

·思路与方法·

中医“治未病”在慢性肾小球肾炎防治中的应用

皮 鹰¹ 指导:章念伟²

(1. 江西中医学院2006级硕士研究生, 南昌市阳明路56号, 330006; 2. 江西省中医院肾内科)

[摘 要] 随着现代医学的发展, 目前临床工作和理论研究的重心正逐渐向“未病”人群扩展, 运用“治未病”理论防治慢性肾小球肾炎符合目前重大疾病防治前移的战略要求。通过慢性肾小球肾炎已病、传病阶段及现代病理研究, 提炼出慢性肾小球肾炎未病阶段的核心病机, 可有效地进行及早防治。对已病及传病阶段的防治当以注意保护肾功能及改善患者的生活质量为目标, 减少危重情况的发生。

[关键词] 治未病; 慢性肾小球肾炎; 核心病机; 中医治疗

当前疾病医学逐渐出现向健康医学转变的趋势, 医学关注的对象也将从“已病”人群逐渐向“未病”人群扩展, 医学干预的切入点正在逐渐提前, 符合当前重大疾病防治重心前移的战略要求, 也体现了中医预防医学“治未病”理论在疾病防治中的重要作用。2006年国际肾脏病学会及国际肾脏基金会联盟提出慢性肾脏病的概念, 慢性肾脏病最终将发展至终末期肾病, 早期防治慢性肾脏病得到广泛认可。

1 “无证可辨”的辨证思维

无论何种疾病都不可能是突然起病, 它必然要有一定的潜伏阶段, 也就是说病理变化的信息量必须经过一个蓄积的过程, 当病变信息量比较少时, 人体一般难以从外观上看出明显变化, 随着信息量逐渐增多, 直至病变严重, 才引起明显的全身或局部的典型症状, 这就是传统观念的“发病”^[1]。不断发现那些隐伏的有辨证价值的潜证, 通过现代医学先进的检测手段, 使之“显化”, 及早干预, 及早治疗, 这就是治未病思想的精髓所在。

“未病”状态病情隐匿, 宏观辨证难以适用。慢性肾脏病的前期、早期由于检出率的提高以及对原发病的及早治疗, 大部分患者并无明显的水肿、腰酸、乏力等典型症状, 这种情况貌似“无证可辨”, 但并非真的“无证可辨”。在此阶段, 虽无典型症状, 但病机单一, 通过现代医学先进的检验手段, 是可以找出相关的临床证据的, 因此, 在这一阶段提炼出基本病机, 进行早期干预治疗可以达到很好的效果。

2 推导未病的核心病机

这里的“未病”指的是一个相对概念, 以慢性肾小球肾炎为例, 如果将慢性肾炎有明显的水肿、腰酸、乏

力等典型症状时认定为“已病”, 那么慢性肾炎“无证可辨”时期就可以说是疾病的“未病”阶段, 而至慢性肾功能衰竭时期可以说是该病的“传变之病”, 对于慢性肾脏病基本病机的提炼, 可以通过“传病”和“已病”阶段出现的显证以及现代病理学研究, 来推导基本病机。

现代病理学研究表明, 无论何种原因引起的慢性肾功能衰竭, 其病理变化不外乎肾小球硬化及肾间质纤维化^[2-3], 这种变化是一个缓慢的蓄积过程, 因此, 慢性肾脏病存在一个肾小球硬化及肾间质纤维化的过程。防治这种变化目前公认的方法是活血化瘀, 故我们认为, 瘀是慢性肾脏病的一个重要的病理因素。

慢性肾小球肾炎从“未病”发展到“已病”阶段, 患者会出现精神差, 轻度乏力, 下肢轻, 中度浮肿, 腰膝酸软, 胸闷, 不欲食, 面色少华, 头昏, 舌质淡暗、苔腻, 脉多沉细无力。是肾脾气虚、水湿内停的征象。该阶段以湿、瘀、虚为关键。

慢性肾小球肾炎发展到“传病”阶段即慢性肾功能衰竭, 患者会出现神疲乏力, 下肢浮肿明显, 腰膝酸软, 胸闷憋气, 纳少或纳呆, 恶心呕吐, 面色无华, 头昏, 舌质偏暗、苔黄腻, 脉无论沉或弦, 尺脉多无力少胃气。正是一派肾脾气虚、湿毒内蕴的征象。该病的后期以湿、毒、瘀、虚为关键。

