

· 文献综述 ·

原发性肾小球肾炎中西医治疗的进展

萝北县宝泉岭管理局中心医院中医科 潘树和

我国自从五十年代开展中医治疗肾炎,已有30年历史,早期主要继承祖国传统医学治疗水肿病辨证施治,近10年来随着对本病的认识深化及中西结合诊治经验积累,中医方面提出了一些新的见解和治法^[1]。现根据各地报道及近4年的资料,结合个人临床体会,从以下几方面概述,以供参考。

一、病因病机

黄芪蜜炙,艾叶醋蒸,苍术米泔水制,木贼童便制、白僵蚕、草乌姜制,附子盐制等等,从中可见,中药炮制是既要根据药物本身的特点,又要为临床治疗服务。

《食疗本草》叙述了约80种中药的炮制法,其中颇有见地的,如草蒿(青蒿)“醋淹为菹”、“以子便渍两日”;茴香、苍耳、大小茴根、白蒿、“捣汁”;蜀椒“醋煎含之”治齿痛、“灰中烧之使热,断使口开,封疮上”,治“损疮中风”;百合、薯蓣、地黄蜜煎;黄精、茺青子九蒸九晒法,梨和椒煨或“内酥蜜面裹令熟”等法,均有新意。

《外台秘要》记载了约220种药的炮制法,其特点是对各药每一种炮制法注明出处。如半夏:洗焙干——深师(僧深药方);制——删繁(谢士泰);切——范汪(东阳);炮——伤寒;洗十遍——救急。并新载了作竹沥法。

《良医心鉴》指出:巴豆里面裹更以湿纸裹煨熟去面”。

《颅卤经》提出:蜣螂“去翅足,于热

急性肾炎、慢性肾炎急性发作是以外邪为主,气化功能失调,多属实证^[2]。风、寒、湿、热、皮肤疮疡,感染病灶等外邪侵犯,外邪循经入肾即发病,以水湿内停、郁而化热伤阴、湿热未清三个环节多为急性肾炎。正气内虚邪气伏于内,再因外邪乘之触动伏气而发,为慢性肾炎或肾病。以脾肾阳虚为主占72%和国内报道相似,后期累及肝、肾、脾诸脏,又可生湿化热、血淤^{[3][4]}。

烧醋安之”法,陈皮酸醋浸晒干,枳壳“麸炒去皮瓢”大黄“湿纸裹煨”、鳖甲醋炙、天麻酒浸等,其取铅霜法叙述颇详。

《仙授理伤续断秘方》叙述炮制品种约有80种,为外伤科常用药,有些药的炮制有其特点,如川山甲“炒黄或烧存性”天南星“炮七次”或“姜汁浸焙”“面裹煨”、“醋煮三次”、“以石灰炒黄色为度”,川乌炮、煨、火煨圪、不见火切片醋煮,木鳖去壳、细切、麸炒、骨碎补“去皮炒”或“姜制焙”何首乌黑豆同蒸熟、“用黑豆酒煮七次”、“醋煮”、“水煮熟”,皂角“烧存性”、“蜜炙”,草乌“醋煮七次”、“姜汁煮”、“用山矾灰汁浸”,苍术“醋煮七次”、米汁浸炒,黄姜、三棱“湿纸裹煨”、白姜、白芨“面裹煨”,自然铜“火煨酸醋淬存性”、“煨存性”、“煨酒淬”,石膏“黄泥封固,煨过”等。

总之隋唐时代,药物炮制在学术上已逐渐形成体系,是我国炮制发展史上一个重要的历史阶段。

二、辨证施治

1. 急性肾炎以风寒、风热、湿热为主，最近增加了风水、热毒、寒湿三个型，以祛邪为主：“发汗、利小便、清热解毒”。分别选用越婢加术汤，麻黄连召赤小豆汤和甘桔汤加公英、双花等。尿闭：用蟋蟀、蝼蛄各三枚为末，蝉退、浮萍9克煎汤冲服，以鲤鱼研末与三米（粳米、小米、苡米）四皮（桔皮、冬瓜皮、西瓜皮、萝卜皮）熬粥进食^[5]。

2. 慢性肾炎分为正虚：① 气虚：香砂六君子汤。② 阳虚：真武汤。③ 阴虚：建瓴汤。邪实：① 水湿以五皮饮。② 湿热以八正散。③ 血淤以益肾汤。慢性肾炎重在温补肾阳，双补气血，祛邪为辅病程中患感冒、扁桃体炎时，先治其标清热解毒，肤泻：参苓白术散。

3. 中医治疗肾炎水肿常用法则：中医对水肿病形成一套较系统的理论和独特治法。在汉唐主要以攻逐水邪的汗、利、下法。汉唐以后随着脾胃学说及命门学说形成，发展了虚证水肿，以健脾利水和温肾利水。明清又补充了清热，行气、化淤、祛风养阴等治法^[1]。

