

虚,热化证是阴虚阳亢,两者的阴阳失调皆可导致不寐症的发生;厥阴病是六经病证的危重阶段,其病机特点是阴阳不相顺接,所致不寐症是由于阴寒内盛,虚阳浮越。张仲景《伤寒论》对不寐症的论述独具一格,为现代临床治疗的典范。研究《伤寒论》中不寐症的病因病机及临床应用,对于指导临床实践现实意义。

[参考文献]

- [1] 柯雪帆. 阴阳胜复是《伤寒论》的理论基础[J]. 上海中医药杂志, 1980(4): 14.
- [2] 陈治垣. 关于《伤寒论》三阴三阳的探讨[J]. 成都中医学院学报, 1982, 5(4): 23.
- [3] 林如祥. 论失眠辨治[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 8(1): 34.
- [4] 孙洪生, 张永鹏. 古代医家对不寐证的治法特点析要[J]. 江苏中医药, 2008, 40(10): 81-82.
- [5] 孙洪生, 杨洁. 汉唐时期神志主导睡眠理论对不寐辨治的影响[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(1): 253-254.
- [6] 李岩, 高权国. 浅谈不寐的病因病机[J]. 中医药信息, 2007, 24(2): 5-6.
- [7] 禄颖, 吴莹, 鲁艺, 等. 《内经》“贵和”思想与睡眠的关系[J]. 吉林中医药, 2012, 32(6): 541-543.
- [8] 袁瑞华. 试论张仲景辨证不寐证的特点[J]. 陕西中医, 2006, 7(4): 190-191.
- [9] 高辉耀. 黄连阿胶汤的临床观察和实验研究进展[J]. 中国社区医师, 2012, 14(11): 6-8.
- [10] 徐建新. “胃不和则卧不安”论治初探[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(3): 308-309.

(责任编辑: 黎国昌)

益气活血法防治慢性肾脏病临床验案举隅

左琪¹, 屈展航¹, 包崑¹, 林书洲¹, 王荣荣¹, 林绮岚¹, 邱翠琼² 指导: 杨霓芝¹

1. 广东省中医院大学城医院肾内科, 广东 广州 510006

2. 广东食品药品职业学院护理学院, 广东 广州 510520

[关键词] 慢性肾脏病; 益气活血法; 名医经验; 杨霓芝

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 08-0234-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.105

慢性肾脏病(CKD)临床可表现为蛋白尿、血尿、水肿等,本病发展可进入终末期肾衰竭(ESRD),此时需长期肾脏替代治疗以延续生命,因此防治CKD非常重要。CKD可归属于中医学之水肿、尿浊、尿血、腰痛、关格、虚劳等范畴,其病位在肾,与脾有关,瘀血内阻贯穿整个发病过程。广东省名中医杨霓芝教授根据本病的临床特点,结合中医学“邪之所凑,其气必虚”、“久病多瘀”、“久病入络”等理论,提出慢性肾脏病关键病机为气虚血瘀的学术思想。笔者有幸师从杨教授,现将其以益气活血法治疗CKD验案介绍如下。

1 益气活血法治疗IgA肾病

IgA肾病(IgAN)在我国占原发性肾小球疾病的30%~

40%,患病后10~20年有20%~30%的患者可发展成终末期肾衰^[1]。本病属中医学尿血、尿浊、腰痛、水肿等范畴,内因多系脾肾气(阴)虚,脾肾亏虚无力固摄,精微下泻,出现尿浊;脾肾亏虚,水液失于运化、泛滥肌肤,发为水肿;气为血之帅,长期气虚无力行血,水湿内蕴气机不畅,血行瘀滞,且气虚邪气易凑,易招致外感。故气虚血瘀为本病基本病机,并贯穿疾病发生发展(与现代医学研究提示机体免疫功能失调相符);外因则为感受外邪与过劳,以致加重脏腑虚损,血尿、尿白尿等反复发作,迁延不愈。

基于上述病机,临床以益气活血法防治本病多收佳效。脾肾气虚者多拟四君子合二至丸或菟丝子、何首乌等健脾补肾益

[收稿日期] 2014-03-17

[作者简介] 左琪(1979-),女,主治医师,研究方向:慢性肾脏病的中医药防治。

[通讯作者] 邱翠琼, E-mail: 664508215@qq.com.

