

益气活血、清热利湿法为主治疗慢性肾炎 30 例临床观察

占永立^{*} 戴希文^{*}

摘要 目的:观察益气活血、清热利湿法为主治疗肺肾气虚、挟湿挟瘀型慢性肾小球肾炎的临床疗效。方法:30 例中医辨证为肺肾气虚、挟湿挟瘀型慢性肾炎患者,以益气活血、清热利湿法为主治疗 3 个月,比较治疗前后症状积分及主要实验室指标。结果:治疗后总好转率为 90.0%,显效率为 23.3%。治疗前后相比较,症状总积分明显下降($P<0.01$);24 小时尿蛋白定量及血清总胆固醇(TC)显著降低($P<0.01$)、尿沉渣红细胞计数显著降低($P<0.05$)、血清总蛋白(TP)、白蛋白(Alb)及免疫球蛋白 IgA、IgG 明显升高($P<0.05$)。结论:益气活血、清热利湿法对肺肾气虚、挟湿挟瘀型慢性肾小球肾炎患者具有较好的临床疗效。

主题词 肾小球肾炎/中医药疗法 益气活血 清热祛湿

慢性肾小球肾炎是多种原因、多种病理类型组成、原发于肾小球的一组疾病,治疗困难,是导致终末期肾病(DSRD)最常见的原因。肺肾气虚、挟湿挟瘀是慢性肾炎常见的临床类型。戴希文教授在长期临床实践中摸索出以益气活血、清热利湿法为主治疗本病的方法并取得较为满意的疗效。现将 1999 年 11 月~2001 年 11 月 30 例慢性肾炎的治疗结果总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准

1.1.1 慢性肾炎诊断标准:参照 1992 年在安徽太平举办的原发性肾小球疾病分型、治疗及疗效标准评定专题座谈会拟定的标准^[1]。

1.1.2 肺肾气虚、挟湿挟瘀证中医辨证标准:参照 1986 年第二届全国中医肾病专题学术讨论会通过的《慢性原发性肾小球疾病中医辨证分型试行方案》的有关标准^[2],并作适当修改。具体包括:主症:(1)少气乏力;(2)易感冒。次症:(1)咽干、咽痛或咽部暗红;(2)脘闷纳呆,口干不思饮食;(3)小便黄赤、灼热;(4)舌苔薄黄或黄腻,脉细滑或滑数;(5)舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉细涩。凡具备主症(1)或(2);次症(1)~(5)项中任何两项者可定为本证。

1.1.3 24 小时尿蛋白定量:小于 3.5g。

1.2 病例排除标准:不符合上述西医诊断及中医辨证标准者;继发性肾脏病患者,如系统性红斑狼疮肾损害

等;合并有心血管、肝、造血系统、内分泌系统等严重疾病及精神病患者;24 小时尿蛋白定量大于 3.5g。

1.3 一般资料:30 例患者全部符合上述慢性肾炎诊断标准及气虚血瘀兼湿热证的中医辨证标准。30 例患者中,男性 16 例,女性 14 例;年龄 18~56 岁,平均 31.2 岁;病程 6~120 个月,平均 19.23 个月。30 例患者中,肾脏病理诊断明确者 20 例,其中非 IgA 型轻一中度系膜增生性肾炎 7 例,IgA 型轻一中度系膜增生性肾炎 5 例,局灶节段性肾炎 3 例,膜性肾病 3 例(I 期 2 例、II 期 1 例),膜增殖性肾炎 2 例。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 饮食控制:低盐(3~6g/d)、优质蛋白($1.0\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$)及高热量($35\text{Kcal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$)饮食。

2.1.2 对症治疗:合并高血压者,将血压维持在 120~130/70~80mmHg,但只选用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)及血管紧张素转换酶受体拮抗剂(ARB)以外的其他类型的降压药,如钙离子拮抗剂、 α_1 受体拮抗剂、 β -受体阻滞剂等,其他如合并感染者,采用抗感染治疗等。

2.1.3 益气活血、清热利湿中药治疗:主方组成:生黄芪 12g,白术 9g,防风 6g,金银花 12g,连翘 9g,蛇莓 15g,白花蛇舌草 30g,茯苓 12g,泽泻 12g,当归 12g,川芎 12g,益母草 15g,白茅根 30g,穿山龙 12g^[3]。随症加减:咽干咽痛明显者加大青叶 30g,紫花地丁 15g;血尿较多者,加仙鹤草 30g,大蓟、小蓟各 15g,地榆炭 12g;中、下焦湿热较重者,加车前草 30g,败酱草 30g,白头翁 15g。热毒明显者,加蒲公英 30g。疗程 3 个月。

