

# 中医药治疗肾脏疾病临床经验总结

郭建华<sup>1</sup>,余嗣珍<sup>2</sup>,程彦家<sup>3</sup>,陈巧英<sup>4</sup>

1.商洛市山阳县延坪镇卫生院,陕西商洛 726406;2.商南县城关街道中心卫生院,陕西商洛 726300;

3.山阳县延坪镇白沙村卫生室,陕西商洛 726409;4.陕西商洛学院医务室,陕西商洛 726000

**[摘要]** 该文通过笔者应用中医药治疗常见肾脏疾病的典型病例,及对临床常见肾脏疾病的治疗心得体会,将笔者跟教老师所学的临床经验溶入治疗之中。总结出中医药在治疗急性肾炎、慢性肾炎及肾功能不全的患者,如何应用中医药在辨证论治的基础上辨病辨证相结合去针对性治疗,并根据笔者的临床经验总结出中西医结合的办法,特别是将笔者在实际临床中心得体会提出来,发挥中医在治疗肾脏病上的优势,讨论在基层如何应用中医药治疗常见肾脏疾病。

**[关键词]** 中医治疗肾病;中西医结合;中药肾毒性;中医优势

**[中图分类号]** R249

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1004-6569(2018)09(a)-0196-03

肾炎是一种免疫性疾病是肾免疫介导的炎性反应,是不同的抗原微生物感染人体后,产生不同的抗体,结合成不同的免疫复合物,沉积在肾脏的不同部位造成的病理损伤,形成不同的肾炎类型。肾炎中医上没有固定的病名,开始肾炎按照中医“水肿”范畴,严重时属于“关格”等范畴。现通过典型病例来阐述中医药在治疗基本肾脏病上的经验。

## 1 急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎,又称为急性感染后肾小球肾炎,溶血性链球菌感染为常见病因<sup>[1]</sup>。这类肾炎由感染诱发,所以要清肺健脾固肾气,清热解毒利湿为治疗大法。本病与中医学中的“皮水”相似,可归属于“水肿”“尿血”等病症范畴。

**病例:**

**[一般资料]**

某男,16岁

**[主诉]**

肉眼血尿4d。

**[现病史]**

患者自述3d前感冒,在某诊所服用克感敏和头孢拉定。2d后患者给其母亲说尿颜色发红,到商洛某医院治疗3d病情加重建议到上级医院治疗。打电话咨询郭医生建议先去做尿常规、血常规,如尿检有问题再做尿红细胞形态确定血尿来源。皮肤无皮疹,出血点和瘀斑,双侧扁桃体无肿大,双下肢无浮肿(网络会诊所见)。尿常规:RBC+3,PRO+1,WBC+1,红细胞计数+++。

**[既往病史]**

既往体健,否认糖尿病、冠心病病史。否认阿司匹林药物服用史。

**[查体]**

体温36.5℃,脉搏72次/min,呼吸16次/min,血压110/65 mmHg。皮肤无皮疹,出血点和瘀斑,浅表淋巴结未触及。颜面无浮肿,巩膜无黄染,咽部红,双侧扁桃

体肿大,心肺无异常,腹软,肝脾未触及,双肾区无叩痛,双下肢无浮肿。睑结膜发红,四肢无水肿,胸壁可见水肿。血压120/70 mmHg,反应差,库欣面容,颜面略水肿,口唇稍苍白,双肺呼吸音粗,心音稍低钝,律不齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。双下肢无水肿,肌张力减低。

**[辅助检查]**

2016-12-23:尿常规:红细胞满视野,WBC+3,PRO+1,白细胞+1。血常规:正常泌尿系彩超:未见异常;2016-12-24:尿常规:WBC+3,2016-12-26:尿常规:WBC(—)2016-12-27:尿常规:WBC(—)2016-12-29:尿常规:WBC(—)2016-12-29:红细胞形态检查:未见红细胞

