

引用:吴颖,侯承志,袁军.袁军辨治 IgA 肾病临证经验[J].湖南中医杂志,2021,37(6):35-37.

袁军辨治 IgA 肾病临证经验

吴颖,侯承志,袁军

(湖北中医药大学,湖北 武汉,430061)

[摘要] 介绍袁军教授运用中医药治疗 IgA 肾病的临证经验。袁教授认为本病总属本虚标实,本虚为肺脾气虚、气阴两虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚;标实为风热、风湿、水湿(湿热)、瘀血。并提出了以“肺-脾-肾”为中心的五脏同治和气血水同治的治则思想,在控制病情、避免药物不良反应、防治并发症等方面有明显优势。

[关键词] IgA 肾病;辨证论治;名医经验;袁军

[中图分类号] R277.526 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.012

IgA 肾病是临床上最常见的原发性肾小球疾病,临床表现为无症状的血尿、蛋白尿,也可表现为急性肾炎综合征、急进性肾炎综合征、慢性肾炎综合征和肾病综合征^[1]。IgA 肾病的发病机制目前尚未完全明确,临床上西医治疗以血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素 II 受体阻滞剂(ARB)类药物,糖皮质激素和免疫抑制剂为主要方案,但存在病情反复难控、不良反应多等问题^[2-4]。中医药治疗方案在 IgA 肾病的治疗上有较好疗效,也可缓解临床上因长期运用糖皮质激素和细胞毒性药物而产生的不良反应。

袁军教授是湖北省中医院主任医师,主要从事中医药防治各种慢性肾脏病的临床及基础研究,对于各种类型肾脏疾病的病因病机有着深入的认识,临证中形成了自己的独特思想和用药特色,现将其辨治 IgA 肾病的经验介绍如下。

1 病因病机

中医学中并无“IgA 肾病”的病名,根据其临床表现可将其归于“尿血”“水肿”“虚劳”“肾风”等范畴。袁教授认为,本病的形成无外乎外感与内伤两个方面,外感多责之于风、热、湿等外邪侵袭人体;内伤多责之于脏腑功能的失调。本病初期多由外感诸邪侵袭人体而发病,往往以风邪为先导,兼夹热邪与湿邪致病。随着病情的进展,肺气亏虚,通调失司,气不化精而化水;脾失健运,升降不及,统血无权;肝失疏泄,进一步加重气机阻滞,从而引起三焦气、血、水代谢障碍,出现水湿、瘀血等病理产物。在临床中,激素类制剂普遍运用于肾病治疗,因其为阳刚之品,易耗气伤阴,出现阴虚内热^[2],水湿郁而化热,酿生湿热;热又易耗气伤津,加重气阴两伤的症状。因此,本病中后期多表现出气阴两虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚的症状,以血分和水分病为主,病

第一作者:吴颖,女,2018 级硕士研究生,研究方向:中医药防治慢性肾病

通讯作者:袁军,男,医学博士,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治慢性肾病,E-mail:yjun_92@qq.com

参考文献

- [1] 张声生,赵鲁卿.功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(6):2595-2598.
- [2] EL-SERAG HB, TALLEY NJ. Systemic review: the prevalence and clinical course of functional dyspepsia [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2004, 19(6):643-654.
- [3] 吴柏瑶,张法灿,梁列新.功能性消化不良的流行病学[J].胃肠病学和肝病杂志,2013,22(1):85-90.
- [4] 杜潇.李永成治疗脾胃病常用药对[J].河南中医,2016,36(1):32.

- [5] 陈婕.李永成教授脾胃学说之临床应用[J].陕西中医,2015,36(1):85.
- [6] 安秀晨,李慧臻.李永成治疗慢性胃炎常用药对集锦[J].湖南中医杂志,2016,32(3):19.
- [7] 冯云霞,时昭红,张介眉,等.调中颗粒对反流性食管炎大鼠食管黏膜脑肠肽和一氧化氮合酶的影响[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(15):154-157.
- [8] 陈婕,张津玮,杨岩,等.胃泰方对功能性消化不良肝郁脾虚型大鼠一氧化氮、神经降压素及胃窦 5-羟色胺表达的影响[J].河北中医,2017,39(7):1064-1068.

(收稿日期:2020-09-28)

