

思路与方法

难治性肾病综合征的中医辨治经验

聂 莉 芳*

主题词 肾变病综合征/中医药疗法

难治性肾病综合征在临床极为常见,患者病程迁延,是肾脏内科的难题之一。通过长期临床实践,笔者体会,积极运用中医药治疗,对于缓解病情、提高疗效大有裨益,兹将经验介绍如下。

1 中医病名及病因病机的认识

对难治性肾病综合征的中医病名及病机的认识,主要是从其临床表现突出的水肿与大量蛋白尿入手,中医古代文献“水气病”中的“皮水”、“正水”以及“虚损”的病名与难治性肾病综合征的临床表现极为相似。《金匮要略·水气病篇》:“……皮水其脉亦浮,外证跗肿,按之没指,不恶风,其腹如鼓,……正水其脉沉迟,外证自喘”。皮水主要指肢体浮肿,可伴见腹水;正水较皮水为甚,因于胸腹水湿壅盛,上迫于肺,肺气失于肃降而上逆为喘。“虚损”病名见于《肘后方》与《景岳全书》,主要指脏腑亏损,气血阴阳不足的虚证。蛋白尿为机体水谷精微物质的外泄,基于《素问·通评虚实论》“精气夺则虚”的认识,难治性肾病综合征的大量蛋白尿可归属于“虚损”病的范畴。

病因与脾肾素虚,过劳所伤,外邪久羁密切相关。难治性肾病综合征的病位主要应抓住脾肾两脏。若脾虚健运失司,则水湿滞留为患。反过来,水湿又易困阻脾土,中医学称之为“脾恶湿”,“湿困脾土”,如此恶性循环,水湿难以祛除。若为肾气、肾阳虚衰,则主水无权,关门不利,以致尿少水肿。同时在水停之时,还应注意水、气、血三者失调的状况。水停可以引起肺、脾之气的壅滞。水病及血还可导致瘀血内停,如女性患者的月经闭阻、肾静脉血栓及高凝血症。难治性肾病综合征的大量蛋白尿虚证居多,脾肾虚损是其病机的重心。若为肾虚则藏精失职,致使精微物质从尿中流失。

2 治疗思路与程序

难治性肾病综合征由于年龄、素体、病理类型、诱因、病程、并发症不尽相同,因而患者的临床表现错综

复杂。再从治疗手段选择的角度来看,中药与西药如何协同运用才能发挥更好的疗效?

2.1 能中不西,先中后西:此为中药与西药两种治疗手段选择的程序。“能中不西”指的是能够单纯用中药治疗取效的病例,就不加用西药。笔者在临床上发现,有部分难治性肾病综合征的病例,单纯运用中药获得完全缓解,一直未复发,说明中医药治疗确有一定的潜力。另一方面,如果一开始就中西药并用,取效时就无法确定是中药的作用,还是西药的作用,或是二者的协同作用。这对于探讨有效的中医治法与方药是无益的。

“先中后西”指的是先用中药治疗一段时间后,疗效不明显,则需加用西药,如扩容利尿、激素等。无论是对激素呈现依赖性还是呈现抵抗性的病例,均会出现一些激素的副作用。因而采用中西医结合的方法治疗,一方面可以协同地提高疗效,另一方面可以顺利地撤减激素,并且减轻激素的副作用。

2.2 先治水肿,后治蛋白尿:难治性肾病综合征的水肿属肾病型水肿,主要是因为大量蛋白尿,造成低蛋白血症,继之血浆胶体渗透压低下所致。遵循中医学“急则治标,缓则治本”的原则,鉴于水肿的表现较为突出,故而应先治水肿,后治蛋白尿。

2.3 分阶段论治:难治性肾病综合征患者临床上水肿与蛋白尿并存,经大量激素使用后患者会出现不同程度的副作用,但当撤减激素时,一是呈现依赖性,二是机体亦会出现一些不适的症状。笔者认为,应抓住每位患者在病程中不同阶段的临床突出矛盾进行辨证论治,比如水肿突出阶段、蛋白尿持续阶段、大量激素使用阶段、激素撤减阶段,其中医证治的重点各不相同。虽然上述情况临床上不能截然分开,但必须有重点,这样治疗的针对性强,也体现了全过程治疗的整体性。

3 治疗经验

基于难治性肾病综合征的中医治疗思路与程序,兹将其常见的中医证治规律与体会分述于下。

3.1 水肿突出阶段

当难治性肾病综合征的水肿经扩容利尿法治疗不能奏效时,应积极采用中医药辨证论治,中医治疗肾性水肿的长处在于调整恢复有关脏腑的功能,并协调水、

* 中国中医研究院西苑医院肾病科,北京海淀区西苑(100091)

