

# 刘新祥教授治疗 原发性肾病综合征经验

□ 毛以林\* (湖南中医学院附属第二医院 湖南 长沙 410005)

**关键词** 肾病综合征 中医药疗法 病案 刘新祥

刘新祥教授, 硕士研究生导师, 湖南省中西医结合学会肾病专业委员会、风湿免疫病专业委员会委员。临证 30 余年, 学验俱丰, 治病多宗李东垣、张景岳之说, 强调补脾益肾, 尤擅治肾系疾患。笔者有幸随师多年, 现将其治疗原发性肾病综合征的经验总结如下。

## 1 发病机理

刘氏认为本病脾肾不足为本, 外感邪气为标。原发性肾病综合征发病常由外感风邪或肤生疮痍, 邪毒内归脾肾而发病。然有感邪发病者, 亦有感邪不发病者, 何也? 刘氏认为与先天禀赋密切相关。《内经》云: “两虚相得, 乃客其形”。外感之邪, 客于咽喉, 先天不足之人, 则外邪易循肾经内侵肾脏。肤犯疮痍, 于脾气不实之人, 则湿毒之邪易留脾脏。如此, 则水肿等诸症蜂起。

\* 作者简介 毛以林, 男, 医学博士。主要从事心血管病中西医结合基础研究和临床工作。获省中医药科技进步三等奖一项。

肾病综合征初起患者常有表证, 亦有无表证者。表解后水肿、蛋白尿、血尿等症迁延日久难以痊愈。通过长期的临床实践, 刘氏认为其病理关键在于本虚标实, 将其病理特点归纳为虚、壅、漏三字。虚指脾肾两虚者为多, 或气虚, 或为阳虚。壅指标实, 言该病存在水、湿、瘀血内停。漏指大量蛋白尿等。脾虚不能健运, 肾虚开合失司, 水液代谢失常, 水湿内停则肿矣。脾气下陷不能固摄, 肾气亏虚不能封藏, 精微下趋则蛋白尿、血尿难以控制, 盖蛋白尿、血尿亦精微所化也。“久病入络”、“水病则血亦病”, 水湿内停, 壅于经脉, 血行不畅, 故见水、湿、瘀血内停。治之主张标本兼治。

## 2 治法与用药

2.1 初期主张辨证用药, 驱邪务尽 发病初期有表证者, 刘氏主张尽早解除外邪, 治宜辨证用药选方。证属外感风热者, 喜用银翘散加蝉衣、牛蒡子、僵蚕加减。由肤生疮痍而湿毒之邪内侵脾肾而发病者, 则合用五味消毒饮。湿热之邪侵犯三焦者, 常用三仁

汤、藿朴夏苓汤等加减。

**2.2 表解主张脾肾双补，标本同治** 肾病综合征表证解后，只要不存在湿热内壅、阴虚阳亢等以实证为突出表现为主的证候外，刘氏多予以补脾益肾，佐以渗湿、化痰、升陷、固涩等法标本同治。可将其治法归纳为补、渗、升、固、通五字，以下分别论之。

**2.2.1 补：**补其脾肾也。在治疗该病时刘氏喜用黄芪、党参、太子参健脾，佐以茯苓、山药化湿。温肾常用仙茅、仙灵脾，认为该品性润久服无耗阴之弊。不主张使用肉桂、附子等味，认为该类药物散寒之力有余，温补之力不足，辛香燥烈，最易伤阴。

**2.2.2 渗：**渗湿以消水肿。刘氏对于肾病综合征水肿不主张使用大量利尿药物，认为该病“其治在脾，其本在肾”。脾气健则水湿得运，肾阳足则自能化气行水，不治水则水自消。一般仅在黄芪、党参、仙茅、仙灵脾温补脾肾的基础上加用薏米、云苓、山药等味淡渗祛湿，很少使用大量利尿渗湿药。

