

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.11.016

小儿紫癜性肾炎辨治心得

王海云¹✉, 王其莉², 刘衍凤³, 盛丽先²

1. 浙江省立同德医院, 浙江省杭州市西湖区古翠路 234 号, 310012; 2. 浙江中医药大学附属第一医院; 3. 山东省济南市妇幼保健院舜玉路社区卫生服务中心

[摘要] 认为小儿紫癜性肾炎病因病机以“湿、热、虚”为特点, 病属本虚标实, 以正气虚弱为本, 尤以气虚、阴虚为主; 邪实蕴郁为标, 尤以湿热为主。临床治疗中将中医辨证论治与西医临床分型相结合, 分为热迫血行证、湿热下注证、脾虚湿蕴证、阴虚湿热证进行论治, 并根据小儿“脏气轻灵、随拨随应”之特性, 形成善用风药、用药平和的特点。

[关键词] 小儿紫癜性肾炎; 热迫血行; 湿热下注; 脾虚湿蕴; 阴虚湿热

紫癜性肾炎是继发于过敏性紫癜的常见肾脏损害, 以皮肤紫癜或伴关节肿痛、腹痛、便血, 兼见血尿和(或)蛋白尿为主要临床表现。由于诊断标准不统一、观察随访时间差异, 过敏性紫癜患儿中发生肾损害的报告率差异较大^[1], 有研究表明, 过敏性紫癜患儿发病 6 个月内发生紫癜性肾炎者达 96.7%^[2]。西医目前对本病的药物治疗以激素、免疫抑制剂和抗凝药为主, 存在一定副作用^[1,3]。中医药治疗小儿紫癜性肾炎具有一定优势^[4-5]。我们认为, 小儿紫癜性肾炎病因病机以“湿、热、虚”为特点, 病属本虚标实, 以正气虚弱为本, 尤以气虚、阴虚为主, 邪实蕴郁为标, 尤以湿热为主, 临床中将中医辨证论治与西医临床分型相结合进行分型论治, 现总结如下。

1 病因多端, 湿、热、虚为主

小儿紫癜性肾炎早期多表现为大量皮肤紫癜, 颜色较红, 因常见诱因是上呼吸道感染, 故多伴发热、咳嗽、咽痛等, 同时出现血尿、蛋白尿等肾损害症状; 后期病程迁延, 多表现为皮肤紫癜反复, 时发时隐, 持续或反复血尿、蛋白尿。根据小儿紫癜性肾炎的临床表现, 可归属于“血证”“尿血”“水肿”等范畴, 并与“斑毒”“葡萄疫”等病证相

似^[6]。我们认为, 小儿紫癜性肾炎初期多是因小儿禀赋不足, 易感受风、热、湿之邪, 加之小儿脾常不足, 喜凉饮冷, 以致湿阻中州, 日久湿郁化热, 湿热内蕴。外邪与内蕴之湿热相搏, 伏于血分, 灼伤脉络, 留于肌肤则皮肤紫癜, 下灼膀胱则血尿。王肯堂《证治准绳》云:“夫紫癜风者……此皆风湿邪气客于腠理, 气血相搏, 致荣卫否涩, 风冷在肌肉间, 故令色紫也”, 巢元方《诸病源候论》亦云:“风邪入于少阴则尿血”。而小儿紫癜性肾炎后期多以蛋白尿为主, 是人体精微物质不断外泄的表现, 原因一是脾不健运, 脾虚不能升清则精微下注; 二是湿热蕴郁日久, 下注于肾, 肾受湿热熏蒸致肾气不固, 肾精外泄。如沈金鳌《杂病源流犀烛》所云:“肾之蛰藏, 必藉土封之力”。综合上述, 小儿紫癜性肾炎病因病机涉及外感、内伤诸多方面, 早期感受风热湿邪、湿热内蕴; 后期脾肾气阴两虚, 以湿、热、虚为主, 封藏失职、精微外泄、湿浊(湿热毒)之邪内蕴是其主要发病机理, 虚实夹杂是其主要病理基础。本病以正气虚弱为本, 尤以气虚、阴虚为主; 邪实蕴郁为标, 尤以湿热为主; 形成本虚标实、虚实夹杂之证。

