

赵玉庸治疗 IgA 肾病经验

王聪慧 王 箐 丁英钧 许庆友*

河北医科大学中西医结合学院内科教研室, 石家庄市新石南路 326 号, 050091)

基金项目: “十一五”国家科技支撑计划资助项目(2007BAI10B01-008); 河北省科技厅攻关课题(2010055302)

* 通讯作者: qingyouxu@sohu.com, (0311)86265272

赵玉庸(1940—), 男, 河北医科大学中西医结合学院教授、主任医师, 第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。临床上侧重肾脏病的治疗与实验研究, 擅长治疗原发性、继发性肾脏疾病, 慢性肾功能衰竭。发表论文 50 余篇, 著作 14 部。曾获河北省科技进步三等奖 2 项, 河北省卫生厅科技进步奖 5 项。

[关键词] 肾络瘀阻; IgA 肾病; 名医经验; 赵玉庸

IgA 肾病又称 Berger 病, 是一种特殊类型的肾小球肾炎, 多发于儿童和青年, 发病前常有上呼吸道感染, 用免疫荧光法检查可见系膜区有 IgA 沉积。因其病理类型及临床表现具有多形性, 反复发作, 部分患者于 20 年内进展为慢性肾功能衰竭。河北医科大学赵玉庸教授行医 50 余载, 对于 IgA 肾病治疗积累了丰富的经验, 现介绍如下。

1 病机及治法

近年来对 IgA 肾病的病机认识有不同的看法, 有以阴虚火旺立论, 有从气阴两虚着手, 有主下焦湿热者, 有主脾肾亏虚者, 亦有从肝郁论治。赵老师在临床实践中, 以《黄帝内经》“病久入深, 营卫之行涩, 经络时疏故不通”及叶天士“久病入络”为理论指导; 以病程长、反复发作, 舌暗脉涩为辨证依据; 肾小球硬化、肾间质纤维化尤其血管襻狭窄或闭锁及免疫复合物沉积等病理改变为参考, 提出“肾络瘀阻”病机学说, 给予化瘀通络药物治疗, 以益气化瘀通络为法, 以虫类药为主, 结合患者的症状、体质, 辅以对症治疗, 可明显缓解症状, 减少蛋白尿、血尿的排泄, 减轻肾功能损伤, 减缓疾病的进展。

2 辨治经验

IgA 肾病多呈慢性迁延病程, 病机复杂多变, 然而不外虚实两端, 虚者补之、实者泻之, 此乃调治之大法。虚者多责之于脾肾: 脾虚失于健运, 患者乏力、纳差, 以黄芪、(焦)白术、(炒)山药健脾益气; 肾虚则多见腰痛, 以桑寄生、续断、杜仲补益肾脏; 肾虚失于温煦, 小便清长、夜尿频多, 以益智仁、(制)何首

乌等温肾固摄。实者多责之于风、热、湿、瘀: 外邪袭肺, 若有咳嗽、咯痰、咽痛者, 用金银花、连翘、板蓝根清热解毒, 杏仁、浙贝母、前胡、枇杷叶宣肺止咳; 湿热下注见小便灼热者, 用石韦、蒲公英、黄柏清热去湿通淋。然而在临床中, 患者多见虚实夹杂证, 实乃久病则虚, 虚则精微不固, 下溢尿中; 气血运行不畅, 瘀滞即生; 瘀则机体生新不顺, 虚弱乃成, 互为因果, 日渐加重。久病入络, 气滞血瘀, 络脉受损, 血不循常经而溢于脉外, 酿生血尿。故而以蝉蜕、僵蚕、龟甲等虫类药活血通络, 贯穿始终。久病则虚, 虚可致瘀, 瘀可致虚, 虚实夹杂。总之肾络瘀阻贯穿疾病始终, 患者多正气亏虚, 易于外感, 或湿热下注, 病程较长, 缠绵难愈, 日久累及脾肾。赵老师在临床治疗上, 以虚实为纲, 补泻并用, 尤善使用活血通络药, 随症加减变化。

