

中国现代
百名中医临床家 丛书

“十一五”国家重点图书

主编 余靖

赵玉庸

主编 许庆友 丁英钧



中国中医药出版社



责任编辑 周 欣
封面设计 刘 霞

汇读名家经验 汲取临床精华 提高临床水平

中医界多位院士联合推荐

继 “中国百年百名中医临床家丛书”
后的又一套临床巨著

上架建议：中医临床

ISBN 978-7-80231-905-9



9 787802 319059 >

定价：14.00 元

『十一五』国家重点图书

中国现代百名中医临床家丛书

赵玉庸

主编

编审

赵玉庸
许庆友

丁英钧

(以姓氏笔画为序)

王箴

王月华

赵红

段惠杰

董尚朴

董绍英

潘莉

檀金川

中国中医药出版社·北京

图书在版编目 (CIP) 数据

赵玉庸/许庆友, 丁英钧主编. -北京: 中国中医药出版社, 2010. 4
(中国现代百名中医临床家丛书)

ISBN 978 - 7 - 80231 - 905 - 9

I. ①赵… II. ①许…②丁… III. ①中医学临床 - 经验 - 中国 - 现代
IV. ①R249. 7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 032562 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京纪元彩艺印刷有限公司印刷
各地新华书店经销

*

开本 850×1168 1/32 印张 6.75 字数 142 千字
2010 年 4 月第 1 版 2010 年 4 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 905 - 9

*

定价 14.00 元
网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720
读者服务部电话 010 64065415 010 84042153
书店网址 csln.net/qksd/



中医学博大精深，是中华民族智慧的结晶，是世界传统医学的重要组成部分。中医学有着系统整体的哲学思想，内涵深厚的理论基础，行之有效的辨证论治方法，丰富多样的干预手段，以及注重临床实践的务实风格，既是中医药长期发展的宝贵历史积累，也是未来系统医学的重要发展方向，受到了海内外各界的广泛关注。中华民族五千年的繁衍生息，中医药的作用功不可没。当前，中国政府从构建和谐社会、推动经济社会协调发展、加快自主创新战略高度，确定了进一步加强科技创新，全面推进中医药现代化发展的战略方针，已将中医药现代化作为科技发展的优先领域列入了国家中长期科技发展规划。但是，要发展中医首先是继承，继承是发展的前提和基础。准确把握中医药的发展精髓和深刻内涵，继承其宝贵知识和经验，并使其不断发扬光大是我们的重要使命和共同责任。

继承包括书本经验的继承（前人经验）与临床经验的继承（现代人经验）两部分。中国中医药出版社是国家中医药管理局直属单位，是唯一的国家级中医药专业出版社，中医药出版社始终按照国家中医药管理局领导所要求的，要把中医药出版社办成“弘扬中医药文化的窗口，交流中医药学术的阵地，传播中医药文化的载体，



培养中医药人才的摇篮”而不懈努力着。中国中医药出版社在《明清名医全书大成》、《明清中医临证小丛书》、《唐宋金元名医全书大成》、《中国百年百名中医临床家丛书》编辑出版后，又策划了《中国现代百名中医临床家丛书》。

《中国现代百名中医临床家丛书》医家的遴选本着“著名”、“临床家”的两大原则。“著名”以国家中医药管理局公布的3批全国老中医药专家为标准。“临床家”是指长期从事中医临床工作，具有丰富临床经验、有医疗特色与专长者。

本丛书正文主要分4部分，即医家小传、专病论治、诊余漫话及年谱。

医家小传主要介绍医家经历，着重介绍从医的经历及学术思想的形成过程。

专病论治以中医的病证或西医的病名统医论、医话、医案几部分内容，以病统论，以论统案，以案统话，即把与某一病证相关的医论、医话、医案放在一起，使读者对这一病证的经验有清晰全面的了解，从不同侧面、不同角度了解这一病证辨证、治疗的独特经验。

本丛书的最大特点是把笔墨重点放在医家最擅长治疗的病种上面，而且独特经验不厌其详、大篇幅地介绍，医家的用药、用方特点重点介绍，写出了真正临床有效的东西，写出了“干货”。

诊余漫话则主要是医家们的读书体会、用药心得等。

年谱则按照时间顺序，将医家经历中具有重要意义的事件逐年逐月列出。



本丛书较为系统地总结了现代著名临床家的临床经验，并介绍了其从医过程，是现代中医学术发展概况的反映，它带有浓浓的时代色彩。本丛书的编辑出版是对现代著名临床家经验的梳理，也为人们学习、继承乃至发展中医学术奠定了基础。

中国中医药出版社

2006年1月



目 录

医家小传

医家小传.....	3
-----------	---

专病论治

肾性水肿	21
蛋白尿	30
肾性高血压	42
血尿	44
隐匿性肾炎	53
IgA 肾病	56
膜性肾病	63
肾病综合征	68
慢性肾衰竭	84
肾小管酸中毒.....	105
泌尿系感染.....	108
泌尿系结石.....	115



目 录

慢性肾小球肾炎·····	118
三叉神经痛·····	123
失眠·····	126
顽固性呃逆·····	134

诊余漫话

原发性肾小球疾病的中医病机·····	141
肾络瘀阻病机学说及治疗原则·····	144
治疗蛋白尿的常用中药及选择·····	148
治疗尿血的常用药物及特点·····	161
久病入络理论在糖尿病肾病中的应用·····	166
略论中医痛证的病理·····	172
正确对待中草药肾毒性·····	177

年 谱

年 谱·····	193
----------	-----



医家小传



新刊
知不足齋
印

PDG



医家小传

赵玉庸，男，汉族，1940年出生于天津市，教授、主任医师、博士生导师，曾任河北中医学院中西医结合系主任、中西医结合医院院长，河北医科大学中西医结合学院内科教研室主任、中西医结合博士后科研流动站导师组成员。兼任中华中医药学会理事，中华中医药学会内科专业委员会委员，中华中医药学会肾病专业委员会顾问，中华中医药学会临床药物评价专家委员会委员，世界中医药学会联合会内科肾脏病专业委员会学术顾问，河北省中医药学会副会长，河北省中医内科专业委员会主任委员，河北省中医肾病专业委员会主任委员，全国第二、三、四批中医药专家学术经验继承工作指导教师，并荣获中华中医药学会首届中医药传承特别贡献奖，享受国务院特殊津贴，为河北省优秀教师、石家庄市人大代表。

天津是一个中国传统文化底蕴很深的城市，饮食、方言在国内享有盛名，中医也有着很深厚的群众基础，深受大众的欢迎。20世纪40年代的南开区是天津穷人居住的地方，生活条件恶劣，饥饿、寒冷及劳苦导致患病者到处可见，出生并生长在这里的赵玉庸从小就耳闻目睹了这一状况，看到周围的邻居及自己的亲戚患病，除了悲伤外，毫无办法。新中国成立前，其母亲患病多年，卧床不起，看到亲人遭受痛苦的折磨，心想如果我是医生，能够治好这些病该多好啊。幼年的一些经历或许能影响一个人的一生，对赵玉庸影响最大的除了父母外，就是一名姓金的先



生。金先生是一名老中医，在红桥区、南开区很有威望，医术高明，又十分平易近人。儿时的赵玉庸亲眼目睹了一个个重病患者，经金先生诊脉、看舌后开方抓药，服用后病情好转，因此对金先生的医术仰慕不已。一次同院的一位叔叔在深秋患腹泻、高热，找到金先生看病，号脉后说是吃隔夜的红薯所致，判断得非常准确，令人赞叹不已。同时，中医通过诊脉、看舌就能知道病之所在，这是很神奇的事情，在他的心里留下了深刻的印象。此外金老先生的救死扶伤精神更让他感动：专心治病，不图谋利。为穷人看病能省就省，对于付不起医药费的患者经常免费奉送，其慈悲心肠让人肃然起敬。在今天谈起这些来，赵玉庸对金先生的敬仰之情溢于言表，同时也以这种医德来要求自己并身体力行。有一来自保定的患者，钱包在旅途被盗，赵玉庸了解情况后，不仅为患者出钱买药，还给了住宿费和路费，这种事情在门诊经常发生。有时患者太多，从下午2点要看到晚上9点才能看完，在门诊要不停地询问患者的情况，却很少喝水，这是为了节省去厕所的时间。有的患者晚上8点钟吃完饭才来看病，而赵玉庸已经工作了6个小时，跟随的学生对患者有怨言，但赵玉庸总是耐心为患者诊治，并事后告诉学生要理解患者的心情，所谓医者父母心，大概就是这样的吧。

能走上中医之路，也是老天的造化，每当赵玉庸被问起当年为何学习中医，都很感慨。赵父是纺织机械厂的工人，是工厂里的技术骨干，家中7个子女，赵玉庸是长子，父亲辛勤工作，母亲勤俭持家，虽然只有50多元的工资，9口人吃饭、穿衣都安排得井井有条，为了让孩子们有出息，父母宁可省吃俭用，也要省出钱来让子女上



学。作为长子赵玉庸能深刻地体会父母的心情，在学校刻苦学习，成绩优异。初中毕业后，本来可以继续读高中、上大学，但考虑到家庭的经济状况，决定参加工作，以分担家庭的负担。赵父是厂里的技术能手，且人品很好，厂工会非常了解赵师傅的经济状况，接受了赵玉庸到工厂工作，在等待安排具体工作的时候，一个偶然的机，改变了他的人生。一天，同学来找赵玉庸，说天津中医学校刚成立，可以单独招生，去考考，试试吧。这个消息拨动了赵玉庸幼年就憧憬当医生治病救人的心弦，带着紧张而兴奋的心情参加了考试。天津中医学校当年初次招生，名额为120名，而报名人数超过1700人，尽管考生很多，赵玉庸还是幸运地被录取了。当录取通知书发下来时，赵家一方面感到很高兴，另一方面也为上学所需学费而为难。纺织机械厂工会得知赵玉庸考取天津中医学校后，到家里来祝贺，并解决了上学所需的一切物品。工会的帮助不单是解决了上学的问题，更重要的是改变了一个人的人生轨迹，从此赵玉庸走上了中医之路。至今每当他回想起当年入学时的情景，都感慨万分，非常感谢纺织机械厂工会的帮助。

天津中医学校1958年升格为天津中医学院，赵玉庸在这里度过了5年的学生时光，他十分珍惜来之不易的学习机会，一直刻苦学习，从中医基础、中药、方剂、中医经典著作，到内、外、妇、儿临床学科，门门成绩都很优异，毕业时留校任教。

1962年毕业后留在天津中医学院，赵玉庸分配到医史文献教研室，拜在郭霭春老师门下。郭霭春老师是国内著名的医史文献专家，在医史、版本、目录、文献整理等



方面有很深的造诣。赵玉庸感到很幸运，郭老师也非常喜欢这个年轻人。郭老师考虑古文是学习中医的基础，首先为首届留校的青年教师开设了古文课，以《古文观止》为教材，每周半天，另外给赵玉庸开小灶，每周日晚上在郭老家讲《左传》，坚持近2年的时间，系统讲解了全部《左传》，赵玉庸古文水平有了长足的进步。在学习古文的同时，要求每周到天津市图书馆善本书阅览室查阅地方志，为《中国医籍考》收集资料。在专业学习方面，要求通读《张氏医通》。在郭老师的指导下，赵玉庸的中医理论水平提高了很多。1963年3月卫生部在南京召开全国中医文献研究学术会议，当时国内著名的教授全部到会，赵玉庸随着郭老师参加了这次会议，不仅拜见了各位前辈，也学到了很多知识，增长了见识。这次会议后，郭霭春老师承担了《黄帝内经·灵枢》、《黄帝内经·素问》的校释工作，在郭老的指导下，赵玉庸承担善本书的校对工作，到天津市图书馆、北京图书馆、北京大学图书馆、中医研究院图书馆及南京、上海等相关单位图书馆收集有关这两本书的孤本、善本书，采用缩微照相技术，将这些珍本拍照，然后在暗室中利用读片机放映，与目前通行的影印版本进行校对。这一工作用了两年多的时间，为郭老师最后圆满地完成课题做了一些工作。虽然由于文化大革命的原因，这两部巨著的发表推迟了十几年，但为赵玉庸的中医功底打下了坚实的基础。首先是十几个版本都需要一字一句对照，等于将《黄帝内经·素问》来回翻阅了不知多少遍，其中的精华部分，能大段背诵。另外在校对《黄帝内经·素问》时，在郭老师指导下赵玉庸将部分校释内容写了《读“素问”随笔》一文，连续发表在《哈尔滨中



医杂志》上，也是由于“文革”的开展，杂志社停刊，仅发表了两期。这些在《内经》学习上所下的工夫对后来的教学、临床发挥了很重要的作用，至今赵玉庸也要求其学生加强对经典著作的学习，就在于深知其益处。