气；气阴两虚者多以参芪地黄汤加减治疗。补肾方面，避免温阳燥热之品，多选择二至丸、何首乌、菟丝子、牛膝等。瘀血不著者，可常规加丹参 15 g 佐以活血；瘀血明显者，可加桃仁、红花、当归各 10 g。湿热夹瘀者，加蒲公英、赤芍各 15 g，或加白花蛇舌草 15 g。另外，杨教授经验方三芪口服液（黄芪、三七等，广东省中医院院内制剂）在抑制肾小球系膜细胞增生、延缓肾纤维化方面效果显著^[2-3]，笔者临床上多选用此药治疗 IgA 肾病，以加强益气活血之效。

例 1：黄某，男，20 岁，住院号：3035656。患者因“体检发现蛋白尿 1 天”于 2013 年 3 月入住本院。诊见：患者无明显不适，舌淡暗、苔白腻，脉细。查尿潜血(++)，尿蛋白(+++)；肌酐(SCr)124 μmol/L，尿蛋白 971 mg/24h；自免 8 项、风湿 3 项均未见异常。肾穿病理报告(病理号 1371180)：轻度系膜增生性 IgA 肾病(Haas I 型，Oxford 分型：M1S0E0T0)。中医辨证脾肾气虚兼血瘀证。治予益气活血治疗，处方：黄芪 30 g，党参、白术、茯苓、山药、菟丝子、制何首乌、丹参各 15 g，酒大黄 5 g。每天 1 剂，水煎温服。配合口服三芪口服液，每次 20 mL，每天 3 次；氯沙坦钾，每次 0.1 g，每天 1 次。至 7 月 27 日二诊：患者感冒 3 天，鼻塞流涕，舌淡红、苔白，脉细。查尿潜血(+++)，尿蛋白(++)。处方：黄芪 30 g，芡实 20 g，茯苓、白术、制何首乌、白花蛇舌草、丹参各 15 g，菟丝子 10 g，薏苡仁 30 g，甘草 5 g。每天 1 剂，水煎，温服。10 月 12 日复查尿潜血(+++)，尿蛋白(++)。患者要求暂停中药汤剂，仅予三芪口服液继续治疗。至 11 月 2 日复诊查尿潜血(-)，尿蛋白(-)。

2 益气活血、健脾补肾法治疗膜性肾病并发急性肺栓塞

膜性肾病(MN)是以肾小球基底膜上皮细胞下免疫复合物沉积伴基底膜弥漫增厚为特征的一组疾病，是成人肾病综合征常见的病理类型之一^[4]。约 30% 的 MN 患者在 5~20 年内发展为终末期肾病。本病对药物治疗的敏感度不一，治疗颇为棘手。MN 归属中医学水肿、虚劳、水气病等范畴，以肺脾肾虚为本，水湿、湿热及瘀血为标；标实中又以瘀血为著，甚则贯穿病程始终。另外，本病脏腑亏虚，血行无力成瘀，甚至出现脉络闭塞，与现代医学研究提示 MN 并发静脉血栓(如肾静脉血栓、下肢静脉血栓及肺栓塞)的发生率明显高于其他肾小球疾病患者相符。此外，部分患者长期服用大剂量免疫抑制剂，加重气虚，易致感受外邪，与现代医学肾病综合征免疫力低下易并发感染相符合。

笔者认为，本病治疗应以健脾补肾、益气活血为法。无血栓形成时，可以四君子汤基础上合真武汤或肉苁蓉、熟附子以温阳补肾；并辅以行气活血之品如川芎、三七、丹参等。血栓形成时，无论是预防性抗凝，还是介入溶栓等治疗，对于有高危出血倾向的患者而言，皆属于禁忌。此时可以中医活血化瘀类药物治疗，方用桃红四物汤、失笑散及丹参饮等。同时针对导致瘀血的病因辨证选药，如气虚者，加用黄芪、党参；阴虚

者，加用生地黄、玄参；气滞者，加用如延胡索、艾叶；阳虚者则宜温阳活血，如当归、肉桂、川芎等，忌用寒凉、破血之品。此外，如病情中感受湿热，可联合五味消毒饮；如感受寒湿，可合藿香正气散加减；感受风热，可合银翘散加减治疗。随着现代医学抗凝药物的介入，本病的中医治疗侧重点以健脾补肾、温阳利水为主，活血方面应活血止血的药物，如三七、益母草、当归等。给药途径上，可采用多途径治疗，辨证选择有活血作用的中药或中成药，可静脉滴注、口服及局部外洗、外敷等，相互配合使用以增加疗效。

