

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.22.004

当代名医

# 梁贻俊治疗 IgA 肾病经验

贾 冕 指导: 梁贻俊\*

(卫生部中日友好医院, 北京市朝阳区樱花东路 2 号, 100029)

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目

**摘要** 总结梁贻俊教授以中医辨证辨病相结合, 使用补、升、固、清四法治疗 IgA 肾病患者, 特别是对血尿、蛋白尿明显并口服激素治疗患者的经验, 对控制血尿、蛋白尿及配合减停激素有显著的疗效。

**关键词** 血尿; 蛋白尿; IgA 肾病; 名医经验; 梁贻俊

梁贻俊(1927-), 女, 主任医师, 教授, 硕士研究生导师, 享受国务院政府特殊津贴。第一、二、三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。擅长中医内科、妇科临床治疗, 从事中医临床工作 50 余年。著有《梁贻俊临床经验辑要》《辨证施治纲要》等多本著作, 发表论文 60 余篇。

IgA 肾病是 IgA 或 IgA 为主的免疫球蛋白在肾小球系膜区及毛细血管袢沉积引起的一系列临床和病理改变。现代医学除采用激素治疗外尚无有效的治疗方案, 而中医对本病“伏其所主, 先其所因”结合辨证论治尚有显著的效果<sup>[1]</sup>。

## 1 病因病机

IgA 肾病常以血尿、蛋白尿为表现, 属中医“尿血”、“尿浊”范畴。中医学认为, 蛋白质属于“精”或“精微物质”范畴, 来源于水谷, 由后天之本脾胃化生, 经心肺作用输布经络, 营运周身, 是维持人体生命活动的基本物质。其盛者贮存于肾, 赖肾的封藏作用而固密于体内。尿中蛋白的出现意味着精微物质的漏泄。《素问·金匱真言论》曰“夫精者, 身之本也”, 宜藏不宜泄。肾气不固, 水谷精微下注则表现为蛋白尿。长期的蛋白尿, 必将导致全身的虚弱状态, 免疫功能下降, 致疾病迁延难愈。其病因一般有: ①外感风热, 风热外袭入里, 热蓄肾和膀胱, 络脉受损, 营血妄行, 血不循经外溢为血尿; ②素体肾阴不足, 阴虚内热, 或劳倦过度, 损伤脾气, 气失统摄, 血不循经而外溢; ③烦劳过度, 耗伤心阴, 心火亢盛, 移热小肠, 迫血妄行而尿血; ④烦劳过度, 形神过耗,

或饮食失节, 饥饱不调, 损伤脾胃。脾主统血、升清, 若脾不摄精, 不升清, 可使精气下泄而见蛋白尿; 此外, 外感六淫, 迁延失治, 邪气久羁, 正气耗伤, 亦可导致精气下泄。

IgA 肾病病程进展慢, 患者初起多为邪实, 可见风热外感证。病程迁延, 气阴不足, 可见肝肾阴虚及脾肾气虚证, 气虚易挟湿, 阴虚生内热, 湿热互结亦成为气阴两虚常见兼夹之邪实。病程日久, 必有瘀滞, 故亦多见瘀血。

## 2 辨证论治

IgA 肾病多因风、寒、湿等因素在正虚的基础上诱发, 使肺、脾、肾三脏功能失调所致。IgA 肾病急性发作阶段, 常由感受风热之邪所致; 而慢性发作阶段, 则多为气阴不足、脾肾气虚、肝肾阴虚或夹湿热、瘀血。临床上只有明辨虚实, 辨别有无外感, 注意证候之间的转化或夹杂, 方能治之不失。

IgA 肾病的中医治疗, 目前多按血尿和蛋白尿论治。血尿期多由风热之邪上犯于肺不解, 下传于膀胱, 热积于下焦而发生尿血, 治疗以疏风散热, 清上治下为主。根据虚实夹杂的情况, 分别采用益气健脾、活血化瘀、清利湿热、解毒通淋等治则。以蛋白尿为主, 治疗多以益气健脾、固肾摄精, 益气滋肾、活血清利, 宣肺利水, 清热凉血为主。

梁教授治疗该病思路主要为补、升、固、清四大法, 一以补肾治其病位之根本, 一以升提脾肾之气, 使水谷精微不得下注, 一以固涩而使水谷精微不得外流, 一以滋补肾阴清虚热以配合激素治疗。在用药方面, 梁教授补肾多采用生地黄、熟地黄、女贞子、墨旱莲、杜仲、牛膝等, 其中女贞子多用

\* 通讯方式: liangyijun1927@126.com, (010) 64426898

于滋肾阴;用大量生/炙黄芪、太子参、西洋参益气固脱,补益脾肾之气以升提,使水谷精微不得下注为蛋白尿;用煅龙骨、煅牡蛎收敛固涩,防其精微外泄;用三七粉、生地黄炭活血止血,多用于血尿患者;此类患者常服用激素治疗,临床观察服用激素患者常有阴虚火旺之象,梁教授常选用知母、黄柏、女贞子等滋肾阴、清虚热,配合激素减量治疗。