“文革”后期，由于河北省省会迁址石家庄，1970年天津中医学院与河北医学院合并，成立河北新医大学。从天津来的老师中，有很多是誉满津门的大名医，如田乃庚、马新云、邢锡波、王敏之等，这四人被称为当时的“四大名医”，为了发挥这些人的作用，为患者解除痛苦，同时也考虑到中医系学生实习基地问题，新医大学成立了中医门诊部，大家都称为“6.26”门诊部。校领导为继承名老中医的经验，为名老中医配了学生，赵玉庸有幸成为田乃庚老师的学生。田乃庚老师受业于辽沈名医，20世纪30年代，悬壶于天津，20世纪40年代即誉满津门，新中国成立后一直奋战在医疗、教学、科研第一线，医德高尚，学识渊博，实践经验尤为丰富，在温病、虚劳、血证、肾炎、肝硬化、再生障碍性贫血、冠心病等方面都有独到建树，名满全国，在津、冀更享盛誉。“6.26”门诊部虽然很简陋，但病人很多，田老出诊时，每天上午要看到午后1~2点，甚至3点才能结束，午饭后还经常外出会诊。赵玉庸每天跟随田老出诊，不离左右，深得真传。赵玉庸学习田老辨证思路及丰富的治疗经验，在临床治疗上有长足的进步。随着经验的积累，疗效的提高，自己的病人也很多。与邢锡波老师的学生车庆云、马新云老师的学生蔡允盛、王敏之老师的学生秦满，当时人称“四小名医”。赵玉庸至今常感叹：“跟随田老是我一生从事临床工作的转折点”。



1977年高考制度恢复后，全国的中医院校也选拔了大量的优秀人才，随着医学知识的进展，原有教材已经不适应教学的需要，于是卫生部组织相关人员编写新的教材，当时38岁的赵玉庸，因为扎实的中医功底，被推荐为第四版《中医内科学》编委，这次编写教材，使赵玉庸在内科学的教学、临床上有了一大步的提高。在上海浦江饭店，著名老中医黄文东、董建华、胡建华教授亲自挂帅，用了1个月的时间讨论编写大纲，确定了需要编写的内容和体例，并根据西医学的发展和临床工作的需要，将西医内容也写入中医内科学的教材。全书分上下两册，上册为总论、上篇，下册为下篇、附篇。总论介绍脏腑、气血、风火痰湿以及六经、卫气营血病机病证的基本概念，并对内科杂病中的治疗原则进行了系统阐述。上篇介绍了51种中医常见疾病的治疗，分为概说、病因病理、辨证施治、病案举例、文献摘录等。下篇介绍了西医的43种常见疾病的诊断及中西医治疗。在确定编写内容后，各个编委按照要求编写相关内容，最后用了2个月的时间进行统稿，对每一篇进行逐字逐句的审查，通过编写和统稿工作，赵玉庸对中医内科学的整体内容有了更深刻的认识，以往临床工作中所取得的点滴经验通过这次系统整理，上升到较高的理论水平，同时在与董建华等老前辈和其他同行的交往中，也学到了很多宝贵的教学和临床经验。目前中医内科学的教材已改编多次，但都以第四版教材为蓝本，且第四版教材的简练实用至今为人称道。这次编写教材的经历，对于赵玉庸来说是一笔宝贵的财富，通过参加教材的编写，对医学教材的结构和细节处理积累了经验，为后来主编新世纪全国高等医药院校规划教材《中西医结



合内科学》打下了基础。

在长期的临床、教学工作中，赵玉庸不断学习和研究，结合临床实际问题，根据中医基本理论和历代医家的认识，探索治疗各种疑难疾病的方法，并上升为理论以指导临床。如对于痛证的病机认识，历代医家常以“不通则痛”给以解释，随着活血化瘀方法的广泛应用，疼痛症状的缓解，为这一理论提供了更多的论据。但这一理论是否能包含中医痛证的全部病机，历代医家提出了自己的看法，然而将其提高到理论高度并系统整理这一工作，尚无人进行。20世纪70年代末，在河北省中医院从事中医内科临床及教学的李寿龄与赵玉庸在总结、分析中医关于痛证的内容后，提出“不荣则痛”的病机学说，撰写了《略论中医痛证的病理》一文，发表于《上海中医药杂志》1980年第3期，文中对中医历代文献的相关记载进行了论述，指出“不荣则痛”是痛证的另一基本病理，即某些因邪气侵袭或脏腑功能低下，致使阴阳、气血（精）等亏损，人体脏腑、络脉失于温养、濡润而引起疼痛症状。“不荣则痛”疼痛病机的阐释，为补法治疗疼痛提供了理论依据，这一理论广泛应用于各种疼痛的治疗，有很重要的临床指导意义。

赵玉庸在临床及科研工作中选定肾脏病专业是受李恩老师的影响。李恩老师是河北医科大学生化教研室教授、博士生导师、中国中西医结合学会常委，早年响应毛主席号召，开展中西医结合研究，为我国著名的中西医结合专家，对中西医结合的理论研究做出了突出的贡献。20世纪70年代，天津中医学院与河北医学院合并为河北新医大学后，李恩老师开展了“中医肾本质的研究”，并以肾



脏病的中西医结合治疗为切入点。1970年12月31日，在“6.26”门诊部成立了“肾炎研究组”，由田乃庚、马新云、李恩、赵玉庸等人组成，在门诊部开展了肾病的治疗。当时中医门诊部与现在不同，仅是开方、拿药，没有化验室，为了进行科研，生化教研室的老师在门诊部开设了简单的化验室，一边切脉诊病，一边做化验，根据中医辨证，参考化验结果，开方治疗，将中医辨证与西医辨病结合起来，用化验检查结果判定中医药的治疗效果。当时门诊部用房很紧张，肾炎研究组曾五次搬家，最困难的时候，只能挤在挂号室，在中间拉一个布帘，帘前窗口挂号，帘后看病开方，但大家抱着齐心协力攻难关、为患者解除痛苦的信念，任劳任怨，兢兢业业地工作。通过十多年艰苦奋斗，逐渐形成自己的特色，并总结出一套系统治疗肾炎、肾病的经验。赵玉庸在肾脏病的临床研究中，学习李恩老师的学术思想、思路方法，特别在科研、带中西医结合博士生等方面，得到李恩老师的指导和帮助。赵玉庸每当提起李恩老师，多多感激之词。

中医理论来源于临床实践，肾脏病规律的总结也经历这样一个过程。20世纪70年代，在肾病的治疗上属于起步阶段，尽管以往有相关的报道，但以个案为主，缺乏规律性的东西。当时南方如上海等地，按照水肿治疗肾炎、肾病，认为属于脾肾阳虚，以温阳的方法治疗，并报道有不错的效果。肾炎研究组的大夫用之后，效果不理想，无论临床症状还是化验指标都无明显改善，针对于此，大家进行了认真的分析，发现很多病人来就诊前，在西医院已经服用了激素，就诊时表现为心悸、多汗、失眠、食欲亢盛、舌红、脉数等症，表现为阳热亢盛，这是由于激素的



使用使患者的证候发生了改变，在治疗上应该用养阴清热药物，于是选用以知柏地黄汤为基本方加减，并根据激素的用量调整养阴药物的剂量，获得了很好的临床效果，无论症状、实验室检查以及激素减量后的复发率，都有显著的改善。肾炎治疗组总结了这一经验并发表了养阴为主治疗肾病的经验，在全国引起很大的反响。通过对肾病的治理，赵玉庸了解了肾病的机制和治疗原则，尤其是中药与西药的配合使用、应采用的大法和变法等，从此走上治疗肾病的艰难之路。

赵玉庸师出名家，具有较高的中医理论水平和很好的临床疗效，而且虚怀若谷，善于学习，虚心学习。每次学术会议，认真听取他人的讲演，并作记录。平素评审科研课题，对于一些组方有见地、用药有特色的内容，他都格外认真学习，对于一些著名老专家的经验，如陈可冀等治疗心血管病的“冠心2号”、施今墨、祝谌予治疗糖尿病的对药认真钻研学习，对于一些基层医生总结出的经验也虚心学习。赵玉庸在河北完县（现改名为顺平县，属保定市）下乡医疗实践活动中，一位农村医生治疗风湿病，除内服药物外，常采用药物泡洗的方法，采用杨树、柳树、桑树、槐树和榆树的嫩枝，加水煮后，置大盆中，全身浸泡，每日1次，对疼痛有很好的缓解效果，赵玉庸将这种方法用于实践中，确实效果不错，受到患者的欢迎。在临床工作中，除了为患者治疗，向患者讲授医学知识外，也从患者身上学习了很多知识。在肾脏病治疗过程中，一些地方药材如倒扣草、积雪草等，就是通过学习他人的经验而用到实践中的。在带研究生过程中，对于一些新的不了解的知识，非常虚心地向学生请教，这种精神对学生有很



深的影响。

医生一生治病救人，但自身的一些疾病却难以治疗，故有“医不治己”之说。赵玉庸担任河北省中医内科学会主任委员，每年一度的职称评审答辩工作都要参加，而答辩的时间多在11月或12月，地点也以北戴河为多，尽管北戴河是很好的风景区，但冬天却天气寒冷，房间内只能用电暖气取暖，加之答辩前阅读卷宗到深夜、答辩后总结材料进行评议，每次评审后都因过度劳累而发热、咳嗽数周，甚至咯血，连续数年，家人及本人考虑到身体原因，多次推辞，但由于工作的需要，还是坚持参加。2006年常规体检时，刚回到家，就接到电话，胸部X光片显示异常，体检的大夫是赵玉庸教过的学生，看到老师体检的胸片，又得知有咳嗽、痰中带血的病史，心中很担心，马上联系老师进行进一步检查，经CT检查，结果是右肺下叶肺不张，是由于冬季劳累后肺部感染治疗不彻底所导致的后果，而肺不张目前尚无好的治疗方法。看到CT的结果，大家都松了一口气，但肺不张的存在也是诱发肺部感染的主要原因，除了平时注意休息外，也必须积极治疗。针对CT的结果和自己的症状，赵玉庸决定服用中药治疗，采用宣肺止咳、清热化痰、软坚通络的方法，处方：炙麻黄10g，杏仁10g，桑白皮12g，葶苈子10g，半夏10g，海浮石15g，瓜蒌15g，生牡蛎30g，地龙10g，僵蚕10g，黄芩10g，浙贝母15g，金银花15g，皂角刺15g，每日1剂，水煎服。服用1个月后，咳嗽、吐痰等明显减轻。在上方基础上增减，连续服用3个月，复查CT，结果显示肺不张完全消失，右下肺呼吸功能恢复。

赵玉庸长期从事内科杂病的治疗，尤其擅长治疗肾脏



病，在临床中总结出有效的方药，并提出“肾络瘀阻”的病机学说，在肾脏病的治疗上起到重要的作用，这一病机学说的提出，也是通过临床实践得来的。在20世纪70年代，对于肾脏病的认识，多遵循从肾论治的原则，以六味地黄丸养阴，以金匱肾气丸温阳，根据情况配伍其他药物，如水肿加用利尿药，外感加用解表药等，这些方法对于肾病综合征确实有很好的效果，尤其是在大剂量使用激素的时候，配合六味地黄丸和金匱肾气丸可有效地减轻不良反应。在激素应用的大剂量阶段，其表现的不良反应如多食、不寐、汗出、心烦、舌红、脉数等，表现为中医的阴虚内热证，给以六味地黄丸或者知柏地黄丸有很好的效果。到了激素减量期，由于长期给以外源性皮质激素，体内自身分泌减少，患者表现为倦怠、畏寒肢冷、纳呆食少等阳虚证候，此时给以金匱肾气丸可以减轻症状，也能促进体内糖皮质激素的分泌，中西药结合治疗有很好的协同作用，不仅能够减少不良反应，还能提高治疗效果，减少复发。对于肾病综合征的治疗，从肾论治有效，对于其他肾脏疾病是否一样呢？在临床中这一认识受到了挑战。临床中遇到不少的慢性肾炎患者，根据症状辨证，几个月的治疗未见到效果。当时考虑病程较长，可能需要长期的治疗，但一些患者治疗半年仍然无效，其中一些人的病情似乎有加重的倾向，对此，赵玉庸甚为苦恼。白天门诊诊病，晚上将这些患者的资料进行认真的分析，除了翻阅相关杂志外，他还阅读了大量的古籍，期望从中找到可借鉴的经验。通过对数百份病例的研究，赵玉庸总结出了一些规律性的东西，比如这些患者的病程都比较长，症状比较复杂，其水肿、蛋白尿、血尿持续存在，对药物治疗反应