**2.2.3 升、固：**治标之法。针对蛋白尿、血尿而设。刘氏认为蛋白尿、血尿亦水谷精微所化。经云“中气不足，溲为之变”，“肾主封藏”。脾气下陷不能固摄，肾气亏虚不能封藏，精微下趋则蛋白尿、血尿难以控制。故常在方中加入小剂量升麻、柴胡伍黄芪、党参升阳举陷，佐入芡实、莲子、金樱子等固摄肾气以消除蛋白尿等。

**2.2.4 通：**通其经隧，化痰活血。水停则血瘀，久病入络。刘氏在治疗该病时十分强调活血化痰，水瘀同治，常用当归、山楂、泽兰、益母草、丹参等味。但不主张使用土鳖虫、水蛭等破血之品。

临床观察表明该方法不仅对于初发患者，而且对于复发患者疗效确切。使用激素患者可减少激素的用量和疗程，并对于难治性肾病综合征联用此方法亦具有较好疗效。

### 3 典型病案

[例1] 王某，女，44岁。患者2001年6月10日就诊。10余日前感到倦怠乏力，1周后出现下肢轻度水肿，在湖南某省级医院诊断为肾病综合征，拟予以强的松治疗。因害怕使用激素疗法改变体形，慕名

前来就诊。时见下肢水肿，倦怠乏力，纳差脘痞，舌质红，苔黄腻，脉细弱。查：BP 120/70 mmHg，小便常规：蛋白卅，24小时尿蛋白定量7.8g，血浆白蛋白29.4g/L，TG 2.45 mmol/L，TC 7.12 mmol/L，LDL-c 4.32 mmol/L，HDL-c 1.69 mmol/L。肾功能正常。辨证为湿热困脾，方用三仁汤加减：藿香10g，佩兰10g，白蔻仁4g，杏仁10g，薏仁30g，厚朴10g，法夏10g，甘草10g。服方5剂，黄腻苔退，呈薄白苔，纳增，仍感倦怠乏力，腰酸，下肢水肿不减。查尿常规：蛋白卅。辨证为脾肾两亏，水湿内停。方用其经验方加减：生黄芪30g，党参10g，升麻3g，柴胡5g，芡实15g，山药15g，仙茅10g，仙灵脾10g，丹参20g，菟丝子15g，山楂30g，甘草6g。服方15剂，查小便常规：蛋白+/-，24小时尿蛋白定量0.3g，血浆白蛋白32g/L，TG 2.43 mmol/L，TC 6.16 mmol/L，LDL-c 3.82 mmol/L，HDL-c 1.23 mmol/L。后以此方加减治疗2月余，诸症悉除，查24小时尿蛋白定量0.04g，血浆白蛋白35.6g/L，TG 2.17 mmol/L，TC 4.89 mmol/L，LDL-c 2.64 mmol/L，HDL-c 1.26 mmol/L。随访两年未复发。

[例2] 龙某，男，20岁。2000年7月8日就诊。患肾病综合征年余，曾在安徽省某医院诊治，当强的松撤至20mg时病情复发，后自行将强的松加至40mg服用2月余无效。慕名前来就诊。时症见面色红赤，有较多痤疮，口不干、纳可，倦怠乏力，肢体不肿，舌质淡红，苔薄黄，脉沉细。查：BP 150/90 mmHg，小便常规：蛋白卅，24小时蛋白定量6.5g，血浆白蛋白28.7g/L，TG 2.56 mmol/L，TC 6.81 mmol/L，LDL-c 3.99 mmol/L，HDL-c 1.65 mmol/L。强的松剂量不变，予卡托普利25mg降压。中药处方：生黄芪45g，党参15g，升麻3g，柴胡5g，芡实30g，莲子15g，山药30g，仙茅10g，仙灵脾10g，丹参20g，当归20g，山楂30g，生地30g，甘草6g。服方14剂，倦怠乏力好转。24小时尿蛋白定量0.78g，白蛋白29.4g/L，TG 2.41 mmol/L，TC 6.11 mmol/L，LDL-c 3.74 mmol/L，HDL-c 1.27 mmol。遂以后方去生地药回家治疗，嘱其每半月撤强的松5mg，至20mg维持半年，后再缓慢撤药。随访结果：患者顺利撤药，各项实验室检查结果正常，现已停用所有中西药年余，病未复发。