2 辨证论治, 病证结合

小儿紫癜性肾炎临床表现多样, 西医临床分为孤立性血尿型、孤立性蛋白尿型、血尿和蛋白尿型、急性肾炎型、肾病综合征型、急进性肾炎型、

基金项目: 全国名老中医药专家传承工作室建设项目; 浙江省名老中医专家传承工作室建设计划(GZS2012007)

✉ 通讯作者: haiyunlucky@163.com

慢性肾炎型 7 型^[1]。在临床治疗中, 我们根据小儿紫癜性肾炎“湿、热、虚”的病因病机, 将中医辨证论治与西医临床分型相结合, 对小儿紫癜性肾炎辨证分为热迫血行证、湿热下注证、脾虚湿蕴证、阴虚湿热证。

2.1 热迫血行证

热迫血行证多见于孤立性血尿型早期及血尿和蛋白尿型。临床辨证要点有二: 一是紫癜性肾炎急性起病阶段, 表现为热证、实证; 二是皮肤紫癜鲜红稠密, 尿镜检红细胞较多(++~++++)、甚则肉眼血尿, 舌质红, 苔黄腻, 脉滑数。治以清瘟败毒饮加减。清瘟败毒饮由白虎汤(去粳米)、黄连解毒汤(去黄柏)、犀角地黄汤(水牛角代替犀角)三个经典名方加减化裁而成, 具有清气凉血、解毒化斑之功效, 方中之连翘清透邪热, 竹叶引热下行, 桔梗开启肺气利于散邪。本方遵循温病“入营犹可透热转气”的原则, 切合紫癜性肾炎风热邪毒蕴郁蓄结之病机, 以清为主, 透发为佐, 清透相合, 使邪有出路。若热毒不甚、紫癜渐退, 可去石膏、知母、黄连、焦栀子、水牛角; 若见血尿, 酌加白茅根、紫草、地榆、侧柏叶、小蓟; 若见蛋白尿, 酌加玉米须、泽泻、蝉蜕; 若见发热、咳嗽、咽痛等外感风热症状, 酌加金银花、牛蒡子、荆芥、淡豆豉。

2.2 湿热下注证

湿热下注证多见于孤立性血尿型早期及急性肾炎型。临床辨证要点有二: 一是肉眼血尿或镜下血尿; 二是舌质偏红, 苔薄黄或黄腻, 脉滑数。治以小蓟饮子加减。尿血病位虽在膀胱, 但与心、小肠密切相关, 正如《诸病源候论》所云: “心主于血, 与小肠合, 若心经有热, 结于小肠, 故小便血”。小蓟饮子以导赤散加味组成, 药物多入心、小肠、膀胱经, 使药物直达病所, 药简效宏, 是历代医家治疗尿血的著名方剂。方中以小蓟凉血止血、生地黄凉血养血共为君药, 辅以藕节、蒲黄炭助君药凉血止血兼能活血, 使止血不留瘀, 共为臣药; 滑石清热利水, 通草、淡竹叶、栀子清心、肺、三焦之火从下而去, 共为佐药; 当归性温养血和血, 以防诸药寒凉太过, 甘草调中, 共为使药, 全方凉血止血为主, 清热通淋为辅。若尿血较甚, 酌加侧柏叶、地榆; 若热不甚或尿血日久, 气阴耗伤, 去栀子、通草、滑石寒凉清利之品, 酌加仙鹤草、墨旱莲、黄芪等益气养阴止血。

