

· 理论探讨 ·

从风湿论治慢性肾炎浅析※

● 许正锦^{1*} 周燕妮¹ 吴玲艳¹ 王少芬¹ 陆鸿翔¹ 赵纪生²

摘要 慢性肾炎是临床上的常见病、多发病,具有病程缠绵、易反复发作等特点。如果未有效控制,肾功能将受到损害并逐渐下降,最终发展为终末期肾病。因此,如何提高疗效是临床上十分关注的话题。本文就慢性肾炎的中医病因病机认识作了简要概述,提出从风湿论治慢性肾炎的治疗思路,将从风湿论治慢性肾炎的理论依据作了详细阐述,并列举了慢性肾炎风湿证候的主要表现,重点介绍了从风湿论治慢性肾炎的临床经验体会,另附有医案分析,以医案诊治经过来体验从风湿论治慢性肾炎的临证思路。

关键词 肾风;慢性肾炎;风湿;祛风除湿法;治疗

慢性肾小球肾炎(chronic glomerulonephritis, CGN)简称“慢性肾炎”,临床表现为蛋白尿、血尿,部分患者可伴有高血压、水肿、肾功能下降。CGN 病因复杂,病理表现多样,随着病情逐渐进展,各种病理类型可转化为不同程度的肾小球硬化,并伴有肾小管萎缩、肾间质纤维化,最终发展至终末期肾病(end-stage renal disease, ESRD)。目前我国 ESRD 患者约 150 万~200 万,并仍在迅速增长^[1-2],由此给国家与家庭带来沉重的负担。而我国 ESRD 的原因中,慢性肾炎位居首位^[3],因此对其防治的重要意义不言而喻。

中医古籍中无“慢性肾炎”这一病名,根据其临床表现,可将其归属于“水肿”“尿血”“腰痛”“虚劳”等范畴。《素问·风论》曰:“以冬壬癸中于邪者为肾风。”首次提出“肾风”这一病名,并描述了肾风之症状:“多汗恶风,面庞然浮肿,脊痛,不能正立,其色焮,隐曲不利,诊在肌上,其色黑。”因此,王永炎在其主编的《临床中医内科学》专设“肾风病”章节,提出“肾风病是在

肾元亏虚的基础上,风邪或兼夹其它病邪侵入肾体而发病”。“肾风”这一病名突出了风邪之因,是从风湿论治慢性肾炎的一种临证思维体现。王永钧^[4]亦认为风湿内扰是慢性肾炎的主要病机,也是慢性肾炎病情进展的重要原因,强调要以风湿致病论为主导,提倡以风湿证候为中心证候进行辨治。笔者自上世纪 90 年代初受路志正老的影响,将祛风除湿法应用于慢性肾炎的治疗^[5],亦发现该法能明显提高慢性肾炎的临床疗效,经过长期的临床实践,积累了一定的经验,现将从风湿论治慢性肾炎的思路整理如下,请同道斧正。

1 从风湿论治慢性肾炎的理论依据

中医认为慢性肾炎的病因有外感及内伤两方面,外感以风、寒、湿为主,常为发病的原因或病情加重的因素,内伤则与饮食不节、劳倦过度、情志不调、久病失治误治等有关,病位涉及五脏六腑,而与肺、脾、肾、三焦、膀胱关系较为密切。笔者经过长期的临床实践发现,风湿二邪在本病的发生发展中普遍存在,它既可由外而得,又可因内而生,是导致慢性肾炎发病的重要病因,也是导致慢性肾炎迁延不愈的重要因素。由于风与湿各有其特点,两者侵扰机体复杂多样,具体表现如下。

1.1 风湿异性,互借其势 风邪与湿邪之性各不相

※基金项目 全国中医临床特色技术传承骨干人才培养项目(No. 国中医药人教函〔2019〕36 号)

* 作者简介 许正锦,男,主任医师,硕士研究生导师。研究方向:中医肾脏病学。

• 作者单位 1. 福建中医药大学附属厦门中医院(福建 厦门 361009); 2. 江西中医药大学附属医院(江西 南昌 330000)