3 验案举例

3.1 化瘀通络、滋阴清热法治案

张某, 女, 35 岁, 2009 年 3 月 15 日初诊。主诉: 血尿反复发作 5 年。5 年前感冒发热、咽痛后出现肉眼血尿, 于当地医院治疗后肉眼血尿消失, 但镜下血尿持续不愈。后于某省级医院就诊, 肾穿刺活检示 IgA 肾病。后服用中药治疗, 无明显好转。现腰酸, 乏力, 咽干咽痛, 口干喜饮, 手心热, 平素易感, 舌红、苔薄黄, 脉沉弦细。理化检查: 24 小时尿蛋白定量 0.8g, 尿常规: 尿潜血(BLD)(+++), 尿蛋白(Pro)(+++), 红细胞(RBC)(++)。中医诊为尿血, 证属阴虚内热、瘀血阻络; 治以滋阴清热、化瘀止血。处方: 黄芪 30g, 玄参 15g, 金银花 15g, 女贞子 12g, 墨旱莲 12g, 仙鹤草 20g, 茜草 20g, 蒲公英 15g, 杜仲 12g, (熟)大黄 15g, 蝉蜕 10g, 龟甲 15g, 土茯苓 15g, 积雪草 15g。14 剂, 水煎服, 每日 1 剂。2009 年 3 月 29 日二诊: 诸症减轻, 但觉咽中不适, 口干, 偶咳嗽, 无痰, 纳寐可, 二便调。舌淡红、苔白, 脉弦细。理化检查: 24 小时尿蛋白定量 0.34g, 尿生化:

尿素氮(BUN)7.9mmol/l,血肌酐(SCr)104 μ mol/l,尿酸(UA)286.6 μ mol/l,尿常规:BLD(++),Pro(+),RBC(++).见效守方。前方去蒲公英、仙鹤草,加荆芥 10g、连翘 10g、桔梗 10g、甘草 6g、青风藤 15g。每日 1 剂,水煎服。连续服用 2 个月。2009 年 6 月 8 日三诊:患者精神可,两目有神,语音清晰,无不适。舌尖红、苔薄白,脉弦细。理化检查:24 小时尿蛋白定量 0.11g,查尿常规(-),继服前方。随访 1 年余患者无复发。

按:本例因外感风热出现肉眼血尿时未能有效治疗,以至病情迁延日久,气阴内耗,阴虚内热,迫血妄行,见血尿,脉弦细。故立益气滋肾、清利化瘀止血之法,收效甚捷。方中取二至丸之意,以女贞子、墨旱莲滋肾养阴。其中龟甲、僵蚕、蝉蜕等虫类药活血通络贯穿始终。初期用金银花、连翘等辛凉药物清热疏风为主,中期以玄参、麦冬滋阴为主,后期以黄芪、山药健脾固本。血尿患者并非见血止血,用大量炭类固涩,反而留瘀为患,导致病情迁延,出血日久则常伴瘀滞,故于滋肾中佐以清热活血,其效显著。

3.2 化瘀通络、益气养阴法治案

于某,女,8 岁,2006 年 1 月 2 日初诊。主诉:血尿 4 个月余。4 个月前无明显诱因出现肉眼血尿,当地医院查尿 BLD(+++),Pro(++),肾功能未见异常,以“急性肾炎”收入院,病情好转后出院。2 个月后外感后再次出现肉眼血尿,尿常规:Pro(++),BLD(+++),肝功能、血脂未见异常,肾穿刺:轻度系膜增生型 IgA 肾病。理化检查:尿 Pro(-),BLD(+++),尿 RBC 形态:RBC 满视野,变异 RBC 占 90%,呈环形、戒指、芽孢状。血 IgG、IgA、IgM、C3、C4 均正常。患儿体倦乏力、口干,舌淡红、苔白,脉细弱。中医辨证属气阴两虚、络脉瘀阻。治以益气养阴、活血通络。处方:黄芪 10g,玄参 8g,金银花 8g,土茯苓 10g,山茱萸 6g,(炒)山药 8g,小蓟 8g,白茅根 8g,茜草 8g,乌贼骨 8g,地榆 6g,侧柏叶 8g,花蕊石 8g,蝉蜕 5g,地龙 6g,僵蚕 5g,乌梢蛇 5g,龟甲 8g(先煎),连翘 6g,(炒)槐米 6g,三七(粉)2g(分冲)。30 剂,水煎服,每日 1 剂。2006 年 2 月 12 日二诊:语音清晰,无明显不适。舌红、苔白,脉细。理化检查:尿 BLD(±),尿常规(-)。诸症好转,减小蓟、白茅根、茜草等凉血之品,稍佐(焦)白术 6g、防风 6g,取玉屏风散之意,固护肌表。继服 1 个月。2006 年 3 月 24 日三诊:无明显不适,舌红、苔