南京中医学院对肾炎水肿采用以下几种方法^[6]：① 疏风宣肺法：适用慢性肾炎外感兼有肺卫症状，常用药：荆芥、防风、苏叶、麻黄、前胡等。② 补气健脾法：此法应用较广，凡肾炎水肿脾虚者，均可以“防己黄芪汤”合健脾渗利之品。③ 补肾温阳法：适用慢性肾炎，常用金匱肾气丸。④ 活血化淤法：适用慢性肾炎挟淤血，常用挑红四物汤，当归芍药散。⑤ 疏滞泄浊法：适用慢性肾炎肾病，应用激素无效，副作用明显，常用越鞠丸加减。

吕敬江等人提出肾炎水肿十法^[7]（上述前4种方法基本相同）：① 清热解毒利

水：用热毒内蕴，方用五味清毒饮。② 清热导下利水，用湿热蕴酿，方用八正散。

③ 清热凉血利水：用湿热以血尿为主，方用小蓟饮子。④ 舒肝利水：用肝气郁结、气滞湿阻，方用逍遥散。⑤ 化湿利水：用寒湿困脾，阻气机，方用火香正气丸。⑥ 滋肾利水：用肾阴损者，方用六味地黄丸。

水肿期多属阳虚阴盛，正虚邪实，应温补肾阳与渗利兼施^[8]温阳利水优于益气、清热，利水率达79.3%^[9]温肾利水药不显者加活血祛风药可获效。^[10]水肿消退以阴阳失调为特点，脾肾阳虚用右归饮，肝肾阴虚用杞菊地黄丸。

4. 结合免疫发病机理探索中医治法：

① 清热解毒：感染是肾炎异常免疫反应的抗原之一，许多肾炎发病及加重都与感染有关近年清热解毒治疗肾炎的报道逐渐增多，不但对细菌感染，而且对病毒感染也有效。解放军94医院等都认为清热解毒利湿效果很好。

② 活血化淤：由于免疫效应所引起的肾小球毛细血管内凝血，是肾炎发病的重要环节之一。病理过程也符合中医“淤血”概念。因而提出活血化淤途径。如山西中医研究所的益肾汤，总有效率93.7%，显效81.2%北京医学院的肾炎化淤汤。实验提示：可能具有抑制免疫及促进增生病变吸收作用。目前研究祖国医学大多数倾向活血化淤法归为免疫抑制范围，而扶正固本看做免疫激活作用^[11]。

5. 中西医结合治疗肾炎，中药的运用：

① 病人浮肿明显，应用激素阶段，表现脾肾阳虚应配合温阳健脾利水法。② 在大剂量激素治疗期间出现柯兴氏症，中医应养阴，清利为主。常用六味地黄丸。③ 激素减量或停药阶段出现脾肾阳气不足应益气温阳巩固疗效。④ 运用免疫抑制白细胞减少，气血两亏采用补益气血，方用八珍汤。

6. 肾炎治疗进展,突出表现在中草药的应用。目前,现有治疗肾炎常用药物——激素、细胞毒药物,消炎痛之外,雷公藤是新发现的另一种能治疗某些类型肾炎的有效药物。1982年中华医学会肾脏病专题学术会议有8篇材料报道雷公藤的临床疗效及其在实验性肾炎中作用。临床初步对某类型肾炎有确切疗效,对原发性肾小球肾病,继发性紫癜性肾炎、狼疮性肾炎效果突出。对消除蛋白尿红细胞尿、水肿、高血压、恢复肾功能有明显作用^{[12][13]},文献资料认为雷公藤有抗炎的作用及免疫抑制效应,抗炎症的临床效应可与类固醇相比拟。免疫抑制也得到证实。对肾炎治疗作用与激素颇多相似之处,但不存在类固醇,激素的副作用。是一种颇有前途治疗肾炎新药。

三、参考现代医学检查指标辨证施治

1. 蛋白尿:蛋白尿产生其一在水肿消退仍有大量蛋白尿,认为脾肾亏损,脾失统摄、升运不敛精,肾炎封藏固涩精液外泄。应用健脾固肾涩精方用参苓白术散、大补元煎。有人报道蝉蜕、益母草、苏叶、槟榔能消蛋白尿^[28]其二因湿热、热毒或瘀血迫精外泄,应用清热解毒利湿化瘀法选用公英、地丁、苡米、毛根、鱼腥草。蛋白尿治疗可以概括为补、清利、虚者宜补,湿热则清利、解毒^[4]。

2. 高血压:急性肾炎水肿合并高血压主要由肺失立降、三焦水湿壅滞、气血升降失常,予以宣肺利水兼理气行血。常用麻黄、连召、枳壳、益母草、牛夕之类。慢性肾炎合并高血压多属肝肾阴虚。慢性肾功能衰竭阴损及阳,滋补肝肾多无效。浙江中医院认为可能有瘀血内阻,在辨证基础上加大量活血化淤药,则取效。

