

王教授认为,在胸腰椎压缩性骨折微创手术广泛开展的今天,因手术费用较高、部分患者身体情况较差,中西医结合非手术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折作为一种治疗手段,在临床上仍有其不可替代的地位。在非手术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折时,王教授提倡内外兼治、标本兼治、分期治疗,尤强调早期功能锻炼的重要性,作为刘氏骨伤的第四代传人,他在治疗疾病时,充分发挥刘氏骨伤疗法的特色,将传统中医与现代医学结合起来,达到中西医优势互补,尽最大努力为患者缓解疾病带来的痛苦。

[参考文献]

- [1] 章振林,金小岚,夏维波.原发性骨质疏松症诊疗指南(2017)要点解读[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2017,10(5):411-412.
- [2] 游利.骨质疏松症的现状、筛查和预防[J].中国全科医学,2016,19(14):1616-1619.
- [3] 刘秉夫.伤科指要[M].上海:上海中医药大学出版社,2007:6.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)

何灵芝中西医结合治疗特发性膜性肾病经验介绍

王安妮¹ 指导:何灵芝²

1. 浙江中医药大学第一临床医学院,浙江 杭州 310053

2. 浙江中医药大学附属第一医院,浙江 杭州 310006

[关键词] 膜性肾病;肾病综合征;中西医结合

[中图分类号] R692; R249.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2019) 03-0291-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.03.092

特发性膜性肾病是指病因不明的,以肾小球基底膜上皮皮下免疫复合物沉积伴基底膜弥漫性增厚为主要病理特征的原发性肾脏疾病。约80%的患者出现典型的肾病综合征,以水肿、大量蛋白尿、低蛋白血症为主要临床表现,可归为中医水肿病范畴。何灵芝,浙江中医药大学附属第一医院肾内科主任医师,师承国家级名老中医肾病专家李学铭主任,在中医诊疗上随李主任沿袭浙派名医叶熙春之辨证思维,同时潜心研究现代医学理论,善于中西医结合治疗肾脏疾病。笔者跟诊何主任2年有余,总结何主任中西医结合治疗特发性膜性肾病经验,并附验案1则。

1 病因病机

西医认为特发性膜性肾病病因不清,其发病机制可能为上皮细胞自身抗原、抗体结合后脱落,沉积于上皮,激活补体系统,形成膜攻击复合物,诱导足细胞损伤,从而造成肾脏损害^[1]。中医各家则根据自身经验,对膜性肾病的病机有不同认识。赵玉庸提出“肾络瘀阻”病机学说;叶传蕙、刘玉宁认为其基本病机为脾肾气虚,水、热、瘀互结;陈志强认为是阳不

化气,湿瘀阻络;程晓霞认为气虚、血瘀、风湿是膜性肾病发病的三大基本机制;各医家据己所长,在膜性肾病的诊治上均取得较好的疗效^[2-6]。

何主任认为,特发性膜性肾病起病隐匿,病程较长,逐步进展。《医学刍言》“久病多虚”,故该病患者本质为虚,常表现为因虚致实、虚实夹杂之证。其水肿,多由下及上,按之如泥,凹陷不起,皮色晦暗,是属水肿之阴水范畴。其起始病机多为脾肾阳虚,或先天禀赋不足,或饮食起居不节,或内伤七情,或外感时毒,均会损伤先后天之本。《景岳全书》曰:“水为至阴,故其本在肾;水惟畏土,故其制在脾。脾虚则水不制土而反克;肾虚则水无所主而妄行。”脾阳虚弱者,运化失司,水湿壅盛,更损其阳;肾阳不足者,无以温养脾土,水无所主,又会加重水液输布障碍。倘若不慎外感风邪,侵及肺卫,肺气失宣,不能通调水道,内外相引为害,会导致水肿的急性加重。反复感受风邪,易使风邪入里,潜伏于肾,

肾络即肾小球毛细血管团及肾小管周围血管等组织,是构成肾脏的主要结构。阳气不足,机体各项机能减弱。一则阳气

[收稿日期] 2018-06-14

[基金项目] 浙江省自然科学基金项目(LY16H270007)