2.3 脾虚湿蕴证

此证多见于孤立性血尿型后期、孤立性蛋白尿型及血尿和蛋白尿型。临床辨证要点有二: 一是紫癜性肾炎迁延日久; 二是面色欠华, 容易疲劳, 胃纳欠振, 舌质不红, 苔薄腻, 脉细。治以升阳益胃汤加减。本方源于《脾胃论》, 原方主治脾胃虚弱、清阳不升证, 李杲谓此方“此足太阴阳明药也, 六君子助阳益胃, 补脾胃之上药也, 加黄芪以补肺而固卫, 芍药以敛阴而调荣, 羌活、独活、防风、柴胡以除湿痛而升清阳, 茯苓、泽泻以祛湿热而降浊阴, 少佐黄连以退阴火, 补中有散, 发中有收, 使气足阳升则正旺而邪服矣”。我们认为肾虚失于固摄固然是血尿、蛋白尿的重要原因, 但肾主蛰藏, 必籍土封, 只有脾土健运, 肾中精微才能安然, 堤防失固则精微不断泄漏, 故将此方加减用于紫癜性肾炎, 是从脾治肾之法。临证一般去黄连之苦寒, 因小儿多脾胃薄弱, 恐苦寒伤胃; 若舌苔偏燥, 去羌活、独活、泽泻, 以防加重伤阴津之弊; 若尿中红细胞为主, 酌加仙鹤草、阿胶珠、山萸肉; 若尿蛋白为主, 酌加山药、芡实、莲子。

2.4 阴虚湿热证

此证多见于肾病综合征型、慢性肾炎型。临床辨证要点有二: 一是处于激素和(或)免疫抑制剂治疗中; 二是舌质偏红或暗红、苔白腻或黄腻, 脉细弦。治以甘露饮加减。甘露饮源于《太平惠民和剂局方》, 主治“烦热、口舌生疮、齿龈出血”等, 清代汪昂《医方集解》认为“此足阳明少阴药也”, 是临床治疗阴虚湿热证的常用方剂。其中生地黄、熟地黄、天冬、麦冬均可滋养肺肾之阴, 石斛滋养胃阴, 则上中下三焦之阴得以顾护; 黄芩清热, 茵陈清热利湿, 甘草和中, 枇杷叶、枳壳降脾胃之气以利湿热下行。全方滋养阴液而不助湿, 清利湿热而不伤阴, 凡上中下阴虚湿热之病证加减用之多能获效。若舌体胖大, 边有齿痕, 去枇杷叶、枳壳、茵陈, 酌加玉米须、白茅根; 若蛋白尿为主, 酌加黄芪、太子参、莲子等; 若血尿为主, 酌加地骨皮、墨旱莲、仙鹤草。

3 巧用风药, 祛风胜湿

上呼吸道感染是紫癜性肾炎的常见诱因, 当伴有感染性疾病时, 血尿和(或)蛋白尿等症状常出现反复或加重的趋势^[7]。风药辛散为主, 质轻味薄, 尤适合小儿脏气轻灵、随拨随应的特性。小儿紫癜性肾炎多因风邪而起, 与湿、热郁蕴而致反复

不已，日久因实致虚，呈虚实夹杂之候。初起急性期多为热证、实证，以宣透邪毒为先，兼以或继之应用清热解毒、清热利湿、凉血清热、疏通气机等治法。清热凉血的基础上，宜适当配伍风药辛散升发，使水道不为壅滞，湿热不致遏郁。临证可配伍荆芥、防风、葛根、升麻等疏宣之品^[8]。

4 用药平和，轻可去实

小儿稚阴稚阳，脏腑娇嫩，《一得集》云：“小儿脏腑柔脆……用药宜轻”，故遣方用药轻灵是儿科用药的一大特点。“轻可去实”首见于王好古《汤液本草》，“轻可去实……麻黄葛根之属”。李杲《脾胃论》选方用药亦力倡“轻可去实”之法。

我们认为，“轻可去实”法亦适宜小儿脏气轻灵、随拨随应之特性，临床处方用药重视“轻灵活泼”，轻扬而不沉重，活泼而不呆滞，清灵而不腻浊。具体用药体现为质宜轻不宜重，味宜薄不宜厚，量宜小不宜大，方宜精不宜杂。小儿脾常不足，用药宜慎，宜护不宜伐；中病即止，不可过剂；在剂量适当的情况下，注意配伍合理，谨防一伤于病，再伤于药。因此，治疗小儿紫癜性肾炎选用单味中药以甘淡平和、不伐小儿生生之气为旨，常选用宣透祛风药，如荆芥、防风、柴胡、羌活、独活、紫苏叶、蝉蜕、僵蚕、蜂房、葛根、升麻；益气健脾药，如太子参、黄芪、白术、茯苓、山药、薏苡仁；固肾涩精药，如金樱子、芡实、桑螵蛸、海螵蛸、五味子；淡渗利湿药，如玉米须、白茅根、淡竹叶、茯苓、泽泻等。