位主要在脾、肾,病情严重,缠绵难愈,形成难治性肾病。

2 辨证论治

基于上述病因病机的认识,袁教授指出本病辨证论治时首先应辨清病程阶段,再辨标本虚实的主次,提出了以“肺-脾-肾”为中心的五脏同治及气血水同治的治则思想。

2.1 扶正为先,注重以“肺-脾-肾”为中心的五脏同治 本病早期多存在肺脾气虚的表现,症见神疲乏力,面色淡白少华,颜面或肢体水肿,夜尿频多,舌淡红、边有齿痕,苔薄白,脉软细;治以补脾益胃为主,方用防己黄芪汤合补中益气汤加减。处方:黄芪20g,汉防己15g,党参10g,白术15g,茯苓10g,甘草6g,当归10g,陈皮12g,升麻6g,柴胡6g。随着机体正气的进一步耗损,患者逐渐表现出气阴两伤的证候,症见神疲乏力,少气懒言,时有潮热,自汗或盗汗,或见水肿,舌红少津,脉沉细;治以补肾运脾、益气养阴为主,方用参芪地黄汤加减。处方:黄芪30g,太子参15g,石韦15g,白茅根30g,熟大黄10g,生地黄10g,熟地黄10g,山药12g,山茱萸15g,茯苓15g。后期根据阴阳的盛衰,随证治之。若出现畏寒肢冷、腰膝酸软、乏力纳呆、下肢水肿、夜尿频多清长等脾肾阳虚的表现,治以温肾暖脾为主,方用二仙汤合右归丸加减。处方:淫羊藿15g,黄芪30g,熟地黄24g,山药20g,山茱萸15g,杜仲10g,巴戟天10g,泽泻6g,肉桂6g,干姜6g,知母6g等;若出现目涩干燥、头晕耳鸣、腰酸烦热等肝肾阴液不足的表现,治以滋补肝肾为主,方用杞菊地黄丸合二至丸加减。处方:女贞子15g,墨旱莲15g,熟地黄20g,生地黄20g,山药10g,山茱萸20g,茯苓15g,泽泻10g,牡丹皮6g,枸杞子15g,杜仲15g,菊花10g,甘草6g。若兼见心烦失眠、眩晕易怒、高血压等心肾不交及肝阳上亢的表现,治以交通心肾、养肝潜阳为主,方用酸枣仁汤加减。处方:炒枣仁20g,茯苓15g,知母6g,川芎10g,甘草6g,牛膝20g,黄连6g。

2.2 兼顾祛邪,强调祛风固表,气血水同治 基于本病本虚标实的特点,袁教授认为在扶正的同时应兼顾祛邪,并根据不同的病程阶段,分别提出了祛风固表及气血水同治的治则。依据早期邪气的性质,袁教授提出了祛风固表的治则,根据热邪与湿邪的偏胜,随证加减。若出现咳嗽咽痒、扁桃体充

血红肿、舌红、苔薄白或微黄、脉浮数等风热犯表的证候,治以辛凉透表,方用银翘散加减以疏风解表、透热达邪。处方:金银花15g,连翘10g,牛蒡子12g,芦根10g,白花蛇舌草30g,桔梗10g,甘草6g。若出现面部或肢体水肿、小便不利、舌红、苔薄白、脉浮软等风湿犯表的证候,方用防己黄芪汤加减以疏风固表、健脾利湿。处方:汉防己15g,黄芪15g,白术9g,薏苡仁30g,茯苓15g,泽泻10g,甘草6g。而随着病情的进展,在IgA肾病的后期会形成气滞、血瘀、湿热等相互交杂的表现,即气血水同病。《金匱要略》言:“血不利则为水”,袁教授将活血化瘀、养血止血等治法与利水渗湿、利尿逐水等治法灵活结合在一起,提出了“气血水同治”的治则。临证中根据水湿、瘀血等病理产物的侧重不同,分别采取治血为主、辅以理气治水,或治水为主、辅以理气治血的方法,酌情选用五苓散合桂枝茯苓丸或当归芍药散加减。若兼见心胸中烦闷、胃中嘈杂、舌红、苔白腻或黄腻、脉濡数等湿热内蕴之象,则多用补脾胃泻阴火升阳汤合猪苓汤加减。处方:黄芪20g,党参10g,白术10g,甘草6g,羌活10g,汉防己10g,升麻6g,柴胡6g,黄连3g,茯苓15g,猪苓10g,泽泻10g,车前子15g,陈皮10g,苍术10g,厚朴10g。

3 典型病案

徐某,女,51岁,2018年8月2日以“双下肢水肿1周,活动后加重”为主诉就诊。患者1年前于外院行肾活检,诊断为IgA肾病,曾口服激素治疗,但病情仍反复。2018年7月21日尿检示:尿蛋白(++),血尿(+),肾功能示:肌酐 $148\mu\text{mol/L}$,尿素氮 9.0mmol/L 。现症见:双下肢水肿,乏力,食纳一般,偶有口苦、心烦,睡眠稍差,小便频多,大便不成形,余未诉明显不适。查体:双下肢凹陷性水肿,扁桃体(-),血压(BP)126/80mmHg,舌红、边有齿痕,苔黄,脉沉细。中医诊断:肾风,脾肾气虚、湿热内蕴证。处方:汉防己10g,生黄芪20g,炒白术15g,茯苓15g,葛根20g,黄芩10g,黄连6g,党参15g,甘草6g,当归15g,升麻10g,柴胡10g,陈皮10g,莲须20g,芡实20g,炒酸枣仁20g,川芎10g,知母10g,白及10g。15剂,水煎服。9月二诊:患者诉症状好转,水肿减退,仍有疲乏,食纳可,睡眠好转,大便尚调,小便频多。查体:双下肢凹陷性水肿,扁桃体(-),BP120/75mmHg,舌淡、苔白,边有齿痕,脉沉软。守上方加山药15g。15剂,水煎服。11月三诊:患者诉水肿未复发,无乏力,未诉心烦口苦,二便正常,纳眠可。查体:双下肢无水肿,扁桃体(-),舌淡、苔薄白,脉软。尿检结果转阴,肾功能好转。嘱其继服上方15剂。再次复诊时,病情未复发。

引用:张慧敏,魏纤,魏绍斌.魏绍斌治疗“不及”类月经病伴不寐经验[J].湖南中医杂志,2021,37(6):37-40.