[作者简介] 王安妮(1992-),女,在读硕士研究生,研究方向:中西医结合肾病方向。

亏耗,推动无力,使血行缓慢;二则有形实邪阻滞肾络,使血行不畅,而成瘀血。另外,脾虚化生不足,固摄无权,精微下陷,无以荣养肌肉百骸;复感风邪,内伏于肾,与水湿胶着于肾络,使封藏失司,精微下泄,而成蛋白尿、低蛋白血症。

总而言之,特发性膜性肾病以脾肾阳虚、风邪内伏、湿瘀互结为基本病机,可因外邪引动而急性发病。病性虚实交错,病位在肾,与脾、肺两脏密切相关。

2 治疗方法

2.1 分期论治,标本兼顾 何主任将特发性膜性肾病分为缓解期和发病期,遵循“缓则治本,急则治标”的原则,分期论治。缓解期时,水肿症状较轻,或仅表现为少量蛋白尿,当顾护其本,温补脾肾,以金匱肾气汤打底,减少车前子用量,酌情加用温阳、祛瘀及祛风药物。同时,针对有慢性咽喉炎的患者,适当运用清热利咽的方法,基本用药:藏青果6g、冬凌草30g、黄芩10g、白菊花15g,以减轻患者咽喉不适的症状及减少炎症刺激加剧免疫反应。发病期往往出现在感受风热邪毒之后,除水肿的急性加重外,常伴有恶寒发热、咽痛咳嗽等外感症状。当疏风解表、宣肺行水为先,常以大力子、桔梗、苦杏仁各10g、车前子30g、泽泻、桑白皮各12g、平地木、金银花、连翘各15g、白菊花12~15g、防风6~10g加减;若热毒较甚者,可联用生黄芩18g、淡竹叶10g;鼻塞流涕较重者,合辛夷、苍耳子各10g;咽红肿痛明显者,合藏青果、山豆根各6g。

2.2 恪守病机,善用温药 《金匱要略》:“病痰饮者,当以温药和之”。水饮本阴,得阳而行,得寒则凝,得温则化,故一切水饮病证,当适量使用温热药物。特发性膜性肾病的始动机制是脾肾阳虚,湿瘀均为阳虚之产物,故应注重益火之源,温补脾肾。何主任常用温阳基本方为淫羊藿10~30g、仙茅10~30g、附子6~18g、肉桂3~9g。淫羊藿、仙茅补肾壮阳、祛风除湿,肉桂补肾助阳、引火归元,附子同走脾肾、补火助阳、除湿通络,并根据患者个体差异增减用药。如患者便溏、饮冷即泻的,合用干姜3~9g、炒党参12~15g、炒白术、茯苓各15g;晨起即需大便且不成形的,合用补骨脂10g、吴茱萸3~9g、肉豆蔻3~9g、五味子6g;腰酸腰痛明显的,合用制川乌6~9g、狗脊、炒续断各15g、巴戟天、降香各10g;畏寒欲得衣被,合用菟丝子12~15g、鹿角霜10g等。当使用大剂量温药时,何主任适当掺入少许阴药如二至丸,以取“阴中求阳”之意,防止温热太过,伤及阴津。

2.3 活血化瘀,贯穿始终 瘀血既是阳气不足的产物,又是病理产物性病因,会阻滞气机,反过来影响阳气的运动。现代临床研究发现^[4],循环中炎症产物及脂质增多、循环血量减少等都会导致血流动力学改变,出现高凝状态,因而可见到血栓、栓塞并发症,发生率高达60%,甚者发生肺栓塞,严重威胁生命安全。故活血化瘀的原则应贯穿特发性膜性肾病治疗始终。因该类患者阳虚为本,在选择时应以温性药物为主。何

主任常用活血化瘀基本方为:红花、川牛膝、地龙各10g,川芎10~15g。红花、川芎性温,善活血化瘀;川牛膝性平,逐瘀的同时尚能补肾、利水消肿;地龙善走窜,与诸温热药物合用,去性存用,通行血脉。

