

• 名医经验荟萃 •

叶景华教授治疗肾性蛋白尿的临证经验*

韩海燕^① 路建饶^{①△} 王新华^{①△} 熊重祥^① 胡静^① 陈秀锋^①

全国名中医叶景华教授出身于中医世家。曾任全国中医肾病专业委员会委员、上海市中医肾病专业委员会主任委员、上海市第七人民医院副院长和中医科主任。1993 年起享受国务院特殊津贴,2003 年被确认为全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师。叶老从事中医临床工作 60 余年,秉承“熟读经典勤临床,发皇古义创新说”。对肾病的研究独具独到见解,临床疗效显著。如今年逾八旬,仍勤诊不倦,带教后学。笔者跟师时间不长,获益良多,现通过几则病例将叶老对肾病蛋白尿的认识及用药经验介绍如下,以示同道。

蛋白质是构成人体和维持生命活动的基本物质,可归属祖国医学“精气”“清气”“精微”。叶师认为肾病蛋白尿根据临床表现与发病机制,主要与脾肾病变有关。《素问·六节藏象论篇》载“肾者,主蛰,封藏之本,精之处也。”可见,肾失封藏是导致慢性肾炎蛋白尿的主要原因。肾失封藏,精微下泄为蛋白尿产生关键。张介宾“精,食物之精华也。”人体中蛋白质属于中医所说的精微,然精微来源于后天脾胃所化生。脾居中焦,为后天之本,主司升清,脾虚者统摄失司,清浊不分,精微失摄而外泄。”可见,脾不摄精,清气下陷和肾不藏精,精气下泄是导致慢性肾炎蛋白尿最基本的病机。其主要病机有虚实两个方面。

经研究发现,严重蛋白尿可能通过诱导并加重肾脏间质纤维化,从而直接加快慢性肾脏病的发展^[1]。因此,如何有效地减少蛋白尿是保护肾脏延缓肾功能衰竭的关键。多年来,叶师运用中医中药对慢性肾小球肾炎蛋白尿的治疗收效较好。

1 从风邪论治

急性肾病产生蛋白尿,叶师多认为由外感风邪引起有关,“风性开泄”感受风邪,腠理开泄,精气不固,形成蛋白尿。反复外感风邪或风邪久羁不散,其开泄之性直扰肾关,致肾关开合失常,固摄失调,出现持久而难消的蛋白尿。外感风邪分风寒与风热,可致反复感冒,咽痛,乳蛾肿痛,均易引起本病。叶师认为,外邪

侵袭,内应与肺,肺为水之上源,肺失宣降,通利三焦功能失常而引起水湿内停,湿热蕴结,精微之物随湿热下注。同时,慢性肾病患者常因感冒而致尿蛋白增多,或蛋白尿转阴后因感冒而复发,可见外感风邪对蛋白尿的形成具有重要影响。

急性肾病蛋白尿的治疗,叶师主张以疏解清利为主,外感表证,有蛋白尿的同时,往往伴有浮肿血尿,临床辨证要分风热与风寒两型。多数为风热之邪侵袭,表现有大量蛋白尿外,可见恶寒发热,咳嗽咽痛,浮肿,小便短赤,舌苔薄黄腻,舌质尖边红,脉浮数或弦数,治拟疏散外邪清利湿热,常用药物有大力子,板蓝根,金银花,连翘,半枝莲,小蓟,白茅根,荆芥,荠菜花等。少数为风寒者,证见恶寒无汗,发热不甚,脉浮紧或弦,宜用紫苏,麻黄,生姜等疏风散寒之剂。

现代医学研究表明,祛风药具有抗病毒及细菌感染,调节免疫紊乱,抑制变态反应,抑制肾小球系膜细胞增殖,减少尿蛋白等作用。

例 1:某男,12 岁,2012 年 2 月 31 日就诊,曾因双下肢浮肿在外院住院治疗,诊断为肾炎而用激素,泼尼松每日 30 mg,现已减 10 mg,蛋白尿仍波动在(+)~(++)。目前头痛,鼻塞流涕,伴咽干咽痛咳嗽,无浮肿,口干喜饮,小便短赤,舌质红,苔薄黄,脉浮数。尿常规蛋白(++),拟疏风解表,清热解毒。方药用金银花、连翘、桔梗、荆芥各 12 g,牛蒡子 10 g,薄荷 8 g,蝉衣 10 g,鱼腥草、甘草各 6 g。水煎服,每日 1 剂,共 7 剂。复诊见:头痛,鼻塞流涕,口干及咽干咽痛咳嗽已消失,尿清长,汗多,舌淡红苔薄白,脉浮缓。尿常规蛋白(+),用黄芪 45 g,党参、白术各 15 g,茯苓、山药各 12 g,防风 10 g,竹叶、甘草各 6 g。以此方为基础方,加减调治数月余,终于蛋白尿转阴。