同,风为百病之长,又为百病之始,其性升散、疏泄,且有善行而数变的特点。而湿邪为重浊阴邪,其性下趋,易袭阴位,具有郁闭缠绵的特点。但风邪能兼杂湿邪,湿邪又可滞黏风邪,二者虽动静不合,但阴阳交感,互借其势,不断影响机体的生理功能。

1.2 风与湿合,袭扰肾关 肾为水脏,位居下焦,风邪虽行无定处,但更倾向于向上、向外,故《素问·太阴阳明论》云“犯贼风虚邪者,阳受之”“伤于风者,上先受之”。若单纯风邪袭扰,较少损及肾脏,若风湿合邪,则肾脏难逃风湿之袭扰,因风邪可借湿性下趋之势,侵袭肾脏,并可与湿相合滞留肾络,反复扰乱肾脏的生理功能。

1.3 风湿为患,形式多样 现代医学认为 CGN 与风湿性疾病都是免疫性疾病,其发病机制与免疫异常密切相关,综合传统医学与现代医学对慢性肾炎发病机理的认识,笔者认为风湿扰肾在慢性肾炎的发展中存在风挟湿、湿滞风、外感风湿三种情况,其病机类似于现代医学中的抗原-抗体反应所致肾小球损伤。

1.3.1 风挟湿 机体可因素体脾虚,津液运化失常,或久居湿地,而致湿邪内停。其虽尚未滞留肾脏,但遇风邪入侵时,风性走窜,风邪可挟持湿邪窜扰肾脏而致病。类同于抗体与非肾性抗原在肾外相结合后形成循环免疫复合物,经血液循环后而沉积于肾脏,引起肾脏病变。

1.3.2 湿滞风 湿为阴邪,其性下趋,易袭阴位,湿邪内停日久,渐而下趋滞留于肾脏,当遇风邪(无论外风与内风)袭扰肾脏时,湿邪可黏滞风邪扰动肾脏。类同于抗体与肾性抗原所致的原位免疫复合物沉积于肾小球,导致肾小球损伤。

1.3.3 外感风湿 素体本无湿滞,湿邪由外而入,与风邪相伴,直入肾脏,扰动肾关。此病机类同于非肾性抗原植入肾脏,抗体与之结合后形成原位免疫复合物从而导致肾脏损伤。

2 慢性肾炎的风湿证候表现

慢性肾炎的风湿证候,既有别于风邪袭于肺卫的风水证,亦有别于一般意义上的水湿证,更有别于“风寒湿三气杂至,合而为痹”的风湿痹证。根据慢性肾炎的临床表现,结合风湿的致病特点,笔者认为慢性肾炎风湿证候表现包括:肢体浮肿、按之凹陷,泡沫尿,血尿,身体困重,脘痞纳呆,恶风怕冷,腰膝酸痛,关节不适,皮疹、湿疹、瘙痒反复发作等,并具有病情

反复、多变,缠绵难愈之特点。其中浮肿、泡沫尿、血尿、身体困重,腰膝酸痛,恶风皮痒为主要证候。

3 从风湿论治慢性肾炎的临证体会

3.1 外感风湿以祛风除湿法为主 若脏腑虚损不明显,外感风湿尚未从化或未兼夹其它病邪,或者虽脏腑虚损明显,但以外感风湿之候为急,则可予祛风除湿法为主进行治疗。对风湿在表,卫表气虚者,《金匱要略》载:“风湿,脉浮,身重,汗出恶风者,防己黄芪汤主之。”对风湿在表,卫表阳虚者,《金匱要略》载:“风湿相搏,身体疼烦,不呕不渴,脉浮虚而涩者,桂枝附子汤主之。”对风湿在表,正气不虚者,可以荆防败毒散或羌活胜湿汤主之。外感风湿若兼夹寒邪或从寒化,患者可兼见鼻塞、流清涕、恶风等风寒表证,可用加味香苏散主之。若外感风湿兼夹热邪或从热化,患者可兼见鼻塞、流浊涕、咽痛、发热等风热表证,可用银翘散加蝉蜕、僵蚕等治疗。若脏腑虚损明显而又外感风湿者,应在脏腑辨证论治的基础上,联合上述祛风除湿解表法进行治疗。

