考虑慢性肾炎多以免疫失衡为始发机制,加以炎症介质参与,最后引起肾小球损伤并出现相关症状^[4]。孔教授认为,现代医学中的免疫机制正相当于中医学理论描述的“正气”,正气衰弱,炎症介质不受制约,故而影响肾脏功能,是以应扶正以固其本,临床常予黄芪配伍白术以达标本兼治之效。有研究表明,如黄芪等补气药物可降低慢性肾炎患者血尿中各种炎症因子的生成,减少炎细胞浸润,从而达到保护肾脏的作用^[5]。黄芪甘温,固而不泄,白术甘苦,泄而不固,二者相伍,一固一泄,共奏益气固表、燥湿泄浊之效。为脾虚所苦者,见面色淡黄、体胖、乏力、便溏者,可加大黄芪用量至50 g,但应佐行气药陈皮、苏梗、苏叶,消食药鸡内金,以防补益太过,滋腻碍胃。除此之外,孔教授常加杜仲、续断、狗脊、怀牛膝,以上几味药皆入肝、肾二经,药性平和而无耗伤阴阳之弊,可作为慢性肾炎的常用药对。考虑到慢性肾炎患者蛋白漏出较多,除“以补固其本”,还应予金樱子、芡实等“以涩治其标”。患者肾阳不足,见面白、腰酸、肢冷、脉沉等症,予乌药温肾助其阳,但不应过用温阳,以防助热生弊,也可予补气药替代,取气温煦之功,升阳不动血,温润不燥热;另于少腹疼痛者,孔教授多予香附、延胡索、川楝子疏肝理气,以膀胱气化不利之故。

2.2 清利湿热,急则治标 孔教授认为,慢性肾炎患者病情渐进,邪传中焦,脾胃肠腑气机不利,湿热内生,二者交结,难分难解,临床上应注重清热利湿以缓解病情。孔教授多用白花蛇舌草、车前草、金钱草等草本植物,取其清热利湿之效;六月雪药性平和,为淡渗利湿首选;湿热日久,耗气伤津,阴液亏损,可予生地黄、山药、山茱萸等滋阴益肾,益水之源以制阳光;若四肢水肿严重者,加猪苓、茯苓、茯苓皮利水;面上浮肿者,予防风疏风散邪;肾炎进一步发展,肾脏功能受损,浊毒内生,再加通腑药,如大黄、火麻仁等使湿热毒素从肛门排出,上使表邪得解,下令湿浊得出,中缓消瘀结,而正气已固,

邪从旁出,脏腑清灵,易趋康复。

2.3 久病入络,缓消瘀结 孔教授赞同“久病入络必瘀”之说,认为瘀血是慢性肾炎进程中的重要病理产物,无论是气虚血停,或是热伤血脉、血液溢出皆可致瘀。现代研究表明,慢性肾炎发病过程中存在着凝血障碍,类似中医学中的瘀血阻滞,血瘀同时也是本病持续发展和肾功能进行性减退的重要原因^[6]。临床常予三七、石韦活血止血,以达通络之功。三七入肝经,可散瘀止血、消肿定痛。《本草纲目》有云:“止血,散血,定痛。金刃剑伤、跌扑杖疮、血出不止者,嚼烂涂,或为末掺之,其血即止。亦主吐血衄血,下血、血痢,崩中、经水不止、产后恶血不下,血晕血痛,赤目,痈肿,虎咬蛇伤诸病。”气血本同源,配伍陈皮、香附等行气药更添活血化瘀之功。若患者症状较重,瘀血难除,可予虫类药搜风通络,攻毒散结,但剂量不宜过大,一般为3 g,最多不超过5 g。

