

杨霓芝治疗良性小动脉性肾硬化经验

左 琪*

主题词 肾硬化症/中医药疗法 名医经验 @ 杨霓芝

良性小动脉性肾硬化系早期高血压或由于年老导致肾血管老化,缓慢发展为肾小动脉硬化,使肾脏产生缺血性改变。本病和原发高血压关系密切,常有肾脏小血管壁增厚,且肾血管改变的程度和高血压的严重性一致。本病多见于50岁以上,高血压病长期未得到良好控制的患者。首发的临床症状为夜尿增多,蛋白尿,肾小管功能损害先于肾小球功能,随着病情的发展,肾小球功能逐渐受损,出现程度不等的氮质血症。良性小动脉性肾硬化中医无相应病名,据其临床表现属中医学的“眩晕”、“水肿”、“关格”等病范畴。兹将广东省中医院杨霓芝教授的治疗经验介绍于下。

1 病因病机

本病以眩晕、水肿为主要临床表现,因七情过度或饮食不节或年老久病导致脏腑功能失调所致。长期的精神紧张或忧郁恼怒,可使肝郁化火,肝阴暗耗,肝阳上亢,发为眩晕。肾阴亏虚,或久病失养,肾气亏耗,失其封藏固摄之权,出现夜尿多,尿中精微物质下泄而出现蛋白尿。饮食劳倦损伤脾胃,水谷不化,聚湿生痰,湿浊内阻,致气机运行不畅,气滞血瘀或久病瘀血阻络,湿瘀交阻,三焦气化不利,水液代谢失常,溢于肌肤发为水肿。年老肾阳虚衰,或久病损伤阳气,致脾肾阳虚,肾失气化,脾失温运,湿浊内留,阻滞中焦,胃失和降而出现恶心呕吐。肾为胃之关,胃主受纳,关门不开,浊邪不降,久则格拒不纳呈关格之候。总之,本病病程日久,每呈本虚标实,虚实夹杂之证。本虚在肾、肝、脾,尤以肝肾虚损为著,标实以痰浊、水湿、瘀血为多。

2 辨证论治

杨教授认为,本病应以中医辨证治疗为主,积极治疗高血压,预防、稳定、逆转高血压肾损害,防止肾脏硬化。若血压控制仍不理想者,应予以中西医结合治疗。

2.1 肝肾阴虚、肝阳上亢型:主症:眩晕,头痛,视物模糊,耳鸣,健忘,腰膝酸软,五心烦热,心悸欲呕,口干口苦,面色潮红,尿黄,舌质红苔薄白或薄黄,脉弦细。治法:滋阴潜阳。方药:天麻钩藤饮合六味地黄丸加减:天

麻 15g,钩藤 10g,石决明 18g,川牛膝 15g,桑寄生 15g,益母草 12g,夜交藤 15g,熟地黄 15g,山茱萸 12g,茯苓 15g,泽泻 15g,牡丹皮 12g,每日1剂,水煎服。肝火盛者可加菊花 15g 以清肝泄火;阳亢动风之势者可加龙骨 30g,牡蛎 30g,珍珠母 15g 以镇肝熄风。

2.2 肾气亏虚、痰湿中阻型:主症:眩晕,腰酸,夜尿频甚或不禁,尿后余沥,或有男子滑精早泄,女子带下清稀,舌淡苔白腻,脉沉滑。治法:益气固摄。方药:金匱肾气丸合半夏白术天麻汤加减:黄芪 18g,肉桂 6g,山茱萸 15g,山药 15g,茯苓 15g,牡丹皮 12g,泽泻 12g,半夏 12g,白术 12g,天麻 15g,陈皮 12g,每日1剂,水煎服。夹有湿浊,症见恶心呕吐、纳呆腹胀者可加木香 10g,藿香 12g 以健脾化湿;若浮肿、心悸、尿少者加猪苓 15g 以利尿泄浊;若夹瘀血,症见肌肤甲错,皮下瘀斑,舌质暗者,可加桃仁 10g,红花 6g,当归 10g 以活血化瘀。