2 从湿热论治

朱丹溪云:六气之中,湿热为病,十常八九。湿热之邪既可困阻中焦,脾不升清而清浊俱下;又可扰乱下焦,致封藏失职,精微下泄致蛋白尿。南方之地,天气炎热,气候潮湿,慢性肾炎患者易感受体外湿热之

* 本课题为上海市第七人民医院中医继承人培养项目(No. JCR2013-01),隶属国家中医药管理局“十二五”重点专科项目
① 上海市第七人民医院肾病科(上海 200137)
△ 通讯作者

邪加之蛋白尿日久损伤脾胃,脾健运失职,湿邪不易运化,湿与热结,湿热为患,蛋白尿长期不解。由于湿热阻滞,三焦气化失常,肾气不足,不能固精。另外,临床上抗生素、激素、免疫抑制剂、雷公藤等的广泛应用而引起药物不良反应即表现为“药源性湿热证”。慢性肾炎蛋白尿的治疗中,湿热为其重要病机,并主张从湿热出发,辨证论治。

叶师认为慢性肾炎蛋白尿以湿热为主者,除有蛋白尿外,亦有浮肿发热,口干口苦,舌苔黄腻,脉弦数,或皮肤脓疱疮者,治拟清利湿热为主,常用黄柏、山栀、半枝莲、白茅根、车前草、生甘草、茯苓等,偏湿重者,加白术、厚朴、米仁、陈皮等。在临床中,有些患者蛋白尿长期不消,用调理脏腑功能,健脾固肾的方法难以取效,而加用清利湿热之品后,蛋白尿能很快消失。

例 2: 田某,男,40 岁,2011 年 3 月 13 日初诊。既往慢性肾炎 6 年,蛋白尿持续(++)~(+++)。此次发病症见晨起双眼睑浮肿,口干口苦,腰部酸痛,胸脘痞闷,纳差,小便短少,双下肢浮肿,舌苔黄腻,脉濡数。查尿蛋白(+++),红细胞 2~4 个/HP,血压 160/80 mmHg。中医诊断:水肿。辨证:脾肾亏虚,湿热内蕴。西医诊断:慢性肾小球肾炎。予以健脾益肾、清热化湿之法。方药:黄柏、山栀子各 12 g,泽泻、茯苓各 15 g,土茯苓 20 g,白茅根、玉米须各 30 g,薏苡仁、车前草各 20 g。每日 1 剂,水煎服。服 15 剂后,患者精神状况明显改善,浮肿消退,口干口苦症状消失,仍感觉腰部酸胀不适,尿检发现蛋白(+),舌质淡红,苔薄白,脉细弦。上方去黄柏、山栀、车前草,加桑寄生、续断各 15 g,嘱以优质低蛋白饮食,并嘱加玉屏风颗粒冲服以预防感冒。15 日后小便化验蛋白(±),红细胞(-),诸症均有好转。1 年后随访,身体健康,小便化验正常。

3 从瘀论治

瘀血对于慢性肾炎的影响,由于慢性肾炎病程冗长,符合“久病入络”,“久病多瘀”的传统理论。而瘀血既成之后,又常使蛋白尿顽固难消,非活血化瘀不可以取效。瘀阻肾络,精气不能畅流,壅而外泄,故精微下泄而成蛋白尿。瘀血是慢性肾炎疾病进程中重要的致病因素。具有阻碍气机,影响津液运行,病位较深难以祛除。易致病情缠绵难愈等致病特点^[2-4]。只要辨证有瘀血之证者,可投以化瘀通络之品。

例 3: 李某,女,63 岁。于 2012 年 10 月初诊。患慢性肾炎 2 年余,肾功能在正常范围内,无血压增高,长期服用金水宝、黄葵胶囊,蛋白尿维持在(+)~(++),此次患者因感冒后发现双下肢水肿来就诊。尿常规:尿