3.2 风湿内生以常规辨证为前提,联合祛风除湿法 由于慢性肾炎多为虚实夹杂,本虚标实证,因此从风湿论治慢性肾炎特别强调必须以常规辨证论治为前提,常规辨证为宏观辨证,包括脏腑、气血津液、八纲、三焦等辨证,而从风湿论治属微观辨证。宏观辨证方向一般不会偏离,但针对性较差;微观辨证如果病机识别准确,治疗会更具针对性,疗效会明显提高^[6]。因此在常规辨证论治的基础上联合祛风除湿法是一种宏观辨证与微观辨证有机结合的辨证方法,两者可取长补短,这对提高临床疗效十分重要。祛风除湿药既包括火把花根片、雷公藤多苷片、正清风痛宁等中成药,还包括肿节风、徐长卿、青风藤、鬼箭羽、乌不宿、威灵仙、忍冬藤、羌活等中草药,这些药物的性味归经都有所差异,应根据患者的病性病位进行合理选用。

3.3 治脾为要旨 由于湿是风的载体,因此内生之风湿的关键是湿,而湿邪的产生原因中,脾虚是关键,正如《素问·至真要大论》云:“诸湿肿满,皆属于脾。”因此治湿应从脾入手,醒脾健脾,升清降浊,脾气得复,湿邪易除,使风无所附,风湿之邪得解。笔者临证时多在四君子汤或李东恒升阳益胃汤基础上加大剂量黄芪作为基本方,其用意即在于此。治湿以治脾为要旨,这也是国医大师路志正老“持中央、调升降”辨

治肾炎的学术思想体现^[7]。

3.4 勿忘内风之患 内生风湿多为外风与内湿相合为患,但也不能忽视内风与内湿相合为患。内风为患的慢性肾炎患者多兼有眩晕、头痛、皮肤瘙痒、心烦易怒等症候。内风的产生与肝阳化风密切相关,如《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝。”不过,还要注意其他引起体内阳气变动的因素均可引起内风,比如热极生风、阴虚生风、血虚生风等,正如《临证指南医案》指出:“内风乃身中阳气之变动。”因此临证时要注意甄别病机,合理配合清热熄风、滋阴熄风、养血熄风诸法,才能使内生风湿更易解除。

3.5 兼以治血 治血有三层含义。其一是凉血:在感受风热之邪时往往起病急骤,症状严重,故有血热生风之说,需通过清热凉血以祛风邪,药物可选赤芍、生地、丹皮等。其二是补血:慢性肾炎患者以风湿证为主要表现的常有皮肤干燥、全身瘙痒、抓痕明显等症,这是血虚生风的表现,应适当辅以补血之品以养血熄风,药物可选当归、鸡血藤等。其三是活血:风湿之邪可深入肾络,反复袭扰肾关为患,亦可阻滞肾络而致肾络瘀阻,更易致风湿滞留肾络,不易清除,需配合活血药,使肾络通畅,药物可选川芎、桃仁、鬼箭羽等。

3.6 给邪出路 风湿之邪若未从化,且病位不深,或可散风以除湿,因“风能胜湿”。亦可祛湿使风无以附,两者均可祛除风湿之邪。但若风湿从热化,使风湿与热胶结,或风湿深入肾络,使风湿与瘀胶结,均可使风湿之邪缠绵难解。对湿热胶结者应渗之、利之、泻之,以分消走泄,使邪有出路,药物可选用蛇舌草、泽泻、车前草、大黄等。对湿瘀胶结者应通之、破之,以疏通肾络,使邪有出路,药物可选用川芎、桃仁、鬼箭羽等。此时均应慎用龟板、鳖甲等滋腻碍邪之品,亦应慎用五味子、桑螵蛸专于固摄收敛之品,以免闭门留寇。

