

李明权病证症结合治疗肾病综合征经验介绍

邓荣荣¹, 张翅飞², 王超男², 党云婷², 李明权³

1. 成都中医药大学第二附属医院, 四川 成都 610041

2. 成都中医药大学临床医学院, 四川 成都 610075

3. 成都中医药大学附属医院, 四川 成都 610075

[关键词] 肾病综合征; 辨病论治; 辨证论治; 经验介绍; 李明权

[中图分类号] R692 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 09-0178-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.079

李明权, 主任医师, 中西医结合肾病博士、硕士研究生导师, 国家卫生部首批师带徒叶蕙老师继承人。李老师从事中西医结合肾病临床、科研、教学工作二十余年, 对治疗肾脏疾病有丰富的经验。笔者有幸随师学习, 收获颇丰。本文就李老师病、证、症结合治疗肾病综合征学术经验简述如下。

1 病因病机

现代医学认为, 肾病综合征是一组临床综合征, 其诊断标准包括: ①尿蛋白大于 3.5 g/d; ②血浆白蛋白低于 30 g/L; ③水肿; ④血脂升高。其中前 2 项为诊断所必需。肾病综合征有原发和继发之分, 儿童、青少年、中老年皆见发病。中医学虽没有肾病综合征的病名, 但从此病的临床表现及病理机制上讲, 它散在记录于水肿、癃闭、关格、肾风、虚损等病证中。李老师在长期的临床工作中体会到, 肾病综合征为本虚标实之证, 其基本病机为肾虚血瘀水湿。

1.1 肾虚 《素问·六气藏象论》言: “肾者, 主蛰, 封藏之本, 精之处也。”即精气贮存、封藏于肾中^[1]。外感、内伤、久病、体虚皆可引起肾虚。虚则封藏无权, 则精气不守, 大量精微随洩外溢。如张景岳所言: “气病则不摄, 精病则不守, 精气不相统摄, 故液溢于下而流泄于阴窍。”患者见蛋白尿, 甚者可致低蛋白血症。

1.2 血瘀 古人王节斋曰: “津液者, 血之余, 行乎脉外, 流通一身, 如天之清露。若血浊气浊则凝聚而为痰。痰乃津液之变, 如天之露也。故云痰遍身上下, 无处不到。”^[2]是故水津不行, 成饮生湿, 湿聚凝痰, 痰浊由生。李老师认为痰浊易形成现代医学之“高脂血症”, 而水血同源, 水病及血, 血瘀随成。且瘀血不仅是病理产物, 又是导致该病反复发作的一种重要致病因素, 即“瘀血化水, 亦发水肿”, 故水血互患, 病

情迁延。现代医学认为, 肾病综合征患者由于血液浓缩及高脂血症等造成血液黏稠度增加。此外, 凝血、抗凝和纤溶系统失衡; 血小板功能亢进; 利尿药物及糖皮质激素的应用等原因导致患者出现血液高凝状态, 易并发血栓、栓塞。李老师认为此高凝状态应属中医学血瘀的范畴, 且血瘀贯穿肾病综合征病程始终。

1.3 水湿 《素问·逆调论》有云: “肾者, 主藏, 主津液”, 即肾主水, 为水之下源, 有调节全身水液代谢的作用。肾病综合征之本乃肾虚, 肾虚则命火不旺, 气化不利。水失通调, 阳虚水泛, 溢于肌肤, 则见眼睑浮肿、下肢水肿甚至全身水肿。而水邪变动不居, 或上凌于心而见心悸; 或中泛胸膈而觉胸闷; 或下溢脘腹则有腹胀。水邪之生乃肺、脾、肾三脏通调不利所致。《景岳全书·肿胀》有云: “凡水肿等证, 乃肺脾肾三脏相关之病, 盖水为至阴, 故其本在肾; 水化于气, 故其标在肺; 水唯畏土, 故其制在脾。今肺虚则气不化精而化水, 脾虚则土不制水而水反克, 肾虚则水无所主而妄行。”观之临床, 或有肺失宣肃, 或有脾虚不运, 但总不离肾之水火之虚, 否则不足以为病。故李老师以肾虚为本, 兼顾肺脾。