2.2 观察指标

2.2.1 症状计分:按气虚血瘀兼湿热证的中医辨证标准,主证每一症状按正常、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分;次证每一症状按正常、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分。给药前及给药后每月记录 1 次。具体标准参照文献^[3]。

2.2.2 主要实验室指标:24 小时尿蛋白定量、尿沉渣红细胞计数、血红蛋白(HGB)、血肌酐(SCr)、血尿素氮(BUN)、肌酐清除率(CCr)、胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、血清总蛋白(TP)、白蛋白(Alb)、免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)。给药前及给药后每月记录 1 次。

^{*} 中国中医研究院广安门医院肾内科,北京市宣武区北线阁 5 号(100053)

收稿日期:2002-11-11;修回日期:2002-12-18

表 1 治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	例数	治疗前	治疗后
总积分	30	11.40±3.05	6.53±2.84**
少气乏力	30	1.87±0.73	1.53±0.86
易感冒	30	1.73±1.26	0.87±1.01**
咽干或咽痛	30	1.80±1.10	0.13±0.51**
咽部暗红	30	0.17±0.46	0.10±0.31
脘闷纳呆,口干不思饮食	30	0.73±0.87	0.40±0.50**
小便黄赤、灼热	30	1.30±0.65	1.03±0.32
舌苔薄黄或黄腻	30	0.43±0.50	0.20±0.41*
舌质紫暗或有瘀点、瘀斑	30	1.67±0.66	0.87±0.73**
脉细滑或滑数或细涩	30	0.93±0.25	0.90±0.31

与治疗前比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$

表 2 治疗前后主要实验室指标比较($\bar{x} \pm s$)

项目	例数	治疗前	治疗后
尿蛋白定量(g/24h)	30	1.97±1.38	1.41±1.08**
尿红细胞(个/HP)	30	6.37±7.49	3.03±2.83*
HGB(g/L)	30	131.83±19.23	133.60±16.33
SCr(μ mol/L)	30	80.55±20.74	80.76±17.82
BUN(mmol/L)	30	5.30±1.35	5.18±1.25
CCr(ml/min)	30	79.13±15.52	80.11±12.36
TC(mmol/L)	30	5.47±1.62	4.91±1.33**
TG(mmol/L)	30	2.08±0.96	2.04±0.97
TP(g/L)	30	63.90±11.60	66.93±11.00**
Alb(g/L)	30	36.10±7.58	38.50±7.47**
IgA(g/L)	30	1.20±0.44	1.26±0.38**
IgG(g/L)	30	11.55±1.91	12.13±1.59**
IgM(g/L)	30	1.04±0.36	1.07±0.32

与治疗前比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$

2.2.3 统计学方法:采用 SPSS 8.0 统计软件系统,治疗前后配对资料分析用 t 检验。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:参照有关疗效标准^[1,2]:(1)完全缓解:症状及体征完全消失,尿蛋白检查持续阴性或“±”2个月以上,或 24 小时尿蛋白定量持续小于 0.2g;高倍镜下尿红细胞消失;尿沉渣计数正常;肾功能正常。(2)基本缓解:症状与体征基本消失,尿蛋白检查持续减少 50%以上;高倍镜下尿红细胞不超过 3 个;尿沉渣计数基本正常;肾功能正常或基本正常(与正常值相差不超过 50%)。(3)好转:症状及体征明显好转,尿蛋白检查持续减少 1 个“+”或者 24 小时尿蛋白定量持续减少 25%~49%;高倍镜下尿红细胞不超过 5 个;肾功能正常或有改善。(4)无效:临床表现与上述实验室检查均无明显改善或加重。

3.2 临床疗效:30 例患者中,完全缓解 3 例,基本缓解 4 例,好转 20 例,无效 3 例。好转率为 90.0%,缓解率(含完全缓解及基本缓解)为 23.3%。

3.3 症状积分变化情况:表 1 示,治疗后与治疗前比

较,总积分明显下降($P<0.01$)。在各项症状中,易感冒、咽干或咽痛、脘闷纳呆、口干不思饮、舌质紫暗或有瘀点、瘀斑积分显著下降($P<0.01$)。小便黄赤、灼热,舌质薄黄或黄腻积分显著降低($P<0.05$)。