较差，与中医理论所说的“久病多瘀”是否有关呢？再加上有些患者表现为面色黧黑，考虑到这与瘀血有关，于是在处方中加入丹参、赤芍、川芎、益母草、泽兰等活血化瘀中药，治疗一段时间，一些患者的症状如水肿已经减退，复查尿蛋白排泄也减少了，认识到慢性肾炎与瘀血有密切关系，但加入活血化瘀中药后，仍有部分患者的效果不理想，其原因何在呢？到了20世纪90年代，肾脏活检已在很多医院开展，肾脏病理对于治疗效果及预后具有重要的参考意义，这段时间赵玉庸接触到了很多肾脏病理表现为肾小球硬化或伴间质纤维化的病人，这些患者的治疗效果不太理想。在学习西医肾脏病理知识的同时，赵玉庸也翻阅了大量的古典医籍，《临证指南医案》中叶天士提出的“初病在经，久病入络”以及“久痛入络”观点引起了赵玉庸重视，患者临床有血瘀的表现，肾脏病理显示的肾小球硬化和间质纤维化也提示血瘀，病程日久也会入络，也就是说有瘀血，但瘀血的部位应该是以络为主，瘀阻于络，病在肾脏，故应该是瘀阻肾络。为了进一步证实这一机理，赵玉庸开始着手进行两方面的工作，一是寻找慢性肾病患者的血瘀证据，包括临床表现、实验室检查和肾脏病理；二是开展化瘀通络的临床观察。通过对患者症状的分析及相关指标的总结，以下内容证实了瘀血的存在：①病程长，迁延不愈，反复发作；②肌肤甲错、瘙痒；③面色黧黑（瘀阻脉络）或面色无华（瘀阻新血不生）；④舌黯或有瘀点、瘀斑；⑤脉细涩或弦细；⑥骨痛；⑦化验室检查可见血脂、血浆组织型纤溶酶原激活物活性、血浆纤溶酶原激活抑制物活性、凝血酶时间、血浆纤维蛋白降解产物等测定异常；⑧B超或CT显示肾脏缩小、结构紊

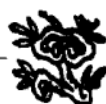


乱；⑨肾脏病理显示为血管袢狭窄或闭锁，细胞增殖，细胞外基质沉积增多，球囊粘连，局灶或阶段性小球硬化，肾间质纤维化，炎性细胞浸润等。结合西医学肾小球为毛细血管团组成，肾小球血管袢狭窄、阻塞或肾小管纤维化导致功能丧失的病理基础是络脉瘀阻，从病理形态学角度证实“肾络瘀阻”的客观性。临床治疗方面也根据患者的症状、体征，在辨证论治的基础上加用了活血化瘀通络药物，并开始尝试应用虫类药物。赵玉庸在杂志上看到有人将蜈蚣研粉，装入鸡蛋中煮熟吃下，可以减轻蛋白尿，改善低蛋白血症，治疗肾病综合征。这是否同样适用于慢性肾炎呢？临床中一部分患者服用后尿常规和肾功能都有了一定的改善，认定这是一条可行之路，久病顽症用草木之剂力不足也，必用走窜搜剔之品方能为之。在确定药物的种类后，具体的药物选择又成为难题。《伤寒论》中治疗络病有两类方剂，一是治疗“肝着，其人常欲蹈其胸上，先未苦时，但欲饮热”，应用旋覆花汤治疗。旋覆花苦降辛开，下气祛痰，又能温通络脉；葱白辛温，通阳散寒，行气散结；新绛活血通络，清代叶天士认为：“新绛一方，乃络方耳”。另一类是虫类化瘀通络药物组成的大黄廋虫丸、鳖甲煎丸等。根据鳖甲具有软坚散结的作用，且临床效果可靠、安全，与龟甲相合能补消并济，其他虫类药乌梢蛇、水蛭、地龙、僵蚕等在化瘀通络的同时能够息风止痉，而慢性肾脏病后期患者常表现出肝阳上亢的证候，用此类药物最为合拍。根据“气行则血行”的指导原则，在活血药物中加入益气之品，黄芪益气固表，且利水消肿，还能托脓解毒，成为首选之品。加入丹参养血活血。这样，就以生黄芪、丹参、地龙、水蛭、僵蚕、乌梢蛇、鳖



甲、龟甲等组成方剂，因其主治肾络瘀阻，命名为“肾络通”。确定治疗原则及方药后，赵玉庸开始在临床进行观察。首先对于一些表现为蛋白尿伴有高血压的患者给以应用，对于表现为血尿的患者尚不敢使用，恐其有加重血尿之虞。对于表现为瘀血体征且肾脏病理为系膜增生的患者，服用益气化瘀通络中药后，症状比较平稳，尿常规检查蛋白尿有减少的趋势，同时测定24小时蛋白尿，结果显示蛋白排泄减少。1年后，对于服用肾络通的患者进行总结，与其他患者相比，临床症状、生化指标都有显著改善。总结中还发现，伴有血尿的患者通过益气活血、化瘀通络治疗，血尿并未加重而是减轻，也证实这种血尿是由于瘀阻肾络，血不循常道外溢所致，瘀去则血液循经络而行。之后，对于表现为血尿为主的患者，给以肾络通加味治疗，也获得了较为满意的临床疗效。

临床证实了益气活血、化瘀通络中药肾络通的治疗效果，其作用机制何在？单从中医理论角度说明尚不够，需要更多的证据。作为河北医科大学的博士生导师，赵玉庸指导研究生进行了一系列的研究。首先开展动物实验，分别采用结扎单侧输尿管和注射阿霉素的方法，诱导肾间质纤维化和肾小球硬化，给以肾络通治疗，证实肾络通能够降低血肌酐和尿素氮，提高肌酐清除率，减少尿蛋白排泄，减少细胞外基质的沉积，减轻肾脏病理损害，其机制是通过对血管活性物质、细胞因子、炎性介质、金属基质蛋白酶系统的调节而发挥对肾脏的保护作用。在此基础上，又开始采用中药血清药理学方法，观察肾络通对大鼠肾脏系膜细胞的作用，结果显示：肾络通中药血清可以抑制系膜细胞增殖，诱导凋亡，抑制其分泌转化生长因子及



细胞外基质。当时国内刚开始对肾小球足细胞的研究，在与北京大学共同研究中，肾络通中药血清对高糖诱导足细胞的损伤具有保护作用，对糖尿病肾病有很好的治疗效果，为糖尿病肾病的治疗提供了新的途径。2008年11月在北京召开的全国中医肾病学术会议上，赵玉庸作了《肾络瘀阻病机学说及临床应用》的专题报告，从中医络病理论、临床表现、肾脏病理、治疗疗效和实验研究几方面进行了论述，其“肾络瘀阻”病机学说得到高度的评价。

杏
病
論
治



蘇
氏
知
覺
PDG



肾性水肿

肾脏疾病无论是急性还是慢性，在发病过程中，都可能出现水肿，如急性肾炎、慢性肾炎、肾病综合征、肾衰竭，可以表现为皮肤水肿，也可以表现为腹水、胸水、心包积液等。

水肿是临床上常见的疾病，中医认为是由于外邪侵袭等多种原因导致肺失通调、脾失转输、肾失开阖、三焦气化不利，使体内水液滞留，泛滥肌肤，表现为头面、眼睑、四肢、腹背甚至全身水肿，严重的还可能伴有胸水、腹水等。肺、脾、肾功能失调在水肿的发病中有着重要的意义。

水肿是水液滞留于体内，治疗上并非单独利水。《素问·汤液醪醴论》云：“平治于权衡，去宛陈莖……开鬼门，洁净府。”张仲景《金匱要略》提出了“腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”的治疗原则，至今有着重要的指导意义。在此基础上，结合肺、脾、肾三脏的病位，结合阴水、阳水的病性，分别用宣肺、泻肺、健脾、温肾、益气、活血、逐水等方法，并相互配合使用。

【验案举例】

例1. 刘某，男，9岁，学生。主因面部水肿、尿血就诊。

患者3周前外感，发热，咽痛，服用伤风胶囊后好转。1周前出现眼睑水肿，小便色红，就诊于门诊，尿常规检查：BLD（+++），PRO（+），镜检红细胞10~15/HP，血压140/90mmHg。诊为急性肾炎，给以抗生素静



脉点滴、低盐饮食、休息等治疗，1周后稍有好转。现仍有眼睑和下肢水肿，小便赤，乏力倦怠，口干，舌尖红，苔薄黄，脉浮。诊为风水，治以宣肺行水，给以《伤寒论》越婢加术汤加减。

炙麻黄 6g，生石膏 20g，杏仁 10g，生白术 10g，茯苓 10g，白茅根 15g，桑白皮 10g，蝉蜕 10g，益母草 15g，冬瓜皮 12g，赤小豆 10g。

水煎服，每日 1 剂。

以上方为主，根据症状加减治疗 2 个月，水肿消失，尿常规正常。

按语：此为风水相搏证，临床表现为发病急骤，眼睑水肿，继则四肢及全身皆肿，来势迅速，兼见恶寒、发热、肢节酸痛、小便不利、脉浮等症。肺主一身之气，有主治节、通调水道、下输膀胱的作用。风邪犯肺，肺气失于宣畅，不能通调水道，发为水肿。此证多见于急性肾小球肾炎，治疗上用越婢加术汤加减。越婢加术汤有宣肺清热、祛风利水之功效，主治风水夹热之水肿证。方中麻黄辛温，能宣降肺气，通调水道；生石膏辛寒，解肌清热，制麻黄之发汗；白术健脾燥湿利水；生姜辛温走表散水；大枣、甘草甘缓护中和胃。此方是治疗风水的代表方剂，无论兼寒兼热，均可加减应用。最为重要的是注意麻黄与生石膏的剂量配伍，若生石膏与麻黄等量或倍于麻黄，仍以辛凉发汗为主，生石膏的剂量是麻黄剂量的 3 倍以上时，麻黄的发汗作用不明显，而以利水功效显著。

例 2. 王某，男，51 岁，工人。主因气短、胸闷、肢体水肿就诊。

患者于 3 年前因下肢水肿就诊于当地医院，尿常规检



查：PRO（+++），24小时蛋白定量5.7g，血浆总蛋白49g/L，白蛋白28g/L，诊断为“肾病综合征”，给以“激素”治疗后好转。近几个月因劳累出现下肢水肿，腹胀，肢体乏力，就诊于社区诊所，给以利尿药及中药治疗，无明显好转。近几日气短加剧，胸闷不适，小便短少，B超示腹部及胸腔积液。患者下肢水肿，腹胀满，胸闷气短，不能平卧，纳呆食少，小便量少，色黄多泡沫，大便软。舌淡，苔白滑，脉弦细。此为水肿之饮停胸腹，当用泻肺逐水法治疗，方用《金匱要略》葶苈大枣泻肺汤合己椒苈黄丸加减。

葶苈子10g，椒目10g，桑白皮15g，汉防己5g，杏仁10g，茯苓15g，猪苓10g，泽兰10g，冬瓜皮10g，生黄芪30g，大枣5枚。

水煎服，每日1剂。

服药3剂后，尿量增多，水肿减轻，胸闷、气短、腹胀好转，之后以健脾益肾、活血利尿方剂配合糖皮质激素等治疗一年余，病情平稳，水肿减轻，蛋白消失。

按语：此为水饮上犯胸肺所致，常见于肾病综合征病情较为严重者。由于蛋白的大量丢失，血浆胶体渗透压降低而导致水肿，此时由于有效循环血容量减少，肾脏灌注不足，即便给以利尿剂也很难发挥作用，除补充白蛋白以提高胶体渗透压外，采用中药治疗有理想的效果。

此类患者临床多表现为胸满气急、不能平卧、胸透或B超示胸腔积液等，中医辨证是由于水饮内停上逆，导致肺气不能宣降，心脉不能通调所致，是本虚标实之证。在治疗上根据“急则治其标”的原则，采用泻肺逐水法，待饮去后再用健脾益气之剂。代表方剂为葶苈大枣泻肺汤。



葶苈大枣泻肺汤出于《金匱要略》，具有泻肺行水、下气平喘的作用。由葶苈子、大枣组成，主治痰水壅实之咳喘胸满。使用时葶苈子熬令色黄，捣丸如弹子大，上药先以水三升煮枣，取二升，去枣，内葶苈，煮取一升，顿服。后世《删补名医方论》治肺病喘不得卧及水饮攻肺喘急者。葶苈一两，大枣十枚，以水五盅，先煮枣三盅，去枣内葶苈，煮取一盅半，顿服，弱者减服，戒盐酱。葶苈子记载于《神农本草经》，性寒，味辛，苦，入肺、膀胱经。泻肺行水，治肺壅喘急，痰饮咳嗽，水肿胀满。《神农本草经》谓其“主癰疽积聚结气，饮食寒热，破坚逐邪，通利水道。”《别录》记载：“下膀胱水，伏留热气，皮间邪水上出，面目浮肿，身暴中风，热痒，利小腹。”《药性论》谓其“利小便，抽肺气上喘息急，止嗽。”《开宝本草》载其“疗肺壅上气咳嗽，定喘促，除胸中痰饮。”因其有破气利水下痰的作用，张仲景虑其有伤人之虞，加大枣以缓之。但葶苈子本身的峻下作用并非大家所认为的非常强烈，临床用 10g 治疗水肿未见出现明显的不良反应，在复方中使用较为安全，单味药物应用时还需慎重。

例 3. 葛某，男，41 岁，农民。

2 年前因下肢水肿就诊，经化验检查诊为“肾病综合征”，给以糖皮质激素治疗，效果不明显，之后给以环磷酰胺冲击治疗后好转，但尿蛋白持续阳性。近半年因家中盖房及装修等未能及时服药治疗，水肿加重，伴腹部胀满不适，小便量少。就诊时下肢水肿，按之凹陷，腹胀满膨隆，小便量少，口干，舌红，苔薄白，脉沉有力。叩诊有移动性浊音，B 超示中等量腹水。患者病已数年，但形体尚壮，饮食如常，尽管为本虚标实之证，可先祛其邪，然



