

临

床

解

惑

急性肾炎如何巩固治疗?

答:急性肾炎多数按《金匱》中风水证辨证施治,越婢汤的疗效已为多数学者所肯定,也有应用其他方剂或单方草药者,但从治则而言,一般未越出散风清热的范围。存在的问题是,由于过分着眼于近期治疗效果,忽视了追踪观察与巩固治疗,致使部分未彻底治愈或病情反复者演变成慢性,最终导致肾功能衰竭。因此,目前肾内科临床家十分注意此类患者的巩固治疗。

急性肾炎恢复期的临床特点是,自觉症状不著,偶有一时性的轻度蛋白尿或镜检血尿出现,平时咽红,口干或扁桃体肿大,易感冒,受邪后则尿检明显异常,舌多偏红、苔薄白,脉细数。病因与病邪主要是风水表解以后,余热不清,郁于肺经,或兼肺胃津伤,或伴肺脾气虚。病在上中二焦,且以上焦为主。故治疗大法,宗吴鞠通治上焦如羽,治中焦为衡之说,组方遣药以气味俱薄,质轻味淡者相宜。具体方剂,若气阴不足而余热不清者选麦门冬汤合淡竹叶、忍冬藤、茅根、蝉衣、蛇舌草等;若里热较甚者采竹叶石膏汤加忍冬藤、凤尾草、野菊、茅根、大蓟根之类;它如肺脾气虚者佐以生芪、怀山药,肺胃津伤者参入沙参、花粉,扁桃体肿痛者酌加白僵蚕、升麻、一支黄花等。《内经》有“适其至所”与“适事为故”之说,这是指导用药的原则,按此理论则治上焦病不宜用下焦药,故在急性肾炎巩固治疗中为六味地黄、知柏地黄、桂附八味、右归饮、左归丸之类均非所宜,且久服过用反致愆事。还要补充一点,感染病灶的存在是造成肾炎发生与发展的重要原因,这在急性肾炎恢复过程中尤为明显,因此从邪正而论,以邪郁为主,正虚为次,故治疗中应紧紧抓住清热祛邪一环,盖忽于补正尚无大碍,疏于祛邪易酿它变,这一点中西医看法是比较一致的。

浙江省中医院(杭州 310006) 李学铭

如何治疗男性尿道瘙痒症?

答:男性尿道瘙痒症,是以男性尿道如虫行作痒,甚至奇痒难忍为主症的病症。笔者在男科临床常遇此症,探索并运用下述治法,颇有效验。

1 清热利湿法:适用于湿热下注,蕴结尿道,湿热游移作痒。常兼尿频尿急,排尿灼痛,尿末滴白,尿道分泌物增多,或尿道排出如粉丝状物,或前列腺液镜检可见

多量白细胞等。可用龙胆泻肝汤、八正散加减治疗。笔者常用自拟前列腺炎I号方(生黄芪 20g,白花蛇舌草 30g,蒲公英 20g,土茯苓 20g,生大黄 10g,虎杖 15g,败酱草 15g,黄柏 10g,篇蓄 15g,甘草 10g)加减治疗;尿道分泌物涂片镜检找到鞭毛滴虫者,可加白头翁 30g、仙鹤草 20g,治疗期间禁性生活,同时治疗配偶。

2 补肾固腠法:适用于肾气亏虚,腠气不固,腠液下渗而作痒。常兼尿后余沥,咳笑用力则尿出,甚则小便失禁等症。可用金匱肾气丸、右归丸、右归饮加减治疗。笔者常用熟地 10~15g,山茱萸 10~15g,沙苑子 10~20g,淫羊藿 10~20g,益智仁 10~20g,覆盆子 10~20g,桑螵蛸 10~20g 等药组方治疗。

3 补脾摄津法:适用于脾气亏虚,中气下陷,气不摄津,腠津下渗而作痒。常兼面色萎黄,饮食不甘,神疲肢倦,腹胀便溏等症。可用四君子汤、补中益气汤加减治疗。笔者常用炙黄芪 20~30g,炙党参 20~30g,白术 10~15g,山药 15~30g,茯苓 10~20g,甘草 10g 等药组方治疗。