### 3 验案举例

患者,男,30岁。2010年8月因尿中有泡沫到北京某医院进行肾穿刺活组织检查,结果回报“局灶增生性 IgA 肾病”,2010年8月30日住院治疗,查尿中蛋白为+++++,尿潜血为+++~+++++,24小时尿蛋白定量约为2000 mg/L(每日尿量约为1500 ml),肾功能未见异常,诊断为“慢性肾炎,局灶增生性 IgA 肾病;慢性扁桃体炎”,开始服用激素治疗,初始剂量为醋酸泼尼松片60 mg,每日1次;来氟米特20 mg,每日1次;阿魏酸哌嗪片150 mg及百令胶囊1.0 g,每日3次;咪哒普利10 mg,每日2次;肝泰乐100 mg,每日3次。患者已于2010年10月行扁桃体切除术,既往无高血压病、冠心病、糖尿病。该患者于2010年12月29日首次就诊于我院梁教授门诊,就诊时激素已减量为每日40 mg,余药剂量同前。刻下症见腰痛,尿中泡沫多,满月脸,小便频、色深黄,便秘,每周1次,尿潜血+++~++++,尿蛋白+++~++++,血压160/90 mmHg,舌质暗、舌中心有裂纹、舌苔薄黄,脉沉弦。辨证:肾阴虚,精微下注。治以补肾阴,益气固精。处方:女贞子30 g,墨旱莲30 g,生地黄炭30 g,熟地黄25 g,三七粉6 g(冲),黄芪50 g,煅龙骨30 g,煅牡蛎30 g,太子参30 g,知母20 g,黄柏15 g。其后,该患者每1~2周就诊1次,以上方为基础根据患者病情加减,并逐渐减少激素剂量,血压高、肝火旺时常加入决明子,腰膝酸软、乏力明显时加杜仲,

气虚明显重用黄芪,常生黄芪、炙黄芪同用,且量较大,多用至30~50 g,尿潜血多时用小蓟、三七粉凉血活血止血,同时激素逐渐减量,至2011年6月停服激素,查24小时尿蛋白定量586 mg/L,24小时尿量1650 ml,尿潜血(-),饮食及睡眠可,舌苔稍白,脉沉弦细,效不更方,嘱患者定期至门诊调药,以首方为基础进行加减,至10月12日复诊时,已停激素4个月余。查24小时尿蛋白降至229 mg/L(尿量1750 ml),尿蛋白(-),尿潜血(-)。

按:本病例为青年男性,既往慢性扁桃体炎病史,因泡沫尿就诊,以“血尿、蛋白尿”为主要临床表现,行肾穿刺活组织检查确诊为“局灶增生性 IgA 肾病”,符合 IgA 肾病诊断。现代医学给予规律服用激素治疗,因服用激素已出现库欣综合征表现。该患者久病伤肾,腰膝酸软,尿色清长多沫,舌质暗,脉象沉弦细弱,均为肾阴虚精微不固之象。梁教授辨证系肾阴虚、精微下注,治宜补肾阴、益气固精。且患者就诊时已出现肾上腺皮质功能亢进症状,结合脉象,宜滋补肾阴为主,方以熟地黄、知母、黄柏、女贞子、墨旱莲等补益肝肾之阴。激素作用相当于中医学补肾阳范畴,其性热,热耗阴液,壮火食气则有肾阴虚内热,可见舌中心有裂纹、苔薄黄,且选用知母、黄柏养阴清虚热,黄芪、太子参益气固脱,补益脾肾之气以升提,改善精微下注(蛋白尿),煅龙骨、煅牡蛎收敛固涩下注之精微,三七粉、生地黄炭活血止血,生地黄即可补肾阴,取其炭又可凉血止血。经治疗半年余,患者已停服激素,尿潜血转阴,尿蛋白减少为微量,2014年3月19日电话随诊该患者仅有微量蛋白尿,未再有血尿,血压正常,无其他不适。

### 参考文献

- [1] 饶向荣,白雅雯.戴希文治疗 IgA 肾病的经验[J].北京中医药,2008,27(9):691-693.

### LIANG Yijun's Experience in Treating IgA Nephropathy JIA Mian

(China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029)

**ABSTRACT** Professor LIANG's experience in treating IgA nephropathy was summarized. He has combined traditional Chinese medicine syndrome differentiation and disease differentiation and has formed the four main methods, namely tonification, ascending, strengthening and clearing, which are very effective, especially in treating hematuria, proteinuria and patients with oral administration of hormones. His methods showed very significant effects in controlling hematuria and proteinuria and decreasing hormone use.

**Keywords** hematuria; proteinuria; IgA nephropathy; famous doctor's experience

(收稿日期: 2014-04-04; 修回日期: 2014-04-30)

编辑: 洪 涛