李老师认为, 肾病综合征病位在肾; 病性本虚标实; 本为肾虚, 标为血瘀、水湿; 虚实错杂, 缠绵不愈。虽不同病人虚实有所偏重, 但肾虚血瘀水湿贯穿病程始终, 若诊治不力, 则变证丛生, 甚则引起肾功能的恶化。

2 辨病论治

《景岳全书·传忠录·论治篇》云: “凡诊病者, 必须先探病本, 然后用药。”不同的患者, 其临床表现, 既有共性, 又有个性。李老师认为, 对于肾病综合征患者, 尤其是病情繁杂、症状繁多、甚则是难治性肾病综合征, 临床上应以辨病为

[收稿日期] 2016-03-22

[作者简介] 邓荣荣 (1984-), 女, 主治医师, 在读博士研究生, 研究方向: 中西医结合临床。

[通讯作者] 李明权, E-mail: 715419876@qq.com。

纲,辨证为目,结合患者的临床症状,在辨病论治的前提下,首先寻求疾病治疗的普遍规律;再加以辨证论治,寻求疾病治疗的复杂规律;同时兼顾患者的临床症状,病、证、症结合,确定治法,派遣方药,如此方能执简驭繁,药达病所,准确有效。

针对肾病综合征肾虚血瘀水湿的基本病机,李老师在辨病论治方面强调补肾固涩、活血利水。具体在临床治疗上,李老师喜用较大剂量的黄芪(30~90 g)益气,以助肾之气化,改善肾之功能;配以当归15 g,暗合当归补血汤,益气生血,养血活血;化瘀以桃仁、红花、三棱、莪术、益母草等;利水以茯苓、猪苓、大腹皮等,据患者水肿程度调整剂量。因肾虚不固,精微外泄,故肾病综合征患者有大量蛋白随尿流失,此时,李老师多根据患者病情或以芡实、金樱子、五味子、莲子等收敛固涩,或以升降散化裁调节免疫,或以叶传蕙老师之经验加用虫类药物如水蛭、全蝎、蜈蚣等治疗蛋白尿。

3 辨证论治

3.1 脾肾阳虚证 《诸病源候论》载:“水肿为病,皆由真阳缺少”。李老师认为,脾肾阳虚,水湿泛滥证常见于肾病综合征初期。症见全身高度浮肿,神倦肢冷,面色㿗白,脘腹胀满,腰膝酸软,小便频数、泡沫明显,大便稀溏,舌胖大或有齿痕、质淡苔白,脉沉细。治当温肾健脾,益气活血。李老师多以辨病方合真武汤加人参化裁。

3.2 气阴两虚证 李老师认为,肾病综合征初期多表现为阳气之不足,日久迁延则阳损及阴而成气阴两伤。症见浮肿不甚或无浮肿,面色少华苍白或萎黄,倦怠乏力,动则喘息,易感冒,腰酸膝软,手足心热,口燥咽干,舌质红或舌尖红、苔薄黄或少苔,脉滑或兼有数象。治多随方加入北沙参、麦冬、生地、地骨皮等,或合六味地黄丸以治之。

3.3 湿热证 李老师发现肾病综合征患者临床上多见湿热证,其形成原因较复杂。可因气候或环境潮湿所致,如四川盆地气候湿热多雨,人体体质多为湿热偏胜。正如《素问·异法方宜论》谓“地势使然也”^[1]。也可因长期反复使用糖皮质激素以“壮火食气”,气虚不化水,水蕴生热,湿热氤氲,胶着难化,三焦不通,缠绵难愈。故叶传蕙老师亦反复强调“湿热不除,蛋白难消”。所以,临床见病人有肢体浮肿明显,胸闷烦热,口苦,口干,大便不爽,小便短赤,舌红、苔黄腻,脉滑数等症时,李老师多在辨病的基础上从湿热辨治。湿重者可用八正散、萹藓分清饮;郁热明显者则用升降散;热伤血络者以赤芍、小蓟、白茅根等清热凉血止血;湿热不甚,见舌苔稍黄腻者加薏苡仁随症治之。