2.3 脾肾气虚、水湿瘀阻型:主症:面色晦暗无华,腰酸痛,乏力或水肿,腹胀,纳呆,口干不欲饮,唇舌紫暗或有瘀斑、苔白腻,脉濡或涩。治法:活血化瘀利湿。方药:桃红四物汤合防己黄芪汤加减:桃仁 10g,红花 6g,生地黄 15g,川芎 12g,当归 12g,赤芍 15g,防己 9g,黄芪 18g,益母草 12g,泽泻 15g,佩兰 12g,每日1剂,水煎服。湿重欲呕者可加法半夏 12g,藿香 12g 以化湿止呕;腰痛可加三七 5g 以加强活血止痛之功;水肿明显者可加茯苓皮 15g,猪苓 15g 以健脾利水。

2.4 脾肾阳虚、湿浊瘀阻型:主症:纳少腹胀,恶心呕吐,身重困倦,形寒肢冷,面色苍白,腰膝酸冷,面浮肢肿,舌淡体胖有齿印、苔白厚腻,脉沉迟。治法:温补脾肾,祛湿化浊。方药:实脾饮合真武汤加减:白术 12g,茯苓 15g,党参 30g,木香 10g(后下),草果 10g,干姜 6g,巴戟天 15g,熟附子 12g(先煎),淫羊藿 15g,每日1剂,水煎服。浮肿甚者可加泽泻 15g,猪苓 15g 以加强利水;夹瘀者可加桃仁 10g,益母草 12g,红花 6g 以加强活血;大便秘结者可加何首乌 12g,大黄 6g 以通便泄浊。

3 心得体会

3.1 重视固本,强调补肾:肾居下焦,司开阖,主二便,为封藏之本,精之所处。如《素问·上古天真论》云:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之。”张景岳云:“血者水

* 广州中医药大学 2001 级硕士研究生,广东省广州市机场路 12 号(510405)

收稿日期:2003-10-20;修回日期:2004-01-02

谷之精也,源源而来。而实生化于脾,总统于心,藏受于肝,宣布于肺,施泄于肾”。又云“命门为精血之海,脾胃为水谷之海”。年老肾虚;久病、饮食劳倦伤及脾胃;精神紧张或情志不舒,肝阳上亢,“子病及母”,致肾中精气不足,阴阳偏衰,阳不足则气化不行,开阖不利,水湿泛滥,肌肤悉肿;阴不足则水火不济,火炎烁金,肺气虚衰,不能输精布众,助肾摄纳,精微物质下泄,出现蛋白尿,此皆肾脏不足之害,故杨教授认为“补肾”应贯穿整个治疗过程。(1)滋养肝肾:早期患者多见头晕、头痛,肾脏方面病变表现不明显,此期患者多属阴虚阳亢,治疗应以滋养肝肾、平肝潜阳为法,可选用杞菊地黄丸或天麻钩藤饮加减。滋养肝肾可用桑寄生、杜仲、生地黄、白芍、牛膝、枸杞子、龟甲、何首乌;平肝潜阳可用天麻、钩藤、龙骨、代赭石等。(2)益气固肾:当患者出现夜尿多、蛋白尿、浮肿等症时,此期多属肾气不固。治疗上以益气固肾为主,临床上可以七味都气丸加减,如气虚明显者可加用党参、黄芪、太子参等。尤其是黄芪,既有利水作用,又可减少甘温升火之弊,长期应用往往起到降尿蛋白的作用。同时适当使用固摄药,常用药有芡实、金樱子、益智仁、桑螵蛸、煅牡蛎等。(3)温补肾阳:疾病的后期,患者常出现浮肿、纳少、呕恶、面色苍白、畏寒肢冷,此时多属肾阳虚衰,治疗应温补肾阳,可以真武汤或桂附八味丸或右归丸加减,常用药物有淫羊藿、山茱萸、肉桂、巴戟天、何首乌等。现代药理研究表明,大部分补肾中药有抗衰老作用,这对于防止肾脏老化和保护肾功能也有重要意义。