魏绍斌治疗“不及”类月经病伴不寐经验

张慧敏¹,魏纤¹,魏绍斌²

(1. 成都中医药大学,四川 成都,610075;

2. 成都中医药大学附属医院,四川 成都,610075)

[摘要] 介绍魏绍斌教授治疗“不及”类月经病伴不寐的经验。“不及”类月经病患者常合并睡眠障碍,魏教授注重把握该类患者的病因病机特点,认为二者相关性主要体现在肾虚、肝郁、血虚、痰湿及瘀血五个方面,且常相兼为病。在辨证治疗“不及”类月经病的同时,多从心、肾、肝、脾调治,合理选用安神药。肾气、肾精不足引起者,常选用寿胎丸、四君子汤、参芪归肾丸、四物汤等为基础方进行加减;肝气郁结、气滞血瘀引起者,常选用四逆散、四物汤、逍遥散等为基础方进行加减;若脾胃亏虚引起者,常选用健固汤、四君子汤、圣愈汤为基础方进行加减。同时灵活选用穴位贴敷、艾灸、耳穴贴压等中医特色疗法,内外合治,疗效颇佳。并举验案1则,以资佐证。

[关键词] 不寐;月经病;“不及”;名医经验;魏绍斌

[中图分类号]R256.23 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.013

月经不调是妇科临床的常见病、多发病。杨家林教授从月经量、月经周期等方面将月经不调归纳为“太过”与“不及”两大类。所谓月经不及,是指月经的期或量不及正常者,月经过少、月经后期、闭经

等均属于“不及”类^[1]。有研究表明,“不及”类月经病占月经不调的48%^[2]。在临床中,因“不及”类月经病就诊的患者常伴随睡眠障碍,表现为睡眠量或质的异常。睡眠障碍属于中医学“不寐”范畴,

第一作者:张慧敏,女,2018级硕士研究生,研究方向:中医药防治妇科痛症、炎症

通讯作者:魏绍斌,女,主任医师,教授,博士研究生导师,研究方向:中医药防治妇科痛症、炎症,E-mail:wsb2012_gcp@163.com

按语:本案患者IgA肾病史1年余,病程属于慢性期,就诊时以“双下肢水肿”为主诉。《素问·至真要大论》载:“诸湿肿满,皆属于脾”,脾主运化,脾气亏虚则无法正常运化水液,出现水饮停聚,故表现为脘腹胀满,双下肢水肿;气为血之帅,气不摄血,血溢脉外则出现尿血。肾家偏虚,下元不固,精微脂液失于固摄,故见尿浊;肾蒸腾气化功能失司,故患者出现小便频多的症状。脾不升清、胃不降浊,则体内升降失司,无法将浊毒排出体外,导致肌酐等毒物蓄积体内,故见肾功能异常。脾失健运,水湿内生,故见大便不成形,湿邪郁滞气机,日久化热,故见心烦。结合舌脉,辨为脾肾气虚、湿热内蕴证,治以补益脾肾、利湿清热。方中用汉防己、生黄芪、党参、甘草、白术益气健脾,培土制水;芡实、莲须补益肾精,且能涩精固本;茯苓、知母、黄连、黄芩清热燥湿坚阴;由于患者肾功能受损,则用升麻、柴胡、葛根与黄芩、黄连相伍,一升一降,使脾阳得升、肾浊得降,同时亦可行气利湿清热;用白及收敛止

血,配以当归、川芎、陈皮活血理气,血水同治;酸枣仁补血养心安神。二诊时,患者水肿减退,症状好转,但仍有气虚的表现,故守原方加山药以平补三焦。三诊时,患者水肿消失,且未复发,二便正常,饮食睡眠可,故继守原方以巩固疗效。全方以扶正为主,兼顾祛湿清热,用药注重气血水同治,在控制病情、避免药物不良反应、防治并发症等方面有明显优势,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 陈香美,邓跃毅,谢院士. IgA 肾病西医诊断和中医辨证分型的实践指南[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(5):583-585.
- [2] 丘余良,郑健,吴亮,等. 糖皮质激素治疗对原发性肾病综合征患者中医证候影响的规律探讨[J]. 中华中医药杂志,2013,28(5):1535-1537.
- [3] 吴斌. 糖皮质激素副作用的中医药研究进展[J]. 时珍国医国药,2010,21(3):719-721.
- [4] 姬彦兆,曹明满,杨乐斌,等. 中西医结合诊疗 IgA 肾病的研究进展[J]. 辽宁中医杂志,2018,45(4):872-874.

(收稿日期:2020-11-17)