

治疗慢性肾炎蛋白尿的经验

时振声讲述 肖相如* 整理

内要提要：本文是作者几十年治疗肾炎蛋白尿的经验总结，文中指出脾不摄精、清气下陷和肾不藏精、精气下泄是慢性肾炎蛋白尿的基本病机，而湿热、风邪、瘀血等是致病的重要因素，因此在治疗上提出了健脾、补肾、治肺、治肝、祛风、清利湿热、活血利水等七大治法，灵活运用于临床，取得佳效。

蛋白尿是慢性肾炎的主要临床表现之一，在慢性肾炎临床研究工作中，如何消除蛋白尿也就成了一项重要的课题。经过几十年的艰苦努力，对于其病机认识逐渐深入，治疗方法不断丰富，疗效亦相应提高，但是还没有能达到真正解决问题的程度，有必要将本课题的研究引向深入，下面将我们治疗此病的经验进行整理，以供参考。

一、病机分析

蛋白尿是慢性肾炎的实验诊断指标之一，中医典籍中无相应记载。根据其表现，可归于“精气下泄”范畴。其病因病机和治法探讨可以此为基础，结合慢性肾炎的其他表现而展开。现代医学所说的蛋白质是构成人体和维持生命活动的基本物质，与祖国医学所谓的“精气”“清气”“精微”的概念类似。祖国医学认为，“精气”等宜藏不宜泄，肾为“封藏之本”“受五脏六腑之精而藏之”；脾主统摄升清。若肾不藏精，或脾不摄精，或脾不升清，便可致精气下泄而出现蛋白尿。综观慢性肾炎的基本病机，亦以脾肾虚损贯穿始终，故似可认为，脾不摄精、清气下陷和肾不藏精、精气下泄是慢性肾炎蛋白尿的直接机理。

既然脾肾功能失调和蛋白尿有因果联系，那么，导致脾肾功能失调的原因又有哪些呢？这是我们辨治蛋白尿时应该追究的问题。

从正虚而言，不外气血阴阳之亏损和脏腑功能失调。不论是气血虚弱，还是阴阳不足，

均可影响脾肾藏精摄精的功能。由于人体是一个有机的整体，脏腑相关，所以其他脏腑的病变亦可影响脾肾，致脾不摄精，肾不藏精。《素问·经脉别论》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散津，上归于肺，通调水道，下输膀胱……。”表明饮食精微的吸收输布与各脏腑相关。如肝病，疏泄失司，中则侮土，脾不升清，精微下陷；《格致余论》谓“主闭藏者肾也，主疏泄者肝也”，若肝失疏泄，能致肾不闭藏，精气外泄。说明肝之疏泄失常可以形成蛋白尿。又如肺气虚郁，宣降不利，脾气上输之清气不得归于肺而布散全身，径走膀胱，亦可形成蛋白尿。由上可见，蛋白尿的形成机理与各脏腑的病变都有联系。

就邪实而言，最主要的有湿热、风邪、瘀血等。这些因素的提出，主要来自临床经验的总结。至于这些因素和慢性肾炎蛋白尿究竟孰因孰果，不可一概而论，当具体分析。

在临床上，如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；又如有些患者，由于体内感染灶的存在，致使蛋白尿顽固难愈，或有的患者蛋白尿一度转阴，因感染再度复发。西医所谓的感染，其临床表现主要相当于中医的湿热或热毒，在慢性肾炎中湿热更为常见。因而在慢性肾炎蛋白尿的病

* 中国中医研究院内科肾病专业博士研究生

理因素中,湿热占有相当重要的地位。另外,从其临床表现也是不难辨认的。肾炎蛋白尿,总是尿中的有形成分增多,尿液趋于混浊,而混浊正是湿热的明证。慢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。湿热之邪既可困于中焦,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。所以许多学者认为湿热贯穿于慢性肾炎病程的始终,甚至有人谓,没有湿热就没有慢性肾炎,不无道理。

还有一种临床常见的现象,许多病人因感冒不愈而蛋白尿不消,或蛋白尿转阴常因感冒而复发。可见外感风邪对蛋白尿的形成具有重要性。说明风邪与蛋白尿关系的另一个证据就是大量蛋白尿的患者尿多泡沫,尿中泡沫多辨证当属风。“风性开泄”为其重要物性。既然感冒风邪可致腠理开泄而汗出,那么感受风邪致精气不固形成蛋白尿的机理也就不难理解了。所以《内经·水热穴论》有:“勇而劳甚则肾汗出,肾汗出逢于……名曰风水。”其临床表现与肾炎相似。虽然古人当时不可能发现蛋白尿,但从现在的角度进行推测,肾炎水肿出现蛋白尿就是理所当然的了,风邪导致蛋白尿的机理自在不言之中。