3.2 补虚泻实,治痰为先:《丹溪心法》云:“头眩,痰挟气虚并火”,“无痰不作眩”。刘宗厚云:“眩晕乃上实下虚所致,所谓虚者,血与气也,所谓实者,痰涎见火也。”证之临床,因痰而致眩者颇为多见,故杨教授认为,治疗当补虚泻实,治痰为先。痰为病理产物,但痰的成因不一。清代汪文琦云:“若水沸之泛则痰起于肾,风火生涎则痰起于肝,湿饮不行则痰起于脾,……虚痰为患,盖清升则浊阴下走,气滞则津液不行,此虚痰之运也。若实痰眩运者,……无非风火结聚,积痰生灾,盖液凝则浊阴泛上,饮停则火逆上升,此实痰之运也。治虚痰者,宜六味、八味、归脾之属,补脾肾之源,治痰之本;治实痰者,宜二陈汤加芩、连、滚痰丸之属,逐肠胃之热,治痰之标,所谓实实虚虚,补不足而损有余也。”故杨教授指出治痰必先顾及脾、肝、肾之功能,虚者补之,实者泻之,湿者利之,火者清之。(1)治痰之标:痰饮并存者,以健脾利湿、温化痰饮为法,予小半夏汤合苓桂术甘汤加减;风痰上扰者,以祛风化痰为法,予半夏白术天麻汤加减;湿痰积聚者,以健脾利湿为法,予导痰汤加减;

痰火相搏者,以化痰降火为法,以黄连温胆汤加减;实痰蕴结者,以清热降火,逐瘀开结,予滚痰丸加减。(2)治痰之本:肾阴虚痰眩者,以滋阴补肾、化痰利湿为法,予六味地黄丸合二陈汤加减;肾阳虚痰眩者,以温阳补肾、化痰利湿为法,予金匮肾气丸合二陈汤加减;脾虚痰眩者,以健脾益气、祛湿化痰为法,予四君子汤合二陈汤加减。

3.3 重视活血化瘀:痰多挟瘀,痰瘀相关。痰饮由水湿津液代谢障碍所形成,而瘀血则由气血失调导致血行不畅或血离经脉所酿成,古有“痰挟瘀血,遂成窠囊”,“瘀血既久,化为痰水”之说。今人有“痰瘀同源”、“痰瘀相关”之论。瘀阻则血难行,血瘀则痰难化,痰滞日久,必致血瘀,瘀血内阻,久必生痰,痰瘀内阻,清阳不升,浊阴不降,清窍被蒙,发为眩晕;且痰瘀内停,三焦气化不利,水液代谢失常,溢于肌肤发为水肿。故杨教授提出在化湿祛痰的同时,应佐以活血化瘀之品,去除留滞之邪,方使经络通畅,升降功能易于恢复。另外,还有因虚致瘀,虚瘀相系。虚性眩晕在老年人多见,因年老,肝肾亏损,气血虚衰;脾气虚损,气血生化乏源;阳气精华衰落,运血乏力,气血流通不畅,髓海失养,发为眩晕。气血不足,脉管不充,血行无力而成瘀;或脾肾气虚,气为血之帅,气行则血行,气停血瘀;且本病病程缠绵,“久病必瘀”、“久病入络”。此时乃“因虚致瘀”,须在补法中伍以活血化瘀之品,以宣畅经络,助补药恢复脏腑之功,促进既停之瘀化解。