收稿日期:2004-07-07

气、血三者的关系,即重视机体对水液代谢的自调能力,所以肿退不易反复,且无副作用,同时患者的体力恢复亦较好。此外,也较输注白蛋白或血浆以扩容利尿更为经济。

3.1.1 注重调理脾胃:此时患者的临床突出表现,除四肢浮肿,尿少,甚者可见胸水或腹水外,因于低蛋白血症,胃肠道亦呈现水肿,致使功能紊乱,呕恶、腹泻频作,纳食减少,舌苔多腻或滑,脉濡或滑。中医病机为脾不制水,湿困脾土,脾胃升降失司,分清泌浊无权。治宜从中焦入手,健脾和胃、利水消肿。两者并行不悖,相辅相成,调理脾胃有利于运化水湿,而渗湿利水又可使脾土不被湿困,恢复其健运功能。若单纯健脾则嫌利水力逊,若单纯利水则推动无力,效亦不显。选用方剂应据辨证而定,若尿少水肿兼呕恶纳少,舌苔白腻者,常选香砂六君子汤合五皮饮或春泽汤合小半夏汤,其中半夏以姜半夏或法半夏为佳,用量一般为10g,重者可用至30g;若尿少色黄,水肿,口干,呕恶纳少,苔黄腻者,常选橘皮竹茹汤合猪苓汤;若尿少水肿兼腹泻者,常选参苓白术散合五皮饮加车前子,车前子利小便以实大便,且利水不伤阴,宜重用;若尿少水肿兼神疲乏力脉弱者,宜增益气之品,常选防己黄芪汤,黄芪以生者为佳,量以15~20g为宜,以免壅中而碍于利水;若尿少水肿兼手足不温,胸腹胀满,舌苔白腻,脉沉迟者,宜暖脾温阳,行气利水,常选实脾饮。需要注意的是健脾运水非一日之功,欲速则不达,宜守法守方,不可更方过频。再者在尿量渐增,水肿渐退的过程中,应随之减少利水渗湿药的比例,过用则易伤阴津。而健脾和胃药连续用一段时间则有利于巩固疗效,使水肿不易反复。

3.1.2 协调水、气、血的关系:水、气、血三者密切相关,“气行则水行”,“水停则气滞。”行气利水法适用于气滞水停者。若系脾气壅塞,脘腹胀满水停,常用方为导水茯苓汤、胃苓汤、木香流气饮。若因肝气郁结水肿加重者,应在利水的同时及时配用逍遥散、柴胡疏肝散类方药,并辅以情志护理,俾肝气条达,水液运行。难治性肾病综合征由于长期的高脂及低蛋白血症,以致高凝、高黏血症,易伴发肾静脉血栓。此外临床上还可见女性患者月经量少或闭经,患者双下肢水肿程度不对称,或面唇发暗,舌淡暗或有瘀斑等表现。其中医病机多为水病及血,《金匱要略》说“血不利则为水”,针对血瘀水停应运用活血利水法,常用方剂为当归芍药散加川牛膝、益母草、丹参。

3.1.3 配方食疗法:鲤鱼汤治疗水肿在《肘后方》、《千金方》等医籍中已有记载,但方名同而配用药物不同。一般多以鲤鱼为君,辅以茯苓、白术、泽泻之属,以健脾

利湿退肿,我们在前人经验基础上自制黄芪鲤鱼汤。鲤鱼250g(1尾),黄芪30g,赤小豆30g,砂仁10g,生姜10g。为1日量。鱼药同煎,不入盐,煮沸后用文火炖之,以30分钟为宜。吃鱼喝汤,每周1~2次。本方适宜于肾病综合征水肿患者,证属脾肾气阴两虚,以气虚为主,水湿内停者。经长期临床实践证实,患者配合食疗方后利水退肿的效果显著,此法较扩容利尿经济,且肿退后不易反复,部分患者对减轻蛋白尿亦有一定的效果。

3.2 蛋白尿持续阶段

3.2.1 健脾益气以升清:蛋白尿在中医古代文献中无此称谓,然其属于机体的精微物质,不应流失。“脾能运化水谷精微”、“脾主升清”,机体精微物质的化生与敷布主要依赖脾的生理功能。另外从临床上观察到大量蛋白尿的患者常出现乏力、神疲、身倦、脉弱诸脾气虚症,由此佐证蛋白尿的病机与脾气亏虚,升清摄精无权密切相关。常用方为参苓白术散加黄芪、芡实。

3.2.2 益气滋肾以固精:“肾藏精”,此精包括先天之精和后天之精,蛋白从尿中流失,中医病机可责之于肾失封藏。益气滋肾法适宜于气阴两虚的患者,其临床表现为神疲乏力,腰膝酸痛,手足心热,耳鸣如蝉,大便溏薄或干结,舌淡或红、苔薄白或苔少而干,脉细弱。常用方剂为参芪地黄汤加紫河车、菟丝子、芡实、金樱子。

3.3 大量激素使用阶段

难治性肾病综合征经大量激素使用后患者会出现不同程度的副作用,如胸背及颜面痤疮满布,甚或皮肤感染,面赤,精神亢奋,五心烦热等,此时配合中医药辨证治疗,一方面可以协同激素提高疗效,同时亦可减少激素的副作用。大量激素使用阶段,患者常见热毒壅盛与阴虚火旺两个证型,热毒壅盛者宜选五味消毒饮加连翘、黄连。阴虚火旺者宜选知柏地黄汤加连翘、野菊花。若上述患者大便干结加大黄;烦躁易怒、不寐加白芍、生石决明、天麻。

3.4 激素撤减阶段

难治性肾病综合征患者处于激素撤减阶段时,每个人的反应性亦不尽相同,对于激素依赖型的患者,笔者从患者服用激素中等量时开始,撤减激素的用量比一般的标准撤减量要略少,同时撤减的间隔期亦略长。激素撤减阶段患者常出现阳虚气虚及肾阴阳两虚的表现,治宜温阳益气与肾阴阳双补,方选保元汤、金匱肾气汤,可加紫河车、菟丝子、金樱子、鸡内金。上述中西医结合方法的优点在于可顺利地撤减甚至撤停激素,减少反跳现象,同时可减轻或消除患者的症状,提高生活质量。