

芪、槲寄生、黑大豆、仙灵脾、女贞子、仙鹤草等药物。

HBV - GN 持续不缓解,肾脏逐渐进展至肾衰竭,乙肝病毒相关性肾炎累及器官较多,病程长,尤其是到后期,病人多表现为水湿内停、脾虚湿盛等症状,脾虚可以解释患者的众多症状。蓝主任根据《素问·玉机真脏论》“脾脉者土也,孤脏以灌四旁者也”,《素问·太阴阳明论篇》“脾者土也,治中央,常以四时长四脏”,《金匱要略》中“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,以及“四季脾旺不受邪”,“人以胃气为本”,“有胃气则生”,“得谷者昌”,以及张存悌提出慢性病应遵顺“诸虚不足、先健其中”等等的理论,应用健运脾胃、调整升降之大法治疗慢性肾衰竭,可取得改善症状、改善肾功能、减少感染、提高生存质量、

相对延缓病情进展的疗效。通过健脾解决患者的症状,常常选用太子参、薏仁、苍术、白术、山药、鸡内金等。后期肾衰竭以虚实夹杂为主,以虚为主。用药重视益肾养阴,慎用温燥,调理脾胃,培后天以养先天,重视降浊清利,同时根据久病及络,治疗中可予以川芎、当归、丹参、赤芍等。

HBV - GN 特点是发病率较高、治疗棘手且有争议,部分药物不良反应严重。蓝华生教授治疗乙肝病毒相关性肾炎学术思想主要包括重视中医辨证提高疗效,在西药干预下则应用中医学减毒增效,在肝脏和肾脏病的进展中重视截断预防传变。

(收稿:2016-12-03 修回:2017-03-01)

史伟教授治疗 IgA 肾病经验*

王夏青^① 黄晶晶^① 谢永祥^① 邵志洪^① 莫超^① 向长玉^① 史伟^{①△}

IgA 肾病是一组以 IgA 或 IgA 为主的免疫球蛋白在肾小球系膜区沉积为特征的原发性肾小球疾病,以反复发作的肉眼血尿或镜下血尿为主要临床表现。青壮年人群多发。约占原发性肾小球疾病的 45%,50% 的 IgA 肾病患者在 20~25 年内逐渐发展为终末期肾脏病(ESRD)^[1]。IgA 肾病发病机制尚未十分明确,西医目前主要使用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或者血管紧张素受体拮抗剂(ARB)和(或)糖皮质激素及免疫抑制剂以减少蛋白尿、控制血压、抗炎、抑制免疫,而 ACEI、ARB 的使用是否能减少 ESRD 的发生并未明确,且激素和免疫抑制剂的使用带来了各种风险。相反,随着中医药在临床的广泛使用,有文献报道^[2],中医药辨证治疗 IgA 肾病具有延缓病情进展、改善临床症状、减少西药所带来的副作用等优势。

史伟教授是广西名中医,广西中医药大学第一附属医院肾内科主任及学科带头人,广西名中医,第一批全国优秀中医临床人才,从事肾脏疾病临床、教学及实验研究 20 余年,熟练掌握各类肾脏疾病的诊治及预后评估,临证采纳中西医结合治疗策略,长于运用中医理法方药辨证辅助治疗肾脏疾病,并取得了良好的临床疗效和病人满意度。笔者有幸随诊学习,本文精心总结了史伟教授治疗 IgA 肾病的辨证要点和处方用药经验,介绍如下,谨供同道参考。

1 对病名和病因、病机的认识

古代中医文献中并无“IgA 肾病”这一病名的直接记载,根据其临床症状,当属祖国医学“尿血”、“溺血”、“溲血”、“肾风”等疾病范畴,后期尚可归属“虚劳”范畴。其基本病因病机正如《诸病源候论》记载:“虚劳则生七伤六极,气血俱损,肾家偏虚,不能藏精,故精血俱出也”。故史教授认为:IgA 肾病患者总属本虚标实,以脾胃亏虚为本,风邪、湿热、浊毒、血瘀