蛋白(+++)。症见双下肢凹陷性水肿,脚面为甚,纳差,面色晦暗,腰部刺痛,舌暗红,有瘀点或瘀斑,苔薄白,脉涩。证属:脾肾亏虚,瘀血内阻。治宜补益脾肾,活血化瘀。药用生黄芪 30 g,党参 15 g,淮山药 15 g,生薏苡仁 20 g,怀牛膝 15 g,杜仲 15 g,枸杞子 10 g,菟丝子 15 g,丹参 15 g,鬼箭羽 15 g,白花蛇舌草 30 g,六月雪 30 g,车前草 30 g,茯苓皮 30 g,山茱萸 15 g,白茅根 20 g,山海棠 15 g,炒谷麦芽 15 g。14 剂,水煎服,日 1 剂;二诊,尿蛋白(+),双下肢无水肿,胃纳可,双手关节时有酸沉感,舌质暗有瘀点,上方去茯苓皮,车前草,加用桂枝 9 g,鸡血藤 15 g,鹿含草 15 g,再进 14 剂;14 日后小便化验蛋白(±),红细胞(-)。

叶师强调,瘀血是蛋白尿反复发作的病理基础。因为风湿瘀均是引起慢性肾病病情持续难解的病理因素,故加用祛风活血之剂,既可针对肾病病因又可针对现代病理研究治疗,在临床可提高对慢性肾病蛋白尿的疗效,并需坚持服药,对部分顽固性蛋白尿可获得完全缓解。叶师活血化瘀之剂,主张加用肿节风,山海棠等。

活血化瘀类中药多具有改善血液黏稠度,增加动脉血流量,降低血管阻力,改善微循环。增加微血管血流,降低其通透性,调节细胞体液免疫等药理作用。近年来的研究发现,运用活血化瘀药物还有抑制肾小动脉血管内壁脂质沉积及防止肾小球硬化,肾小管间质纤维化的作用。

4 从健脾补肾论治

肾为先天之本,先天禀赋不足,则肾元亏虚,加之邪侵袭,后天失养,劳伤肾气,房事损精,皆可致肾虚也,致肾失封藏之职,开合失司,则精微外泄而成蛋白尿,此所谓“诸病源候论”曰“劳伤肾虚不能藏精,故小便精液出也。”脾为后天之本,气血生化之源,若素体脾运不健,或药食所伤,致脾虚失于运化脾气上输之精微不能归于肺而敷布周身,徒走膀胱,或脾气虚弱统摄无权,精微外泄,而出现蛋白尿。另外,脾胃是全身气机升降之枢纽,健脾益气可鼓舞脾气,升清降浊,使清浊各行其道,尿中蛋白得以消除。因此,在治疗慢性肾炎蛋白尿重视补肾的同时,同样应重视健脾。

例 4: 李某,男,17 岁,2011 年 4 月 15 日就诊,患慢性肾炎微小病变型,血压正常,蛋白尿一直维持在(+)~(++)。患者面色少华,双下肢轻度浮肿,精神欠佳,纳谷不香,大便溏薄,小便短少,舌质淡红,苔薄白腻,脉沉缓。尿常规蛋白(+++),余(-)。肾功能检查各项指标正常,胆固醇 7 mmol/L,白蛋白 25 g/L,证属脾肾两虚,治以健脾益肾,利水化湿。方

药:黄芪 30 g,车前草 20 g,山萸肉 15 g,赤小豆 15 g,茯苓 15 g,白术 15 g,猪苓 12 g,山药 15 g,米仁根 30 g,金樱子 15 g,芡实 15 g,砂仁 6 g,水煎服,每天 1 剂,忌盐,连服 14 d。复诊:浮肿消退,精神转佳,纳可,舌脉如前,蛋白尿(+),上方去赤小豆、猪苓,加用金雀根 15 g,菟丝子 15 g,山药 15 g,服用 14 剂,多次复查尿蛋白(-),白蛋白 35 g/L,余理化检查各项指标均在正常范围,追踪随访两年未复发。