3.4 风热证 现代医学认为,感染是肾病综合征最常见的并发症。其病因多与免疫球蛋白和补体成分随尿丢失及激素的长期使用致抵抗力下降等有关。而感染增加抗原抗体复合物的形成,加重肾脏的免疫性损伤,导致病情迁延或复杂化。中医学亦认为,“精气夺则虚”(《素问·通评虚实论》)。肾病综合征

患者,肾虚失固,精微外泄。泄则致虚,正气不足,邪必干之。故患者易因生活、饮食等不慎而致外感。成都地区气候温暖潮湿,患者或因服用激素等,外感时多化为风热证。故可于病程中兼见发热、恶风寒、鼻塞、咳嗽,舌质淡、苔薄黄,脉浮数等症。亦可同时出现病情反复,蛋白尿明显增加或水肿加重等表现。李老师对此种病人多标本兼治,攻补兼施,而非单纯清热疏风。其多在辨病基础方中化裁加入蒲公英、黄芩、辛芩、防风等;津伤明显者则化裁加入竹叶石膏汤。

4 辨症论治

4.1 水肿 水肿是肾病综合征最常见的症状,多始于眼睑,继而延及四肢乃至全身,呈凹陷性。甚者可伴有胸水、腹水,而症见胸闷气促、腹胀难耐、行动不便等。相对于传统的单纯利尿或结合白蛋白(或血浆)扩容利尿,李老师更多以中医辨治,并调水、气、血,因气行则水行、水停则气滞。如此治疗则安全、有效、经济,且肿退不易反复。对于轻中度水肿,李老师常以猪苓、茯苓皮、大腹皮结合活血药,利水行气活血。对于重度水肿且伴低蛋白血症者,则多在上述用药基础上加用鲤鱼汤,药食同疗。

4.2 低蛋白血症 低蛋白血症是肾病综合征的主要表现。同时,它又可引起或加重水肿、高脂血症、高凝血症、感染等。对于低蛋白血症的治疗,李老师主张首先从饮食着手,不主张通过高蛋白饮食来改善低蛋白血症。相反,对于有大量蛋白尿的患者应该控制蛋白摄入量,选用优质蛋白,如鸡蛋、牛奶、鱼肉等,不增加肾脏负担。而对于有严重低蛋白血症的患者,李老师常加用鲤鱼汤,药食同疗。鲤鱼汤治疗水肿在《肘后方》、《千金方》等医籍中已有记载,但方名同而配用药物不同。一般多以鲤鱼为君,辅以茯苓、白术、泽泻之属,以健脾利湿退肿^[4]。李老师常用乌鱼250 g,配以黄芪、当归、茯苓、益母草、赤小豆、生姜等。先煮中药30 min,汤成入鱼,文火炖鱼熟后少入盐即可。患者喝汤吃鱼,重者可每天1剂,轻者适减。经长期临床实践证实,以中药配合鲤鱼汤之血肉有情之品的治疗,不但利水退肿效佳,更有助于改善低蛋白血症。

4.3 高脂血症 脂代谢紊乱是肾病综合征的主要特征之一。脂质可通过多种途径加重肾脏病变,促进肾小球硬化的发生^[5]。此外,高脂血症还增加肾病综合征患者并发冠状动脉粥样硬化、心肌梗死的危险性。李老师对高脂血症的论治常加入山楂、丹参、荷叶、地龙等,若较严重者亦加用他汀类。

4.4 纳差腹胀,呕恶便溏 肾病综合征患者常由于胃肠道水肿而出现各种消化道症状,如纳食减少、恶心呕吐、腹胀腹泻等。舌苔多腻或滑,脉濡或滑。此时患者甚感痛苦,而且脾胃不利,后天失养,血弱气尽,则脾理不固,邪气因入,易被六淫所伤,加重病情;或脾虚不运,湿浊难化,缠绵不愈,蛋白难消。故李老师在临床辨治时尤重保胃气、护正气。其常据患者情况或方合香砂六君子;或合参苓白术散;或用黄连温胆