4 医案举隅

李某,男,43岁,司机,2010年3月2日初诊。患者双下肢凹陷性浮肿2年余,伴腰酸乏力,泡沫尿明显,久不消失,肾组织病理诊断为膜性肾病Ⅱ期。使用激素、环磷酰胺等治疗1年余,未获改善,24 h尿蛋白定量始终在3 g以上,遂来就诊。诊时症见:颜面浮肿,双下肢中度凹陷性浮肿,腰酸乏力,小便不利,泡沫多,纳可,舌质淡,舌下脉络Ⅰ度迂曲,苔薄白微腻,

脉弦细。尿常规示蛋白(3+),隐血(-);24 h尿蛋白定量为3.34 g;血浆白蛋白为32 g/L;肾功能正常。西医诊断:慢性肾炎,膜性肾病Ⅱ期。中医诊断:肾风,证属脾肾气虚,风湿扰肾。予补气健脾,祛风除湿法。处方:黄芪30 g,山药15 g,茯苓10 g,薏苡仁20 g,山茱萸10 g,青风藤30 g,徐长卿10 g,羌活10 g,威灵仙10 g,蛇舌草20 g,乌不宿20 g,鬼箭羽20 g,灯盏花10 g,川芎10 g。14剂,水煎内服,日1剂。

2010年3月16日二诊:患者腰酸较前缓解,双下肢水肿减轻,尿量增加,仍有泡沫,舌苔薄白,脉弦细。尿常规:蛋白(2+),潜血(-)。继续以上方去灯盏花、乌不宿,加红景天6 g、山茱萸10 g、熟地20 g,再进14剂。后继续以上方加减治疗3个月后,腰酸及双下肢水肿明显缓解,多次复查尿常规示蛋白(1+),潜血(-);24 h尿蛋白定量为0.92 g。

2010年6月26日复诊:因天气变化,不慎外感,出现发热,咳嗽,痰白量少,咳痰不爽,咽痒,双下肢水肿加重,舌质淡,舌下脉络迂曲,苔薄白,脉浮。尿常规:蛋白(2+),潜血(-);24 h尿蛋白定量为1.85 g。此时辨证以外感风寒湿为急,予疏风解表除湿法治疗。处方:荆芥10 g,防风10 g,羌活10 g,青风藤30 g,蝉蜕6 g,茯苓10 g,百部10 g,紫菀10 g,前胡10 g,桔梗10 g,甘草6 g。5剂,水煎内服,日1剂。

2010年7月2日再次复诊:发热、咳嗽咳痰、咽痒已愈,仍腰酸乏力,双下肢浮肿,舌质淡,舌下脉络Ⅰ度迂曲,苔薄白腻,脉弦细。复查尿常规示蛋白(1+),潜血(-)。按3月16日方加减治疗约8个月,尿常规、24 h尿蛋白定量、肝肾功能多次复查均正常,随访2年未复发。

按 本案患者存在泡沫尿、腰酸乏力,双下肢凹陷性浮肿等风湿证候,乃太阴脾气虚,运化失职,水湿内停,少阴肾不能及时排泄,导致水湿停聚。内湿与外风相合,风湿扰肾,使肾失封藏,精微泄漏,故见泡沫尿。常规辨证属脾肾气虚、水湿内停证,因此予黄芪、山药、薏苡仁、山茱萸健脾益肾,匡扶脏腑正气为先导;予茯苓、蛇舌草利水除湿,使邪为出路。在此基础上联合祛风除湿法,药用青风藤、徐长卿、羌活、威灵仙、乌不宿、鬼箭羽等;佐以川芎、灯盏花兼以活血。中途因天气变化不慎外感,以外感风寒湿证候为主要表现,因此临时予荆防败毒散加减治疗,待外感风寒湿证候缓解后,继续转以原法治疗。该病例应用激

(下转第29页)