叶师认为慢性肾炎蛋白尿病机复杂,脾肾两虚为其本,因此补肾固摄,健脾益气是其最根本的治法。叶师善用黄芪,鹿含草,金雀根等,其中黄芪大补元气,具有升阳举陷,固表利水消肿作用。《珍珠囊》:“黄芪甘温纯阳,其用有五,补诸虚不足,一也;益元气,二也;壮脾胃,三也;……。”动物实验证实,黄芪能对慢性肾炎的发病有阻抑作用,并能延长蛋白尿与高胆固醇血症的发生,尤其对蛋白尿有一定的消除作用,并能提高血浆白蛋白,尤其适用于肾病蛋白尿。现代研究认为,黄芪有扩张血管、降压利尿作用,能降低蛋白尿和减轻脂肪组织过氧化对肾脏的损害^[5]。鹿含草具有益肾祛风活血之功,有较为理想的强身补益作用,补肾壮阳无辛燥伤阴之弊,固精之漏而无恋湿之害,故可补肾固精,消除蛋白尿,是较为理想的消除蛋白尿的有效药物,与黄芪相配,增强健脾益肾,升举固摄之功。

急性肾病或慢性肾病急性发作产生蛋白尿,叶师

认为多由外邪引起有关,外邪为风寒,风热,湿热为主,因风寒,风热可致反复感冒,咽痛,乳蛾肿痛,湿热可致皮肤痈疔脓包疮等,均易引起本病。慢性肾病反复发作,邪之所凑,其气必虚,叶师认为,以脾虚为主者肾病较轻,以肾虚为主者肾病较重,部分脾肾阳虚的病例可以阳损及阴,肾病及肝,则肝肾阴虚,肝阳上亢,最终导致阴阳俱损,肝脾肾三脏由虚入损,逐渐使肾分清泌浊功能丧失,脾的运化输布机能衰退,而使机体整个气化功能逐渐衰惫。叶师认为病程日久,久病入络,久病非痰必瘀,血瘀不行,湿热互结,阻滞肾络,精气不能畅流,壅而外溢,故蛋白尿产生与病理产物痰瘀关系密切。

参 考 文 献

1. 王海燕. 现代临床医学内科进展肾脏内科分册. 北京: 科学技术文献出版社, 2006. 59 - 69.
2. 郑建功. 赵绍琴辨治慢性肾炎心法. 浙江中医杂志, 2008, 43 (4): 187 - 189.
3. 刘宝厚. 肾脏病中西医结合的思路与方法. 中国中西医结合肾病杂志, 2008, 9(3): 190 - 191.
4. 王荣欣. 活血化痰在肾脏病治疗中的应用. 黑龙江中医, 2002 (1): 8.
5. 江苏新沂学院. 中药大辞典. 上海: 上海科学技术出版社, 1985. 2036 - 2040. (收稿: 2013 - 03 - 02)



作者·编者·读者

本刊关于医学符号和医学名词英文缩写的使用

统计学符号不论用哪种字母,也不论大写或小写一律都用斜体。要注意区分拉丁字母和希腊字母。例如均数的符号是字母 \bar{x} , 卡方的符号是希腊字母 χ^2 , 自由度的符号是希腊文“v”, 不是拉丁文“V”。相关系数是英文“r”, 不能误为希腊文“γ”。基因名称的英文缩写应采用斜体。

化学元素及核素在医学写作时一般多采用符号,都是拉丁字母正体大写。离子态是在右上角用数字加“-”或“+”表示。例如 Na^+ , Ca^{2+} , P^{3-} 等等,不采用 Ca^{++} , P^{---} , Al^{+3} , O^{-2} 表示。核素的核子素(质量数)写在元素符号的左上角,例如: ^{131}I , ^{32}P 。表示激发状态的 m, 写在右上角,例如: $^{99}\text{Tc}^m$, $^{133}\text{In}^m$ 。在科技论文和专著中不应写核素的中文名称,即不能写成 131 碘、 133m 。

近几年分子生物学发展很快,并已渗透到许多学科,大多数分子生物学名词术语的符号已有统一的确形式;要对符号的来源及其内涵有深刻的了解,使用时不致发生错误,例如:RNA 有 rRNA (ribosomal RNA), tRNA (transfer RNA), mRNA (messenger RNA) 3 类。r, t, m 是表示类型的符号应小写, RNA 应大写。

医学名词英文缩略语,除常用缩写词外,应在首次出现时于中文全称后加括号注明英文全称和缩略语。如:基质金属蛋白酶(matrix metallo proteinases, MMP)。文中,应尽量少用英文缩写,一般不超过 5 种。3 个汉字以上并反复出现 3 次以上的医学名词方可用缩写。