

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.11.017

从肺、脾、肾论治 IgA 肾病

龚永杰^{1,2}, 占永立^{2*}

1. 北京中医药大学, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029; 2. 中国中医科学院广安门医院

[摘要] IgA 肾病发病主要与肺、脾、肾亏虚有关, 故其论治多从肺、脾、肾着手。具体治法包括: 从肺论治, 益肺固表治其本, 清热解毒治其标, 常以玉屏风散合银翘散加减; 从脾论治, 注重平调寒热, 条畅气机, 多以半夏泻心汤合枳术丸加减; 从肾论治, 根据肾脏阴阳偏性, 灵活补益, 常用六味地黄汤加减。

[关键词] IgA 肾病; 中医药疗法; 从肺论治; 从脾论治; 从肾论治

IgA 肾病是我国常见的原发性肾小球疾病, 其临床表现多样, 轻者为无症状镜下血尿, 或伴不同程度蛋白尿, 重者可出现急性肾功能衰竭等。虽然现代医学对 IgA 肾病的治疗取得了一定的进展, 但其主要治疗方法如激素、免疫抑制剂等的使用可导致较多不良反应。中医药在改善 IgA 肾病患者的体质状态、控制诱发因素、降低尿蛋白、延缓病程进展等方面有一定的优势。IgA 肾病为本虚标实证, 其发病主要与肺、脾、肾亏虚有关, 我们认为, 临证可从肺、脾、肾着手论治, 现分析如下。

1 从肺论治: 益肺固表治其本, 清热解毒治其标

根据其临床表现, IgA 肾病多归属于中医学“肾风”“尿血”“腰痛”“水肿”等疾病范畴。研究^[1]认为, IgA 肾病中医病机为本虚标实, 本虚主要包括肺肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气阴两虚等; 标实主要包括外感风寒或风热、水湿、湿热、血瘀、湿浊等。我们在临床实践中观察到, IgA 肾病常表现为肺气亏虚, 兼有外感风热和 (或) 湿热的病机特点。一方面患者表现为易感冒、自汗出、神疲乏力等肺气亏虚的症状; 另一方面患者常合并口干咽燥或长期咽痛、咽部暗红等热邪客咽症状, 并且常因外感风热诱发或加重。因此, 从肺治疗 IgA 肾病应从两方面着手, 即益肺固表治其本, 清热解毒治其标, 扶正祛邪, 标本同治。处方常以玉屏风散合银翘散加减。基本方: 黄芪 15~30 g, 白术 9~15 g, 防风 9~12 g, 金银花 12~15 g, 连翘 12~15 g, 荆芥 6~9 g, 牛蒡子 6~9 g, 薄荷 6~

9 g, 淡竹叶 3~6 g, 芦根 12~15 g, 白茅根 12~15 g, 栀子 12~15 g, 仙鹤草 12~15 g, 小蓟 12~15 g, 甘草 3~6 g。随症加减: 尿血明显者, 加琥珀粉 3 g, 分 2 次冲服; 咽喉肿痛明显者, 加蒲公英 12~15 g、紫花地丁 12~15 g、大青叶 15~30 g; 舌苔黄腻者, 加车前草 12~15 g、土茯苓 15~30 g; 蛋白尿较多者, 加金樱子 12~15 g、芡实 12~15 g。现代药理学研究表明, 由黄芪、白术、防风组成的玉屏风散能提高机体免疫功能^[2]; 金银花、连翘等组成的银翘散具有抗菌、消炎等作用^[3]。临床研究亦显示, 益肺固表、清热解毒法不但可以缓解慢性肾炎易感冒、咽干或咽痛、咽部暗红、水肿、腰膝酸软、汗出恶风等症状, 而且可明显降低 24 h 尿蛋白定量及尿红细胞、提高血浆白蛋白^[4]; 同时实验研究亦提示, 其可抑制模型大鼠肾小球系膜细胞增殖, 具有一定的肾脏保护作用^[5]。