慢性肾炎从“未病”到“已病”再到“传病”的发展, 是一个逐渐的量变与质变的过程, 根据“已病”及“传病”阶段的临床表现及病因病机, 我们认为, “未病”时应当存在肾脾气虚, 在外易感外邪, 在内则肾主水不力, 脾失健运, 运化水谷不力, 水湿不运, 气机壅滞, 或聚湿成痰, 或热与湿胶着, 为气、血、痰、湿、食、火“六郁”的病理状态。此时如未及时治疗, 或因外感六淫内外相应, 或因过劳伤肾气, 或因饮食不节复伤脾胃, 则湿邪加重, 肾脾之气更虚, 而出现浮肿、乏力等“已病”

的症状,进一步发展则虚虚实实,蕴湿成毒,进入“传病”阶段。基于“传病”及“已病”阶段出现的临床表现及现代医学检测指标,我们认为,该病早期的基本病机是六郁及脾肾气虚。

3 未病先防,扭转病势

处于慢性肾小球肾炎“未病阶段”的患者因没有明显的症状,常常不能正确认识自身的情况,容易麻痹大意,往往不能坚持治疗及劳逸结合,从而加剧了病情的进展,当出现临床症状时,往往已经造成比较严重的肾脏损害,因此,在这个阶段首先要与患者进行交流,使其意识到预防的重要性,能自觉地配合治疗。

3.1 自我调摄

《素问·水热穴论》:“勇而劳甚则肾汗出,肾汗出逢于风,内不得入于藏府,外不得越于皮肤,客于玄府,行于皮里,传为臌肿,本之于肾,名曰风水。”防止“过劳”及“避邪风”是未病先防的重要措施。慢性肾小球肾炎发生的根本原因在于肾气不足^[4],肾为先天之本,过劳则伤肾气,则主水液及封藏的功能下降,肾气为一身之元气,元气亏虚,则易受外邪侵犯。同时当避免感受外邪,即“虚邪贼风,避之有时”,外感六淫常直中三阴,从足少阴肾经传于肾。培养劳逸结合的生活方式,避免感受外邪,使机体气血运行通畅,又不伤及气血,脏腑功能不致受损,则可在一定程度上延缓慢性肾小球肾炎的进程。《素问·上古天真论》曰:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来。”“恬淡虚无”就是要内心保持一种平静安定的心态,真气才能够充足,气机才能顺畅。饮食对慢性肾小球肾炎发展有较大影响,嗜食肥甘厚味,辛辣酸冷,暴饮暴食都会损伤脾胃,影响脾胃运化功能,水湿不运,壅塞气机,精微不化则后天不能养先天,造成肾气亏虚,尤其是对蛋白尿、血尿明显者,应适当控制蛋白的种类及摄入量。

3.2 药物预防

药物预防在未病阶段显得尤为重要,精确的辨证用药能使部分慢性肾小球肾炎患者肾脏损害逆转。慢性肾小球肾炎未病阶段的治疗常用三法:①辛开苦降调气机:中焦为气血精液运行的枢纽,中焦大气运转受阻,气机不畅,则六郁更加明显,故当以辛开苦降,开畅中焦,气行则湿化,痰不能成;脾胃健运,谷物得以化生精微;气行则血行,郁开热自散;②活血通络早应用:活血通络法在防治血管硬化方面得到广泛认可,现代实验研究也证实了这一点,肾小球硬化是贯穿慢性肾小球肾炎始终的病理变化,即血瘀是慢性肾小球肾炎自始至终的基本病机,运用活血化瘀药,可以有效地阻止或延缓慢性肾脏病发展致慢性肾功能衰竭的进展,如桃仁、红花、川芎、当归、水蛭、大黄、龟甲、丹参等;③肾

脾之气亦当补:脾气足则健运有力,肾气足则主水有权,气为血之帅,补气亦有助于活血,故当补益脾肾,常加用黄芪、党参、白术、茯苓、当归等益气之品,增强活血化瘀之效,与辛开苦降之品配伍可防其壅滞。另外,对于确切疗效的西药可考虑使用,如应用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)和血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB)类降压药保护肾功能,具有一定的效果。慢性肾小球肾炎患者易患感冒,从而引起病情加重,我们以玉屏风散治疗经常感冒的患者,效果甚好,可明显减少感冒的发生次数。对已经存在感冒的患者,多表现为咽红,扁桃体肿大等咽炎症状,或有鼻炎、齿龈炎等表现,足少阴肾经循咽喉、挟舌本,虽未出现明显的肾脏疾病方面的表现,此时当及时截断,注意使用走上焦的清热解毒药,使病邪清除,扭转病势,如金银花、连翘、牛蒡子、芦根、紫花地丁、蒲公英、野菊花等。