瘀血对慢性肾炎的影响早已引起广大学者注视。由于慢性肾炎病程冗长,所以符合“久病入络”“久病必瘀”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,壅而外溢,故精微下泄而成蛋白尿。关于慢性肾炎血瘀的实验指标已有较多的揭示,如血液流变学改变、血小板功能改变、血尿纤维蛋白降解产物(FDP)增高、肾静脉血栓形成等。北京医科大学第一附属医院肾病内科对一些难治性肾病,经肾静脉造影发现有血栓者,试用蛇毒进行溶栓治疗,可使部分患者水肿迅速消退,尿蛋白减少或转阴,可供借鉴。当然,我们使用活血化瘀并非定要发现肾静脉血栓而后用,只要辨证有瘀血之征者,即可投以活血化瘀药

物。

此外,临床上发现还有一些因素,如劳累、精神刺激等,也可使蛋白尿难消或者复发。这些因素对脾肾的影响是很明显的,所以在此不需赘述。

总之,慢性肾炎蛋白尿的形成机理是非常复杂的,气血阴阳的虚损、脏腑功能的失调、病邪的干扰等常常交织在一起,大大地增加了辨治的难度。

二、治法探讨

慢性肾炎蛋白尿的治疗可分为二种情况:一是蛋白尿与肾炎的其他表现如水肿、血尿、高血压、肾功能损害等并存,此时的治疗当以这些可见之证为主要依据进行辨治,往往随着这些证候的改善,蛋白尿也告消失;二是其他表现不明显,或经治消失而蛋白尿不愈者,此时应根据全身的表现认真辨析蛋白尿的发生机理予以相应的治疗。下面对临床常用的治法列举数种以说明。

1. 健脾法:本法主要用于慢性肾炎蛋白尿属于脾气虚弱者,临床表现有面色淡黄,纳差乏力,腹胀痞满,大便稀散,脉象较弱,可用健脾益气法,方如香砂六君子汤、参苓白术散、黄芪大枣汤等;若中气下陷之证明显,见头晕乏力、腹胀下坠、便意频频等,可用健脾升提法,方如补中益气汤。

患者熊×,女,11岁,1983年10月18日初诊,门诊病历号071。1982年7月16日体检时发现尿蛋白(++),无浮肿,活动及感冒后明显,曾在外院诊断为“隐匿型肾炎”。易疲乏,常感冒,咽痛,纳差,大便偏稀,日1~2次,小便调,舌胖大、质稍红、苔薄白。辨证为脾气虚弱,拟益气健脾法,方用参苓白术散加减:党参12克,茯苓15克,白术10克,扁豆10克,陈皮10克,山药10克,苡米10克,莲肉10克,莲须10克,金樱子10克,芡实15克。服上药12剂,查小便蛋白痕迹。后因感冒或换方尿蛋白出现(+),续予参苓白术散加减,尿蛋白复转阴。至1985年5月复诊时,尿蛋白仍为阴性。

2. 补肾法:补肾法用于慢性肾炎蛋白尿有肾虚见证者。肾阴虚者见腰膝痠软或痛、五心烦热、咽干口燥、小便黄少、遗精、舌红少

苔、脉细或细数等。宜滋补肾阴。方如六味地黄丸、左归丸之类加减；肾阳虚者见腰膝冷痛、畏寒肢冷、小便清长、夜尿数多、舌体胖嫩、脉弱等。治宜温补肾阳。方如肾气丸、右归丸之类加减；肾气不固或兼肾精亏损者。表现为肾虚而无明显寒热之象。如腰膝痠软、尿后余沥、小便清长等。治之当益气固肾。方如五子衍宗丸合水陆二仙丹、桑螵蛸散、金锁固精丸等；肾阴阳两虚者则既有阴虚见证。又有阳虚见证。治之又当阴阳双补。如肾气丸、济生肾气丸等可随证加减使用；气阴两虚者即倦怠乏力等气虚之证与阴虚同见。当以益气养阴为法。方如参芪地黄汤、大补元煎等可供选用。

周×，男，33岁，1985年11月5日就诊。病历号349。1984年体检发现尿异常。曾在外院经肾穿诊断为系膜增殖性肾炎。临床诊断为隐匿型肾炎。目前咽干，口渴不多饮，腰痠疲乏，纳可，小便短黄，大便调，舌红苔微黄腻，脉弦细。化验：内生肌酐清除(CCr)试验77 ml/min，血压140/90 mmHg，尿蛋白(++)，高倍视野红细胞0~1个，白细胞0~1个。辨证属气阴两虚夹湿热，宜益气养阴佐清利。方用参芪知柏地黄汤加减：党参15克，黄芪15克，知母10克，黄柏10克，生地15克，山萸肉10克，山药10克，云苓15克，丹皮10克，泽泻10克，砂仁6克。服药月余，诸证改善，蛋白转阴。后以此方加减调理一年，痊愈出国。