典型病例: 患者, 男, 47 岁, 2018 年 6 月 3 日初诊。主诉: 血尿、泡沫尿反复发作 2 年, 加重伴咽痛 2 天。患者平素易感冒。患者 2 年前感冒后第 2 天发现血尿、泡沫尿, 查尿常规示: 尿蛋白 (+ + +), 潜血 (+ + +), 24 h 尿蛋白定量 2032 mg。血肌酐 76 $\mu\text{mol/L}$, 白蛋白 40 g/L。临床诊断为慢性肾炎, 肾脏病理诊断为局灶增生硬化性 IgA 肾病。长期口服氯沙坦钾片 100 mg、每日 1 次, 反复查尿蛋白 (+) ~ (+ +)、潜血 (+) ~ (+ + +)、24 h 尿蛋白定量 0.65~1.24 g。2 天前受凉后血尿、泡沫尿加重。刻诊: 低热 (体温 37.7℃), 微恶寒, 咽痛, 头痛, 咳嗽、咯黄痰, 神疲乏力, 汗出不畅, 大便每日一行, 小便泡沫

* 通讯作者: zhanyongli88@sina.com

多、呈浓茶色，舌质红、苔薄黄，脉细滑数。血压 130/75 mmHg。血常规：血红蛋白 142 g/L，白细胞计数 4.46×10^9 /L，血小板 263×10^9 /L，淋巴细胞 41.9%，中性粒细胞 50.3%。尿常规：尿蛋白 (+ + +)，潜血 (+ + +)，24 h 尿蛋白定量 2656 mg。血肌酐 85 μ mol/L。患者素体肺气亏虚，本次因外感风热诱发病情加重。按急则治标、缓则治本的原则，先以清热解毒、宣肺止咳、凉血止血为法，以银翘散合麻杏石甘汤加减。处方：金银花 15 g，连翘 15 g，荆芥 9 g，牛蒡子 9 g，薄荷 6 g，淡竹叶 6 g，麻黄 9 g，苦杏仁 9 g，石膏 30 g，芦根 15 g，白茅根 15 g，仙鹤草 15 g，小蓟 15 g，甘草 6 g。7 剂，水煎服，每日 1 剂，分两次口服。继续每次口服氯沙坦钾片 100 mg，每日 1 次。

2018 年 6 月 10 日二诊：服上方后患者低热、恶寒、头痛、咳嗽等症消失，神疲乏力，多汗，咽痛，大便正常，小便泡沫减少，尿色深黄，舌质偏红、苔薄略黄，脉细滑。血压 128/76 mmHg。尿常规：尿蛋白 (+ +)，潜血 (+ +)，24 h 尿蛋白定量 1543 mg。患者虽然外感风热症状明显好转，但热邪耗气伤阴，故治疗继续疏风清热、解毒利咽为主，佐以养阴生津。处方以银翘散合生脉散加减：金银花 12 g，连翘 12 g，荆芥 6 g，牛蒡子 9 g，薄荷 6 g，芦根 15 g，淡竹叶 3 g，麦冬 12 g，五味子 6 g，太子参 9 g，仙鹤草 12 g，小蓟 12 g，甘草 6 g。14 剂，煎服法同前。继续每次口服氯沙坦钾片 100 mg，每日 1 次。

2018 年 6 月 24 日三诊：患者体温正常，稍感咽痛，神疲乏力，汗出恶风，大便正常，小便稍黄、少量泡沫，舌质淡红、苔薄略黄，脉细滑。血压 124/70 mmHg。尿常规：尿蛋白 (+)，潜血 ($\pm$)，24 h 尿蛋白定量 667 mg。患者外感风热症状基本消退，但平素易感冒，肺气亏虚，治疗以益气固表为主，佐以清热利咽，方以玉屏风散合银翘散加减：黄芪 15 g，麸炒白术 12 g，防风 9 g，金银花 12 g，连翘 12 g，薄荷 6 g，淡竹叶 3 g，芦根 15 g，甘草 3 g。28 剂，煎服法同前。每次口服氯沙坦钾片 100 mg，每日 1 次。后以上方加减维持治疗 9 个月，氯沙坦钾片改为每次 50 mg、每日 1 次，病情稳定。2019 年 4 月 17 日复诊，血压 124/78 mmHg。尿常规：尿蛋白 ($\pm$)，潜血 ($\pm$)，24 h 尿蛋白定量 353 mg。