薄白,脉细。理化检查:尿常规(-),继服前方 1 个月。随访 3 年患者无复发。

按:患儿稚阴稚阳之体,脏腑娇嫩,形气未充,气阴亏虚,气虚卫外不固,易于外感;阴虚生内热,热灼络伤而出血,肾穿示轻度系膜增生型 IgAN,为瘀血之兆,瘀血阻络,血不得循常经,而成血尿。赵老师认为,瘀血阻络贯穿 IgAN 肾病始终,故采用活血通络止血之法,又佐以黄芪、玄参、(焦)白术等益气养阴,故收良效。

3.3 健脾补肾、祛风通络、清利湿热法治案

李某,男,39 岁,2008 年 10 月 22 日初诊。主诉:尿检异常 1 个月余。1 个月前因腰痛两年加重半个月入住某医院,时查血压 150/110mmHg,尿常规 Pro(+++),BLD(+++),RBC 285 个/HP,24 小时尿蛋白定量 0.96g,肾穿刺示:①局灶增生型 IgA 肾病,②乙肝病毒抗原肾内沉积。乙型肝炎病毒标志物五次、肝功能、肾功能均正常,予降压降脂等对症治疗。复查 24h 尿蛋白定量 0.46g,尿常规:Pro(+++),BLD(+++),WBC 312 个/ μ l。现腰痛,纳寐可,尿中多泡沫。舌淡红、苔薄白、边有齿痕,脉弦细。中医诊为肾风,证属脾肾两虚,瘀血阻络。治以补肾活血、祛风通络。处方:僵蚕 10g,龟甲 15g,蝉蜕 10g,乌梢蛇 15g,黄芪 15g,玄参 15g,金银花 15g,(焦)白术 10g,防风 15g,连翘 10g,青风藤 15g,鬼箭羽 15g,积雪草 15g,续断 12g,桑寄生 20g,石韦 15g,蒲公英 15g,(煅)龙骨、(煅)牡蛎各 30g,紫草 15g,(制)何首乌 15g。30 剂,水煎服,每日 1 剂。2008 年 11 月 23 日二诊:腰痛,小腹有下坠感,尿道灼热,纳可,寐欠安,舌红、苔黄厚,脉弦细滑。理化检查:尿常规:Pro(+),BLD(++),WBC(++),镜检 WBC 43 个/HP,RBC 87 个/HP。患者稍有湿热之象,佐以清利湿热之品,上方加白花蛇舌草 15g、苍术 10g、黄柏 10g、薏苡仁 30g、怀牛膝 12g、柴胡 10g。此方加减服用半年余。2009 年 5 月 6 日三诊:咳嗽无痰,腰背疼痛,燥热,汗出,纳寐可,二便调,舌红、苔白,脉弦沉滑。理化检查:尿常规(-)。原方加枸杞子 15g、茯苓 15g、土茯苓 15g,随访至 2011 年 3 月未见复发。

按:IgA 肾病可有多种临床表现,其预后与肾脏病理有密切关系,多数患者表现为血尿,每因外感而加重,若伴有蛋白尿,以及肾脏病理有间质纤维化者预后较差。肾脏病理为 IgA 肾小球局灶系膜增生

周平安治疗慢性支气管炎经验

金在艳* 李 辉 刘世刚

中国中医科学院广安门医院呼吸科,北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号,100053)

* 通讯作者:jinzaiyan@sina.com,13621020910

周平安(1939—)男,北京中医药大学教授、主任医师、博士研究生导师,第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,享受国务院政府特殊津贴。从事中医内科临床教学、科研工作,擅长呼吸系统疾病、急性热病以及疑难杂症的治疗。获得部级、市级及大学校级科技成果奖多项。

