

# 从湿热论治慢性肾炎蛋白尿体会

叶可平 谭晓宁 于大君

(中国中医科学院西苑医院, 北京 100091)

**摘要** 蛋白尿作为慢性肾炎的常见临床表现之一, 经久难愈, 容易复发, 而且尿蛋白量直接影响肾脏疾病的预后, 是临床工作的难题。临床实践中发现, 湿热是慢性肾炎蛋白尿反复和迁延不愈的重要因素之一, 其产生与脾肾关系密切。在湿热辨证上, 要活用四诊, 重视舌象, 治疗上可从三焦、脏腑论治, 湿热分治, 脾肾合治, 还须顾护阳气, 日久兼顾化瘀, 经临床验证, 疗效满意。附验案1则以佐证。

**关键词** 慢性肾炎; 蛋白尿; 湿热; 中医药疗法

**中图分类号** R277.523 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 08-0044-03

**基金项目** “十二五”国家科技支撑计划项目(2013BA102B01-01)

蛋白尿是慢性肾炎发病过程中常见的临床表现, 尿蛋白量的多少直接影响肾脏病的预后, 与肾脏结局的风险呈线性相关<sup>[1]</sup>, 因此尿蛋白含量是肾脏病临床预后的重要指标<sup>[2]</sup>。长期以来中医认为蛋白尿的产生是因脾肾亏虚, 精微外泄<sup>[3]</sup>, 常从虚论治<sup>[4]</sup>, 虽取得一定疗效, 但对病情日久、迁延不愈的患者疗效仍欠佳。近年来研究发现, 湿热、热毒、瘀血等是慢性肾炎常见的几种实邪, 存在于慢性肾炎的各种类型、各个阶段, 其中又以湿热之邪最为常见<sup>[5]</sup>。因此重视慢性肾炎湿热证的治疗, 对降低蛋白尿有重要的临床意义。现将慢性肾小球肾炎湿热证蛋白尿的诊疗体会介绍如下, 以就正于同道。

## 1 湿热分治, 因势利导

慢性肾炎患者出现湿热证十分复杂, 既有外感, 又有内伤, 还有内外合邪及药物等因素, 其症状繁杂多变不易诊治。望诊常表现为疲乏少神, 面色萎黄或偏黑, 部分会出现面部油垢或痤疮; 舌象表现为舌质红或暗, 舌苔常见黄腻苔。症状多表现为上焦的胸闷、头汗出, 中焦的食欲不振、脘腹痞闷, 下焦的腰部困重、小便黄赤有热感、大便溏滞不爽。脉象上常见滑脉、濡脉、弦脉, 也常两种脉象相兼如滑数脉、弦涩脉等。借鉴三焦辨证及临床诊治经验, 根据湿热之邪部位分清主次, 遣方用药能起到事半功倍的效果, 肾炎湿热证也不例外。上焦湿热证常用轻清之品宣泄湿热, 如荷叶、紫苏叶、紫苏梗、佩兰、银花、竹叶, 可随证加减。中焦湿热证因体质差异和湿热程度不同, 又分为湿重于热、湿热并重与热重

于湿三种类型。湿重于热者应温中化湿, 以砂仁、蔻仁行气化湿, 陈皮、厚朴淡渗利湿, 茯苓、薏苡仁少佐黄连泻中焦之热; 湿热并重或热重于湿应在化湿基础之上, 清热燥湿并施, 配黄芩、黄连、栀子等, 若湿邪重者, 苦寒当少用。下焦湿热根据《湿热病篇》十一条“湿热证, 湿流下焦……宜滑石、猪苓、茯苓、泽泻、萆薢、通草等味”, 临证以此组方治疗湿热阻滞下焦证以分利湿热。然湿热之邪弥漫, 下焦湿热为主者常伴有中上焦证候, 如脘腹痞满、胸闷呕恶, 常需佐入紫苏叶、荷叶、桔梗等予湿热之邪以出路, 源清则流洁。