例 2：江某，男，57 岁，住院号：3037996。因反复泡沫尿 1 年余，双下肢浮肿 6 月就诊。患者于 2012 年 10 月在外院肾穿活检示膜性肾病 I 期，符合乙肝相关性肾炎，并服强的松、雷公藤多苷片、恩替卡韦治疗。2013 年 5 月 8 日患者自停激素及恩替卡韦。5 月 22 日入我科诊治。诊见：双下肢浮肿，舌淡暗、苔白腻，脉沉细。查尿蛋白(++++)，尿潜血(+); 白蛋白(Alb)14.3 g/L，尿蛋白 5.123 g/24 h；乙肝病毒 DNA < 5.0 E² IU/mL；SCr 142.9 μmol/L，诊断为乙肝相关性肾炎(MN1 期)。治疗予强的松 30 mg 每天 1 次顿服，辅以抗病毒、利尿等。中医辨证脾肾气虚、水湿瘀阻。治以健脾补肾益气、活血利水为法。处方：黄芪、茯苓皮、炒薏苡仁各 50 g，菟丝子、女贞子、灵芝、藿香、海螵蛸各 15 g，山药、芡实各 30 g，石斛 20 g，淫羊藿、丹参各 25 g，大黄(后下)5 g，炙甘草 10 g，每天 1 剂，水煎，温服。

6 月初(具体时间不详)患者出现右侧颈部带状疱疹。查尿蛋白(++++)，潜血(+), SCr151 μmol/L，Alb 13.8 g/L，舌淡暗、苔黄腻，脉沉细。带状疱疹分泌物细菌培养：鲍曼不动杆菌。予强的松 10 mg，每天 1 次，顿服。辅以抗病毒、护肾等治疗。中医辨证为气虚湿热内结，治疗在上方基础上联合五味消毒饮。处方：黄芪 45 g，白术、炒麦芽各 20 g，薏苡仁 30 g，茯苓、肉苁蓉、枸杞子、鱼腥草、桔梗各 15 g，青天葵、紫花地丁、蒲公英、金银花、野菊花、丹参各 10 g。7 月 22 日再诊，患者带状疱疹已愈，双下肢重度浮肿，舌淡暗、苔黄腻，脉沉细。尿蛋白 1.328 mg/24 h，Alb 18.7 g/L，SCr 109.3 μmol/L。治疗予美卓乐 24 mg，每天 1 次，口服；并行低分子肝素抗凝，抗病毒、间断血液透析超滤等治疗。中医辨证为脾肾阳虚、水湿瘀阻，予四君子合真武汤加减。处方：黄芪、薏苡仁各 30 g，白术、炒麦芽各 20 g，茯苓、肉苁蓉、枸杞子、猪苓、川芎各 15 g，丹参、三七、干姜皮、熟附子(先煎)各 10 g，甘草 5 g。每天 1 剂，水煎，温服。经治疗病情好转。

8 月 30 日患者因胸闷气促半天就诊入院治疗。诊见：BP 80/60 mmHg，HR 102 次/分，R 22 次/分，血氧 95%(在 3 L/min 吸氧下测得)，双肺未闻及干湿性罗音，双下肢中度凹陷性浮肿，右下肢明显，舌淡暗、苔黄浊，脉沉。ALB 19.6 g/L，尿潜血(++), 尿蛋白(++++)；尿蛋白 833 mg/24 h；心

电图无明显异常;胸部CT平扫加增强显示右肺动脉主干、上叶支主干及尖后段支、中叶支主干及内外侧段支、下叶支主干及前、内侧基底段支肺动脉栓塞;左肺动脉主干、上叶支主干及舌段支、下叶支及前、后、外侧基底段多发肺动脉栓塞。心脏彩超:符合肺栓塞心脏超声改变,三尖瓣、主动脉瓣、二尖瓣少量返流,肺动脉高压(轻压)。彩超:右腓静脉、腓肠肌肌间静脉血栓形成。诊断为急性肺栓塞,肺栓塞急性肺源性心脏病,下肢静脉血栓形成等。予吸氧,扩容、升压,先后予波立维、低分子肝素、华法令抗凝,泼尼松片减量至10mg,每天1次顿服;辅以抗病毒、静滴丹参多酚活血等治疗。诊断明确后,患者一度转心脏ICU诊治,数日病情稳定后转回我科,症见精神好转,无胸闷痛,少许口干,舌淡暗、苔黄浊,脉沉。中医辨证脾肾气虚、湿热瘀阻。治以益气健脾补肾、清热利湿活血为法。处方:太子参、女贞子、旱莲草、生地黄、白茅根、茜草、小蓟、蒲公英、三七、玉米须各15g,白术、石韦、土茯苓各20g,桃仁5g,甘草3g。9月18日复查彩超:右下肢动脉内中膜增厚,右腓静脉、胫后静脉近段、腓肠肌肌间静脉血栓形成(部分再通);复查胸部CT加增强显示右肺下叶少量栓塞。经治疗患者病情稳定好转出院。2014年1月门诊复诊,精神佳,双下肢无浮肿,舌暗红、苔白,脉沉细。查尿潜血(++),尿蛋白(+++);Alb 31.1g/L。