后扶正，方用五苓散合疏凿饮子加减治疗。

茯苓 20g，猪苓 20g，泽泻 10g，桂枝 6g，白术 15g，益母草 15g，丹参 20g，冬瓜皮 15g，赤小豆 30g，槟榔 10g，白茅根 30g，椒目 10g，大腹皮 12g。

水煎服，每日 1 剂。

3 天后尿量增多，腹胀减轻，后以健脾益肾、利水活血药物加减治疗。

按语：逐水泻下法主要用于水饮内停且体壮的患者，临床主要表现为水停腹中，脘腹胀满，小便不利。治疗上用攻逐泻下的方法，水郁化热，用疏凿饮子加减。由于脾肾亏虚，水饮不得转输、气化而内停，治以化气行水，方用五苓散。

五苓散出于《伤寒论》，用于治疗下焦蓄水证，由猪苓、泽泻、白术、茯苓、桂枝组成，方中茯苓、猪苓甘淡，淡渗利尿，是利水除湿之要药；泽泻甘寒，渗湿泄热，为利水第一佳品；白术甘温，补脾燥湿，助津四布；桂枝辛温，通阳化气，宣导疏利，使表里之邪得解。诸药为散，取其“散者，散也”之意。若患者有热象时，可将辛温的桂枝去掉。用此方时，可加用椒目，椒目性味苦寒，功能行水平喘，适用于痰饮喘息、水肿胀满等症。《唐本草》论椒目：“主水，腹胀满，利小便”。《本草衍义》记载：“治盗汗，又治水蛊”。

湿热壅盛者，用表里双解的疏凿饮子。疏凿饮子源于《济生方》：“治遍身水肿，喘呼口渴，大小便秘”，方以疏凿命名即仿夏禹疏江凿河之意。汪昂《医方集解》论之曰：“外而一身尽肿，内而口渴便秘，是上下表里俱病也。羌活、秦艽解表疏风，使湿以风胜，邪由汗出，而升之于



上；腹皮、苓皮、姜皮辛散淡渗，所以行水于皮肤；商陆、槟榔、椒目、赤豆去胀攻坚，所以行水于腹里；木通泻心肺之水，达于小肠；泽泻逐脾肾之水，通于膀胱。上下内外分消其势，亦犹夏禹疏江凿河之意也。”本方通利二便，兼以发表，用治水湿壅盛、表里同病的阳水实证，以遍身水肿、气喘口渴、二便不利为证治要点，常用治急性肾炎属水湿壅盛、表里俱实者。

例 4. 陈某，男，39 岁，干部。

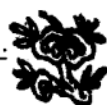
慢性肾炎十余年，下肢水肿，蛋白尿，给以利尿药及中药治疗水肿无好转。就诊时双下肢水肿，肤色黯黑，皮肤甲错，小便色黄量少，大便干，口渴不欲饮，舌黯，苔白腻，脉弦。多方就医，给以利水中药治疗但水肿无明显消退，患者肾病日久，加之肤色黯黑，肌肤甲错，渴而不欲饮，乃病在血分。其水肿为水瘀互结所致，当用活血利水之法。方用桃红四物汤活血化瘀，合五苓散利水消肿。

桃仁 10g，红花 10g，赤芍 15g，当归 12g，生地黄 10g，川芎 10g，丹参 20g，泽兰 10g，鬼箭羽 12g，茯苓 15g，益母草 30g，猪苓 20g，水蛭 5g，地龙 10g，乌梢蛇 10g，僵蚕 10g。

水煎服，每日 1 剂。

服药 2 周后水肿逐渐减退，继续治疗半年余，蛋白尿逐渐减轻。

按语：活血利水法常用于水瘀互结所导致的水肿。临床表现为水肿日久不退，肿势轻重不一，四肢或全身水肿，以下肢为主，皮肤瘀斑，腰部刺痛，或伴血尿，舌紫黯，苔白，脉沉细涩。此证由水停湿阻，气滞血瘀，三焦气化不利所致，当用活血祛瘀、化气行水法治疗，代表方



用桃红四物汤合五苓散。前方活血化瘀，后方通阳行水，适用于水肿兼夹瘀血者或水肿久病之患者。除此之外，加用益母草、泽兰等活血利水药物。

益母草，性辛凉味苦，入心包、肝经，功能活血祛瘀，调经消水。主治月经不调，胎漏难产，胞衣不下，产后血晕，瘀血腹痛，崩中漏下，尿血泻血，痈肿疮疡等。有报道取干益母草（全草）90～120g，或鲜草180～240g，加水700ml，文火煎至300ml，分2～3次温服，小儿酌减，同时结合常规处理，如限盐，限制蛋白质的摄入，有高血压征象者辅以降压剂，有炎症感染者兼用抗生素等。观察80例，均治愈，治愈日期最快5日，最长者36日，愈后随访半年至5年，未见复发病例。但也有报道大剂量应用益母草会导致肾脏损伤，使用时应该注意，一般用量为20～30g。实验证明，本品有良好的抗血栓形成作用。以本品煎剂给大鼠灌胃1.5小时后，颈动脉放血做血栓形成实验，表明可延长体外血栓形成时间，血栓的长度缩短，重量减轻。益母草抗血栓形成的机制，主要是益母草的抗血小板聚集作用和增强纤溶酶活性。还有报道说益母草对全身微循环有明显改善作用。实验证明，益母草可使由肾上腺素造成的局部微循环障碍很快恢复，表现为微血流迅速从粒状变为线状，闭锁的毛细血管重新开放，恢复正常。这两种药理作用对肾脏病的治疗都有重要的意义。

泽兰，辛、微温，入肝、膀胱经，活血祛瘀，利尿消肿。用于血滞经闭，产后瘀痛，水肿，跌打损伤。因其生于泽旁，故名泽兰，如《本草经集注》所述：“叶微香，可煎油，或生泽旁，故名泽兰。”但李时珍《本草纲目》



则认为：“此草亦可为香泽，不独指其生泽旁也。”此药芳香通利，活血化痰，利尿行水，作用效果好且安全，也可为食。

例 5. 王某，女，37 岁，农民。

患肾病综合征多年，曾服用激素及免疫抑制剂，尿蛋白转阴，但反复发作，曾建议肾脏活检，患者拒绝。患者下肢水肿，时轻时重，平素自汗，易外感，外感则水肿加重，气短乏力，纳呆食少，腰膝酸软，小便色白，有泡沫，舌淡，苔薄白，脉沉细。尿常规示蛋白+，镜检未见异常。患者久病，反复发作，脾肾亏虚，当用益气扶正之法，方用防己黄芪汤合济生肾气丸加减治疗。

生黄芪 24g，汉防己 10g，白术 15g，防风 5g，山药 12g，怀牛膝 15g，车前子 15g（包），桂枝 3g，泽泻 10g，茯苓 12g，杜仲 12g，益母草 20g。

水煎服，每日 1 剂。

服药一月余，水肿减轻，继续治疗半年，尿蛋白转阴，水肿消失。

按语：益气扶正法主要用于气虚及脾肾亏虚的水肿患者，临床表现为水肿日久不退，下肢为著，活动后加重，气短，面色萎黄无华，体倦乏力，纳呆食少，大便溏，舌淡，脉细弱。由于脾肾亏虚，转输及开合不利，导致水液停于体内，治疗上用益气利水法，代表方剂用防己黄芪汤。

防己黄芪汤出于《金匱要略》，是治疗风水和风湿的方剂，书中载：“风水，脉浮身重，汗出恶风者，防己黄芪汤主之，腹痛者加芍药。”“风湿，脉浮身重，汗出恶风者，防己黄芪汤主之。”方中重用生黄芪，其味甘微温，入脾、肺经，益气固表，且能利水；防己大苦辛寒，祛风



利水，与黄芪相伍，利水力强而不伤正，共为主药；辅以白术甘温，健脾燥湿，既助防己以利水，又助黄芪固表止汗；佐以甘草益气健脾，使脾胃健运，水湿自去，且能调和诸药，缓和防己大苦辛寒之性，又为使药；生姜、大枣辛甘发散，调和营卫，亦为使药。且上述六味相伍，相得益彰，扶正祛邪，使卫强表固，则风湿、风水之邪去而不致复入；脾胃之气得健，则水湿去而不致复聚。

用药时需注意：黄芪用生的，可大剂量应用，生黄芪益气走表行水。防己分为汉防己和木防己，汉防己又称粉防己，为防己科藤本植物粉防己的根，利水消肿作用较强；木防己也称广防己，为马兜铃科藤本植物广防己的根，祛风湿止痛作用较好。临床使用时用汉防己，不能用木防己，因木防己含有马兜铃酸成分，对肾脏有损伤。肾病综合征高度水肿是由低白蛋白血症引起的，大剂量使用生黄芪可以有效地改善症状，因黄芪除了利尿作用外，对体内白蛋白的合成也有促进作用。若偏于肾虚水停者，可用济生肾气丸加减，方中肾气丸固肾壮腰以助气化，牛膝、车前子活血利水消肿。

在辨证论治的基础上，对于一些病程长、常规治疗效果差的患者，结合其肾脏病理结果，常配以通络利水治法。通络利水主要用于病程日久，水瘀互结者。临床见水肿日久不退，小便不利，皮肤黧黑，舌黯，脉涩。这是由水瘀互结、气机不利、气血不调所致，治疗上需要用活血通络、利水消肿的药物。通络利水法并非单纯将活血药物与利水药物结合起来，在这一点上易引起误解。肾脏病日久会出现肾络瘀阻，其病变在络脉，由于络脉自身病变导致血行不畅，水湿停滞，与气虚血瘀、气滞血瘀不同，此



时单用补气、行气药物并不能解决络脉的损伤。肾脏病变时，肾络瘀阻，血行不畅，水液不行，不单需要益气活血利水，更要通络去滞。临床治疗上常选用虫类药物通络去瘀，代表药物如水蛭、地龙、僵蚕、全蝎、乌梢蛇、穿山甲等，这类药物不仅能改善水肿的症状，对肾功能也有很好的保护作用。研究证明，虫类药物可以拮抗肾小球硬化和肾间质纤维化，从不同的途径和靶点发挥作用。

对于一些采用各种方法治疗而利尿效果差且水肿不能消退者，要进行系统的检查，如：有无低白蛋白血症？电解质有无紊乱？是否对中药的利尿作用产生了耐药性？除肾脏病外，有无其他脏器的病变？对于一些水肿较为严重而保守治疗效果不理想者，可采用综合治疗，如血透、血滤等，尽快解除患者的痛苦，以便于早日康复。

蛋 白 尿

蛋白尿是肾脏疾病最常见的临床表现。健康成人每天从尿中排出的蛋白质在 40~80mg，最多不超过 150mg，常规定性为阴性；青少年可略高，但不超过 300mg/24h；若超过其限度，蛋白质 > 150mg/24h，即称为蛋白尿。

蛋白尿是许多肾脏疾患的一个重要标志，其形成是由肾小球滤膜对蛋白质的通透性增强所致，正常情况下，由肾小球内皮细胞、基底膜和上皮细胞组成的机械屏障和由阴性电荷组成的静电屏障阻止了蛋白质的滤出，少量小分子的血浆蛋白滤出后，在肾小管以胞饮方式被重吸收，故尿液的常规检查蛋白质定性为阴性。如果基底膜受损或阴



性电荷丢失过多，则大量血浆蛋白被滤出，定性为阳性，定量超过 150mg/d。蛋白尿的多少在一些疾病中与病情的程度有密切关系，临床中医师经常根据尿中蛋白的排泄量来判断病情的转归和治疗效果。但需要注意的是：一些情况下蛋白尿完全消失并不代表疾病的好转。如肾小球硬化导致肾衰竭时尿蛋白虽消失，可肾功能也严重受损，故必须结合肾功能来判断。

对于蛋白尿的治疗，临床上常采用中西医结合治疗的方法。无论何种方法，首先应对患者蛋白尿的程度和来源进行判别，其次要明确中医的病因病机，才能取得好的治疗效果。赵玉庸老师治疗蛋白尿，除采用健脾益肾等辨证的方法外，喜用化瘀通络等法，以虫类药物为主组方，既可减少蛋白尿，又能保护肾功能。

【验案举例】

例 1. 江某，男，34 岁，2008 年 12 月 16 日初诊。

患者于 2006 年 9 月劳累后出现眼睑水肿，就诊于省某院，血压 140/110mmHg，尿常规示蛋白尿、血尿，以肾炎收入院。肾活检示 IgA 肾病，予丹参、灯盏花素静点，强的松、倍他乐克、洛丁新等口服。经 2 年治疗，效果欠佳，已停服激素。现小便色黄，泡沫较多，乏力，腰痛，咽部疼痛不适，面色黧黑，食欲可，夜寐不佳，大便调，日 1 次。舌质黯红，苔薄白，脉弦细滑。尿常规：PRO（++），BLD（++），RBC 8/HP。24 小时尿蛋白定量 2.4g。BUN 5.68mmol/L，Scr 89 μ mol/L。