## 2 脾肾合治, 扶正祛邪

湿热的产生与脾肾关系十分密切, 脾虚生湿, 湿蕴生热, 因虚致实, 二者互为因果。正如薛生白《湿热病篇》所云: “太阴内伤, 湿饮停聚, 客邪再至, 内外相引, 故病湿热。”肾者主水, 肾气的蒸化及肾中阴阳协调使津液得化、输布全身, 反之肾虚则气不化津而成水, 水湿内生, 真阴不足, 相火上僭, 湿火相合而成湿热。湿热之邪使肾失封藏, 从而出现慢性肾炎, 临床常见蛋白尿、血尿、白细胞尿等。据此临证常治脾与补肾, 扶正与祛邪并施。治脾之法以藿香、佩兰芳香醒脾, 以苍术、白术燥湿健脾。治肾之法以泽泻、黄柏泻水中之热, 丹皮、地骨皮滋肾清火, 玄参、知母补肾水不足兼以清热。在此基础上, 补脾药还可加用太子参、黄芪等, 补肾药用六味地黄丸中的三补成分——地黄、山药、山萸肉, 补肾固涩药可用莲须、芡实、金樱子、菟丝子等, 需根据具体病情酌情配

伍。理脾配合健脾、补脾，泄肾配合补肾、涩精，使补中有泄、泄而不过，以恢复脾主升清、肾主封藏的生理功能，使正气存内，邪不可干，从而达到治疗肾病的目的<sup>[6]</sup>。

### 3 湿盛阳微，顾护阳气

临床治疗湿热之证常予苦寒之品，其虽对症，然湿伤阳，苦寒亦伤阳。阳气损则气化无力，阳不化阴易使湿邪停聚而更伤其阳，《温热论》也提出：“湿热一去，阳亦衰微。”鉴于此，在治疗慢性肾炎湿热证时常加入少量的扶阳药如巴戟天、附子以助其阳，使阳气得化、湿热易祛。附子之意，一则助脾肾之阳以祛湿气，二则阳为湿困，治以温通。巴戟天一药，叶氏言其之用主要有补阴中之阳、辛温通肾络、益火补脾胃、温肾助纳气、温阳止腰痛五大功效<sup>[7]</sup>，取其能补助元阳而兼散邪之用，温而不燥烈，补而不助邪，正宜湿盛阳微之候。

### 4 湿热日久，兼顾化瘀

叶天士在《临证指南医案》中云：“初病湿热在经，久则瘀热入络。”湿邪重浊黏滞阻遏气机，热易灼伤血络煎熬阴血，湿热合则气机阻滞、血运受阻以致瘀血内生。对于这类慢性肾炎患者，湿热之邪久病入络，临床常见舌质偏暗、舌下络脉曲张、面色晦暗等，常用丹参、丹皮、鬼箭羽等散血化瘀、活血通络，对久治不效的蛋白尿案例可取得不错的疗效。丹参一药是师从全国名老中医翁维良教授所得，翁老认为血瘀证应重视活血化瘀药的应用，而丹参性微寒，如兼有热象，用之更为适宜<sup>[8]</sup>。通过临床观察发现丹参、丹皮、鬼箭羽等活血化瘀药对于肾脏疾病血瘀证疗效显著。现代药理研究也表明丹参中丹参酮ⅡA通过纠正内皮功能障碍，抑制平滑肌细胞增殖和迁移，抑制炎症，抑制血小板集聚<sup>[9]</sup>。鬼箭羽亦有抑制炎症介质释放，抑制变态反应，抗氧化等作用，从而达到改善肾血流量，减少免疫复合物沉积，促进肾小球基底膜修复，降低蛋白尿等功效<sup>[10]</sup>。