按语：该患者 2 年前确诊为 IgA 肾病，初诊时因外感风热加重蛋白尿、血尿，伴发热、咽痛、咳嗽、咯黄痰等症，故首诊以清热解毒、宣肺止咳、

凉血止血治其标。二诊时热势减退，但热邪伤阴，故去麻杏石甘汤，以银翘散清热利咽为主，合用生脉散养阴生津。三诊时表证已解，但患者平素自汗出、易外感，长期咽痛，证属肺气不足，热邪客咽，故以玉屏风散益气扶正固表，银翘散加减清热解毒利咽。总之，IgA 肾病从肺论治应把握好病情的轻重缓急，或以扶正为主，或以祛邪为先，或扶正祛邪，标本兼治，灵活辨证论治，方能奏效。

2 从脾论治：注重平调寒热，条畅气机

脾胃地处中焦，为上下变通、气机升降之枢，且为后天之本，与其他脏腑关系密切。若脾胃虚弱，则气机升降乘逆，气血生化无源，百病由生。《金匱要略》云：“夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾，四季脾旺不受邪，即勿补之”，提示肝脏疾病常可通过调理脾胃治疗。同样 IgA 肾病也与中医脾胃关系密切。现代研究^[6]表明，异常肠道黏膜免疫反应对于 IgA 肾病的发生、进展起着非常重要的作用。有学者提出“肠-肾关联”学说^[7]，即 IgA 异常可以同时影响到胃肠和肾脏，许多胃肠道疾病可引发 IgA 肾病，且这类患者发生 IgA 肾病的机率明显高于正常人群。胃肠道疾病多属中医脾胃病的范畴。我们在临床中发现，部分 IgA 肾病患者临床表现为胃脘痞满、肠鸣、腹泻、舌苔黄腻等中焦寒热错杂证，且其蛋白尿、血尿的发生、发展与腹泻程度密切相关。据此提出从脾论治 IgA 肾病的中医治疗思路，临证采用平调寒热、条畅气机法，处方常用半夏泻心汤合枳术丸加减。基本方：党参 9 ~ 12 g，法半夏 6 ~ 9 g，黄芩 6 ~ 12 g，黄连 9 ~ 30 g，干姜 6 ~ 9 g，枳实 9 ~ 15 g，白术 6 ~ 9 g，大枣 6 ~ 9 g，甘草 3 ~ 6 g。随症加减：大便如水样、舌苔偏白腻者，加白蔻仁 9 ~ 15 g、薏苡仁 9 ~ 15 g；腹痛泄泻、舌苔偏黄厚腻者，加马齿苋 9 ~ 15 g、白头翁 9 ~ 15 g、白芍 12 ~ 15 g；五更泻者，加补骨脂 6 ~ 9 g、肉豆蔻 6 ~ 9 g、五味子 3 ~ 6 g、诃子肉 6 ~ 9 g；血尿明显者，加仙鹤草 12 ~ 15 g、小蓟 12 ~ 15 g、侧柏叶 9 ~ 15 g；尿黄、小便泡沫多伴水肿者，加淡竹叶 3 ~ 6 g、车前草 12 ~ 15 g、玉米须 15 ~ 30 g。

典型病例：患者，男，52 岁，2017 年 5 月 24 日初诊。主诉：反复血尿、泡沫尿半年余，加重 1 天。患者 2016 年 12 月腹泻后第 2 天出现肉眼血尿，小便泡沫多。平素喜食辛辣、嗜酒。血压 148/90 mmHg。尿常规：尿蛋白 (+ + +)，潜血 (+ + +)，24 h 尿蛋白定量 1923 mg。血肌酐