3. 红细胞尿:肾炎血尿分实火多因风热毒邪热伤血络迫血妄行,使感染性病灶急

性发作而诱发肾炎,宜清热凉血方用小蓟饮子。虚火为阴虚内热多见慢性咽炎病灶,宜养阴清热凉血方用导赤散加玄参、白薇。脾虚下陷、血不归经应用归脾汤。气滞血淤用琥珀散^[14]黑龙江省祖研对慢性顽固性血尿经验是,辨证基础上重用大剂量小蓟100克以上止血才能取效。

4. 白细胞尿:尿中出现白细胞,多见尿路感染,链球菌感染后肾炎,急性期前者按湿热淋症方用八正散,后者用黄芩、连召等拮抗变态反应炎症清热药。此阶段不宜用黄芪,可加重白细胞尿。

5. 低蛋白血症:北京中医院认为血浆蛋白降低是肝血不足、脾虚气血生化不足。故主张补养肝脾,方用十全大补加六味地黄丸合经羊火、补骨脂,病重用少量鹿茸,湿热证先清后补。

6. 酚红排泄:酚红排泄与肾血流关系密切浙江中医院提出酚红排泄障碍作为局部气血运行失常,或瘀血内阻,活血化淤能提高酚红排泄。

7. 氮质血症:湿浊内盛这一点大家已取得一致看法,各地陆续报道以大黄为主内服或保留灌肠通腑导滞。实证:大黄50克白头翁30克、黄柏30克、槐花30克、细辛5克。虚证:附子10克、大黄10克、细辛5克、莼至200~300毫升、保留灌肠。对降低非蛋白氮取较好效果。中医辨证和胃降逆用小半夏加茯苓汤,有湿热内蕴用黄连温胆汤加大黄,清热解毒结合扶正使氮质下降。大多数为出现淤血,运用活血化淤药能提高疗效^[16]片面强调温补助长湿热,使氮质血症增加,但短时大剂量益气、温阳以加强行淤、利尿有一定作用。

四、中西医治疗肾炎的展望

肾炎为常见病多发病,早年无特效疗法,近年认识所有进展,病因病机及归转迄

· 杂 谈 ·

道 术 和 马 太 效 应

龙 江 人

孟河第一名医、近代中医高等教育的发起元勋之一的丁甘仁，在晚年曾提出道术并重的学说。他认为医家除要有精湛的医道，同时还要研究接待患者的艺术。医生宾至如归地对待患者，本身是一个医德的问题，这也是取得患者信托，推行医道的保障。否则如卞和向楚王献璞，非但不纳，反遭削足之虞。因是而言医无术，则难推广其道。当时名家如汪莲石、曹颖甫、夏应堂诸家皆视术为江湖，对此论不屑一顾。曹氏在《丁甘仁医案》序中有“道无术不行”之语颇示潜心。

(下转 24 页)

今尚未十分清楚，自本世纪40年代临床相继应用免疫抑制剂非类固醇性消炎痛、抗凝剂及免疫兴奋剂联合应用。部分肾炎取得不同程度疗效和缓解。免疫抑制只不过是消极、暂时不易彻底，所以目前选用多种药联合才能取得满意疗效。首先以环磷酰胺加抗凝药和潘生丁联合治疗膜增殖性肾炎取效。较对照组明显增高，其中包括活血化淤中药^{〔15〕}故活血化淤、清热解毒法结合扶正固本，即

起到免疫调正作用，对肾炎治疗将是一种很有前途的疗法。

肾活检、电镜及免疫荧光、机体免疫功能状态，蛋白尿免疫学检查、尿内纤维蛋白降解产物测定对肾炎诊断、分型、药物选择疗效与预后均有帮助，有条件地方应开展起来，根据不同环节进行治疗，必将进一步提高肾炎疗效。

参 考 文 献

- 〔1〕新压学, 13 (7): 1982.
- 〔2〕新中医 (增刊3): 6, 1980.
- 〔3〕北京中医院肾病组 (1977年北戴河 1 (6): 18, 1980会议资料)
- 〔4〕辨证治疗慢性肾炎100例疗效总结江苏中医杂志 1 (6): 18, 1980.
- 〔5〕赵锡武急性慢性肾炎的临床体会、新中医 (2): 1977.
- 〔6〕论治肾炎水肿的常用大法, 中华内科 18 (5): 382, 1979.
- 〔7〕辽宁中医杂志 (1): 32, 1982.
- 〔8〕贵阳中医学院附属医院内科肾炎组 (北戴河会议资料)
- 〔9〕上海二医三院中医科肾病组 (北戴河会议资料)
- 〔10〕上海中医杂志 (2): 12, 1980.
- 〔11〕河南医药 (14): 1981.
- 〔12〕浙江中医杂志 15 (4): 163, 1980.
- 〔13〕黎磊石等, 雷公藤治疗肾小球肾炎的临床研究中华内科杂志 20 (4): 216, 1981.
- 〔14〕新中医, (9): 1, 1982.
- 〔15〕Clin Neph (10): 180, 1978.