### 5 验案举隅

杜某，女，67岁。2017年5月18日初诊。

主诉：双下肢间断水肿半年，尿检异常4月余。现病史：患者于2016年底出现双下肢水肿，未予重视。2017年1月检查发现尿蛋白(++)，血压轻度升高，当地医院予百令胶囊、黄葵胶囊、氯沙坦片治疗未见明显缓解。5月15日查尿蛋白(+++)，24 h尿蛋白定量4.0 g。初诊时症见：双下肢轻度可凹性水肿，困倦疲乏，口苦，纳眠欠佳，腰部困重，小便有泡沫，大便黏滞不爽，每天2次。舌质暗、苔薄黄腻，脉沉

滑。临床诊断为慢性肾炎(下焦湿热、肾虚血瘀证)，治以清热利湿、补肾化瘀。处方：

泽泻15 g，马鞭草15 g，地龙15 g，菟丝子15 g，沙苑子15 g，金樱子15 g，薏苡仁20 g，白花蛇舌草20 g，穿山龙20 g，鬼箭羽20 g，芡实20 g，杜仲20 g。28剂，每日1剂，水煎分2次服。

6月22日二诊：查尿蛋白(+)，血白蛋白38.6 g/L，双下肢水肿减轻，口苦不显，疲乏、腰部困重亦觉好转，在上方基础上加陈皮10 g、白果仁10 g。28剂，每日1剂，水煎分2次服。

7月20日三诊：查24 h尿蛋白定量1.69 g，患者下肢水肿情况明显减轻，腰部不适、小便有沫、大便溏等症明显改善，在前方基础上加用巴戟天15 g、附子15 g、生黄芪60 g。

守方服用2个月后，查尿蛋白(+)，24 h尿蛋白定量0.46 g，血白蛋白42.8 g/L。此后根据患者体质状态，或补脾、或益肾、或清热、或化瘀，常随证配伍黄芪、生地、栀子、菊花、丹皮等。2018年5月22日查尿蛋白(-)，24 h尿蛋白定量0.13 g，患者诸症基本治愈，未出现水肿、肾炎等临床表现。2019年随访查尿蛋白(-)，24 h尿蛋白定量0.09 g，余无不适。

按：该患者病程不长，以湿热标实为主，兼有肾虚血瘀，曾服用百令胶囊、黄葵胶囊、氯沙坦等药，蛋白尿减轻不明显，后转以中医辨证治疗。初诊时患者尿蛋白量偏高，湿热症状明显，然患者病程不长舌质却偏暗，是明显的血瘀表现，故在常规清热化湿的基础上加马鞭草、穿山龙、鬼箭羽、地龙等活血化瘀通络之品以利降蛋白。此外患者在标实的基础上伴有腰部不适、疲乏等肾虚表现，予芡实、金樱子、沙苑子、菟丝子、杜仲补肾固涩，防止精微外泄。三诊时患者尿中蛋白明显下降，湿热证候已去大半。此时加用巴戟天、附子，一是服用寒凉之药已久，恐伤人体阳气，二是湿热一去，阳亦衰微，用以助其阳，使阳气得化。此医案用三焦辨湿热，以脏腑定虚实，考虑患者湿热证及兼证的证候特点，采用活血化瘀、顾护阳气的治法，使得湿热渐祛、脏腑得安。

### 参考文献

- [1] SUMIDA K, MOLNAR M Z, POTUKUCHI P K, et al. Changes in albuminuria and subsequent risk of incident kidney disease[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2017, 12(12): 1941.
- [2] 张倩倩, 程晓霞. 蛋白尿转归对IgA肾病增生硬化型患者预后的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2019, 20(2): 136.

# 运用阴火学说治疗原发性局灶节段性肾小球硬化症摘要

曾勤<sup>1,2</sup> 王新慧<sup>2</sup> 余仁欢<sup>2</sup> 张晶晶<sup>2</sup>

(1. 北京中医药大学研究生院, 北京 100029; 2. 中国中医科学院西苑医院肾病科, 北京 100091)

**摘要** 原发性局灶节段性肾小球硬化症是一种原发性肾小球疾病, 临床常辨为脾肾阳气亏虚兼郁火、湿热之“阴火证”, 因此以李东垣之“阴火学说”为指导, 确立健脾益气、疏风散火、祛湿和络的基本治法, 自拟健脾祛湿和络方, 验之临床疗效显著。附验案2则以佐证。