**[治疗经过]**

患者尿检发现红细胞后,停止一切西药。先给予汤剂中药,中医辨证:外邪扰动,伤及脉络,兼之脾肾两虚邪毒(药物损伤)内侵,脾肾固摄无权,血脉溢脉外,肾不固精导致精微外漏所致。治疗:补肾健脾,行气利湿固精,兼清利湿毒为治法,处方:黄芪35g、炒白术12g、炙甘草6g、白茅根25g、大小蓟各12g、茯苓12g、泽泻10g、猪苓15g、茜草10g、仙鹤草15g、蒲公英12g、柴胡10g、黄芩10g、炙麻黄6g、炒白芍10g。患者服用一剂药后自觉尿颜色辨清,叫复查尿检WBC—,PRO—R,WBC+3。医嘱:适宜饮水,多吃好消化食物。少吃垃圾食品。2016-12-26:复查尿常规(—)。再继续服药5剂停药。随访一年多未再复发无其他不适。

**讨论:** 现在西药药物过敏引起肾脏疾病的情况不少见,尤其在农村长期应用氨基甙类抗生素尤其普遍出现。中医在治疗呼吸性疾病有优势,几乎没有啥耐药性。此患者有感冒症状还有西药过敏引起的血尿,中医在清热解毒,健脾补肾固摄精微上取得很好的疗效。在用药方面,结合中药药理应用麻黄,甘草,白芍等药抗过敏。所以在治疗外感疾病上,多采用适宜中药治疗,避免西药耐药性不断加重。早起肾脏疾病中医有着很好疗效。此病可能是药物过敏引起的急性间质性肾炎(AIN)<sup>[2]</sup>,感受外邪加受药毒,导致肾失开阖,膀

**[作者简介]** 郭建华(1971—),男,陕西商洛人,大专,主治医师,研究方向:肾病,脾胃病,肝病。

胱气化时司而发病。根据杜雨茂教授治疗肾炎八法理论的:益气健脾、滋阴固精法<sup>[3]</sup>,结合中药药理研究自拟处方取得良好效果。

## 2 慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎简称肾炎,是由多种原因引起的,不同病理类型组成的原发于肾小球的一组疾病。本病与中医学的“石水”相似,可归属“水肿”“虚劳”“腰痛”“尿血”等范畴。这类疾病大部分是免疫介导性疾病,可溶性免疫复合物沉积于肾小球,而激活补体,引起组织损伤。这类疾病存在中医的瘀血证,并发症多,在治疗上要补肾健脾活血化瘀,固肾气固摄肾精。

### [一般资料]

某男,29岁

### [主诉]

因“感冒发烧不愈,头晕全身乏困”入院。

### [现病史]

患者自诉10d前因感冒发烧在某医院静滴抗菌素后发烧减退,肺部并发感染咳嗽难治愈,头昏不适双下肢乏困无力,双下肢轻度凹陷性水肿,怀疑肾病特来肾病科检查诊断治疗。

### [既往病史]

现血压升高8年余,一直坚持服药治疗。

### [查体]

血压208~133/97~155 mmHg 四肢肌肉肌张力减退,双下肢水肿2+心尖部有杂音,双肺有湿啰音。

### [辅助检查]

2016年入院检查心电图提示窦性心动过速,HR133次/分。心脏及肾脏B超:左心室肥厚,二尖瓣反流,左肾结石。尿常规:PRO2+BLD-生化检查:UA:776.00 TG2.55 LDL -L4.2 CRE136.00 Bun8.6 CRE161.22016.6.23 复查 UA:472.00 TG2.02 LDL -L2.33 CRE136.00 Bun8.62017.6.22 复查 UA:440.00 TG2.0 LDL-L1.9 CRE86.00 Bun6.