2.4 扶正祛风,减少复发 风邪伏肾,外邪侵袭,内外相干,肾病综合征反复发作,蛋白大量漏出,会加速肾小球硬化,促使肾功能损害,所以在未发作时应及时益气固表、扶正祛风。何主任常用玉屏风散合虫类、藤类药加减:黄芪1~30g、防风6~10g、炒白术15g、蝉蜕6~9g、僵蚕9g、青风藤12~70g、雷公藤6~16g。虫藤合用,搜络祛风,消解尿蛋白。已有大量研究证实^[7-9],虫藤药物在抑制免疫反应、减少蛋白尿方面有相当疗效。亦有诸多研究表明^[10],黄芪除了促进肝脏合成白蛋白外,同样存在减轻蛋白尿的作用。需特别注意的是,青风藤应从小剂量起用,若患者出现皮肤瘙痒症状则及时停药,若无不良反应则逐渐加量,偏胖者可用至70g;雷公藤需先煎,从小剂量起逐渐加量,因其会损害肝功能,可与垂盆草30g合用,使用时定期监测血液指标,若出现肝功能损害及时停药。

2.5 中西并重,优势互补 何主任强调在熟练应用中医中药的同时,要牢牢掌握现代医学知识,注重中西配合,取长补短。中药雷公藤及其提取物片剂能够减轻蛋白尿,明显缓解部分特发性膜性肾病患者病情。而对一些出现副作用的患者,以及有生育要求的患者则不适用。此时,可尝试糖皮质激素及免疫抑制剂,并用中药来缓解其副作用。如使用糖皮质激素时出现燥烦、难寐、食欲过旺等内热表现时,选用淡豆豉、焦山栀各10g清热除烦;使用免疫抑制剂出现食欲减退、恶心呕吐等胃肠道反应时,选用四君子汤合姜竹茹10g、姜半夏9g、陈皮6g健脾和胃,降逆止呕。对一些高血压,尤其是尿蛋白控制不佳的患者,中药药力稍显薄弱,可加用血管紧张素转换酶抑制剂/血管紧张素受体拮抗剂(ACEI/ARB)。对一些中药利尿不敏感、水肿明显的患者,适当使用利尿剂。对一些合并感染的患者,需及时根据药敏结果使用抗生素,减少炎症反应对肾脏的作用,同时中药能改善如鼻塞流涕、咽喉不适、尿频尿急等不适症状,减轻患者痛苦。

3 病案举例

毕某,女,33岁,已婚已育,因“双下肢水肿3天,咳嗽咳痰1周”于2017年12月11日初诊。证见:双下肢重度凹陷性水肿,神疲乏力,咳嗽咽痒,痰多色白,胃纳减退,大便偏溏,尿中泡沫较多,夜寐欠安,舌淡苔白润,脉沉细。查尿蛋白(++++)+,尿微量白蛋白11 090.5 mg/L,尿免疫球蛋白G 23.02 mg/dL,血白蛋白16.4 g/L。患者3年前因“水肿伴尿检异常”在外院行肾穿活检,病理示膜性肾病。无高血压、糖尿病病史。曾予环孢素A合并强的松免疫抑制治疗,因尿蛋白控制不佳改用他克莫司合并强的松长期维持免疫抑制,平时尿蛋白控制在(+)至(++)。本次因上呼吸道感染诱发肾病综合征,

患者拒绝住院,要求门诊治疗。四诊合参,辨为外感风热兼脾肾阳虚之证,病属本虚标实,当先祛除表邪,治以疏风解表、清热宣肺、利水消肿。处方:桑叶、大力子、浙贝母、桔梗、苦杏仁各 10 g,金银花、连翘、平地木、地骷髅各 15 g,桑白皮、泽泻各 12 g,鱼腥草 25 g,车前子、茯苓皮各 30 g,蝉蜕 6 g,僵蚕 9 g。7 剂,每天 1 剂,水煎分 2 次服。同时予氯沙坦钾减轻蛋白,并嘱患者继以他克莫司联合强的松免疫抑制治疗。