3.4 主要实验室指标比较:表 2 示,治疗后与治疗前比较,24 小时尿蛋白定量及 TC 显著降低($P<0.01$)、尿沉渣红细胞计数明显下降($P<0.05$)。血清 TP、Alb 及免疫球蛋白(IgA、IgG)显著升高($P<0.01$)。

4 讨论

中医学中无“肾炎”的病名,根据其临床常表现为水肿、腰痛、镜下或肉眼血尿等症状特点,中医对该病多从“水肿”、“腰痛”、“尿血”等进行论治。慢性肾炎的病位主要在肾。虽然其中医病机错综复杂,但总体来讲不外正虚与邪实两个方面。戴希文教授认为,慢性肾炎患者病程较长,其正虚是以肺肾气虚为本,可兼有脾肾气虚或脾肾阳虚或气阴两虚;在诸多致病因素中,慢性肾炎的复发或加重往往与气虚外感风热有直接的关系,湿热内蕴则使病势缠绵难愈。气虚则水湿不化,日久湿郁化热,易于形成湿热;气虚血液运行无力则易血瘀,且病久入络亦必有瘀血。故瘀血与湿热是慢性肾炎最常见的实邪。根据慢性肾炎患者常表现为气虚血瘀、外感风热和(或)湿热的病机特点,因而慢性肾炎的中医治疗应坚持扶正祛邪,标本兼治。扶正方面,根据其常表现为少气乏力、易受外邪特点,强调补益肺肾、益气固表、扶正固本,以达到增强抵抗力、调整机体免疫功能的作用,但不可滥用肉桂、附子、干姜等大辛大热之品,以免过于温补而助邪,犯“实实”之戒,而选用黄芪等补益肺肾,黄芪与白术、防风合用益肺固表,黄芪与当归配合补益气血。祛邪方面,根据其常合并口干咽燥或长期咽痛、咽部暗红,小便黄赤、灼热,舌质淡暗,舌苔薄黄或黄腻等外感风热和(或)湿热及瘀血等症状,治宜清热利湿、活血化瘀。主要包括三点,一是因慢性肾炎的复发与加重,往往与外感风热有直接关系,因而特别强调清热解毒利咽;二是注意清热利湿,特别是中、下焦湿热,因为湿热是慢性肾炎缠绵不愈的主要原因;三是注重活血。慢性肾炎血瘀的形成,包括“气虚血瘀”、“久病入络”、“水病及血”等,而单纯血瘀证极少。因而在活血时将黄芪与当归、川芎配伍,补气养血活血,同时合用益母草、穿山龙活血利水,但很少使用桃仁、红花等单纯活血化瘀之品,以免燥热伤阴,犯“虚虚”之忌。在益气活血、清热利湿法的主方中,黄芪、白术、防风益肺固表,金银花、连翘、蛇莓、白花蛇舌草等清热解毒,茯苓、泽泻、白茅根等利湿消肿,益母草、穿山龙活血利水,诸药合用具有益气活血固表、清热解毒

利湿之功。慢性肾炎中医病机复杂,临床表现多种多样,本方虽然是治疗慢性肾炎气虚血瘀兼湿热型的基本方,但在临床过程中还需根据中医辨证情况灵活应用,如在临床使用时需辨清本虚与标实的轻重,治疗中有的以益气固表为主,佐以清热解毒利湿;或清热解毒利湿为主,佐以益气固表等区别^[4]。30例临床观察结果表明,益气活血、清热利湿法治疗慢性肾小球肾炎具有较好的疗效,主要表现为一方面可显著降低慢性肾炎患者的症状积分,无论是总积分、主症积分或次症积分等,治疗前后比较差异均有显著性,特别是对易感冒、咽干或咽痛、腕闷纳呆、口干不思饮食、小便黄赤、灼热、舌质及舌苔改变等症状疗效明显;另一方面可明显降低24小时尿蛋白定量、尿沉渣红细胞计数,提高血浆 Alb 及免疫球蛋白等。

现代药理学研究表明,由黄芪、白术、防风组成的玉屏风散能提高人体的免疫功能;黄芪具有改善微循环、保护血管内皮细胞、增强组织耐缺氧能力的作用;金银花、连翘、蛇莓、白花蛇舌草等具有抗菌消炎等作用;益母草、穿山龙等能改善人体的微循环^[5]。黄芪、当归对肝脏核酸代谢有作用,可保护核苷酸合成代谢的场所——细胞核;保护细胞内的粗面内质网,并使肝细胞内的粗面内质网增加,即增加细胞内 rRNA 和 mRNA 的含量;抑制核糖核酸酶的活性,并增加核糖核酸酶抑制因子的活性。而肝脏是合成蛋白的重要器