为标,湿、热、瘀贯穿始终^[3],病位在下焦、肾,涉及心、肝、脾、肺脏。

2 辨急性发作期和慢性持续期

2.1 急性发作期多属风热、湿热,强调“从咽论治” IgA 肾病发病机制迄今尚未阐明,临床发现相当一部分 IgA 患者常表现以黏膜感染(包括上呼吸道感染、胃肠道和泌尿系感染)为诱因的血尿发作或病情进展。中医认为风为百病之长,清扬开泄,致病易袭人体上部,口鼻咽喉为先受邪之地。而足少阴之经脉循喉咙、夹舌根,风热之邪客于咽部,循经下行扰肾,导致肾封藏失职,精血俱出,表现为肉眼血尿,此即“风邪入于少阴,则尿血”。史教授认为:风热之邪从咽而入少阴,故治疗当重视疏风清热与利咽解毒并重,用药多以清宣为主,以顺应风邪清扬开泄之性。方选银翘散或甘草桔梗汤加减。此与西医研究报道切除扁桃体有利于降低尿蛋白减轻血尿及改善 IgA 肾病长期预后^[4,5]有共通之处。湿热之邪易客于人体下部之肠道、膀胱,湿碍气机,热伤血络,血溢络外,表现为肉眼或镜下血尿,《素问·气厥论》有“胞移热于膀胱,则癃,溺血”,《金匱要略》“热在下焦者,则尿血”。史教授主张首辨湿热偏重,次辨湿热停聚部位。湿甚者祛湿为主,使湿去热孤,正如《温热经纬》载:“清热必兼渗化之法,不使湿热相搏,则易解也”;热甚者清热为主,祛湿为辅。根据湿热胶着部位选择分消法,方选竹叶石膏汤、黄连解毒汤、三仁汤等加减。史教授强调:湿热胶着,治疗当循序渐进,以中焦脾胃为核心,切不可急于速效,短时投以大剂苦寒辛燥,变生他症,导致疾病迁延甚至肾功能下降。

2.2 慢性持续期重视脾胃,主张从脾治肾 IgA 肾病部分患者表现为血尿、蛋白尿反复发作,后期可出现肌酐升高、肾小球滤过率下降等肾功能受损现象。史教授认为,此类患者多缘

* 本课题为广西自然科学基金资助项目(No. 2010GXNSFA0132090)

① 广西中医药大学(南宁 530023)

△ 通讯作者

由先天禀赋不足或后天失养或病后失调失治,导致脾肾受累,先后天互损,脾虚则血失统摄,而血溢脉外,自小便而出则为尿血;肾气、肾阳亏虚,开阖失职,精血不固,随小便而出;肾阴虚则生内热,热灼血络,血络受损,则见尿血。治疗上,史教授主张“从脾治肾”,调理后天脾胃、培补先天之肾气阴阳。方选健脾第一方香砂六君子汤合平调肾阴肾阳之六味地黄汤加减,若表现为肾气虚为主者,酌加菟丝子、桑寄生、续断、五加皮等益气故肾;若表现为肾阴虚为主者,酌加桑葚、枸杞子、女贞子、旱莲草、黄精等滋养肾阴;若表现为肾阳虚为主者,酌加淫羊藿、巴戟天、杜仲、补骨脂等温补肾阳。此外,史教授认为慢性肾病患者病程较长,病势迁延,脾非一时能健,肾非一时能补,需要长期治疗,故临证常根据患者的体质、年龄、证候虚实情况适时运用次第膏方治疗^[6]。脾胃为气血生化之源,肾主藏精,脾肾亏虚则精血生化乏源,后期可发展为气阴两虚,或可见于激素治疗之后,治疗上当益气养阴,方选生脉散合六味地黄汤加减;若有热象者,可选知柏地黄汤合二至丸加减。史教授强调:此期的 IgA 肾病患者以虚为主,大都不耐攻伐及药性太重太偏之品,临证应当谨守病机,以免误犯虚虚之戒。

3 重视瘀血致病因素,荐用虫类药

IgA 肾病以血尿为主要临床表现,正如唐容川《血证论》云“离经之血,虽清血鲜,亦有瘀血”,史教授认为,在 IgA 肾病发生发展过程中,瘀血既作为致病因素又作为病理产物,贯穿始终。在 IgA 肾病的各阶段,可分别存在热灼血瘀、气滞血瘀、气虚血瘀、阳虚寒凝血瘀、肝郁血瘀、久病入络等导致瘀血产生的病机。治疗上谨守病机,总以化瘀为大法,不可盲目见血止血。热灼血瘀者清热化瘀,方用小蓟饮子加减;气滞血瘀者理气化瘀,方用四逆散合桃红四物汤加减;气虚血瘀者益气化瘀,方选四君子汤加田七、黄芪;阳虚血瘀者温阳化瘀,方选附子理中汤加川芎、桃仁;肝郁血瘀者疏肝化瘀,方选柴胡疏肝散加郁金。若久病入络,表现为血尿反复发作,面色、口唇色黯,舌下络脉迂曲者,可根据病人耐受情况恰当选择虫类药,以搜剔络脉,宜从小剂量开始,可反复使用。常用如水蛭、地龙,史教授认为,水蛭应用于肾脏病中,除能改善肾病患者血液流变学以外,尚能减轻蛋白尿和血尿。与国内研究报道水蛭素具有抗凝、抑制血小板聚集、减少肾小球内纤维蛋白相关抗原沉积,减少蛋白尿的作用^[7]相一致。

