

麻金木辨治膜增生性肾小球肾炎验案

★ 朱美凤 (南京中医药大学 南京 210029)

关键词:膜增生性肾小球肾炎;验案;麻金木

中图分类号:R 692.3⁺1 文献标识码:B

吾师著名中医肾脏病专家麻金木教授在辨治膜增生性肾病方面积累了丰富的经验,笔者有幸随师侍诊,受益匪浅,现撷取麻师辨治膜增生性肾病验案一则,以飨同道。

1 案例

张某,女,42岁,2006年1月16日初诊。患者2005年2月无明显诱因出现双下肢浮肿,腹胀,伴大量泡沫尿,3月于当地医院查尿常规:蛋白3+,红细胞+,尿蛋白电泳示肾小球源性蛋白尿,血浆白蛋白23.6g/L,肾功能正常。5月于某医院行肾活检

辛燥太过,宜轻舒柔和、不伤肝阴,常选用郁金、合欢花、绿萼梅、生麦芽。二是肝病宜兼利胆,常加郁金、虎杖、金钱草、茵陈、亮菌甲素片等利胆之品,能加强疏肝之效。三是健脾宜早,顾护脾胃药宜甘平,不过于温补,以防伤阴助热,以黄芪、茯苓、淮山药、薏苡仁等为首选。四是久病入络,酌兼活血,即使没有明显的血瘀证,也应酌加化瘀之品,常选三七、鳖甲、赤芍、丹参、当归尾、炮山甲等,不宜太过温破,以防伤阴耗气。五是治痰不忘化湿,常用藿香平胃散、泽泻、赤芍、地枯髅等利湿化痰之品。六是养阴宜用甘凉,把握养阴与祛湿之尺度,常用沙参、玉竹、女贞子等益阴,薏苡仁、泽泻、猪苓等淡渗化湿。配合益气健脾之炙甘草、鸡内金、山药、大枣等。七是清热解毒为肝病治疗的必要环节,严老强调,药宜清淡微寒,不宜久服大苦大寒之品,以防损伤脾胃。

5 养生调摄

《素问·五脏生成论篇》曰:“人动则血运于诸经,人静则血归于肝脏。”严老从肝脏的特点,强调肝体阴而用阳,重视养生调摄,生活宜忌,如情绪不宜过燥,睡眠不宜过少,身体不宜过劳,饮食不宜过腻,忌饮酒。

参考文献

组织检查,诊断为膜增生性肾小球肾炎Ⅰ型。24小时尿蛋白定量4.8g,TP 27.3g/L,Alb16.3g/L,血脂升高,予以激素等治疗。期间水肿消退不显,尿中仍有大量泡沫。遂撤减激素。2005年12月28日患者受凉后,咽干,咳嗽,咯痰。复查尿常规:蛋白3+,红细胞±,24h尿蛋白定量:10.13g,为求治中医,特来我院就诊。刻下:双下肢中度浮肿,头痛间作,恶心,偶有呕吐,小便量少,大便稀,舌质红、苔薄黄腻,脉细。辨证属风热犯肺。治以疏风宣肺。处方:金银花15g,连翘15g,桔梗6g,炒子芩10g,桑