4 疏肝解郁法:适用于肝失疏泄,肝气不畅,气郁尿道而作痒。常兼胁肋胀满,多愁善疑,情绪抑郁,情郁则痒甚,情畅则痒消,体检及实验室检查无阳性发现。可用逍遥散、柴胡疏肝散加减治疗。笔者常用柴胡 10g,枳壳 10~15g,香附子 10~15g,川芎 10~15g,郁金 10~15g,丹参 10~30g,白芍 10~30g 等药组方治疗。

湖北中医学院专家门诊部(武汉 430061) 周安方
膜增生性肾炎有何特征? 如何治疗?

答:膜增生性肾炎又称系膜毛细血管性肾炎(简称MPGN)是一组以肾小球系膜细胞和系膜基质增生并伴有毛细血管基膜增厚为特征的肾小球肾炎。本病好发于30岁以前的青少年,约占原发性肾小球疾病的10%左右,多有先驱感染,起病急骤或隐袭。临床表现以蛋白尿和血尿同时并存为特征。患者常有较严重的正细胞正色素性贫血,贫血程度与肾功能减退程度不成比例。有1/3的患者伴高血压,多在2~3年内发展为肾衰,据统计6~12年生存率只有50%。现代医学研究认为本病是慢性肾炎中引起慢性肾衰的最主要原因之一,应用治疗原发性肾小球疾病的一般治疗方法均难以奏效。

根据本病的临床病理特征,结合肾穿刺活检与中医辨证分型的相关性研究,本病临床可分为以下几种证型:(1)阴虚湿热型:多见于 MPGN 的早期,临床表现腰膝酸软、口咽干燥、手足心热、头晕耳鸣、两目干涩、口苦口粘、或见颜面肢体浮肿、小便黄赤、大便偏干、舌苔薄黄或黄腻、脉弦细或细数。治宜滋阴益肾、清利湿热。方用知柏地黄汤加减;(2)气阴两虚、湿瘀互结型:多见于 MPGN 的早中期患者。临床表现腰膝酸软、倦怠乏力、畏寒或肢冷而手足心热、口干而不欲饮水、尿少色黄、大便时干时稀、肢体浮肿、舌暗红舌体肿大边有齿痕、苔薄黄或腻、脉弦细或沉细。治宜益气养阴、活血清利。方用参芪地黄汤或大补元煎加减;(3)脾肾亏虚、瘀水互阻型:多见于晚期患者。临床表现腰膝酸痛、倦怠乏力、全身浮肿、甚或伴有胸腹水、畏寒肢冷、腹胀纳差、小便量少、舌淡暗或暗红、舌体肿大而润、苔白或腻、脉沉细或细弱。治宜补益脾肾、活血利水。偏气虚者,可用当归芍药散加减;偏阳虚者,可用桂枝茯苓丸加减;偏阴虚者,可用血府逐瘀汤加减。

总之,本病多属于本虚标实,虚实夹杂证,本虚主要表现为阴虚和气阴两虚,标实主要为湿热、瘀血、水湿等。因此,在辨证论治的基础上,突出滋阴、益气、活血化瘀、清利湿热诸法,有助于提高本病的治疗效果。

中国中医研究院研究生部(北京 100091) 刘宏伟

治肝为何要护脾? 如何护脾?