4 已病防变,主动出击

在治疗疾病过程中,要时刻注意病情的发展趋向,掌握主动权,以防病邪深入传变。一旦慢性肾小球肾炎患者因外感、过劳、饮食不当等出现明显的症状,即为“已病”阶段,在自我调摄的基础上,应当适时停止工作或学习,及时治疗。其方法可根据不同诱因,辨证论治,我们认为,其治疗关键在于及时驱除病邪,重视湿邪为患,根据不同的情况,可以从以下几方面着手:①健脾疏风,脾主运化水湿,风可胜湿,对于存在外感病邪的情况,可以加重这方面的用药,如荆芥、防风、紫苏叶、羌活、独活、蝉蜕、苍术、白术、薏苡仁、山药,而对于无明显外感病邪的患者,也可选用一两味。②注意苦温燥湿药物的使用,我们常在法半夏、苍术、砂仁、白豆蔻、萹澄茄、草豆蔻、草果、槟榔等药中选用。③三焦为水液的通道,对于效果不佳时可考虑从疏利三焦方面着手,柴胡可以达到疏利三焦的目的。④颜面及双下肢水肿明显者,当行气利水,分利三焦,酌情使用化湿利水药,如葶苈子、紫菀、石韦、泽泻、茯苓、猪苓等。⑤从保护肾功能的角度活血化瘀法当贯穿始终,我们常在四物汤或补阳还五汤、水蛭、穿山甲中选用。尿检血尿明显者当凉血止血。

5 病已传变,防其转危

对于患者已经进入慢性肾功能衰竭,即“传病”阶段,西医根据血清肌酐值分为四期,虽然正虚邪实为总病机,并贯穿始终,但各期的病机重心各有偏重,故临床施治时,应把握不同特点,遣方用药。活血祛瘀、调理气机、化湿消痰药为贯穿整个过程的重要治法^[5],常以丹参、鬼箭羽、三七等活血祛瘀,草果、法半夏、苍术、砂仁等化湿消痰。进入后期则应该在此基础上加强泻毒解毒,减少体内毒素的蓄积,减轻毒素对心、胃、肾、肺

等脏器的损害,也是保护残存肾功能的重要措施,如积雪草、六月雪、大黄等。而心力衰竭、肺部感染、胃肠道出血、高血压是慢性肾功能衰竭晚期的常见并发症,心力衰竭是主要死亡原因。因此,在心、肺、胃等脏器出现明显继发性损害前进行有效防范。

参考文献

- [1] 蒋春波, 孙伟. “补肾”在预防医学中的重要地位. 中华中医药学刊, 2008, 26(2): 398-399.
- [2] 章念伟, 杨翠萍, 周学萍. 中医治疗慢性肾功能衰竭思路与

议. 新中医, 2007, 39(1): 4-5.

- [3] 于俊生, 刘海军, 刘先英, 等. 和络泻浊方对肾间质纤维化大鼠 MMP-9 TIMP-1 基因表达的影响. 辽宁中医杂志, 2007, 34(10): 1375-1377.
- [4] 易继兰. 益肾活血法治疗慢性肾小球肾炎肾虚证举隅. 河北中医, 2003, 25(8): 594-595.
- [5] 郑杨, 张琪. 中医治疗慢性肾衰竭的思路和方法. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10(8): 39-40.

(收稿日期: 2008-12-31; 修回日期: 2009-02-26)

[编辑: 黄健]

透络通阳法治疗慢性淤胆型乙型肝炎34例

齐京 王新颖

(北京中医医院肝病科, 北京市东城区美术馆后街23号, 100010)

慢性淤胆型乙型肝炎是由于乙型肝炎病毒长期感染导致肝脏慢性炎症, 胆汁不能主动排泄到毛细胆管而反流入血所致, 常易合并内毒素血症或继发感染, 极易转化为重型肝炎, 发展为肝硬化。我们以透络通阳法治疗疗效明显, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例入选标准