中医诊断：肾风。

西医诊断：IgA 肾病。

证属络脉瘀阻，脾肾亏虚。



治以化瘀通络，健脾益肾，活血止血。

地龙 12g，乌梢蛇 10g，僵蚕 10g，蝉蜕 10g，龟甲 15g，黄芪 15g，玄参 15g，金银花 15g，浙贝母 15g，海浮石 15g，川续断 12g，积雪草 15g，倒扣草 15g，全蝎 3g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，小蓟 15g，茜草 15g，花蕊石 15g，马鞭草 15g，三七粉 3g。14 剂，水煎服，每日 1 剂。

2009 年 1 月 6 日：尿中多泡沫，腰痛，寐差，舌质红，苔薄白，脉弦细滑。尿常规：PRO（++），BLD（++），RBC 131.5/ μ l。24 小时尿蛋白定量 3.2g。

地龙 12g，乌梢蛇 10g，僵蚕 10g，蝉蜕 10g，龟甲 15g，小蓟 15g，白茅根 15g，茜草 15g，地榆 12g，侧柏叶 15g，花蕊石 15g，海螵蛸 15g，黄芪 15g，玄参 15g，金银花 15g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，积雪草 15g，倒扣草 15g，全蝎 3g，马鞭草 15g，三七粉 3g，炒槐米 15g，石韦 15g，知母 15g。60 剂，水煎服，每日 1 剂。

2009 年 3 月 3 日：尿中有泡沫，腰痛，偶有眼睑肿，夜寐欠安，纳可，大便调，日 1 次。舌质红，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（++），BLD（+），RBC 6/ μ l。24 小时尿蛋白定量 1.5g。

地龙 12g，乌梢蛇 10g，僵蚕 10g，蝉蜕 10g，龟甲 15g，小蓟 15g，茜草 15g，白茅根 15g，花蕊石 15g，地榆 12g，侧柏叶 15g，海螵蛸 15g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，积雪草 15g，倒扣草 15g，全蝎 3g，马鞭草 15g，炒槐米 15g，三七粉 3g，浮萍 10g，茯苓 15g，夜交藤 30g，生龙牡各 30g，川续断 12g，桑寄生 20g。18 剂，水煎服，每日 1 剂。



2009年3月21日：尿中泡沫明显减少，腰痛，纳可，大便调，日1次。舌质黯淡，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（+），BLD（++），RBC 41/ μ l。24小时尿蛋白定量0.8g。BUN 5.37mmol/L，Scr 91.5 μ mol/L。

地龙 12g，乌梢蛇 10g，僵蚕 10g，蝉蜕 10g，龟甲 15g，小蓟 15g，茜草 15g，白茅根 15g，花蕊石 15g，地榆 12g，海螵蛸 15g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，积雪草 15g，倒扣草 15g，全蝎 3g，马鞭草 15g，炒槐米 15g，三七粉 3g，茯苓 15g，生杜仲 12g，生龙牡各 30g，川续断 12g，桑寄生 20g。21剂，水煎服，每日1剂。

按语：本案为IgA肾病，表现为蛋白尿与血尿并见，IgA肾病表现为蛋白尿者预后较差。根据患者腰痛、乏力，为脾肾亏虚；病程2年、舌暗红，结合肾脏病理，为肾络瘀阻。治以补脾益肾、化瘀通络，同时活血止血。服药半月，尿蛋白未见减少，此药尚未起效之故。原方加减服用2月余，尿蛋白逐渐减少。对于IgA肾病蛋白阳性者，减少其排泄量即能达到保护肾功能的作用，完全消失则较为困难。还要注意到，与尿蛋白相比，肾功能的保护更为重要。

例2. 刘某，男，9岁。2005年11月13日初诊。

患儿5个月前因眼睑水肿在当地医院就诊，尿常规PRO（+++），诊为“肾病综合征”，给以利尿、糖皮质激素治疗。1周后尿蛋白转阴，减量至每日10mg时，因感冒尿蛋白加重，增加激素用量后蛋白转阴。现服用强的松12.5mg，晨1次。近日因外感眼睑水肿加重，小便色黄，泡沫较多，发热，不恶寒，咳嗽，咳痰，量不多、易咳出、色黄，咽痛，口干喜饮，大便稍干，舌尖红，苔薄



黄，脉浮数。尿常规：PRO（+++），BLD（-）。24小时尿蛋白定量3.6g。

证属邪热犯肺。治以清肺解表，止咳祛痰。

金银花 10g，连翘 12g，黄芩 10g，桔梗 10g，柴胡 12g，板蓝根 12g，玄参 10g，竹叶 6g，鱼腥草 15g，浙贝母 10g，生甘草 6g。7剂，水煎服，每日1剂。强的松维持原量。

2005年11月20日：外感明显好转，不发热，咽不痛，仍有黄痰，倦怠乏力，小便色淡，泡沫明显减少，舌淡红，苔薄黄，脉浮。尿常规：PRO（+），BLD（-）。

地龙 10g，乌梢蛇 5g，僵蚕 10g，蝉蜕 5g，金银花 10g，连翘 12g，黄芩 10g，鱼腥草 15g，浙贝母 10g，生甘草 6g，北沙参 12g，玄参 10g。水煎服，每日1剂。

2005年11月27日：外感已愈，咽不痛，眼睑水肿明显减轻，纳食可，小便色淡，无泡沫，大便调。舌淡红，苔薄白，脉细。尿常规：PRO（-），BLD（-）。24小时尿蛋白定量0.12g。

按语：肾病综合征，尤其是小儿患者，常因外感等导致病情反复，多出现在激素减量阶段。有人在治疗时加大激素的用量，尿蛋白减少后再减量，这样容易导致激素依赖或抵抗。赵老师在治疗肾病综合征患儿服用激素阶段外感时，并不改变激素的用量；而是根据中医辨证论治，急则治其标，遵循《金匱要略》的治疗原则“夫病痼疾，加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾也”。临床上肾病综合征合并外感后，蛋白尿可能会增多，此时不必急于增加激素的用量，而是着重治疗外感。风热感冒多以银翘散加减治疗，多数患儿在外感痊愈后蛋白尿有显著地减少。



患儿易感风热与体质及用药有关，小儿为稚阳之体，而糖皮质激素的不良反应如汗出、多食、心悸、不寐、舌红、脉数等属于中医内热表现，说明属于“热药”性质；加之服用激素时免疫力下降，容易感染外邪，其中以肺卫最为常见，治疗上黄芩、鱼腥草、金银花等清热之品较为常用。

例 3. 韩某，男，48 岁。1997 年 4 月 13 日。

2 个月前因眼睑、下肢水肿就诊，查尿常规，PRO(++++), 24 小时定量 4.2g，血浆总蛋白 65g/L，白蛋白 27g/L，诊为“肾病综合征”入院治疗。患者拒绝肾脏活检，根据临床诊断，给以免疫抑制剂、糖皮质激素及对症治疗等，水肿减轻，但尿蛋白持续阳性。目前服用强的松 60mg，日 1 次，晨起顿服，依纳普利 10mg，日 2 次，双嘧达莫 50mg，日 3 次。现下肢轻度水肿，小便色黄，泡沫较多，不易消退，乏力，易汗出，口干，纳食可，寐可，大便调。舌红，苔薄白，脉细数。

中医诊断：水肿。

西医诊断：肾病综合征。

证属气阴两虚，脾肾亏虚。治以益气养阴，补脾益肾。

生黄芪 15g，生地黄 15g，太子参 12g，枸杞 15g，山药 12g，茯苓 12g，牡丹皮 10g，泽泻 10g，炙龟甲 15g，益母草 20g，白茅根 20g，水蛭粉 3g（分冲），蜈蚣 2 条。每日 1 剂，水煎服。

1997 年 8 月 24 日：上方加减治疗 4 个月余，1 周前复查 24 小时尿蛋白 1.3g，血浆总蛋白 76g/L，白蛋白 38g/L。强的松目前 15mg，日 1 次。现水肿不明显，小



便色淡，仍有泡沫，纳食可，大便调。舌淡红，苔薄白，脉弦细。

生黄芪 18g，水蛭粉 3g（分冲），蜈蚣 2 条，地龙 12g，乌梢蛇 10g，僵蚕 10g，蝉蜕 10g，龟甲 15g，丹参 12g，益母草 30g，雷公藤 10g（去皮，先煎），川续断 12g，桑寄生 12g，山茱萸 10g，甘草 6g，冬虫夏草 2g。水煎服，每日 1 剂。

1998 年 5 月 17 日：小便色黄，有泡沫不易消退，肢体无水肿，纳寐可。舌淡红，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（++）。24 小时尿蛋白定量 1.1g。

生黄芪 18g，水蛭粉 3g（分冲），蜈蚣 2 条，地龙 12g，乌梢蛇 10g，蝉蜕 10g，龟甲 15g，炮穿山甲 10g，丹参 12g，益母草 30g，雷公藤 10g（去皮，先煎），川续断 12g，桑寄生 12g，山茱萸 10g，甘草 6g，芡实 10g，薏苡仁 30g。水煎服，每日 1 剂。

1999 年 3 月 21 日：小便有泡沫，精神可，纳寐可，大便调。舌淡红，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（+）。24 小时尿蛋白定量 0.6g。已停用强的松，现服用双嘧达莫、苯那普利等。

生黄芪 18g，熟地黄 15g，水蛭粉 3g（分冲），蜈蚣 2 条，地龙 12g，乌梢蛇 10g，蝉蜕 5g，龟甲 15g，鳖甲 10g，炮穿山甲 6g，丹参 12g，益母草 30g，绞股蓝 15g，川续断 12g，桑寄生 12g，山茱萸 10g，甘草 6g，芡实 10g，菟丝子 15g。水煎服，每日 1 剂。

1999 年 10 月 24 日：上方加减治疗半年余，复查尿常规，蛋白转阴，24 小时尿蛋白定量 0.11g。小便色淡，无泡沫，纳寐可，舌淡红，苔薄白，脉细滑。



生黄芪18g，熟地黄15g，水蛭粉3g分冲，地龙12g，乌梢蛇10g，蝉蜕5g，龟甲15g，丹参12g，益母草30g，绞股蓝15g，川续断12g，桑寄生12g，山茱萸10g，甘草6g，芡实10g，菟丝子15g。水煎服，每日1剂。

按语：本案为成人肾病综合征，与儿童相比，尿蛋白转阴较为困难。由于患者拒绝肾脏活检，其病理类型不明，只能采用常规治疗。尽管早期使用了免疫抑制剂和糖皮质激素，蛋白持续阳性。初诊时患者表现为气阴两虚，用参芪地黄汤以益气养阴；复诊时考虑蛋白持续阳性，病程日久，与瘀血阻络有关，故给以化瘀通络的虫类药物治，同时也用了冬虫夏草补益肺肾。经过2年的治疗，尿蛋白逐渐减少转阴。赵老师治疗一些顽固性蛋白尿时，喜用虫类药物，对于一些短期未见效的患者，认真分析其病机，坚信自己的判断，通过一段时间的治疗，多数患者有不错的效果。

蛋白尿在中医范畴中没有相对应的病名，有人认为与“尿浊”有关，但两者还是不同的。尽管没有相应的名称，但根据蛋白质的功能和中医基本理论，可认为是精微物质的外泄。故蛋白尿是由于人体脏腑功能的失常，导致精微物质丢失，这与肺、脾、肾相关，是虚实夹杂的病证。虚指正气虚，实是指外有风邪，内有水湿、瘀血、湿热等。

蛋白尿的产生与外感风邪有关，风寒、风热均可导致蛋白尿的产生。风为阳邪，易伤人上部，故以侵犯肺脏为主。肺主皮毛，为水之上源，外感风邪，邪气袭肺，肺气壅塞，风水相搏，泛滥肌表；肺失宣发肃降功能，不能布散气血津液于周身，导致水谷精微不得归其正道，精微下注，而致蛋白尿。这一类型多见于急性肾炎尿异常表现为



蛋白尿者，肾病综合征患者感冒时亦易表现为此。临床表现为发热恶寒，发热重，恶寒轻，咽喉肿痛，头痛，面目水肿，小便短赤或见血尿，蛋白尿或每因感冒而增加，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。其治疗可用麻黄连翘赤小豆汤加减。除风邪外袭外，肺气虚而卫外不固也是外邪侵袭的重要原因，需用益气固表的玉屏风散。

脾主运化，输布水谷精微。素体脾虚，或饮食不节，或外邪伤脾，则清气不升，浊气不降，清浊相混，脾虚失摄。或湿邪困脾，脾失健运，精微下泄。此型多见于慢性肾炎，临床表现为水肿，疲倦乏力，面色萎黄，纳呆便溏，小便短少，舌淡，苔白腻，脉濡缓。实验室检查蛋白尿，过劳则尿蛋白增多。方用参苓白术散加减。

禀赋不足、房劳过度或病久及肾，可致封藏失职，精微外泄，以慢性肾炎为多见。临床见畏寒肢冷，面色萎黄，周身水肿，腰以下为甚，腰膝酸软，小便清长，泡沫多，或少尿，纳呆便溏，倦怠乏力，大量蛋白尿，舌淡体胖大，苔白，脉沉细无力等。证属肾脾亏虚，方用实脾饮、济生肾气丸加减治疗。肺脾肾虚损常兼见，根据主证的不同确定何脏受损而对证治疗。