3 益气活血补肾法治疗高血压性肾损害

中医学认为,原发性高血压肾损害的病因病机无外乎先天及后天的因素,如先天禀赋不足、肾精亏衰,后天思虑劳心,精血暗耗;情志不遂,化火伤阴;劳欲过度,耗伤肾精等多种原因,致使肾之精亏阴伤,肾精日渐虚亏,阴不制阳,肝阳上亢,出现化风上扰之阴虚阳亢证。肝阳化风内扰肾络,致络体失养、络中风动;日久精伤无以化气,气虚无以帅血、运脾,进一步导致血失气帅,血行不畅而致瘀;从而出现瘀血阻滞;肾络受阻,加之肾精气亏虚,无力分清泌浊、固摄精微,可致浊毒阻滞、精微下泄,故肾精亏虚、瘀血(浊毒)阻滞可作为高血压性肾损害的基本病因病机。治疗上,以益气活血、补肾(或健脾、或平肝、或泻浊)为大法。本虚方面,肝肾阴虚,阴不敛阳者,可联用镇肝熄风汤加减;阴虚阳亢者,可联用天麻钩藤饮加减;当夜尿多、肢体浮肿等肾气不固时,可使用固摄药,如芡实、金樱子、益智仁、桑螵蛸、黄精等。活血化瘀药,笔者临床上常辨证选用丹参、桃仁、红花、益母草、泽兰、川芎、赤芍等,其中丹参既能活血祛瘀,又能养血安神;桃仁、红花性辛散温通;益母草、泽兰活血化瘀、通经利水;川芎行血中之气滞;赤芍清热凉血。

例3:康某,男,41岁,住院号:3032780。主诉:反复高血压、血肌酐升高1年余。患者于2012年10月初因肺炎在当地医院住院,血压最高达242/154 mmHg,血肌酐最高达

886 μmol/L,建议立即血液透析治疗,患者拒绝。11月26日入住广东省中医院肾内科,症见疲乏,纳欠佳,二便尚调,肢体无浮肿,舌红、苔薄黄,脉沉滑。BP 160/90 mmHg, Hb <102 g/L, SCr 450.8 μmol/L,尿蛋白(+), Alb 38.3 g/L,尿蛋白定量612 mg/24h;心电图示ST-T改变;心脏彩超:左室壁增厚,左室收缩功能临界低值(EF 50%)。建议行肾穿刺活检,患者拒绝。完善高血压立卧位、24 h尿游离皮质醇及肾上腺CT平扫(左侧肾上腺增生,无功能性)、肾血管彩超等检查,排除继发性高血压。予降压、护肾等治疗。中医诊断:肾衰病,辨证为肾虚火旺。拟知柏地黄丸加减治疗。处方:知母、黄柏、白芍、山萸肉、泽泻、牡丹皮、杜仲、牛膝、栀子各10g,熟地黄、山药各15g,磁石(先煎)、土萆薢各20g。每天1剂,水煎,温服。治疗后患者疲乏、纳差有所改善后出院。2013年1月10日患者再次入住本肾内科,查SCr 233 μmol/L,行肾穿刺活检示符合肾动脉硬化性肾损害。患者精神一般,余无特殊不适,二便尚调,无肢体浮肿,舌淡暗、苔白,脉沉细。辨证为脾肾气虚、水湿瘀阻,中成药予尿毒清健脾补肾泻浊。处方:山茱萸10g,黄芪、党参、熟地黄、山药、茯苓、泽泻、牡丹皮、女贞子、旱莲草、牛膝、何首乌各15g,甘草5g。治疗病情好转稳定出院。此后期间患者反复入住我科,SCr保持在168~203 μmol/L。6月3日再住院,查SCr 153 μmol/L, Urea 8.25 mmol/L, 24 h尿蛋白785 mg/24 h。患者精神一般,二便尚调,无特殊不适,舌暗红、苔白,脉沉细。辨证属气阴两虚,湿浊瘀阻。中药改参芪地黄汤加减治疗。处方:太子参、白术、茯苓、山萸肉、何首乌、厚朴、丹参各15g,黄芪、薏苡仁、炒麦芽各20g,甘草5g。此后患者一直以健脾益气为主,佐以活血化瘀治疗,SCr波动151 μmol/L左右,病情稳定。

[参考文献]

- [1] 陈香美. 发挥中西医结合优势提高IgA肾病的临床疗效[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(6): 555-556.
- [2] 钟丹, 杨霓芝, 赵代鑫, 等. 中药复方通脉口服液配伍前后对肾小球系膜细胞增殖的影响[J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21(3): 21-23.
- [3] 朴胜华, 杨霓芝. 通脉口服液延缓肾小管间质纤维化研究[J]. 哈尔滨商业大学学报: 自然科学版, 2010, 26(4): 391-395.
- [4] 王海燕. 肾脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1032-1042.
- [5] 高辉. 活血化瘀防治高血压的研究进[J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 20(10): 2076-2078.

(责任编辑: 冯天保)