12 月 18 日二诊:患者双下肢仍有轻度水肿,咳嗽咳痰、咽痒症状较前好转,舌淡苔白润,脉沉细。查尿蛋白(++),尿微量白蛋白 2 084.1 mg/L,尿免疫球蛋白 G 6.88 mg/dL,血白蛋白 23.5 g/L。治以化痰止咳,温肾健脾。处方:桔梗、前胡、浙贝母、牛膝、川芎各 10 g,白菊花、淫羊藿、仙茅、生地黄、山药、炒白术各 15 g,附子、炒党参各 12 g,茯苓皮、车前子各 30 g,蝉蜕、山萸肉各 9 g,肉桂 3 g。14 剂,每天 1 剂,水煎分 2 次服。强的松减量,并继续联用他克莫司免疫抑制。

2018 年 1 月 8 日三诊:患者双下肢水肿消退,外感症状消失,诉平日畏寒较甚,偶有腰酸腰痛,夜寐欠佳,舌脉同前。查尿蛋白(+),尿微量白蛋白 886.9 mg/L,尿免疫球蛋白 G 2.33 mg/dL,血白蛋白 18.0 g/L。处方:生地黄、山药、炒续断、狗脊、青风藤各 15 g,补骨脂、川牛膝、鹿角霜、红花、川芎、雷公藤各 10 g,垂盆草、黄芪、夜交藤各 30 g,女贞子、旱莲草各 12 g,防风、山萸肉、附子各 9 g,制川乌 6 g。14 剂,每天 1 剂,水煎分 2 次服。后患者长期门诊治疗,随证治之,雷公藤渐量至 16 g,青风藤渐量至 40 g。他克莫司使用半年后停药,予强的松 2.5 mg 维持治疗。随访至 2018 年 5 月,水肿无复发,尿蛋白控制在(+)内,未出现雷公藤副反应表现。

4 小结

何主任将特发性膜性肾病的病机归纳为脾肾阳虚、风邪伏肾、湿瘀互结,分期论治,擅用附子、肉桂、仙茅、淫羊藿温

阳除湿,红花、川芎、川牛膝、地龙活血逐瘀,雷公藤、青风藤、蝉蜕、僵蚕祛风通络,并能灵活应用糖皮质激素、免疫抑制剂、ACEI/ARB 制剂等,中西结合,扬长避短,择善而从,在临床实践中取得较好疗效。

[参考文献]

- [1] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 1032-1040.
- [2] 刘童童,丁英钧,赵玉庸治疗膜性肾病经验[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(10): 4064-4066.
- [3] 杨永超,刘晓春,马宝梅,等. 叶传蕙教授治疗特发性膜性肾病经验[J]. 陕西中医, 2015, 36(1): 78-80.
- [4] 张海涛,马雷. 刘玉宁教授治疗特发性膜性肾病的经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2013, 14(1): 4-5.
- [5] 郭倩,贾蕊,马赞,等. 陈志强教授温阳祛湿通络中药治疗膜性肾病的临床经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2016, 17(8): 662-663.
- [6] 李秋芬. 程晓霞名老中医的学术经验及在膜性肾病治疗中的应用[D]. 杭州:浙江中医药大学, 2016.
- [7] 于俊生,杜雅静,汪慧惠. 蝉蜕、僵蚕对系膜增生性肾小球肾炎模型大鼠肾组织 Toll 样受体 4 表达的影响[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(1): 7-9.
- [8] 李根. 青藤碱对早期糖尿病肾脏病肾小管性蛋白尿及血清 TNF- α 影响的临床研究[D]. 武汉:湖北中医药大学, 2018.
- [9] 胡琳弘,汪成琼,肖政,等. 雷公藤多苷联合泼尼松治疗成人原发性肾病综合征的有效性及安全性评价[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2016, 17(1): 50-53.
- [10] 张王宁,高耀,李科,等. 基于网络药理学的黄芪总黄酮治疗肾病综合征的机制研究[J]. 药学学报, 2018, 53(9): 1429-1441.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)