69 $\mu\text{mol/L}$, 白蛋白 41 g/L。肾脏病理诊断为轻度系膜增生性 IgA 肾病。予厄贝沙坦片、黄葵胶囊治疗。尿蛋白(+)或(++)、潜血(++)或(+++)、24 h 尿蛋白定量 500 ~ 1400 mg。1 天前因饮食不节病情加重。刻诊: 恶心欲吐, 恶寒、低热(37.5℃), 头痛, 脘腹胀满, 大便溏, 每日 5 或 6 次, 尿中泡沫多, 呈浓茶色。舌苔白腻, 脉细弦滑。血压 134/74 mmHg。尿常规: 尿蛋白(+++), 潜血(+++), 24 h 尿蛋白定量 2203 mg。中医辨证: 外感风寒、内伤湿滞; 治宜解表化湿, 理气和中。方以藿香正气散加减, 处方: 藿香 12 g, 大腹皮 9 g, 白芷 6 g, 紫苏 6 g, 茯苓 9 g, 姜半夏 9 g, 白术 12 g, 陈皮 12 g, 桔梗 9 g, 厚朴 6 g, 枳实 9 g, 仙鹤草 12 g, 小蓟 15 g, 大枣 3 枚, 甘草 3 g。7 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 分两次口服。每次口服厄贝沙坦片 150 mg, 每日 1 次。

2017 年 5 月 31 日二诊: 服药后患者恶心欲吐症状消失, 体温正常, 仍纳差, 肠鸣、腹胀, 胃脘痞满, 大便溏, 每日 3 或 4 次, 小便泡沫减少。舌质偏红、舌苔稍黄腻, 脉细弦滑。血压 142/86 mmHg。尿常规: 尿蛋白(++), 潜血(++), 24 h 尿蛋白定量 1263 mg。患者虽表证已解, 但素体脾阳不足, 湿盛日久, 郁而化热, 证属寒热互结之痞。治宜寒热平调, 散结除痞。以半夏泻心汤合枳术丸加减, 处方: 党参 12 g, 姜半夏 9 g, 黄芩 9 g, 干姜 9 g, 黄连 9 g, 枳实 12 g, 白术 12 g, 藿香 9 g, 大枣 3 枚, 甘草 6 g。14 剂, 煎服法同前。继续每次口服厄贝沙坦片 150 mg, 每日 1 次。

2017 年 6 月 14 日三诊: 自诉腹胀好转, 但每日腹泻 7 ~ 10 次, 腹中雷鸣, 纳差, 胃脘痞硬而满, 小便色白, 有少量泡沫, 舌质淡、苔腻微黄, 脉细滑。血压 136/74 mmHg。尿常规: 尿蛋白(+), 潜血(++), 24 h 尿蛋白定量 783 mg。脾为后天之本、气血生化之源, 脾虚失运, 无以充养先天, 命门火衰, 故而五更泄。证属脾肾虚弱、寒热互结之痞; 治以温肾暖脾、涩肠止泻为法。方以生姜泻心汤合四神丸加减, 上方将甘草改为 12 g, 加补骨脂 9 g、肉豆蔻 9 g、诃子肉 6 g。14 剂, 煎服法同前。2 周后肠鸣、腹泻、胃脘痞满等症明显好转, 之后以泻心汤加减治疗, 同时继续每次口服厄贝沙坦片 150 mg、每日 1 次。2017 年 12 月 28 日复诊, 血压 128/76 mmHg。尿常规: 尿蛋白(±), 潜血(±), 24 h 尿蛋白定量 228 mg。

按语: 患者平素饮食不节, 损伤脾胃, 脾虚湿盛为其宿根。初诊时外感风寒, 遂投以藿香正气散

解表散寒以治其标。二诊时表邪已解, 但脾阳不足, 湿盛日久, 热证已显, 治当寒热兼顾, 补泻并用, 方能阴阳调和, 故以半夏泻心汤合枳术丸治之。三诊时脾虚日久, 无力运化, 已损及命门之火, 当固本培元, 遂加用四神丸温补脾肾, 涩肠止泻。之后以泻心汤加减, 寒热平调, 标本兼顾, 因而诸症缓解。