汤；兼呕恶者加橘皮竹茹汤等。另外，即使患者尚未出现上述消化道症状，李老师亦常注意用药不伐胃气，或随方加用炒麦芽、神曲等，内含“治未病”之意。

总之，肾病综合征症状冗繁、虚实错杂，单纯的辨证论治不能够全面把握病情，抓清主次矛盾。而辨病论治、辨证论治、辨症论治三者相结合，既能够从病的高度抓住肾病综合征的基本病机，又能够从证的层面立足肾病综合征的现证病机，更能够从症状的角度解决患者的当下痛苦。所以李老师提出的病、证、症结合的肾病综合征辨治思想不仅能够全面而有效地解决患者的问题，更有助医者于临床迅速提高其辨治水平，值得借鉴与推广。

[参考文献]

[1] 常克, 李尚文, 李忠旭, 等. 新制鲤鱼汤佐治肾病综合

征低蛋白性水肿疗效观察[J]. 中医儿科杂志, 2015, 11(2): 14-18.

[2] 詹继红, 毕莲, 王松. 从顽痰辨治肾病综合征体会[J]. 陕西中医, 2006, 27(1): 127-128.

[3] 肖敬, 史伟. 史伟教授从湿热蜜治难治性肾病综合征的经验[J]. 四川中医, 2007, 25(11): 3-4.

[4] 聂莉芳. 难治性肾病综合征的中医辨治经验[J]. 中医杂志, 2005, 46(1): 61-62.

[5] 李小会, 谢桂权. 290例原发性肾病综合征中医证型分布及与感染的相关性研究[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(4): 616-618.

[6] 赵爱萍, 郑健, 林满遍. 中西医结合治疗原发性肾病综合征疗效观察[J]. 福建中医药, 2015, 46(1): 11-13.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

顾锡镇应用虫类药物治疗癫痫经验介绍

黄金秀, 张金霞

杭州市中医院, 浙江 杭州 310007

[关键词] 癫痫; 虫类药物; 临床经验; 顾锡镇

[中图分类号] R742.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 09-0180-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.080

顾锡镇教授为南京中医药大学博士研究生, 师从国医大师周仲瑛教授, 现任江苏省中医院脑病中心主任, 临床经验丰富, 对中医基础理论有独到见解, 擅长以中医药治疗神经科各种疑难杂症。笔者有幸跟师学习, 现将顾教授临床应用虫类药物治疗癫痫病的经验介绍如下。

1 病因病机

癫痫俗称“羊癫疯”, 《素问·奇病论》曰: “人生而有病癫疾者……病名为胎病, 此得之在母腹中时, 其母有所大惊, 气上而不下, 精气并居, 故令子发为癫疾也。”同时指出先天不足, 母体妊娠期间受惊恐为发病的潜在因素, 气机逆乱为发病关键所在。责其病因, 多与先天不足、七情失调、脑部外伤、饮食不节、劳累过度相关。《临证指南医案·癫痫》: “痼病或由惊恐, 或由饮食不节, 或由母腹中受惊, 以致脏气不

平, 经久失调, 一触积痰, 厥气内风, 猝焉暴逆, 莫能禁止, 待其气反然后已。”指出癫痫之为病, 病理因素以“痰”为主。《刘惠民医案选·癫痫》: “本病机理可概括为脏腑机能失调, 阴阳升降失职, 以致风、痰、火、气四者交杂, 但以脏腑病变为主, 与肝、脾、心、肾交联密切。如肝肾阴虚, 水不涵木, 木旺化火, 热极生风, 肝风内动, 出现肢体抽搐, 角弓反张。”可以看出, 诸脏腑病变致内风变动, 出现癫痫。

顾教授认为, 中医辨证通过对疾病所表现的症状、体征、起因等进行综合分析, 从而得出对疾病现阶段病因病理的认识, 即所谓“审证求因”。癫痫的发病形式多样化, 但以手足搐搦、脊背强直为主要表现, 根据“风为百病之长”“风者善行而数变”“诸风掉眩, 皆属于肝”, 肝风一旦挟痰上扰清空, 则病病可生, 故在治疗癫痫中熄风平肝尤为重要。

[收稿日期] 2016-04-03

[作者简介] 黄金秀 (1978-), 女, 主治医师, 研究方向: 脑病康复。

[通讯作者] 张金霞, E-mail: 49577618@qq.com.