答:兹将治肝护脾之粗浅认识和体会,试述于下,供同道参考。

1 肝与脾在生理、病理方面的关系

肝与脾之间,属于相克关系。肝木克土,乃克中有用,具有相辅相成之意,构成肝与脾在生理功能上之协调关系。脾为中土,能生万物而属阴,其体淖泽,其性板滞,滞则易郁,必藉肝木之条达活泼、升散疏泄之性,方不致脾气阴凝板滞,而使纳食得以正常运化,升降之机,方能正常发挥。但是,脾土又能滋养肝木。人体饮食入胃后,由脾气将水谷精微“散精于肝”,滋充其体,刚柔相济,肝用不亢,而完成其生理功能。

肝与脾在病理方面,主要是指木气克土太过而言,即木乘土也。木气亢盛,疏泄太过,则可乘土,可见肝气横逆、犯胃、乘脾等病理现象;若木之不及,失于疏泄、条达,亦可影响脾胃而发病,如肝气郁结,疏泄无能,可见闷闷不乐,意志消沉,脘胁痞满不舒,纳呆食滞等木不疏土的表现。可见肝气、肝郁,均可致肝病及脾之证。此其一。其二,肝为刚脏,体阴而用阳。阴者,阴血也,由脾胃生化而成;阳者,肝气、肝阳也,由肝失疏泄,或阴虚阳亢所现。说明肝木必赖脾土以滋养,脾土亦赖肝气

疏泄以运化。脾土在得肝气疏泄之际,肝气亦需脾土之滋养,方不致肝用太过,而遂其条达活泼之性。若脾胃虚弱,化源不足,肝失濡养,阴血虚少,势必肝用过亢,甚则生风,表现土不滋木,木虚风动之病态,如“慢脾风”一病,便是明证。以上均说明了肝与脾在生理上是相互为用,在病理上是相互影响的。

2 护脾对治肝病的临床意义

临床常见的肝木乘土,一般有二类:一是肝气横逆而乘克脾土,此多为肝实而乘脾,其主要矛盾在肝、脾虽未虚,然治肝时,仍需注意护脾,维护脾的正常健运,以杜木乘;一是因脾虚而招致肝木乘克,其主要矛盾则在脾虚,在治肝时,非但要护脾,还要以健脾为主,俾脾气及早恢复健运,不再受木乘。可见肝脾的调和与否,与脾的健运有关。脾气健运,非但不受木乘,反有益于肝,有益于肝脾的正常疏运功能,否则易见肝脾失调之病证。即使是诊治急、慢性肝炎(病),不论病因系寒、热、瘀、湿、疫毒,及证属虚、实等,均须注意护脾。脾为后天之本,气血生化之源。脾气健运,既可杜肝木之乘,又可滋养肝木,而遂其疏泄、条达之能,有利肝病的恢复。临床实践亦证明,肝病者,如脾胃纳运正常,有助于提高疗效,缩短疗程,加速病情的缓解和恢复。

3 护脾必须医患合作

护脾,即维护脾的正常生理功能,不让受其他因素影响,而保持正常健运。其目的,以杜肝病传脾。笔者从多年的临床实践中体会到护脾,必须医患共同合作。

诊治用药方面:医者诊治肝病,必须在辨证论治的原则指导下,处方用药,切勿妄投损伤脾胃之剂,以免顾此失彼。如用清热解毒药,宜性味甘寒,不宜大剂或久用苦寒之品,以免损伤中阳;用化湿药,宜甘淡渗湿,不宜用过或久用苦辛温燥之品,以免耗伤脾胃之阴;用调益肝脾药,宜性味甘平,不宜用滋腻厚味之峻补药,以免助湿满中等,而有碍治肝。

精神情志方面:按七情与脏腑的关系,郁怒伤肝,思虑伤脾。夫肝病患者,应保持精神愉快,情绪乐观,以益肝脾之调和,切忌性躁易怒、多思善虑,有碍肝脾之疏运功能,而加重土虚木郁之势,不利肝病的恢复。

饮食起居方面:肝病患者,在生活上,首先要注重休息,安心静养,切忌操心劳碌,耗伤肝血与脾气;其次,饮食宜低脂、有节、清淡可口,以利脾之运化,忌食肥腻厚味之滋补食品,否则有资湿伤脾之弊,而影响脾胃的纳运功能;还忌食辛辣等刺激性食品,以防蕴热化火,耗伤脾阴,而加剧病情。在生活中,虽宜吃些富有营养之水果,但不宜恣食过量生冷,以免损伤中阳。

江苏高邮市车逻医院(225606) 张子惠