除脏腑虚损外，外来的或体内自身功能失调产生的病理产物如水湿、湿热、瘀血等在蛋白尿的发生中也有重要作用。外感湿热，或水湿日久化热，下迫膀胱，使其不能分清泌浊，可以导致蛋白尿，多见于肾盂肾炎，或慢性肾炎湿热型。除尿中有蛋白外，兼见血尿、尿频、尿急、尿痛腰痛等症，其蛋白量相对较少，一般在1g/日左右。有的患者无外感症状，但舌苔黄腻，亦可按照湿热治疗，其代表方剂为四妙散。病久或气滞还可导致瘀血内停，肾络



瘀阻。症见水肿，面色晦黯，肌肤甲错，胁痛，腹胀，口苦，纳呆食少，舌淡暗或有瘀斑，苔薄白，脉细涩，方用血府逐瘀汤加减。

蛋白尿症见脾虚明显者，黄芪可大剂量使用，此时以生黄芪为好，必要时可用到 60g 以上。为防止服后胸中壅堵，可配合理气药物如陈皮、枳壳等使用。

蛋白尿长期不愈者，可适当加用活血通络的虫类药物，如僵蚕、水蛭、乌梢蛇、地龙、山甲珠等，尤其在慢性肾脏疾病的治疗中，这类药物能很好地改善肾脏的血液循环，保护肾功能。

清热解毒药物在蛋白尿的治疗中也有重要作用，不仅在早期使用，在中后期也是常用的。西医学证实肾脏病有血液循环障碍，如高凝状态等，在这种情况下常伴有炎性的改变，表现为肾脏病理的炎性细胞浸润，加重了蛋白尿，给以清热解毒的金银花、黄芩、蒲公英、白花蛇舌草等，能减轻蛋白尿。

湿热是蛋白尿患者常见的类型，可由湿邪日久化热，或过用热药引起；表现为小便黄赤，舌苔黄腻；可用清热利湿的土茯苓、茵陈、黄芩、白茅根等治疗。

在肾脏病的治疗中，保护肾功能最为关键。由于尿蛋白与肾功能又密切相关，故控制蛋白尿是保护肾功能的重要措施之一。尿蛋白的大量溢出，不仅导致低蛋白血症，而且加重肾间质的损伤。这是由于溢出的尿蛋白在肾小管被重吸收，肾小管的重吸收功能在早期是不受损害的。但由于滤过的蛋白过多，肾小管上皮细胞长期吞噬蛋白质，引起一些酶的释放，导致肾小管上皮细胞肿胀、破裂，继之出现间质的改变，并诱导上皮细胞转换成为肌成纤维细



胞，大量分泌胶原纤维，导致肾小球的硬化和间质纤维化，最终引起尿毒症。故蛋白尿在肾脏疾病中其危险作用逐渐被重视。及早查明原因，积极治疗蛋白尿是防止肾功能恶化的重要措施。

西医学治疗蛋白尿主要有以下几类药物：血管紧张素转换酶抑制剂，糖皮质激素，细胞毒类药物，抗血小板凝聚剂等。血管紧张素转换酶抑制剂对尿蛋白的作用是通过降低肾小球内压力的血流动力学机制和抑制血管紧张素 II 等非血流动力学机制共同实现的，中药中汉防己、何首乌、黄芪、泽泻、山药、川牛膝、旱莲草、地黄、补骨脂、白术、瓜蒌、半夏、降香、山甲珠等有相似的作用。抗血小板凝聚剂如双嘧达莫主要是通过抑制血小板聚集和增加蛋白表面的阴性电荷、增强静电屏障作用来减少蛋白的溢出。糖皮质激素和免疫抑制剂主要是抑制变态反应，减少蛋白尿。

尿激酶静点治疗 IgA 肾病，可以减少尿蛋白，这是通过治疗血液的高凝状态而产生的治疗效果。中药丹参注射液、红花注射液、灯盏花素注射液等都能产生同样的结果。水蛭、地龙、蜈蚣、乌梢蛇、白花蛇等通络搜风药物在抑制血液高凝状态的同时，还能提高纤溶系统的活力，降解细胞外基质，减轻肾小球的硬化和间质的纤维化。另外中药能够很好地保护血管内皮细胞，从而减轻肾脏的血管病变。

具有免疫抑制剂作用的中药如雷公藤也有一定的降尿蛋白效果，但大剂量使用有肾脏毒性作用，用量一般不要超过 10g。临床服用时将皮去掉，可减小其毒性，雷公藤多苷片的不良反应相对较小，根据患者的年龄、体重、病



情使用，每天剂量为 30～60mg。其他药物如青风藤也能减少尿蛋白。

肾脏病患者大多存在着全身免疫功能的低下和肾脏局部免疫功能的亢进，黄芪、人参、党参、白术、熟地黄、何首乌、肉苁蓉、黄精、女贞子、杜仲、甘草等能提高细胞和体液免疫功能，同时又有抗变态反应性炎症的作用，这是中医药治疗肾脏疾病的长处所在。

肾小球毛细血管的血运情况与肾脏局部的血管物质密切相关，黄芪、丹参、川芎、当归等都能改善毛细血管的血液循环，黄芪还能提高血浆白蛋白，降低胆固醇。

冬虫夏草对肾功能有较好的保护作用，对多种因素如庆大霉素、关木通等诱发的肾间质损伤有显著的拮抗作用，在多种肾小球病变中有很好的临床效果，有效用量每天应在 3g 以上。

对于临床上无症状蛋白尿的治疗，可用黄芪、丹参、茯苓、地龙、水蛭、乌梢蛇、地黄、甘草治疗，同时服用双嘧达莫和血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素受体拮抗剂，能减少尿蛋白并保护肾功能。

对于某些疾病如糖尿病，要注意检查肾功能，尿常规检查蛋白阴性者要复查尿中微量白蛋白，只要出现微量白蛋白，就提示有肾脏损伤，就要积极治疗。糖尿病患者，无论血压高低，都应该使用血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素受体拮抗剂。



肾性高血压

肾性高血压是由肾实质疾病引起的继发性高血压，其中以慢性肾小球肾炎等肾实质性病变引起的高血压临床最为多见。大量的临床观察已经证实，不管在肾脏病的发病初期是否有高血压，到了后期都存在着不同程度的高血压，且在治疗上较原发性高血压更为棘手，国外目前已把高血压病归属于肾脏病范畴，说明其与肾脏的密切关系。对于肾性高血压尤其是慢性肾衰竭表现的高血压的治疗，目前虽然有很多药物，但控制效果仍然不理想。用西药治疗时必须采用多种降压药联合应用，由于一些药物的不良反应及使用禁忌，如 ACEI 在肾衰尿毒症期对肾功能的损伤、 β -受体阻滞剂引起心率减慢、利尿剂引起的电解质紊乱、长期用药引起的耐药等，使血压难以控制。

肾性高血压属中医学眩晕的范畴，中医辨证属本虚标实证，以肝肾阴虚为本，瘀血、水湿阻滞为标。肝肾阴虚、肝阳上亢使血压升高，而肝阳上亢，火甚伤及气阴，脾肾气虚则运化开阖不利而致水湿停留；阴虚则阴（血）不足，血脉凝涩成瘀，湿瘀阻滞气机、升降失常遂致血压升高。治以滋补肝肾、活血利湿为法，通过长期的临床实践，肾炎研究组研制肾高方治疗肾性高血压。肾高方由生杜仲、龟甲、当归、夏枯草、制首乌、光慈菇、桑寄生、丹参、益母草组成。水肿者加车前子（包煎）、茯苓、猪苓、椒目。方中生杜仲、桑寄生、制首乌、龟甲滋补肝肾；夏枯草、光慈菇平肝降压；丹参、当归、益母草活血



化痰；车前子、茯苓、猪苓、椒目利水。诸药合用共奏滋补肝肾、活血利水之功效。

为了观察肾高方配合西药治疗肾实质性高血压的疗效，从门诊及住院患者中随机选出 60 例，其中 30 例采用肾高方与西药降压药合用，另外 30 例单纯服用西药治疗，进行对照观察，结果显示中西药配合治疗患者的疗效较为满意。

【验案举例】

贾某，男，63 岁，干部。慢性肾炎 20 余年，尿常规蛋白持续阳性，头晕头痛，寐差，心悸，血压波动在 160~180/100~115mmHg，服用依那普利、尼群地平以及利尿药治疗，但无明显效果，就诊时诉头晕头痛，颈项拘急不适，两颞胀跳，心烦，失眠，口苦，口干，小便短赤，大便干，舌黯红，苔黄腻，脉弦有力。证属肝阳上亢，肝火上炎，肝肾阴虚，瘀血停滞。治以平肝潜阳，补养肝肾，活血祛瘀。自拟肾高方加味治疗。

生杜仲 15g，龟甲 10g，当归 12g，夏枯草 12g，制首乌 15g，光慈菇 10g，桑寄生 15g，丹参 20g，益母草 30g，黄芩 10g，酸枣仁 30g，石决明 15g，生龙牡各 30g，水煎服，每日 1 剂，分早晚 2 次服。

服药 2 周后头晕头痛减轻，血压 150/95mmHg，继续服药治疗 4 周，血压 135/90mmHg，之后间断服药，配合降压药物治疗。

按语：肾性高血压西药治疗有较好疗效，本案为难治性肾性高血压，经三联降压药联合应用，仍不能取得满意疗效，属不易控制的高血压，配合肾高方加黄芩、石决明、生龙牡以加强清肝潜阳作用，取得较好疗效。



血 尿

血尿的治疗尽管要按照中医辨证原则进行，但肾脏疾病又有其特殊性。有时根据患者的症状辨证治疗效果不太理想，这就需要考虑从其他角度进行治疗，要结合西医学对血尿原因的认识以及现代药理研究，配合辨证论治，也就是辨证与辨病相结合，能起到一定的作用。

中医治疗尿血时，根据患者的表现分为以下证型。

风热扰络型：表现为小便黄赤，或尿血鲜红，发热咽痛，口渴喜饮，或咽痒咳嗽，面目水肿。舌红苔薄黄，脉浮数。治以疏风清热，方用银翘散加减，以急性肾炎及IgA肾病为多见。

湿热下注型：症见小便短数，灼热刺痛，尿频不爽，尿血鲜红，少腹拘急胀痛，舌红，苔黄腻，脉濡数，或滑数。治以清热利湿，方用小蓟饮子加减，此型以泌尿系感染为多。

热毒炽盛型：表现为恶寒发热，继则高热头痛，口干口渴，烦躁，便秘，神疲乏力，尿血，可伴有鼻衄、齿衄、便血，皮肤紫斑，舌红，苔黄，脉数。治以清热凉血，方用犀角地黄汤加减，此型以肺出血肾炎综合征、肾综合征出血热为多见。

阴虚火旺型：临床表现为尿色鲜红，小便短赤，腰膝酸软，头晕耳鸣，五心烦热，口干咽燥，舌质红，苔薄黄或少苔，脉细数。治以滋阴清热，方用知柏地黄丸合二至丸加减，此型多见于慢性肾炎阴虚患者及过敏性紫癜性肾



炎患者。

气不摄血型：表现为久病尿血，间断发作，神疲乏力，面色无华，或心悸气短，纳呆便溏，舌质淡，边有齿痕，脉细弱。治以益气摄血，方用归脾汤加减，此型多为慢性肾炎脾虚者和反复发作的过敏性紫癜性肾炎患者。

肾气不固型：症见久病尿血，头晕耳鸣，腰膝酸软，神疲乏力，小便频数，夜尿多，舌淡，苔薄白，脉沉细无力。治以补肾摄血，方用无比山药丸加减，此型多见于慢性肾炎表现为肾虚者。

肾络瘀阻型：反复镜下血尿，或尿中夹有血块，久治不愈，腰部刺痛，面色晦黯，舌紫暗或有瘀点瘀斑，脉涩。治以化瘀通络，方用桃红四物汤加减，此型以慢性肾炎为主，肾穿可见到肾小球硬化和肾间质纤维化。

此外，临床上还可以看到一些患者仅表现为镜下血尿，体征、症状和舌脉均无异常，无证可辨，对此，根据肾性血尿的发病机理，赵老师自拟“血尿宁”治疗，有较好的效果。药用黄芪 15g，茯苓 10g，丹参 15g，花蕊石 15g，地榆 10g，茜草 12g，小蓟 10g，白茅根 30g。方中黄芪、茯苓益气扶正，花蕊石、地榆、茜草、小蓟、白茅根止血，丹参活血养血，使血止而不留瘀。

治疗中要注意以下问题：

(1) 止血不忘去瘀：对于血尿，不应单用止血药。止血药物多为寒凉之品，长期运用，不仅离经之血不能散去，脾胃亦遭克伐。故治疗时在选用小蓟、白茅根、侧柏叶、地榆等止血药的同时，配用花蕊石、茜草、三七等活血止血药，加丹参活血化瘀，并按照气血相关理论以黄芪鼓动血脉，以茯苓健脾。对于 IgA 肾病导致的血尿，可