符合2000年中华医学会传染病与寄生虫病分会、肝病学会制定的《病毒性肝炎防治方案》“慢性淤胆型乙型肝炎的诊断标准”。除外其他嗜肝细胞病毒重叠感染; 除外中、晚期重型肝炎; 除外失代偿性肝硬化; 除外免疫性肝病; 除外有肝外胆道梗阻征象、肝癌; 除外合并较严重以上内科其他系统疾病患者; 除外妊娠哺乳期患者。

1.2 一般资料

患者总数65例, 均来源于本院肝病科2002年1月~2007年12月门诊。治疗组34例, 男23例, 女11例; 年龄23~54岁, 平均39.2岁; 乙型肝炎病史2~23年, 平均12.5年。对照组31例, 男20例, 女11例; 年龄21~56岁, 平均35.1岁; 乙型肝炎病史1.5~25年, 平均14.8年。两组在年龄、性别、病程及疾病程度方面差异均无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组基础治疗均用天晴甘平每次150mg, 每日3次。治疗组以通阳透络治疗, 基本药物组成: 穿山甲10g, 桂枝6g, 生黄芪30g, 丹参15g, 橘红10g, 杏仁10g, 泽兰20g, 藕节15g, 茵陈30g, 金钱草10g。临证配伍: 胁胀脘痞呕呃者酌加旋覆花、生赭石; 腹胀酌加厚朴、大腹皮; 肌肤瘙痒重酌加地肤子、白鲜皮; 大便干结或黏滞不爽加酒大黄; 湿热重加黄芩、车前子; 寒盛加干姜。每日1剂, 水煎2次, 早晚分服。对照组加用熊去氧胆酸每次200mg, 每日2次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参考卫生部《中药新药临床研究指导原则》“慢性乙型肝炎疗效判定标准”制定。显效: 自觉症状消失, 肝脾肿大稳定不变或缩小, 生化指标恢复正常者; 有效: 自觉症状消失或基本消失, 肝脾肿大稳定不变, 生化指标恢复正常或较原值下降50%

以上者; 无效: 自觉症状、生化指标无明显改善或加重者。

3.2 两组临床综合疗效比较

治疗组34例, 显效17例, 有效14例, 无效3例, 总有效率为91.2%; 对照组31例, 分别为4例、19例、8例、74.2%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组治疗前后主要症状体征消失或改善情况比较

治疗组倦怠乏力消失率为90.0%(27/30)、面色晦暗为75.0%(18/24)、纳呆为92.9%(26/28)、两胁不适为80.8%(21/26)、腹胀为90.5%(19/21)、皮肤瘙痒为100%(9/9)、肋下痞块为71.4%(10/14)、舌质紫暗伴瘀斑瘀点或舌下静脉紫黑增粗延长为85.0%(17/20)。对照组分别为65.2%(15/23)、25.0%(6/24)、62.5%(15/24)、20.8%(5/24)、75.0%(12/16)、100.0%(4/4)、14.3%(1/7)、10.5%(2/19)。两组比较差异有显著性($P<0.01$)。

3.4 两组血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)变化比较

治疗结束时治疗组血清ALT水平明显低于对照组($P<0.05$)。

3.5 两组血清总胆红素(TBIL)变化及复常情况

治疗8周、12周时两组患者TBIL水平有明显差异, 治疗组明显低于对照组($P<0.01$)。治疗12周时TBIL复常率治疗组为50.0%(17/34), 对照组为16.1%(5/31), 两组相比统计学差异有显著性($P<0.01$)。

4 讨论

慢性淤胆型乙型肝炎是以肝内胆汁淤积为主要表现的一个特殊类型, 其临床表现较无淤胆型肝炎更为复杂。我们认为, 治疗应在扶正活血解毒化痰基本立法的基础上, 强调温通脾阳透达胆络。方中穿山甲咸寒窜, 专能行散, 能出入阴阳, 贯穿透达, 畅达交通肝胆之经络; 桂枝辛温发散, 甘温助阳, 温通脾阳, 流畅血脉, 消散痰湿, 通经络而蠲痹阻。二药合用直达病所, 通经络, 振脾阳。生黄芪禀少阳之气入胆, 助中正之气; 禀太阴之味, 入脾而救受克之伤; 丹参补血行血, 功兼四物。生黄芪、丹参同用补中气养气血, 扶正补虚, 助前药通透之力; 橘红、杏仁和胃化痰润肠; 泽兰、藕节通行周身之气血; 茵陈、金钱草解毒祛湿利胆退黄。