### [诊断]

诊断:(1)原发性高血压3级,极高危组;(2)高脂血症高尿酸血症;(3)恶性高血压性肾损害

### [治疗经过]

治疗原则:以西降压联合平稳合理控制血压、以中药为主纠正肾功能损害。这患者原来高血压应用西药四联疗法:波依定、缬沙坦氨氯地平片、倍他乐克、寿比山还难以将血压降到正常。现在应用中药减掉寿比山,倍他乐克循序减量,血压控制正常。最近患者病情平稳,血压控制良好,肾功得到纠正。

讨论:该病属于中医脾肾亏虚,湿热内壅,瘀血阻滞导致肾不固纳精卫,湿邪阻滞导致痰湿内停。所以在治疗上要:健脾胃补肾纳气,水湿阻滞脉络气血凝滞导致,所以要健脾补肾疏肝,诉调三焦,活血化瘀清利湿浊为治疗大法,参芪地黄汤,柴苓汤和肾气丸加减,药用:黄芪60g、炒白芍20g、炙甘草6g、白茅根25g、苍术15g、土茯苓12g、泽泻10g、猪苓15g、川芎15g、芡实20g、泽泻10g、蒲公英15g、柴胡15g、猪苓15g、豨莶草15g、炒金樱子18g、旱莲草15g、大黄10g(后下)根据并发症实时调节药物,根据

患者并发症结合现代药理研究,在辨证论治的基础上用药。以柴苓汤为主加减用药能起到很好降压、减肥等作用。经过一年多中药治疗,现在肾功能得到纠正。中医药治疗肾性高血压并发肾损害取得良好效果。

女性,44岁。发现肉眼血尿16年。诊断为:慢性隐匿性肾炎 肾盂肾炎

### [治疗]

因为长期泌尿系统感染引起耐药,在治疗上采取纯中药治疗:以健脾滋肾,清热解毒,利湿通淋,兼活血止血为治疗大法。

处方:黄芪50g、炒白芍15g、炙甘草5g 白茅根30g、苍术15g、茯苓15g、地丁草15g、金银花15g、连翘15g、川芎15g、蒲公英15g、柴胡15g、仙鹤草15g、侧柏叶15g、炒杜仲15g、旱莲草15g、三七粉5g。

### [病例短评]

这是一个典型慢性肾盂肾炎长期导致间质性肾炎病例,做红细胞形态可以判断血尿来源。早期对纯血尿患者可以应用对肾脏没有损害的抗菌素足疗程治疗,以免引起广泛耐药,所以在治疗泌尿系感染上要多采用中药治疗,尤其是耐药的肾盂肾炎尽早采用中医治疗预防进一步发展为肾小球肾炎。

## 3 慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭(CRF)是在各种原因原发或继发性慢性肾脏病基础上,缓慢出现的肾功能减退而至衰竭。近年来发病率明显升高导致很多家庭背上沉重的经济负担。所以积极预防肾炎发展到肾功能衰竭,积极应用中药治疗会减轻患者经济负担和病情进展。

### [一般情况]

某某,男,60岁

### [主诉]

恶心呕吐加重半年

### [现病史]

患者近半年来夜尿增多,每晚3~4次,影响睡眠,乏力气短,无诱因出现浮肿。先见于颜面,后见于双下肢已,且每日尿量减少,约1000 mL,无血尿,无尿频尿急,无发热,但恶心,食欲下降,大便,3~4次/d。在西安某肾病等医院治疗无效经人介绍特来治疗。

### [既往病史]

既往随体检未婚,不嗜烟酒。家庭史:父母身体健康,家人中无同样病史。

### [查体]

体温36.8℃,呼吸24次/min,脉搏90次/min,血压160/88mmHg,神志清醒,发育正常,营养不良,巩膜无黄染,面色苍白,无皮下出血点,浅表淋巴结未触及,眼睑浮肿,咽轻度充血,扁桃体大(+),颈软,甲状腺不大,胸廓无畸形,双肺呼吸音清,心率86次/min,心律整,心尖1级收缩期杂音,腹平坦,全腹软无压痛,无腹水征,肝脾肋下未触及,双肾区无叩痛,脊柱四肢无异常,双下肢凹陷性浮肿(++),无病理神经反射,无脑膜刺激征。