王××，男，26岁，因腰痛2年余而住院。病历号35027。病程中曾出现浮肿。入院时，血压110/80 mmHg，下肢浮肿不明显。化验：尿蛋白(++++)，高倍视野红细胞0~1个，白细胞0~1个，透明管型0~1个，颗粒管型1~2个，酚红排泄(PSP)试验9%(2h)，白蛋白2.1g%，球蛋白1.5g%，胆固醇320mg%。诊断为慢性肾炎。入院后因面色㿠白，畏寒肢冷，口不渴，腰痛脉虚，舌淡而润，以金匱肾气丸、济生肾气汤加黄芪调理4月，蛋白减至(++)。停用黄芪，单纯以补肾为主，尿中蛋白又增至(+++)。经再度用黄芪合桂附八味(后改为附子汤合黄芪)1月余，尿蛋白微量，其他指标亦好转而出院。

3. 治肺法：治肺法用于慢性肾炎蛋白尿而有肺经病变者。若肺气虚弱，卫表不固，见有自汗恶风易感冒者。宜益气祛风固表。方如玉屏风散加味；若肺阴不足，而见干咳少痰、音哑咽干而痛、或痰中带血、潮热盗汗等，当益

肺养阴，方如麦味地黄汤、竹叶石膏汤等。此外还有宣肺法，用于风邪袭肺而致肺气壅郁者，详见祛风法。

刘×，男，20岁，1986年3月4日就诊，病历号774。尿检异常一年余，无浮肿，腰痠痛，咽干痛，口干欲饮，大便干，2天一次，尿中蛋白(+++)，高倍视野红细胞2~3个，白细胞0~6个，诊断为慢性肾炎普通型。舌红苔薄，脉弦细，乃肺肾阴虚。拟滋养肺肾法。方宗麦味地黄汤加减：麦冬15克，五味子10克，生地30克，山萸肉10克，山药10克，丹皮10克，茯苓15克，泽泻15克，忍冬藤30克，野菊花15克。服药一周，尿检正常。后以此方加减治疗年余，尿检一直正常。

4. 治肝法：在慢性肾炎蛋白尿中常用的有疏肝法、养肝法、平肝法。若蛋白尿而见情志抑郁、胸胁胀痛、善叹息、或月经不调、脉弦等肝郁之证，治用疏肝法，方如柴胡疏肝散、逍遥散等；若见胁痛、眼目干涩、视物模糊、月经量少、或烦躁潮热等肝血或肝阴不足者，又当养肝血或滋肝阴，方如四物汤加枸杞、牛膝等，或用杞菊地黄汤加减；若见头晕失眠、腰痛膝软、多梦易怒、颜面潮红、舌红少苔、脉细数、血压升高等阴虚阳亢之证，则当平肝潜阳，方如羚角钩藤汤等加减使用。我们在临床中曾有用四逆散合小陷胸汤治愈慢性肾炎蛋白尿见肝郁兼痰热的病例。

5. 祛风法：祛风法用于慢性肾炎蛋白尿由于风邪侵袭而长期不愈或由于风邪外袭而加重、复发者。祛风法当辨明兼夹而使用。风寒者当祛风散寒，方如麻黄汤、麻黄附子细辛汤、荆防败毒散之类；风热者应当散风热，方如银翘散、桑菊饮、银蒲玄麦甘桔汤(经验方)等；风湿者则用祛风胜湿、升阳益胃法，常用药物有羌活、防风、稀莩草、川芎、苍术、升麻、柴胡以及昆明山海棠、雷公藤等。

刘×，男，6岁，1987年3月31日就诊，病历号1065。1985年4月2日因全身浮肿而住某院治疗，诊断为肾炎而用激素。激素减至10毫克时复发，1986年9月又服激素每日30毫克。现已减1/4片，尿蛋白仍波动在(+)~(+++)，诊断为慢性肾炎普通型。目前无浮肿，但咽部不适，口干喜饮，尿黄，舌红，脉细数。

拟滋养肺肾,用麦味地黄汤加减。尿蛋白仍难消失,后又因感冒而鼻衄、流涕,风热之象更显,用银蒲玄麦甘桔汤加减以疏风清热利咽,银花15克,生甘草3克,桔梗3克,薄荷3克(后下),麦冬12克,焦楂曲各10克,白茅根30克。以此为基础方,加减调治月余,终于蛋白转阴。