2.4 清肺利咽,从上驱之 《灵枢·经脉》有云:“肾足少阴之脉……从肾上贯肝膈,入肺中,循喉咙,挟舌本;其支者,从肺出,络心,注胸中。”外感风热毒邪,亦可循经络侵犯肾脏,肾失封藏,精微不固,下流膀胱,因而发病。现代研究亦证实肾炎患者常伴咽喉不适症状,而利咽治法对慢性肾炎治疗起着促进作用^[7]。临证时,孔教授常配伍金银花、牛蒡子、桔梗、蝉蜕等药利咽解表,其中金银花、蝉蜕清宣,可疏上焦风热,解表利咽,适用于风热侵袭初起之咽喉不利者;若咽部肿痛、扁桃体肿大,予牛蒡子、桔梗苦泄,利咽消肿之力更甚;久病阴虚火旺者,予栀子、葛根、淡竹叶益水制火则阴津得复;若扁桃体反复发炎,可考虑针刺放血或切除手术,不但可缓解咽部症状反复发作,也能减轻反复感染对肾脏造成的负担。

2.5 善用激素,防治并发 慢性肾炎急性发作期病情进展较快,必要时应联合激素治疗,但激素乃助阳生热之品,长期服用有伤阴耗气之弊,可致阴虚津亏、瘀血凝结,甚则耗伤正气。孔教授认为,激素诱导初期阴虚津亏不甚,此时可予增液汤养阴增液;激素诱导后期肾上腺皮质功能亢进,多属阴虚火旺之证,此时可予知柏地黄丸滋阴清热;激素减量阶段可出现肾上腺皮质功能不全等症,此时阴损及阳,表现以阴阳两虚为主,可于养阴药中加淫羊藿、党参、肉桂等温阳之品,调和阴阳;对于激素

导致的骨质疏松症,可予补钙及煅龙骨、煅牡蛎、淫羊藿等补肾强骨;对于激素导致的消化道不适等症,可予益胃汤健脾益胃、养阴生津。同时应注意激素的逐步减量,防止减药太快所导致的反跳现象,并严密观察有无感染。

3 典型病案

周某,男,64岁,2018年因双下肢水肿伴尿中泡沫增多于上海某医院就诊。查尿常规示:尿蛋白(+++),尿蛋白电泳示混合性蛋白尿,行肾穿刺,术后病理示:膜性肾病。予雷公藤多苷20 mg、每天3次,醋酸泼尼松30 mg、每天3次,服药后双下肢水肿较前缓解,但蛋白尿缓解不甚明显。后多次复查尿蛋白在0.5~1.2 g/dl,醋酸泼尼松逐渐减量至25 mg、每天1次,雷公藤多苷维持原有剂量。2019年2月双下肢水肿再作,尿常规示:尿蛋白(++++)、尿潜血(++),红细胞计数140个/ μ l、管型1个/ μ l、颗粒管型1个/ μ l,24 h尿蛋白定量2.6 g/L,血肌酐114.7 μ mol/L,血压130/70 mm-Hg(1 mmHg=0.13 kPa)。刻下症见:患者双下肢水肿,以足背部为主,按之凹陷,夜晚加重,伴尿中泡沫增多,腰膝酸软,小便不畅,纳食尚可,夜寐尚安,舌红苔薄黄,脉细数。西医诊断:特发性膜性肾病(IMN)。中医诊断:肾风(脾肾亏虚、湿热下注证),治宜益肾健脾、清利湿热。拟方如下:生黄芪30 g,麸炒白术10 g,杜仲20 g,山茱萸10 g,石韦20 g,白花蛇舌草20 g,炒薏苡仁20 g,猫爪草12 g,鬼箭羽15 g,白茅根20 g,蒲公英15 g,白英15 g,车前草15 g,芡实15 g,炙甘草3 g。14剂,每天1剂,水煎分2次温服。2周后复诊,眼睑及下肢水肿渐消,腰酸好转,苔黄,脉弦。查尿常规示:蛋白(++)、潜血(+),血肌酐91.7 μ mol/L,原方加猪苓15 g以增强利水消肿之功,三七3 g以活血化痰,血行则水行,继服14剂。查尿常规示:蛋白(+),潜血(+),血肌酐84.6 μ mol/L,腰酸症状不显,无水肿。患者坚持门诊口服中药汤剂,随症加减,随访半年余,复查尿常规及肾功能,病情稳定。