官,因而黄芪、当归合用能促进蛋白质的合成^[6]。慢性肾炎,特别是慢性肾炎出现大量蛋白尿时,常合并高脂血症,与肝脏合成和分解脂质及脂蛋白过度增加、循环血浆脂蛋白清除能力下降、分解代谢相对减少有关,黄芪与当归合用对慢性肾炎脂质代谢紊乱有明显调节作用^[7]。进一步的研究还显示黄芪与当归合用可减少系膜区免疫复合物的沉积,改善机体代谢营养状况,促进机体的恢复。总之,益气活血、清热利湿法或其主方组成,与中医药治疗慢性肾炎的现代研究在许多方面都有相似之处。

参考文献

- 1 王海燕,郑法雷,刘玉春,等.原发性肾小球疾病分型与治疗及疗效标准专题座谈会纪要.中华内科杂志,1993,32(2):131-134.
- 2 中华人民共和国卫生部制订.中药新药临床研究指导原则.第1辑.1993:216-217.
- 3 郑筱萸主编.中药新药临床研究指导原则.北京:中国医药科技出版社,2002:159-160.
- 4 林求诚主编.中西医结合治疗疑难重症疾病.福州:福建科学技术出版社,1998:280-295.
- 5 郑占虎主编.中药现代研究与应用.北京:学苑出版社,1998:33-56.
- 6 王首苑,张卫,许帼英,等.黄芪多糖对核糖核酸酶及其抑制因子平衡系统的保护作用.中国中西医结合杂志,1987,7(2):93-95.
- 7 李丽英,于宏,潘维圣,等.黄芪与当归对肾病综合征患者总体蛋白质代谢的影响.中华内科杂志,1995,34(10):670-672.

神经官能症治验 1 例

李 玉 新*

1 病例

张某,男,30岁,于2000年2月7日初诊。胸闷、头晕、失眠2年余。两年前与前妻离婚,随后在一次交通事故中胸部被汽车方向盘轻微挤压,局部皮肤无红肿疼痛及破溃,胸部X线摄片未发现骨折及其它异常。此后患者自觉胸闷、气短、头晕、乏力、全身不适、心神不宁、夜间多梦易惊醒。两年间先后查颅脑CT,脑电图,脑血管造影,超声心动图,心电图,胸部X线片,颈椎摄片及血T₃、T₄均未发现异常。西医诊断为神经官能症。四处求治,疗效欠佳。刻诊:神志清楚,精神欠佳,心神不宁,多疑。自觉胸闷、气短,全身乏力,头晕,饮食可,夜间不易入睡,睡后多梦易醒,二便正常,舌尖红,舌质暗,苔薄白,脉沉。查体无阳性体征发现。中医诊断为胸闷,证属气滞血瘀,治宜宽胸理气,活血化瘀。予活人桔梗枳壳汤加减:桔梗8g,枳壳10g,瓜蒌15g,木香7g,陈皮9g,丹参25g,赤芍15g,当归12g,茯苓12g,甘草7g,小茴香12g。5剂水煎服,每日1剂。

* 新疆维吾尔自治区哈密市红星医院(839000)

收稿日期:2002-10-14

2月12日二诊:胸闷、气短及头晕均减轻,夜眠欠佳。原方加生龙骨、生牡蛎各15g,茯苓改为茯神,继服5剂。

2月17日三诊:胸闷、气短及头晕均消失,夜寐安,晨起精神好,食欲好。上方继服5剂。2月22日患者告知诸症消失,精神良好,心情舒畅。随访两年未复发。

2 体会

患者在交通事故中受到惊吓,胸部受到挤压。肺位于胸腔,肺主一身之气。肺气升降失调,气机郁滞,血络不通,故出现胸闷、气短及头晕。用桔梗辛散,宣通肺气,以上行升提之力为最;枳壳苦温,理气消胀,宽胸快膈,以下降行散为著。桔梗上行,枳壳下降,平调升降,开胸顺气,调畅气机。再则外伤多致血瘀,气滞则血瘀,久病补多瘀,故方中必加化瘀之品方可见效。用木香、陈皮理气,当归活血化瘀,舌尖红,用赤芍、丹参凉血活血,此外,丹参还有养血安神之功。小茴香有收敛浮散之气之功。二诊加用生龙骨、生牡蛎镇惊安神。张锡纯云:“是龙骨,牡蛎,固为补魂魄精神之妙药也。”辨证用药得当,故两年顽疾,15剂而获愈。