3 从肾论治: 根据肾脏阴阳偏性, 灵活补益

肾主封藏, 若固摄失职, 水谷精微外泄, 则发为蛋白尿、血尿。肾主水, 调节水液代谢。体内水液滞留、分布与排泄, 主要通过肾脏的气化作用, 若肾脏气化失职则水液停聚, 发为水肿。故肾脏亏虚是 IgA 肾病的关键中医病机之一, 也是中医治疗本病的主要切入点^[8]。IgA 肾病从肾论治, 我们临床常用六味地黄汤。基本方: 熟地黄 12 ~ 24 g, 山萸肉 6 ~ 12 g, 山药 6 ~ 12 g, 泽泻 6 ~ 12 g, 牡丹皮 6 ~ 12 g, 茯苓 6 ~ 12 g。因肾为水火之脏, 内寄元阴元阳, 因此, 临床根据肾脏阴阳偏性, 灵活化裁: 偏肾阴虚者, 六味地黄汤加减; 气阴两虚者, 参芪地黄汤加减; 阴虚火旺者, 知柏地黄汤加减; 肾阳虚者, 金匮肾气丸加减; 肾虚水肿者, 济生肾气汤加减。

典型病例: 患者, 男, 58 岁, 2017 年 9 月 10 日初诊。主诉: 间断腰酸痛 2 年余, 加重伴五心烦热 15 天。患者 2015 年 7 月无明显诱因自觉腰部酸痛, 血压 145/95 mmHg。尿常规: 尿蛋白(++), 潜血(++), 24 h 尿蛋白定量 1276 mg。血肌酐 59 $\mu\text{mol/L}$, 白蛋白 42 g/L。肾脏病理诊断为局灶增生性 IgA 肾病。间断服用中药(具体用药不详), 福辛普利钠片及厄贝沙坦片等治疗, 血压正常, 腰酸痛时轻时重。尿蛋白(+)或(++), 潜血(+)或(++), 24 h 尿蛋白定量 600 ~ 930 mg。半个月前因劳累、思虑过度, 腰酸痛加重, 伴五心烦热。刻诊: 腰膝酸软, 五心烦热, 颧红, 口唇干裂, 大便干结, 小便泡沫多、呈浓茶色。舌质红、少苔, 脉细数。血压 124/76 mmHg。尿常规: 尿蛋白(+++), 潜血(+++), 24 h 尿蛋白定量 2246 mg。肾阴亏虚, 阴虚火旺, 迫血妄行, 故血尿加重; 肾虚封藏不固, 肾精外溢, 蛋白尿明显。治以滋阴降火、凉血止血为法。方用知柏地黄汤加减: 知母 12 g, 黄柏 12 g, 熟地黄 24 g、山萸肉 12 g、山药 12 g、茯苓 12 g、泽泻 9 g、牡丹皮 12 g、北柴胡 12 g、炒栀子 12 g、仙鹤草 15 g、小蓟 15 g、地榆 12 g、炙甘草 6 g。14 剂, 水煎服, 每日 1

剂,分两次口服。口服福辛普利钠片每次 10 mg,每日 1 次,厄贝沙坦片每次 150 mg,每日 1 次。

2017 年 9 月 21 日二诊:自诉服上方后腰酸、烦热、颧红等症好转,尿色转清,小便泡沫减少,仍乏力,大便偏干、一二日一行。舌质偏红、苔薄黄少津,脉细滑。血压 126/70 mmHg。尿常规:尿蛋白(+),潜血(+),24 h 尿蛋白定量 947 mg。患者热势已退,尿血不甚,但其久伤之肾阴非一时能复,治疗仍以滋阴降火为主,辅以润肠通便。前方去仙鹤草、地榆,加沙参 9 g、麦冬 12 g、火麻仁 30 g。14 剂,煎服法同前。继续口服福辛普利钠片每次 10 mg,每日 1 次,厄贝沙坦片 150 mg,每日 1 次。

2017 年 10 月 7 日三诊:腰痛明显好转,五心烦热、口唇干裂等症消失,稍感乏力,纳可,眠可,小便淡黄、少量泡沫,大便正常。舌质偏红、苔薄略黄,脉细滑。血压 128/70 mmHg。尿常规:尿蛋白(±),潜血(+),24 h 尿蛋白定量 342 mg。中医辨证属肾气阴两虚,治以益气养阴为主。方以参芪地黄汤加减:太子参 9 g,黄芪 15 g,熟地黄 24 g,山萸肉 12 g,山药 12 g,牡丹皮 12 g,茯苓 9 g,生姜 6 g,大枣 3 枚,甘草 6 g。14 剂,煎服法同前。停福辛普利钠片、厄贝沙坦片。以后根据患者症状变化,以地黄汤加减治疗 6 个月。2018 年 4 月 9 日复诊,血压、肾功能正常,尿常规:尿蛋白(±),潜血(+),24 h 尿蛋白定量 284 mg。