[关键词] 慢性支气管炎;名医经验;周平安

慢性支气管炎是气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症,为临床上常见的呼吸系统疾病之一。本病的病因极为复杂,可能与多方面的致病因素有关,如感染、遗传、吸烟、粉尘、化学毒物、过敏等。本病病程缓慢,病程早期多在寒冷季节发病,咳嗽、咳痰是本病的主要症状,可伴有喘息。凡临床表现为慢性咳嗽、咳痰连续 2 年以上,且每年连续咳嗽、咳痰超过 3 个月即可诊断为慢性支气管炎。慢性支气管炎在中医学中多属于“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”等病证范畴。现将周平安教授治疗本病的经验介绍如下。

1 辨病、辨证要点

1.1 急则治其标,祛邪为主,首当辨清寒热

周老师认为,慢性支气管炎急性加重时以邪实为主,脏腑辨证主要责之于肺,以肺脏为中心。《素问·至真要大论》云:“诸气郁,皆属于肺”,“郁”为气逆而咳喘,“郁”为闭塞。肺为五脏之华盖,又为娇脏,性喜清肃,开窍于鼻,外合皮毛,最易感受外邪侵袭,或由于人体正气不足,卫外不固,或由于气候变化,外邪乘虚而入,由鼻窍、皮毛侵入,首先犯肺;此外,又有所谓“聚于胃,关于肺”,乃因贪凉喜冷,寒凉饮食入胃,从肺脉上至肺致肺寒而发病。其临床表

现为:咳嗽、咳痰较平日明显加重,咳嗽频繁,痰多,或伴气喘,或有恶寒发热。治疗首先应祛邪,邪气不能外达,痰浊无以蠲化,肺气壅遏不宣,则咳喘难愈。辨证时应根据症状、舌苔、脉象首先辨清寒热,症状中尤以痰为辨证的要点,根据痰的色、质、量辨别寒痰、热痰,寒痰宜温化,热痰宜清化。急性加重期均有外邪,故应以祛邪为要务,然慢性支气管炎本为慢性病,病程迁延,虽同为急性加重期就诊,个体情况又有所不同,因此,对于久病体虚年老治宜标本兼治。

另外,急性加重时还有一种特殊类型应予以注意,就是伴有肝气不舒、少阳枢机不利者,此类患者或本有肝郁,如女性更年期患者,或发病乃由情志诱发,问病史时应注意询问相关情况,临床症状在咳嗽、咳痰的同时常伴有胸闷、胸痛,善太息,两胁疼痛,口苦、口干,易怒,头昏,女性可有月经不调,舌边红,脉弦等。此证若投常规的宣肺止咳之品往往疗效欠佳,配合以疏肝理气之法常能奏效。

1.2 缓则治其本,扶正固本为主,从肺脾肾三脏辨治

缓解期以本虚为主,主要为肺脾肾三脏之虚。慢性支气管炎患者初病在肺,久咳致肺气虚,卫外不固,不能抗御外邪,外邪反复侵袭,发病愈加频繁,病情逐渐加重,日久子盗母气,影响脾胃,脾胃功能失常,水谷既不能化为精微上输以养肺气,也不能下输以滋肾元,反而聚为痰浊上贮于肺,故有“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”之说。同时脾胃亏损,又致气血生化无源,无以滋养五脏,病久及肾,肾虚则气不受纳,气喘不接,或肾阴不足,内热灼津生痰,或肾阳不足,温化无权,水湿上泛为痰,终致肺脾肾三脏俱

硬化,属于中医痰瘀阻于肾络。初诊时患者腰痛、舌边有齿痕,此为脾肾亏虚,脾虚无以运化,肾虚不能濡养腰府。脾肾不能固摄则精微下注而见蛋白尿,血不循经,外溢则见血尿。治以化痰通络,健脾益肾。素体亏虚,易于感邪,湿热稽于下焦、膀胱气化不利则见小腹坠胀、尿道灼热、舌苔黄腻,故加以清

化湿热之品,方用四妙散清理下焦。IgA 肾病患者,体虚易感外邪,或外邪袭肺,或湿热下注,临床治疗上当标本兼顾,或急则治其标,先治新感,继治久虚,知常达变,灵活应用。

(收稿日期:2011-04-21;修回日期:2011-07-02)

[编辑:洪 涛]