**关键词** 原发性局灶节段性肾小球硬化症; 阴火; 健脾益气; 疏风散火; 祛湿和络; 健脾祛湿和络方; 验方

**中图分类号** R277.526 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 08-0046-04

**基金项目** 国家重点研发计划(2017YFC1700301)

原发性局灶节段性肾小球硬化症(primary focal segmental glomerulosclerosis, FSGS) 在我国的发病率约为3.2%~7.98%, 且近20年有上升趋势<sup>[1]</sup>。本病可发生于任何年龄, 青少年多见, 且男性较多。其主要临床表现为: 100%患者有不同程度的蛋白尿, 60%以上为肾病综合征, 约50%有不同程度血尿, 1/3起病时伴有高血压、肾功能不全, 常有肾小管功能受损表现。

临床常使用激素及免疫抑制剂治疗伴有肾病综合征表现的FSGS。CATTRAN等<sup>[2]</sup>的临床研究发现, 环孢素联合激素治疗能增加激素抵抗型FSGS的临床缓解率, 但临床上仍有部分患者使用激素及免疫抑制剂治疗效果差, 为难治性疾病。FSGS为病理诊断, 伴有肾病综合征表现的FSGS属中医学“水肿”范畴, 中医药治疗水肿历史悠久, 近年来文

献报道的中医药治疗FSGS疗效亦明确<sup>[3-5]</sup>。FSGS患者临床常见脾肾阳气亏虚兼郁火或湿热之“阴火证”, 因此基于阴火学说自拟健脾祛湿和络方, 验之临床, 疗效显著, 现将诊疗思路介绍如下。

## 1 阴火学说之阐释

阴火学说是李东垣脾胃内伤学说的重要组成部分, 其主要著作《脾胃论》《内外伤辨惑论》《兰室秘藏》《医学发明》均可见“阴火”一词。“阴火”的提出, 是李东垣运用阴阳学说, 精研《内经》理论, 结合临床实践, 辨别内伤和外感发热不同的基础上所提出的创新观点, 将内伤病引起的发热认为生于阴者为“阴火”, 将外感病引起的发热认为生于阳者为“阳火”。李东垣在《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》<sup>[6]</sup>中云:“脾胃气虚, 则下流于肾, 阴火得以乘

[3] 魏敏, 孙晓敏, 赵晓山, 等. 慢性肾小球肾炎中医辨证分型荟萃分析[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(3): 328.  
 [4] 张玮, 朱娅军, 秦晴, 等. 428例慢性肾炎蛋白尿患者中医证型分析及临床用药经验总结[J]. 中医药学报, 2019, 47(2): 72.  
 [5] 王剑飞, 王耀献, 何萍, 等. 200例慢性肾小球肾炎中医证候因子分析研究[J]. 现代中医临床, 2016, 23(2): 24.  
 [6] 于大君. 运用清热利湿法治疗肾病蛋白尿的体会[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(10): 1166.  
 [7] 姚鹏宇, 张钟文, 程广清. 叶天士《临证指南医案》运用巴戟天经验探析[J]. 江苏中医药, 2019, 51(10): 79.  
 [8] 于大君. 翁维良教授治疗心血管疾病临床用药经验初探[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(12): 2914.

[9] FANG J, LITTLE P J, XU S W. Atheroprotective effects and molecular targets of tanshinones derived from herbal medicine Danshen[J]. Med Res Rev, 2018, 38(1): 201.  
 [10] 孙响波, 于妮娜. 鬼箭羽治疗肾脏疾病作用机制研究[J]. 中医学报, 2016, 31(7): 1030.  
**第一作者:** 叶可平(1992—), 男, 硕士研究生, 研究方向为肾病的中医临床研究。  
**通讯作者:** 于大君, 医学博士, 主任医师。yudajunfly@126.com

修回日期: 2020-03-21

编辑: 傅如海