加水蛭治疗。在使用水蛭时应采用粉剂冲服，因水蛭入煎剂时其有效成分易被破坏而失效。又因水蛭粉腥味太重，难以下咽，故可装入胶囊中吞服，1次1.5g，1日2次。在研粉时需要注意的是尽可能低温，有人喜欢用火焙黄后研粉，虽然容易研碎，但其有效成分被破坏使治疗效果减弱。

(2) 宜守方不宜变方：血尿尤其是肾性血尿，较为顽固，非短期可以治愈。故在明确辨证的基础上，可以采用一个基本的处方随症加减用药，有时可能数月，甚者经年才可痊愈。若反复变方则欲速不达，但临证时要根据患者的表现灵活加减。

(3) 控制诱发因素：有些血尿有明显的诱发因素，如过敏性紫癜肾炎，不仅要考虑血尿的治疗，更要注意避开过敏原。这些过敏原可能是食物、饮料，可能是药物，也可能是环境因素等，这些问题若得不到解决，血尿就不能很好地控制。高血压引起的血尿在血压得以控制后也有不同程度的减轻。有的血尿患者，常伴有咽部不适，并经常因咽部不适加重血尿，在治疗时稍佐利咽解毒之品并禁食辛辣厚味之物则可减少或缓解血尿的发作。

对于已经明确为肾脏本身因素所出现的血尿，在用药上还要分清正虚与邪实的关系。就西医学而言，肾脏病的发生是由于免疫功能的异常所致，存在着肾脏局部的免疫功能的亢进和全身免疫功能的低下，血尿只是其临床表现之一，不要忘记调整免疫功能。

有些血尿患者是由先天发育异常所引起，这些异常有的可随着身体的发育而逐渐好转，如“胡桃夹子”现象是由于肾静脉被压迫回流受阻所致，大部分患者为儿童且呈



瘦长体型，有的患儿到成年可以自行缓解，有的则需要进行手术如安放支架等。

减少药物因素导致的血尿。如环磷酰胺是常用的免疫抑制剂，此药可导致出血性膀胱炎，加重或诱发血尿，尤其在大剂量冲击时，应注意用药时间，尽量在上午使用，然后多喝水，可减少血尿的发生，若晚上使用，药物较长时间蓄积于膀胱，可能引起不良反应。

(4) 结合现代药理辨证用药：血尿是肾脏病最常见的症状，可涉及多种肾脏病变。在治疗上，除了辨证论治外，结合西医学研究采用中西医结合治疗要比单一疗法的效果好。如高血压肾病引起的血尿，采用降压药物与中药配合，不仅能提高疗效，还能减少这类药物的不良反应。在降压药物的选择上，目前血管紧张素受体拮抗剂和血管紧张素转换酶抑制剂的应用较为广泛。从国外的发展趋势来看，前者已占半数以上，这类药物能减缓肾小球硬化和肾间质纤维化，起到保护肾功能的作用；对血尿的作用则是通过减少系膜细胞的增生而实现，由于抑制系膜细胞的增殖，其数目和分泌的细胞外基质减少，从尿中排出的红细胞的数目也随之减少。根据这种机理，在临床上可选用具有血管紧张素受体拮抗剂和血管紧张素转换酶抑制剂作用的中药辨证使用，这类药物有何首乌、黄芪、山药、白术、旱莲草、地黄、补骨脂、川牛膝、瓜蒌、半夏、降香、菊花、海金沙、泽泻、龙眼肉等。

在血尿的发生中，常伴有血液循环的异常，表现为高凝状态，适当采用抗凝治疗有利于减少血尿。临床可采用双嘧达莫口服，此药较为平和，每次口服 50mg，1 日 3 次，若无明显不适，每次可服用 75mg。个别患者服用后



可出现头胀痛，减量即可缓解。肝素、丹参注射液、红花注射液等也有很好的作用。除高凝状态外，肾病患者还存在着纤溶功能低下的现象，表现为细胞外基质的异常堆积，采用尿激酶治疗有不错的效果，中药水蛭具有这种作用，其他虫类药如乌梢蛇、蜈蚣等也有这种作用。

在血尿的治疗中，应重视对肾功能的保护，切不可只考虑血尿的消失而忽视更重要的东西。有的患者经过治疗虽然血尿没有明显的改善，但几十年后肾功能无明显损伤，这也达到了目的。如果大剂量使用一些对肾脏有损害的药物如关木通等，血尿可能消失，但这种消失是由于肾脏硬化没有滤过功能所致，故不可顾此失彼。

丹参对肾脏病的作用表现为多个方面，可以溶解纤维蛋白，降低血液黏稠度，加快微血管中血流速度，解除微血管痉挛，降低毛细血管壁的通透性，减少红细胞的漏出等。

【验案举例】

例1. 李某，男，32岁。2008年12月14日初诊。

患者于2008年9月劳累后出现眼睑水肿，就诊于河北医科大学附属某院，查血压144/110mmHg，尿常规示血尿、蛋白尿，以“肾炎”收入院。肾活检示IgA肾病，予黄芪、灯盏花素静点，强的松、倍他乐克、科索亚等口服。现小便色赤，泡沫较多，乏力，腰酸，咽部有异物感，食欲可，夜寐不佳，大便调，日1次，舌黯红，苔薄黄，脉弦细滑。尿常规：PRO（++），BLD（++），RBC 47.1/ μ l。诊为“肾风”，证属气阴两虚、肾络瘀阻，治以化瘀止血、益气养阴，方用经验方肾络通加减。

生地黄15g，乌梢蛇10g，僵蚕10g，蝉蜕10g，龟甲



15g, 黄芪 15g, 玄参 15, 金银花 15g, 浙贝母 15g, 海浮石 15g, 川续断 12g, 旱莲草 15g, 炒槐米 15g, 白茅根 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 小蓟 15g, 茜草 15g, 花蕊石 15g, 马鞭草 15g, 三七粉 3g (冲)。

2009 年 1 月 4 日: 尿中多泡沫, 小便灼热不适, 腰酸, 寐差, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦细。尿常规: PRO (++) , BLD (++) , RBC 122.6/ μ l。继用前方加味治疗。

生地黄 15g, 乌梢蛇 10g, 僵蚕 10g, 蝉蜕 10g, 龟甲 15g, 小蓟 15g, 白茅根 15g, 茜草 15g, 地榆 12g, 侧柏叶 15g, 花蕊石 15g, 海螵蛸 15g, 黄芪 15g, 玄参 15g, 金银花 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 旱莲草 15g, 倒扣草 15g, 马鞭草 15g, 三七粉 3g, 炒槐米 15g, 石韦 15g, 水煎服, 日 1 剂。

2009 年 3 月 3 日: 小便色淡, 泡沫减少, 腰酸, 偶有眼睑肿, 夜寐欠安, 纳可, 大便调, 日 1 次, 舌黯红, 苔薄白, 脉弦细。尿常规: PRO (±), BLD (-), pH 7.5, RBC 0~2/HP。

生地黄 15g, 乌梢蛇 10g, 僵蚕 10g, 蝉蜕 10g, 龟甲 15g, 小蓟 15g, 茜草 15g, 白茅根 15g, 花蕊石 15g, 地榆 12g, 侧柏叶 15g, 海螵蛸 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 生黄芪 15g, 旱莲草 15g, 马鞭草 15g, 炒槐米 15g, 三七粉 3g, 浮萍 10g, 茯苓 15g, 夜交藤 30g, 生龙牡各 30g, 川续断 12g, 桑寄生 20g。

按语: 患者因水肿, 肾脏病理活检诊为 “IgA 肾病”。临床表现为血尿、蛋白尿, 治疗上并非一味止血, 而是结合中医发病机制, 由于劳累而发病, 乃损伤脾肾所致, 辨为脾肾不足、气阴两虚; 结合肾脏病理提示 IgA 沉积等



改变，属于中医肾络瘀阻的表现，故治疗上以化瘀止血、益气养阴为法。乌梢蛇、僵蚕、蝉蜕、青风藤、鬼箭羽、化瘀通络；龟甲、黄芪、玄参、旱莲草、生地黄健脾益肾、益气养阴，金银花、浙贝母、海浮石解毒利咽，马鞭草、茜草、花蕊石、三七粉化瘀止血。

例2. 史某，男，40岁，工人。2009年1月9日就诊。

患者半年前无明显诱因出现下肢出血点，色深，就诊当地医院，查尿常规：PRO（±），BLD（+），予强的松口服，症状无明显好转；后在河北医科大学附属某院查尿常规：PRO（++），BLD（++）。于2008年10月31日入住某医院，作肾脏活检后诊为紫癜肾。

住院期间查血常规：白细胞 $3.63 \times 10^9/L$ ，单核细胞 13.2%；生化检查：ALB 37.8g/L，TC 5.68mmol/L，TG 3.64mmol/L，VLDL 1.65mmol/L；24h尿蛋白定量最高值 4.48g。从2008年11月21日起口服强的松至今。患者高血压病史2年，现服用降压药物治疗。

现紫癜消失，鼻腔不适，鼻衄，汗出，面红赤。舌质暗，脉细滑数。尿常规：PRO（++），BLD（+++），镜检：RBC 5~9/HP。尿RBC形态：RBC 143个/ μl ，变异80%，环形、花斑形、芽孢形。血常规：WBC $14.9 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 80.1%，血小板 $236 \times 10^9/L$ 。

此为阴虚内热，热扰肾络所致，治以凉血止血，养阴清热。

小蓟 15g，地榆 12g，茜草 15g，白茅根 15g，海螵蛸 15g，花蕊石 15g，黄芪 15g，玄参 15g，金银花 15g，连翘 15g，蝉蜕 10g，僵蚕 10g，青风藤 15g，马鞭草 15g，



炒槐米 15g, 藕节 15g, 地骨皮 15g, 煅龙牡各 30g。日 1 剂, 水煎服。

2009 年 1 月 16 日: 鼻腔症状减轻, 鼻衄已止, 潮热汗出, 夜尿 2~3 次, 面色黯红, 皮肤无出血点。舌紫黯, 苔白, 脉细滑。尿常规: PRO (+), BLD (++) , 镜检: RBC 5~8/HP。

小蓟 15g, 地榆 12g, 茜草 15g, 白茅根 15g, 海螵蛸 15g, 花蕊石 15g, 黄芪 15g, 玄参 15g, 金银花 15g, 连翘 15g, 蝉蜕 10g, 僵蚕 10g, 积雪草 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 马鞭草 15g, 炒槐米 15g, 地骨皮 15g, 煅龙牡各 30g, 龟甲 15g, 三七粉 3g。

2009 年 2 月 19 日: 双眼睑及双下肢水肿, 尿中有泡沫, 便秘, 日行 1 次, 纳寐可。舌淡, 苔薄黄, 脉弦细。尿常规: PRO (++) , BLD (++) , 24h 蛋白定量 0.85g。

小蓟 15g, 地榆 12g, 茜草 15g, 茅根 15g, 海螵蛸 15g, 花蕊石 15g, 黄芪 15g, 玄参 15g, 银花 15g, 蝉蜕 10g, 僵蚕 10g, 积雪草 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 马鞭草 15g, 炒槐米 15g, 地骨皮 15g, 煅龙牡各 30g, 龟甲 15g, 三七粉 3g, 茯苓 15g, 猪苓 12g, 生地黄 12g。日 1 剂, 水煎服。

2009 年 3 月 13 日: 水肿减轻, 小便色淡黄, 有泡沫但较前减少, 腰酸, 纳可, 大便调, 舌紫黯, 苔黄, 脉弦细。尿常规: PRO (++) , BLD (+++) , 镜检 RBC 1~3/HP, 24h 蛋白定量 0.45g, 血糖、肾功能未见异常。

小蓟 15g, 地榆 12g, 茜草 15g, 白茅根 15g, 海螵蛸 15g, 花蕊石 15g, 黄芪 15g, 蝉蜕 10g, 僵蚕 10g, 龟甲 15g, 生杜仲 12g, 川续断 12g, 积雪草 15g, 青风藤 15g,



倒扣草 15g, 炒槐米 15g, 马鞭草 15g。

2009年4月17日: 双眼睑及双下肢轻度水肿, 尿中有泡沫, 便秘, 日行1次, 纳寐可。舌淡, 苔黄, 脉弦细。尿常规: BLD (±), PRO (+) 镜检: RBC 0~1/HP, WBC 0~1/HP。尿 RBC12 个/ μ l, 变异 70%, 棘形、轮状。

小蓟 15g, 地榆 12g, 茜草 15g, 白茅根 15g, 海螵蛸 15g, 花蕊石 15g, 黄芪 15g, 蝉蜕 10g, 僵蚕 10g, 龟甲 15g, 川续断 12g, 积雪草 15g, 青风藤 15g, 倒扣草 15g, 炒槐米 15g, 马鞭草 15g, 陈皮 10g, 浮萍 10g, 猪苓 12g, 冬瓜皮 15g。