6. 清利湿热法:清利湿热法用于慢性肾炎蛋白尿有湿热见证者,如胸脘痞闷、口苦口粘、口干不欲多饮、纳呆、大便溏泄不爽、小便黄赤混浊、或有尿频急而痛、舌红苔黄而腻、脉滑等。方剂有三仁汤、黄芩滑石汤、八正散等可供选用。

张×,男,22岁,1983年9月13日就诊。2年前面部及下肢浮肿,并有腹水,尿检异常,经治肿消而小便始终有蛋白(++),诊断为慢性肾炎普通型。证见口干喜饮,全身乏力,纳可,二便调,舌红脉细,辨为气阴两虚,予大补元煎,效果不明显。后见口干不欲饮,口粘,舌红苔薄腻,脉细数,用清热利湿法,方宗三仁汤加减:杏仁10克,苡仁10克,蔻仁6克,法半夏10克,厚朴10克,通草3克,淡竹叶10克,滑石30克,茯苓15克。服药月余,尿蛋白微量。继以此方加减调治,尿蛋白阴性。

7. 活血利水法:瘀血和水湿是慢性肾炎的常见兼证,若湿瘀互结则病情更加缠绵难已。症见水肿、小便不利、腰痛固定、舌质暗红或有瘀斑(点)、脉涩等,方如当归芍药散、桂枝茯苓丸合五苓、五皮等。

艾××,女,53岁,1984年11月27日就诊。去年11月因浮肿而尿蛋白(+++),曾服激素治疗,水肿消退,尿蛋白仍在(+++)~(++++)。今年7月肾图示双肾功能轻度受损,血清尿素氮(BUN)29 mg%,血清肌酐(Cr)1.33 mg%,二氧化碳结合力(CO₂-CP)40.2 体积%,白蛋白/球蛋白(A/G)=3.35/3.33,胆固醇329~600 mg%,血压190/110~170/90 mmHg,并有5年肝炎史,合并脂肪肝。诊断为肾病综合征II型恢复期。目前腰痛乏力,心慌胸闷,胸前区疼痛,下肢轻度浮肿,畏寒,口粘口干,饮水不多,纳差恶心,大便稀,尿短黄,舌红、苔薄黄,脉小滑,拟益气滋肾佐清利。药后效不显,尿蛋白无改变,脉见沉细,舌质暗红,拟活血利水法,当归芍药散加减:当归10克,赤芍15克,川芎10克,白术10克,茯苓15克,泽泻15克,怀牛膝10克,车前子15克(包),桑寄生12克,川断12克,党参12克,生芪30克,陈皮10克。

服药7剂,诸证减轻,尿蛋白微量。继以上方加减治疗,病情稳定,蛋白转阴。

以上列举了常用的七种治法,但实际上蛋白尿的治法还有许多,我曾在1977年将其归纳为十法,即健脾益气、温补脾肾、滋养肾阴、补脾固肾、气血双补、气阴双补、阴阳双补、活血化瘀、清热化湿、消化蛋白⁽¹⁾,1986年又一次进行了系统论述⁽²⁾,可供临证参考,所以在此不一一罗列。应该指出的是,为了行文方便,笔者对各种治法进行了分述,而临床上有时几种证候同时并见,需要根据证情数法合用,不可拘泥。

三、研究思路

对于慢性肾炎蛋白尿的研究和治疗,主要思路有二。一是按照祖国医学的传统理论进行辨证论治。这是主要的、根本的原则。但如何提高辨证论治水平,这是一个值得认真探讨的问题。二是筛选一些对蛋白尿有特殊治疗作用的药物。已经有些苗头的药物如黄芪、小叶石韦、昆明山海棠、雷公藤、黑大豆、白果、地龙、乌梅、山楂、冬虫夏草等应当引起重视,在辨证论治的基础上加入这些药物似可提高疗效。不过在选用这些药物时也应辨证,如黄芪多用于气虚者,石韦多用于湿热者等。

参 考 文 献

- (1) 时振声. 慢性肾炎蛋白尿的中医治疗十法. 江苏医药 1977年; (12):26.
- (2) 时振声,等. 肾炎的中医证治要义. 北京:人民卫生出版社,第1版,1986.

(上接第64页)

* 第三届亚细安中医药学术大会于1989年9月2至3日在泰国曼谷召开,卫生部副部长兼国家中医药管理局局长胡熙明,率中国代表一行五人作为特邀代表参加了会议。来自泰国、新加坡、马来西亚、印度尼西亚、菲律宾、中国、日本、台湾、香港、澳门等十几个国家和地区的近千名中医药专家和学者出席了会议。大会宣读了44篇中医药论文,胡熙明副部长在大会开幕式上致词,并首先作了《当代中国中医药事业的发展及国际交流与合作的前景》的学术报告。第四届亚细安中医药学术大会将于1992年在新加坡举行。