按语:该患者病情迁延,初诊时因劳累、思虑过度,终致肾阴亏虚,阴虚火旺,迫血妄行。治以滋阴降火、凉血止血为主,方以知柏地黄汤加减。二诊时虽热势已减,但阴亏明显,故加大滋阴生津之力。三诊阴虚好转,中医证属肾气阴两虚,治疗以益气养阴为法。以后根据患者肾阴阳偏性,六味

地黄汤加减巩固疗效。

4 小结

根据 IgA 肾病肺脾肾亏虚为本的中医病机特点,从肺、脾、肾三脏入手。从肺论治,注重益气固表、清热解毒,处方常用玉屏风散合银翘散加减;从脾论治,注重平调寒热、条畅气机,处方多以半夏泻心汤合枳术丸加减;从肾论治,根据肾脏阴阳偏性,灵活补益,处方常用六味地黄汤加减。实际临床辨证用药时,不拘泥于某一固定方药,须审证求因,“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。

参考文献

- [1] 陈香美,邓跃毅,谢院生,等. IgA 肾病西医诊断和中医辨证分型的实践指南[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(5):583-585.
- [2] 李雪嫣,张李峰,桂曼曼,等. 复方玉屏风散对小鼠细胞免疫力的增强作用研究[J]. 西部中医药,2013,26(8):11-14.
- [3] 何宜荣,赵国荣,肖碧跃,等. 凉膈散、银翘散对早期脓毒症炎症因子干预作用比较研究[J]. 湖南中医药大学学报,2016,36(12):7-10.
- [4] 占永立,戴希文. 益气活血、清热利湿法为主治疗慢性肾炎 30 例临床观察[J]. 中医杂志,2003,44(12):922-944.
- [5] 占永力,戴希文,李秀英,等. 益气清热膏对阿霉素肾病大鼠的肾脏保护作用[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2003,4(3):135-138.
- [6] WELANDER A, SUNDELIN B, FORED M, et al. Increased risk of IgA nephropathy among individuals with celiac disease[J]. J Clin Gastroenterol, 2013, 47(8):678-683.
- [7] COPPO R. The intestine-renal connection in IgA nephropathy[J]. Nephrol Dia Trans, 2015, 30(3):360-366.
- [8] 聂莉芳. IgA 肾病中医病名、证候特点及益气滋肾治法研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2015,16(1):1-3.

(收稿日期:2019-06-01;修回日期:2019-08-03)

[编辑:崔京艳]

(上接第 999 页)

- [4] 郭志强. 现代中医妇科学[M]. 北京:中国科学技术出版社,1996:447.
- [5] 欧阳文. 陈荷香老中医治疗不孕症的经验[J]. 陕西中医杂志,1992,13(12):544-545.
- [6] 马堃,李敏. 补肾促卵冲剂治疗排卵障碍性不孕“肾虚血瘀”作用机制的研究[J]. 中国中药杂志,2017,42(23):4445-4450.
- [7] 刘铭山,黎小斌. 李丽芸教授从湿论治湿浊证不孕经验介绍[J]. 广州中医药大学学报,2011,28(4):42.
- [8] 张建伟. 《诸病源候论》不孕文献研究与临床应用[J]. 中医文献杂志,2008(3):15-17.
- [9] 罗元恺. 中医妇科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1988:

115.

- [10] 张登山,刘瑞芬,王云铭. 王云铭辨治输卵管阻塞性不孕症经验论析[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(1):22-23.
- [11] 王艳. 中西医结合治疗输卵管阻塞性不孕 582 例分析[J]. 医学理论与实践,2005,18(7):818.
- [12] 孟令香. 叶青治疗原发性不孕经验[D]. 济南:山东中医药大学,2014.
- [13] 徐福花,郑月萍. 益气活血通络法治疗排卵障碍性不孕症 68 例的临床观察[J]. 中医临床研究,2017,11(7):66-68.

(收稿日期:2019-10-21;修回日期:2020-03-17)

[编辑:侯建春]