按语:患者为老年男性,平素先天禀赋不足,加之后天饮食失调而伤及脾肾,脾肾亏虚,湿热内蕴,膀胱开合不利,气化失司,不能运化水液,水液蓄积皮肤,发为水肿。水湿蕴久化热,伤阴耗气,损伤络脉,加之肾气亏虚,不能固摄精微,在内表现为口干咽燥、腰酸等,外表现为蛋白尿及血尿。故而在治疗上以补益脾肾、清利湿热、活血止血为基本大法。方中以黄芪、白术益气健脾,杜仲、山茱萸补益肝肾以固其本,白花蛇舌草、猫爪草、鬼箭羽、白茅根、蒲公英、车前草、薏苡仁等清热利湿以治其标,加以石韦清热通淋、凉血止血,白英、芡实收涩,防清利太过,甘草调和诸药,诸药配伍,标本兼顾。二诊时患

者症状明显好转,加猪苓养阴利水,加强原方功效,湿热易伤血络,再予三七活血止血,症状缓解明显。

4 结 语

目前中医药在慢性肾炎的治疗中效果显著,对减轻患者痛苦、延缓疾病发展有着重要的作用^[8]。孔教授亦强调,慢性肾炎治疗全程当结合患者病情进展及个体差异,临症加减,切勿一方贯之。于疾病进展期时,当联合激素等迅速控制病情,切莫瞻前顾后,以防救治不及时,损害肾脏;病情平稳期时,则应予以中药缓解激素及免疫抑制剂等引发的毒副作用,严密监测肝肾功能,以防药毒损伤肝肾。

参考文献

- [1] 张玮,朱娅军,秦晴,等. 428例慢性肾炎蛋白尿患者中医证型分析及临床用药经验总结[J]. 中医药学报,2019,47(2):72-74.
- [2] 杜明杰,米娜娅尔,玉诺斯,等. 1148例新疆地区肾活检病理资料分析[J]. 感染、炎症、修复,2011,12(2):89-93.
- [3] 刘西平,牟林茂. 牟林茂教授从血瘀论治慢性肾炎经验[J]. 亚太传统医药,2017,13(1):72-73.
- [4] 陈继红,刘琼,高坤,等. 孙伟教授运用“护肾延衰”理论治疗慢性肾脏病临证经验阐释[J]. 世界科学技术——中医药现代化,2019,21(4):684-687.
- [5] 沈良兰. 黄芪注射液治疗狼疮性肾炎的临证体会[J]. 中国中西医结合肾脏病杂志,2003,7(4):420.
- [6] 刘宏伟. 慢性肾炎血瘀证的形成原因分析[J]. 贵阳中医学院学报,1990(3):13.
- [7] 米秀华. 叶景华平衡法思想在慢性肾脏病治疗中的应用[J]. 上海中医药杂志,2011,45(4):3-5.
- [8] 郑淑英,黄秋霞. 针对性饮食指导+延续性护理在慢性肾炎患者中的应用研究[J]. 心血管外科杂志:电子版,2019,8(3):255-257.

(收稿日期:2020-02-19)

长黄褐斑怎么办(一)

黄褐斑(面部对称分布的淡褐色或黄褐色斑)是让女性很头痛的皮肤问题。中医学称之为“面尘”“黧黑斑”,认为其发生与肝、脾、肾三脏关系密切,尤以肝为主。现代女性承担了工作和家庭的双重压力,容易情绪不畅、焦虑不安,日久则易造成肝郁。肝郁累及脾脏可导致脾虚,也可引起血瘀;肝肾同源,肝郁导致的相火妄动(肝肾阴虚,不能涵养寄居肝肾的阳火,导致其冲逆上炎的病变)也是导致黄褐斑的原因之一。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2020-08/21/content_79811.htm)