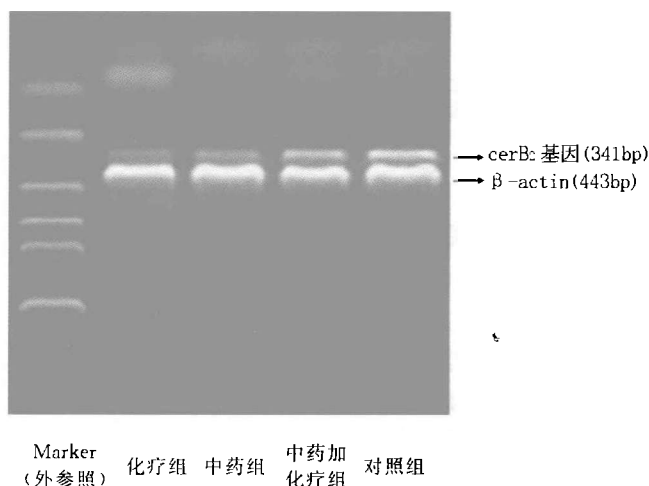
杨教授临床上活血化瘀药常选用桃仁、红花、益母草、丹参、泽兰、川芎、赤芍、郁金等。桃仁、红花性辛散温通;益母草具有辛开苦泄之功,既能活血化瘀,又能清热解毒,兼有通经利水之效;丹参性苦微寒,既能活血祛瘀,又能养血安神;泽兰活血化瘀,又能行水而不伤正;川芎行血中之气滞;赤芍味苦性微寒,清热凉血又长于化瘀;郁金活血化瘀,有芳香通气之效。

4 典型病例

患者某,男,60岁。因反复头晕18年,夜尿多1月求治。症见:神疲,面色晦暗,偶有头晕,视物模糊,耳鸣,健忘,腰膝酸软,口干,尿黄浊,夜尿频,每晚小便4~5次,量多,纳可,梦多,大便调,舌暗红、苔黄腻,脉弦细。患者否认糖尿病、肝炎病史。测血压150/95mmHg,查心肺未见异常,头面四肢未见浮肿。尿常规:蛋白(+)。晨尿比重:1.010。晨尿渗透压500mOsm/kg·H₂O。24小时尿蛋白定量1.7g。尿蛋白圆盘电泳:以小分子蛋白为主。血肌酐77μmol/L。诊断:中医:(1)眩晕(肝肾阴虚,湿热瘀阻);(2)尿浊(肝肾阴虚,湿

(下转第461页)

图 2 cerbB₂ 扩增产物电泳条带



研究的重点。许多研究证实胃癌的发生是以多个原癌基因激活和抑癌基因失活为基础的多步骤多阶段过程,并通过其表达产物作用于细胞生长、分化及代谢过程,最终导致癌变。过去一直认为,癌基因及抑癌基因仅仅参与肿瘤的发生,随着研究的进展发现,癌基因及抑癌基因也参与肿瘤的转移过程,与肿瘤的浸润以及转移有着密切的关系。朱孝成、Yonemura、Mizutani 等采用不同的方法检查胃癌 p185 蛋白表达,结果表明,该蛋白聚集在癌细胞膜上,它的存在与侵袭程度、组织类型、生长形态及是否有肝脏转移有关系;而且 cerbB₂ 基因表达和/或基因增殖与已分化胃癌病人的腺癌侵袭和淋巴结转移有关^[6]。Kim 的资料表明,p21 的表达与淋巴结转移或远处转移有关^[7],韩少良等的研究提示,p21 基因过度表达在肿瘤细胞增殖和发展过程中可能起极其重要的作用^[8]。胃癌侵袭与转移是一个复杂的、多步骤的、肿瘤细胞与宿主细胞相互作用的过程,p21ras 基因则多层次、全方位地参与了这个过程^[9]。由此可见,抗胃癌的侵袭与转移可以从影响相关

癌基因表达着手,为中医药抑瘤抗转移开辟新的途径。

胃癌属于中医噎膈、反胃、胃脘痛等范畴,历代医家对胃癌的病因病机认识主要包括气滞、血瘀、痰凝、毒聚和正气内虚等方面。其中,对痰与肿瘤的关系异常重视。我们从化痰的单味中药(天南星、半夏)到经方(导痰汤),再到临床验方——消痰散结方,取得了明显的疗效,且证明本方对胃癌的生长和转移有明显的预防和治疗作用^[10]。方中用天南星、半夏燥湿化痰、散结消肿,茯苓、枳实助其功;鸡内金健脾开胃、消导散结,为消化瘀积之要药,诸药合用,共奏解痰毒散痰结之功,从而达到抑瘤抗转移的目的。其作用机理之一可能就是通过影响相关癌基因的表达来实现的。