4 擅用药对

史教授治疗肾脏疾病擅于辨证使用药对,常用的药对如:木蝴蝶合蝉蜕,木蝴蝶功善清肺利咽,蝉蜕利咽开音,并能宣肺气而疏散风热,此为治疗 IgA 肾病急性发作期兼见咽痛的常用药对;山药合菟丝子,山药平补肺脾肾三脏之气兼能固精,菟丝子温肾益气固精,二药合用共奏补益脾肾之功,为 IgA 肾病及其他各型肾脏疾病脾胃亏虚证常用药对;金樱子合芡实,金樱子归肾经,功专固涩,芡实既能补脾益肾、又能固精止遗。为 IgA 肾病患者慢性持续期脾肾亏虚、精微不固的常用药对;淫羊藿合怀牛膝,淫羊藿温肾益精,擅补肾阳,怀牛膝补肝肾兼有活血之功,且其“能引诸药下行”,功能引药下行至肾,直达病所。此为 IgA 肾病见肾阳不足的常用药对。

5 病案举隅

沈某,女,35岁,公务员,2010年9月因“解肉眼血尿2次”初诊,1周前曾有“扁桃体炎”病史,自行服用小柴胡颗粒后缓解。就诊时诉咽痛,时有腰酸不适,纳寐正常,大便调,小便有少许泡沫。查体舌边尖红,脉浮略数,血压138/90 mmHg,扁桃体稍红,双下肢无水肿。既往体健。辅查尿常规示:白细胞(-),蛋白质(+++),隐血(++),肝、肾功能、泌尿系B超未见异常。辨证属风热证,予疏风利咽,清热凉血,处方:银花10g,连翘10g,桔梗6g,浙贝10g(打碎),木蝴蝶5g,玄参10g,黄芩6g,甘草6g。4剂,日1剂,水煎服。同时嘱患者服药期间完善2次24h尿蛋白定量检查。药后复诊,已无咽痛,仍时有腰酸不适,易疲倦,尿中泡沫,查体:血压120/78 mmHg,舌质淡,舌苔薄白,脉细,重按无力。2次24h尿蛋白定量分别是1380 mg/24h,尿量1800 ml和1123 mg/24h,尿量2000 ml。建议患者行肾穿刺术明确诊断,穿刺结果示“局灶增生型IgA肾病”,予盐酸贝那普利片10mg每日1次口服,中药以健脾固肾为法,处方:党参10g,白术10g,山药10g,杜仲10g,黄芪15g,茯苓10g,芡实15g,薏苡仁20g,金樱子10g,玉米须15g,田七10g,丹参10g。14剂,日1剂,水煎服。因患者为外地病人,嘱药无不适可续方。1月后三诊,尿常规示:蛋白质(++),隐血(+),24h尿蛋白定量554mg,查体舌脉大致如前,嘱续原方再1月。2010年12月初四诊,尿常规示尿蛋白(+),隐血(+),24h尿蛋白123mg,尿量1800ml,嘱中药改2日1剂再服2月后停,贝那普利则长期服用,监测血压。2013年1月随访,尿蛋白、隐血转阴。

史教授将中医理论与患者证候表现及现代医学理论相结合,临证对IgA肾病的辨证往往切中病机,治疗上灵活体现同病异治,遣方用药要求精确,临证收效显著,笔者对史教授治疗经验理解尚浅,未能充分阐明之处,望同道指正。

参 考 文 献

1. 张宏,王海燕. 肾脏病临床概览. 北京:北京大学医学出版社, 2010. 141-147.
2. 鲍建敏,俞东容. 中医药治疗IgA肾病的临床研究概述. 中国中西医结合肾病杂志, 2016, 7(10): 937-938.
3. 蓝芳,史伟,赵君雅. IgA肾病血尿病因病机及临床研究进展. 中国中医急症, 2010, 18(8): 1389-1390.
4. Kiryluk K, Novak J, Gharavi AG, et al. Pathogenesis of immunoglobulin A nephropathy: recent insight from genetic studies. Annu. Rev. Med, 2013(64): 339-56.
5. Gharavi AQ, Kiryluk K, Choi M, et al. Genome-wide association study identifies susceptibility loci for IgA nephropathy. Nat Genet, 2011(43): 321-327.
6. 郑水燕,谢丽萍,庞汉添,等. 史伟运用膏方治疗慢性肾脏病经验. 江西中医药, 2015, (5): 14-15.
7. 李开龙,何娅妮,左洪炜,等. 水蛭素治疗以血尿为主要表现的免疫球蛋白A型肾病的随机对照临床研究. 中西医结合学报, 2008, 5(3): 253-257.

(收稿:2016-11-29 修回:2017-02-28)