5 典型病例

患儿，男，11岁，2011年12月26日初诊。主诉：反复双下肢皮疹伴尿常规检查异常6年。患儿因“反复双下肢皮疹伴尿常规检查异常6年，再发4天”于2011年11月7-21日住院治疗，期间行肾穿刺，病理结果示：符合紫癜性肾炎(Ⅱ级)。诊断：过敏性紫癜；紫癜性肾炎(IgA肾病待排)；急性扁桃体炎。经激素等药物治疗，复查尿常规示红细胞(++)、尿蛋白(+)，24h尿蛋白定量652mg。出院后继续口服药物：泼尼松片(5mg/片)，每次30mg，每日1次；吗替麦考酚酯片(0.25g/片)，早晨0.5g、晚上0.25g；维生素D1粒(400IU/粒)，每次1片，每日1次；醋酸钙颗粒(0.2g/包)，每次1包，每日1次；肾炎四味颗粒(5g/包)，每次1

包，每日3次；马来酸依那普利片(10mg/片)，每次5mg，每日1次。出院一个月后，家长寻求中医治疗，遂来诊。刻诊：患儿面色红润，呈满月脸，夜间容易出汗，入睡困难，常需0.5~1h方能入睡，胃纳正常，咽红充血，扁桃体二度肿大，大便干燥，二三日一行，小便色黄，舌质红，苔黄腻，脉细弦。复查尿常规示蛋白痕迹、红细胞(++)、隐血(+++)、微量白蛋白150mg/L，西医诊断：紫癜性肾炎；中医辨证：阴虚血热，湿热内蕴。治拟养阴凉血、清利湿热，以甘露饮加减。处方：生地黄10g，熟地黄10g，天冬10g，麦冬10g，石斛10g，甘草6g，枳壳6g，玉米须30g，白茅根30g，牡丹皮10g，紫草10g，砂仁6g，黄柏6g，14剂，水煎，日1剂，分2次温服。停肾炎四味颗粒，余西药继服。

2012年1月9日二诊：尿常规示蛋白痕迹、红细胞(++)，大便转润，日1行，入睡好转，半小时内可入睡，咽红，扁桃体二度肿大，小便深黄，舌红，苔薄腻，脉细弦。中医辨证：下焦湿热蕴结，迫血妄行。治拟凉血清利，以小蓟饮子加减。处方：小蓟15g，生地黄10g，通草3g，淡竹叶10g，甘草6g，藕节10g，蒲黄炭10g，玉米须30g，白茅根30g，蝉蜕6g，僵蚕6g，桔梗6g，14剂，水煎，日1剂，分2次温服，西药继服。

2012年1月23日三诊：尿常规示蛋白痕迹、微量白蛋白90mg/L、红细胞(+)，咽红好转，扁桃体Ⅱ度肿大，不红，纳可，大便润，日1行，舌质偏红，苔薄，脉细弦。二诊方去蝉蜕、僵蚕、桔梗，加乌梅炭6g、生地榆10g，加减服用近4个月。期间每半月复诊1次，病情稳定，紫癜未发，激素逐步减量。

2012年5月14日复诊：尿常规示蛋白痕迹至阴性、红细胞(+)至少少许，微量白蛋白50mg/L，泼尼松片已减为每次5mg，每日1次；吗替麦考酚酯片，每次0.25g，每日2次。余西药停药。患儿面色欠华，容易疲劳，胃纳欠振，舌淡红，苔薄腻，脉细，中医辨证：脾胃虚弱，清阳不升，湿邪留恋。拟益气健脾、升阳利湿，以升阳益胃汤加减治疗1个月余，尿常规检查正常，停药泼尼松片和吗替麦考酚酯片，又以六君子汤合玉屏风散调理1个月余。复查尿常规、尿肾小管功能、血常规及生化均正常范围。随访一年，期间未再发病。

(下转第1095页)