参考文献

- 1 魏品康,高慧晨,张申,等. 中药金龙蛇口服液临床应用报告. 中医杂志,1996,37(增刊):421.
- 2 李相勇,魏品康. 金龙蛇口服液治疗晚期胃癌术后的疗效观察. 湖北中医杂志,2001,23(11):3-4.
- 3 Giannini CD, Roth WK, Piiper A, et al. Enzymatic and antisense effects of a specific anti-Ki-ras ribozyme in vitro and in cell culture. Nucleic Acids Res,1999,27(13):2737-2744.
- 4 Revillion F, Hornez L, Peyrat JP. Quantification of cerbB-2 gene expression in breast cancer by competitive RT-PCR. Clin Chem,1997,43(11):2114-2120.
- 5 Chomczynski P, Sacchi N. Single-step method of RNA isolation by acid guanidinium thiocyanate-phenol-chloroform extraction. Anal Biochem, 1987,162(1):156-159.
- 6 Mizutani T,李绍卿. cerbB₂ 蛋白表达和基因增殖与胃癌侵袭和转移的关系. 国外医学肿瘤学分册,1994,21(6):371-372.
- 7 Kim YJ, Ghu HD, Kim DY, et al. Expression of cellular oncogene in human gastric carcinoma: c-myc, cerbB-2 and c-Ha-ras. J Surg Oncol. 1993, 54(3):167-170.
- 8 韩少良,邵永孚,刘秀萍,等. 中期胃癌 nm23、p21 和 cerbB-2 基因的表达及其临床意义. 癌症,2000,19(9): 922-926.
- 9 胡中伟,曾明新. Ras 癌基因与肿瘤细胞转移潜能. 国外医学生理、病理科学与临床分册,1998,18(3): 279-281.
- 10 魏品康,许玲,秦志丰,等. 胃癌从痰论治的机理与临床研究. 中国中医基础医学杂志,2002,8(3):18-20.

(上接第 417 页)

热瘀阻)。西医:(1)高血压病,(2)良性小动脉性肾动脉硬化。治疗经过:嘱患者低盐饮食。治疗以滋补肝肾,清热利湿,兼活血祛瘀为法。汤药以自拟滋肾方为主方:熟地黄 15g,山茱萸 12g,女贞子 15g,白芍 12g,天麻 15g,钩藤 15g,泽兰 12g,丹参 15g,石韦 10g,蝉蜕 6g,甘草 3g。中成药予益肾灵以健脾益肾、清热利湿;静脉点滴鱼腥草注射液以清热利湿。西药予开博通 12.5mg,每日 2 次以降压。3 天后,患者精神较前明显好转,头晕、腰膝酸软较前明显减轻,时有耳鸣,无口干,小便稍黄浊,夜尿频,每晚 3~4 次,量多,纳可,舌

暗红、苔薄黄,脉弦细。测血压 140/85mmHg,考虑到患者病程较长,舌质暗红,故加入桃仁 10g、红花 6g 以加大活血力量。西药治疗同前。

2 周后,患者精神改善,稍疲倦,偶有头晕、耳鸣,无口干口苦,纳眠可,小便清,夜尿稍频,每晚 1~2 次,量一般,舌淡稍暗,苔薄白,脉弦细。血压 135/82mmHg。尿常规:蛋白(±)。血肌酐 72μmol/L。考虑到患者湿热已清,现以气阴两虚、瘀血内阻为主,故原方加入黄芪 15g 以益气。停用鱼腥草注射液,酌加通脉口服液(黄芪、三七等)以益气活血。西药治疗同前。随诊 6 个月,患者病情稳定。