### [实验室检查]

红细胞2.99,血红蛋白99,白细胞4.36,分类中性粒65.1%,淋巴17.5%,血小板7.8 尿常规:蛋白++,红



细胞(++)，血糖 5.9，血尿素氮 22.29，肌酐 692.9，总钙 2.2，CqCP19，血清钾 2.9，血清钠 136，血氯 97，血沉降率 38。

#### [诊断]

慢性肾功能衰竭 肾性贫血

#### [治疗]

患者年龄已高患病日久，属于脾肾亏虚，脾失转输，肾关失固，升降紊乱，酿成水肿及关格。治疗上以柴苓汤和真武汤化裁，以温阳益肾，补气健脾，佐以化瘀降浊为治法。

处方：黄芪 60 g、炒白术 15 g、炙甘草 5 g、茯苓 15 g、制附片 10 g、(先煎)猪苓 15 g、泽泻 15 g、公英 15 g、川芎 15 g、丹参 15 g、柴胡 15 g、桂枝 15 g、金樱子 15 g、芡实 15 g、砂仁 10 g、(后下)炒白芍 15 g、大黄 15 g (后下)

配合中药直肠灌肠疗法，处方：大黄 20 g、附片 15 g、公英 15 g、煅龙骨 30 g、桂枝 10 g、牡蛎 30 g、慢性肾功能衰竭患者中半数以上是由慢性肾小球肾炎发展而来。个别病人可能没有肾脏病史来诊时即为慢性肾功能衰竭，此人由于没有引起低蛋白血症不表现出水肿。“肾络瘀痹、毒瘀互结”是慢性肾脏病中医学发

生发展的关键病机，中医采用健脾补肾，清利湿毒治法。

此人由于家属能够坚持叫患者服用中药，再结合西医可治疗肾性贫血和低钙血症，最近一次患者血肌酐 281.1，尿素氮 12.1，其他指标都得到很大的改善，患者肾功得到很大恢复，生活质量得到提高。

#### 4 结语

中医通过传统理论结合现代生理病理药理研究治疗肾脏疾病有着很好的疗效往往效果优于单纯西药，我们应该积极发挥中医在治疗肾脏病上的优势。但我们也要警惕中药的肾毒性尽量避免使用对肾脏有肾毒性的中药，不能将中药的副作用夸大贬低中医。

#### [参考文献]

- [1] 谌贻璞. 北京医师协会. 肾脏内科诊疗常规[C]. 北京: 中国医药科技出版社. 2013.
- [2] 陈志强, 杨光林. 中西医结合内科学[S]. 北京: 中国医药出版社. 2016.
- [3] 杜雨茂. 伤寒论疑释与经方实验[M]. 北京: 中国古籍出版社. 2004.

(收稿日期: 2018-06-06)

(上接第 25 页)

康体检者在术后 1 周内行彩色超声多普勒检查下肢静脉确诊发病例数。

#### 1.3 观察指标

观察两组患者化验的 D-二聚体、纤维蛋白原指标平均值。

#### 1.4 统计方法

应用 SPSS 19.0 统计学软件对所得数据进行处理; 计量资料采用  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 组间比较用  $t$  检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

#### 2 结果

(1) 实验组在未做手术前与对照组的 D-二聚体、纤维蛋白原的两项指标平均值无明显差异, 但实验组的 120 例患者在手术 3 d 后的 D-二聚体、纤维蛋白原的两项指标平均值远远高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 详见表 1。