- [1]中国中医药学会内科肝病委员会.病毒性肝炎中医辨证标准(试行)[J].中医杂志,1992,33(6):53
- [2]麻晓慧,刘金霞.慢性乙型肝炎证候学研究[J].辽宁中医杂志,2005,32(3):179
- [3]雨谷荣.小柴胡汤对肝损伤的保护作用[J].国外医学·植物药分册,1990,5(6):255
- [4]李太荣,陈召起.慢性乙型肝炎临床研究进展[J].河南中医,2004,24(7):82~84
- [5]王培训,周联,潘华新,等.补肾健脾方药免疫药理作用比较[J].中药新药与临床药理,1998,9(2):84~87
- [6]郑敏,陈鸿珊.中草药及其有效成分抗病毒研究进展[J].中草药,1998,9(10):633
- [7]王灵台,高月求,陈建杰,等.柔肝冲剂抗肝纤维化作用的实验研究[J].中国中医药科技,1998,5(3):139~141
- [8]祁忠焱.小柴胡汤治疗肝病的药理研究[J].医院传染病学杂志,1997,7(4):4
- [9]于习民.银花白芍饮对乙肝病毒的灭活试验[J].中国中医药科技,1998,5(5):325
- [10]王伟利.苦参素注射液治疗慢性乙型肝炎近期疗效观察[J].河北中医,2004,26(9):706
- [11]张正军.60种中草药抗乙型肝炎病毒的实验研究[J].北京医科大学学报,1955,20(3):211
- [12]徐文军.清肝合剂治疗慢性乙型病毒性肝炎80例[J].陕西中医,2001,22(7):402~403

(收稿日期:2007-01-16)

白皮 15 g, 紫苑 10 g, 款冬花 10 g, 鱼腥草 30 g, 制僵蚕 10 g, 蝉衣 6 g, 大腹皮 15 g, 茯苓皮 30 g, 凤尾草 15 g, 荔枝草 15 g, 猪苓 15 g, 泽兰、泽泻各 10 g。水煎, 每日 1 剂, 分 2 次服。按: 麻师认为膜增生性肾炎多因外邪侵袭而诱发或加重, 临床可见风热证或湿热证, 而肺卫风热证尤为常见, 此时应以祛邪为先, 采用祛风清热化湿之法, 调整脏腑气化功能。

2006 年 2 月 13 日二诊, 复查尿常规: 蛋白 3+, 24 小时尿蛋白定量: 9.23 g, 血浆白蛋白 20 g/L, 患者感冒症状消失, 双下肢浮肿减轻, 自觉腰痛, 午后觉烦躁, 胃纳欠佳, 夜寐可, 大便调, 舌红、苔黄腻, 脉滑数。患者诉素有焦虑症病史, 情绪易于波动。辨证属肝脾肾气阴不足。治以益气养阴, 渗湿和络。处方: 柴胡 10 g, 炒子芩 10 g, 半夏 12 g, 陈皮 6 g, 白术 12 g, 茯苓皮 40 g, 猪苓 15 g, 泽泻 12 g, 生地 12 g, 山萸肉 10 g, 蛇舌草 10 g, 合欢皮 10 g, 灵磁石 10 g, 丹皮 10 g, 丹参 10 g, 酸枣仁 12 g。按: 膜增生性肾炎多见气阴两虚, 阴虚与湿热夹杂, 麻师认为用药: 益气不宜太温, 宜平; 补阴不宜滋腻, 宜甘微寒; 除湿不宜用燥, 宜甘淡、甘凉。并嘱患者克服急躁、恐惧心理。

2006 年 5 月 8 日三诊, 复查 24 小时尿蛋白定量: 4.76 g, 血浆白蛋白 28 g/L, 患者浮肿消退, 诉恶心时作, 泛吐酸水, 口干, 纳差, 夜寐差, 舌质红、苔黄腻, 脉细数。辨证属阴虚湿热, 胃络失和。治以益气养阴, 泄浊降逆。改方: 生黄芪 30 g, 太子参 15 g, 赤、白芍各 15 g, 旱莲草 15 g, 川黄连 3 g, 吴茱萸 15 g, 石见穿 15 g, 玄参 12 g, 制首乌 15 g, 天花粉 15 g, 广郁金 15 g, 炒当归 15 g, 蒲公英 30 g, 百合 15 g, 灵磁石 30 g, 土茯苓 30 g。

2006 年 7 月 11 日四诊, 诸症减轻, 乏力感偶作。处方: 生黄芪 30 g, 太子参 15 g, 川断 10 g, 桑寄生 10 g, 枸杞 10 g, 生薏仁 20 g, 连皮苓 30 g, 僵蚕 10 g, 蝉衣 6 g, 泽兰、泽泻各 15 g, 莪术 10 g, 车前草 15 g, 六月雪 30 g。