表 1 实验组与对照组在不同时间点 D-二聚体与纤维蛋白原的指标分析  $(\bar{x} \pm s)$

| 组别              | D-二聚体 $(\mu\text{g/L})$ |                   | 纤维蛋白原 $(\text{g/L})$ |                 |
|-----------------|-------------------------|-------------------|----------------------|-----------------|
|                 | 术前                      | 术后                | 术前                   | 术后              |
| 实验组 ( $n=120$ ) | 423.4 $\pm$ 112.4       | 634.6 $\pm$ 168.8 | 4.32 $\pm$ 1.54      | 7.92 $\pm$ 2.12 |
| 对照组 ( $n=120$ ) | 413.5 $\pm$ 106.2       | 402.9 $\pm$ 100.3 | 4.23 $\pm$ 1.62      | 4.11 $\pm$ 1.73 |
| $t$ 值           | 0.7013                  | 12.3352           | 0.4411               | 15.2529         |
| $P$ 值           | 0.4838                  | <0.05             | 0.6596               | <0.05           |

(2) 实验组经彩色多普勒等确诊有 97 例患者为下肢静脉血栓, 另 23 例为非静脉血栓。两组术前 D-二聚体与纤维蛋白原比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 但术后下肢静脉血栓患者的 D-二聚体与纤维蛋白原明显高于非静脉血栓组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 详见表 2。

#### 3 讨论

纤维蛋白原可以促进血小板聚集和血管平滑肌

表 2 实验组确诊下肢静脉血栓与非静脉血栓患者 D-二聚体与纤维蛋白原的指标分析  $(\bar{x} \pm s)$

| 组别                | D-二聚体 $(\mu\text{g/L})$ |                   | 纤维蛋白原 $(\text{g/L})$ |                 |
|-------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|-----------------|
|                   | 术前                      | 术后                | 术前                   | 术后              |
| 下肢静脉血栓 ( $n=97$ ) | 421.4 $\pm$ 102.4       | 647.6 $\pm$ 138.2 | 4.36 $\pm$ 1.33      | 8.65 $\pm$ 2.96 |
| 非静脉血栓 ( $n=23$ )  | 398.4 $\pm$ 96.2        | 402.9 $\pm$ 100.3 | 4.18 $\pm$ 1.21      | 5.69 $\pm$ 1.44 |
| $t$ 值             | 0.9792                  | 7.9903            | 0.5932               | 4.6558          |
| $P$ 值             | 0.3295                  | <0.05             | 0.5542               | <0.05           |

收缩<sup>[4]</sup>, 使得血液黏稠, 血管外周阻力增加, 红细胞黏着, 形成血栓。但凡机体有血块形成出血, D-二聚体血液检测即为阳性, 敏感性很高, 在下肢静脉血栓形成的早期即可有相应指标升高。在该次实验过程中, 实验组的 120 例患者的 D-二聚体与纤维蛋白原值高于健康体检者, 且具有统计学意义。实验组中下肢静脉血栓患者与非静脉血栓患者术前 D-二聚体与纤维蛋白原比较无明显差异, 但术后下肢静脉血栓患者的 D-二聚体与纤维蛋白原明显高于非静脉血栓组, 且差异具有统计学意义。在双重对比分析中, 我们可以肯定 D-二聚体与纤维蛋白原的特异性, 在早期诊断中的优势。

综上所述, D-二聚体与纤维蛋白原在下肢静脉血栓诊断中具有特异性, 可作为早期诊断与治疗的检查指标。

#### [参考文献]

- [1] 王庆宝, 梁勇. 外科学[M]. 北京: 人民军医出版社. 2013.
- [2] 成建初, 冯文超, 闵三旭. 外科学[M]. 武汉: 华中科技大学出版社. 2010.
- [3] 孙瑜, 周荣斌. D-二聚体检测在下肢骨折术后并发深静脉血栓诊断中的价值[J]. 中医正骨, 2012, 24(4): 22-24.
- [4] 徐方艳. 骨折患者血浆纤维蛋白原和 D-二聚体联合检测的临床意义[J]. 河北医科大学学报, 2013, 34(1): 44-46.

(收稿日期: 2018-06-11)