2006 年 10 月 13 日五诊, 复查尿蛋白定量: 0.35 g/L, 患者无明显不适, 临床症状消失, 原方继续服用。

2 讨论

膜增生性肾小球肾炎 I 型是一组织诊断名称, 以肾小球系膜细胞和基质高度增生、系膜插入及毛细血管壁增厚, IgG 和 C₃ 沉积, 临床表现常表现为见大量蛋白尿的慢性原发性肾小球疾病。目前西医治疗本病主要是: (1) 免疫抑制剂延缓或阻止疾病

中免疫因素介导的损害, 以减少蛋白尿, 延缓肾功能进展; (2) 降脂药及抗凝剂, 治疗并发症如高脂血症及血栓并发症等。但上述疗效均不甚理想。

膜增生性肾小球肾炎属于难治性肾病, 对激素及免疫抑制剂的治疗反应较差, 中医治疗具有相对优势。麻师认为本病的发生不外乎内外两端。内因主要由于先天禀赋不足, 后天疲劳过度, 外邪伤及日久, 导致脏腑功能虚损, 特别是脾肾虚损; 外因多为湿、热、瘀、水互结。此外, 本病每因感受外邪诱发或加剧。

本案例属本虚标实, 虚实夹杂之证。本虚主要表现为脾肾不足和气阴两虚, 标实主要为湿热、瘀血、水湿等夹杂。根据膜增生性肾炎的临床表现, 麻师采用辨病与辨证相结合治疗: 蛋白尿是肾气亏虚、精气下泄所致, 因此补肾是治疗膜增生性肾炎的第一治则; 肾小球内补体成分的沉积, 特别是 C₃ 的沉积是膜增生性肾炎的临床病理特征, 故清利湿热是治疗本病的第二治则; 本病可见毛细血管基膜增厚、细胞增生、系膜基质扩张, 亦是本病的病理特征, 与中医的瘀血密切相关, 因此活血化瘀也是本病的又一重要治则, 在治疗中应加入软坚破结之品。

麻师认为肾为先天之本, 元气之根, 内寓真阴真阳。久病不愈, 迁延反复, 耗气伤津, 损阴及阳, 常累及肾脏, 形成肾脏病。如《景岳全书》所说: “虚邪之至, 害必归阴, 五脏所伤, 穷必及肾。”故麻师以补肾为第一要务, 惯用生黄芪、太子参、川断、杜仲、桑寄生、怀牛膝、山萸肉等。然此病例水肿难退, 蛋白尿缠绵难除, 究其根由, 系正虚而邪着未去, 内湿外湿相合, 弥漫三焦, 郁而化热, 加之肾气亏虚, 致使疾病缠绵难愈。湿热内蕴, 肾气不固, 精气下泄, 治疗上若单补不泻, 则愈补愈虚, 邪不得去, 正不得安; 若单泻不补, 则愈泻愈虚, 正气不固, 邪毒羁留。因此, 麻师喜在补益之剂中参入清利之品, 如凤尾草、荔枝草、六月雪、蛇舌草、蒲公英、土茯苓、车前草等, 消除缓解湿热之邪, 抑制肾脏免疫炎症反应, 减少蛋白尿, 促进肾脏病变的修复。麻师认为肾病自始至终有血瘀存在, 认为血瘀是本病持续发展的重要原因, 故将活血化瘀之法贯穿始终, 药用当归、丹皮、丹参、泽兰、益母草、红花、桃仁、三棱、莪术等, 改善肾脏微循环及高凝状态, 有助于免疫复合物的清除及病变组织的修复。

膜增生性肾小球肾炎病程较长, 个体差异较大, 只有辨证准确, 治疗持之以恒, 方能获取较好疗效。

(收稿日期: 2007-01-16)