按语: 患者乃阳热亢盛之体, 血热内蕴, 复感风邪, 风热相搏, 灼伤血络, 以致迫血妄行, 外溢肌肤, 发为紫癜, 灼伤肺络则鼻中不适、鼻衄, 甚则及肾; 瘀血内阻, 血不循经则见尿血, 精微物质下泄则尿中多蛋白。外感风邪, 肺卫不固, 则汗出。故治以养阴清热, 凉血止血。方中用小蓟、地榆、白茅根、地骨皮、炒槐米凉血止血, 三七、茜草、花蕊石化瘀止血, 海螵蛸收敛止血以治疗血尿, 黄芪、玄参补益脾气, 养阴清热, 金银花、连翘疏散风邪、清热解毒, 蝉蜕、僵蚕祛风透疹, 龟板补肾固精, 煅龙牡收敛固涩以防止汗出。复诊时患者出现双眼睑及双下肢水肿, 因此在前方的基础上加猪苓、茯苓利水消肿, 再加生地黄养阴清热、凉血止血, 鬼箭羽、积雪草活血化瘀。根据患者腰酸软等症, 加入杜仲、川续断等固肾壮腰以扶正。

本案血尿的治疗是根据患者的表现及检查来辨证论治, 治疗上以凉血止血为主, 又分阶段论治。素体阳热,



扰动肾络而尿血，早期兼有风热犯肺故清热凉血，此乃治疗血证的第一阶段——止血；复诊时根据病人病程已久，瘀血阻络，血不循常道溢出脉外，故用化瘀通络之品，此为“消瘀”；出血已止，但恐阴虚内热动血，加入养阴补虚之品，此为“宁血、补虚”。

隐匿性肾炎

隐匿性肾小球肾炎又称为无症状性血尿或（和）蛋白尿。患者无水肿、高血压及肾功能损害，仅表现为肾小球源性血尿或（和）蛋白尿的一组肾小球疾病。可由多种病理类型的原发性肾小球疾病所引起，如肾小球轻微病变、轻度系膜增生性肾小球肾炎及局灶节段性肾小球肾炎。

隐匿性肾小球肾炎的预后相对较好，但部分患者可长期迁延，血尿加重、蛋白尿增多、出现高血压和肾功能减退转变为慢性肾炎。尽管这一疾病无需特殊疗法，但患者应该定期监测尿常规、肾功能、血压的变化，保护肾功能。对于蛋白尿患者，有效地控制饮食、控制血压有着积极的意义。对于单纯血尿的患者，目前认为采用中西医结合治疗的方法有较好的治疗效果。

单纯血尿的患者，从对肾功能的损伤来看影响并不大，但患者的心理负担较重，会影响其正常生活。同时这种心理负担会导致血压的改变，针对这种情况，除对患者进行耐心的医学知识教育外，还应采取中西医结合的方法进行治疗。用中药配合保护肾功能的依那普利以及抗血小板集聚的双嘧达莫治疗的 90 例患者，结果显示中西医结



合治疗隐匿性肾炎血尿，可以明显地改善患者的症状，减少尿红细胞的排泄，提高机体免疫功能，临床疗效显著。

本病属中医学尿血的范畴，其成因多由热伤血络，正如《太平圣惠方·治尿血诸方》所说“夫尿血者，是膀胱有客热，血渗于脬故也。血得热而妄行，故因热流散，渗于脬内而尿血也”。早期膀胱实热累及于肾，日久热伤气阴，久病必瘀。因此，本病的主要病机是“虚、热、瘀”三个方面。脾肾不足、脏腑失调为其本，湿热毒瘀互结为其标。治疗宜益气滋肾、化瘀止血，方用六味地黄汤加味治疗。六味地黄（熟地黄、山药、山茱萸、牡丹皮、泽泻、茯苓）补肾滋阴；黄芪、太子参益气健脾；益母草活血利尿，马鞭草、茜草化瘀止血，鹿衔草补肾止血，槐花、白茅根清热凉血止血。

许多肾脏病的发生与免疫功能失调密切相关。尿红细胞的丢失及机体自身免疫功能失调所致防御能力下降，易于发生感染，又是病情加重或使疾病复发的最常见的原因。现代药理研究证实，六味地黄汤对体液免疫和细胞免疫反应有不同程度的促进作用，可以通过整体的免疫调节平衡作用，纠正机体平衡紊乱；黄芪能增加网状内皮系统的吞噬功能，促进抗体形成；太子参对淋巴细胞的增殖有明显的刺激作用。肾实质内的高凝状态是各种肾脏病发生过程中的重要环节，益母草对血小板聚集、血栓形成、纤维蛋白血栓形成以及红细胞的聚集性均有抑制作用，并能改善肾功能。

血管紧张素转换酶抑制剂依那普利，可降低肾小球毛细血管压，抑制系膜细胞增生及系膜基质合成；抗血小板聚集药双嘧达莫可改善肾小球毛细血管内凝血，抑制肾小



球局部炎症反应，从而延缓肾功能恶化。临床观察结果显示，采用中西医结合治疗，可以明显改善患者的临床症状，减少尿红细胞的排泄，提高机体免疫功能，临床疗效明显优于单纯应用西药治疗。

【验案举例】

刘某，男，38岁，干部。2007年5月12日就诊。

患者于3个月前体检时发现尿常规潜血阳性，在县人民医院及省级医院就诊，服用消炎药物无显著效果，考虑为隐匿性肾炎，故要求患者住院进行肾穿确定诊断，但患者拒绝。多次复查尿常规潜血均为阳性，镜检RBC时有时无。现小便色黄，无泡沫，无尿频、尿急、尿痛等，咽痛，纳、寐可，大便调，舌淡红，苔薄黄，脉弦。尿常规：BLD(++)，镜检RBC 57/ μ l。患者每日抽烟30余支，经常咽痛。诊为“尿血”，乃热毒客咽，下移膀胱所致。治以解毒利咽，养阴止血。方用银翘散合二至丸加减。

玄参 20g，桔梗 10g，生甘草 6g，金银花 10g，连翘 10g，侧柏叶 15g，生地黄 15g，紫草 10g，小蓟 20g，牡丹皮 10g，竹叶 10g，白茅根 10g，女贞子 15g，旱莲草 15g。

2007年5月17日：咽痛，咽红，鼻干，小便色黄，舌尖红，苔薄白，脉弦稍数。尿常规：BLD(+)，PRO(+)

黄芩 10g，玄参 15g，桔梗 10g，蝉蜕 5g，金银花 10g，连翘 12g，小蓟 15g，女贞子 15g，旱莲草 15g，侧柏叶 15g，桑白皮 10g，生石膏 15g。

2007年6月16日：咽时痛，稍红，小便色淡，无泡沫，大便调。舌尖红，苔薄黄，脉弦细。尿常规：BLD



(一), RBC1~3/HP。

黄芩 10g, 蝉蜕 5g, 生地黄 15g, 玄参 12g, 桔梗 10g, 金银花 10g, 连翘 10g, 小蓟 15g, 侧柏叶 12g, 女贞子 15g, 旱莲草 12g, 山药 10g, 白茅根 15g, 竹叶 6g, 生甘草 6g。

2007 年 7 月 28 日:晨起咽痛,昼减轻,腕腹胀满,食后加重,持续 3 小时,大便稍干,日 1 次。舌尖红,苔薄黄,脉弦。尿常规:BLD (一), RBC 5/ μ l。

玄参 12g, 黄芩 10g, 陈皮 10g, 莱菔子 12g, 枳壳 6g, 莪术 10g, 鸡内金 10g, 炒麦芽 10g, 生白术 10g, 槟榔 10g, 草果 10g。

按语:患者男性,吸烟多年且量多,烟毒客咽,肺卫受损,乃肺经病变。邪热下移膀胱,阴络受损则尿血。治疗上要上下兼顾,上清肺热以祛邪,下宁血络以止血。病情平稳而出现腕腹胀满时,则以消食除胀为主调理。

IgA 肾病

IgA 肾病又称 Berger 病,是一免疫病理学诊断名称,1968 年由 Berger 和 Hinglais 首次报道。IgA 肾病是一组不伴有系统疾病,肾组织以 IgA 为主的免疫球蛋白沉积,以反复发作性肉眼血尿或镜下血尿,伴有不同程度蛋白尿为临床特征的肾小球疾病。IgA 肾病临床上有多种表现,其中 40%~45% 的患者表现为镜下血尿,35%~40% 的患者表现为镜下血尿伴蛋白尿,其余表现为肾病综合征和肾衰竭。IgA 肾病的发病机制目前还不甚清楚。由于有颗



粒状 IgA 和 C₃ 沉积于肾小球系膜和毛细血管，提示 IgA 肾病是由循环免疫复合物介导通过补体旁路激活的疾病。

IgA 肾病是一种常见的肾小球疾病。发病率因国家、地区和种族不同有明显差异，亚洲发病率较高，如日本、新加坡，IgA 肾病的发病率占原发性肾小球疾病的 50%，欧美地区的发病率仅为原发性肾小球疾病的 10% 左右，一般白种人、黄种人的发病率明显高于黑种人。中国 IgA 肾病的发病率占原发性肾小球疾病的 26%~34%。该病发生在各年龄组的儿童和青年人中，30 岁以下者占总发病率的 80% 左右，男女之比大约是 2:1 或 3:1。以血尿为主的 IgA 肾病目前尚无特效的治疗。由于本病的病理类型及肾小球受损程度的差异较大，因此，应严密观察患者血尿发作的频率、蛋白尿的程度、肾功能受损情况以及是否伴有高血压等，进而采取相应的防治措施。

IgA 肾病的西药治疗主要以免疫抑制剂和抗血小板凝聚为主。临床表现为急进性肾炎伴新月体形成者，可用甲基强的松龙冲击治疗，并辅以抗凝药和细胞毒药物。

就中医病机而言，IgA 肾病的主要病机是阴虚火旺、肾络瘀阻，虚热内扰，损伤络脉则尿血，日久则瘀阻肾络，故治疗上要注意止血与去瘀的配合，不能一味止血。

由于 20% 的 IgA 肾病患者在 20 年内可进展为肾衰竭，故治疗上早期化瘀通络不仅能改善临床指标，而且对于肾脏的纤维化进展有很好的抑制作用。

【验案举例】

例 1. 崔某，男，24 岁，职员，河北石家庄人，2006 年 12 月 24 日初诊。

患者于 3 个月前无明显诱因出现小便泡沫增多，当时



未在意，后体检时尿常规蛋白阳性，遂入院观察。尿常规 BLD (+)，PRO (+++)，RBC 多数/HP，红细胞形态检查：RBC 170/ μ l，变异 RBC 占 68%。24 小时尿蛋白定量 1.01g，尿素氮 5.2mmol/L，血肌酐 102 μ mol/L。肾脏 B 超：右肾 10.0cm $\times$ 4.7cm，左肾：10.3cm $\times$ 4.6cm，结构不清，印象为双肾炎性改变。肾脏活检：HE、PAS、PASM、Masson 染色可见 16~17 个肾小球，有肾小球集中现象，1 个纤维化玻璃样变，3~4 个肾小球细胞纤维新月体。系膜轻中度增生，部分球囊粘连，肾小管颗粒、空泡变性，局部间质纤维化，少量淋巴单核细胞浸润、小血管壁增厚。免疫荧光：IgA (++)，IgG (-)，IgM (-)，C₃ (+)，C₄ (-)，C_{1q} (-)，F (-)。诊为系膜增生性 IgA 肾病，给以甲基强的松龙 1g 静点，隔日 1 次，3 次后改为美卓乐 40mg 1/日。血压 120/80mmHg。

患者小便色黄，泡沫较多，不易消退，肢体无水肿，平素易感冒，自汗，恶风，纳食可，大便调，寐可，舌淡红，苔微黄，脉滑数。

证属瘀血阻络，虚热内扰，气虚不固。

治以化瘀通络，凉血止血，益气固表。

蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，山甲珠 6g，小蓟 16g，白茅根 16g，茜草 16g，海螵蛸 16g，地榆 12g，侧柏叶 16g，花蕊石 16g，黄芪 15g，焦白术 10g，防风 10g，炒槐米 15g，鬼箭羽 15g。日 1 剂，水煎服。

2007 年 1 月 5 日：症状基本同前，舌淡红，苔薄黄，脉滑数。24h 尿 PRO 定量 0.7g。尿常规：BLD (+++)，PRO 弱阳性。镜检：RBC 95.1/ μ l。

继服前方。



2007年1月15日：小便色淡，泡沫减少，汗出及恶风不明显，纳食可，寐可。舌淡红，苔薄白，脉数。

血常规：WBC $11.4 \times 10^9/L$ ，N 73.4%，RBC $4.48 \times 10^{12}/L$ ，HGB 136g/L。血清总蛋白 62.2g/L，ALB 40.4g/L。肾功能：BUN 8.77 mmol/L，Cr $81.0 \mu\text{mol}/L$ ，UA $449.34 \mu\text{mol}/L$ 。24h尿PRO定量：0.43g。

前方去焦白术、防风，每日1剂，水煎服。

2007年1月21日：无明显不适，舌淡红，苔薄白，脉滑数。24h尿PRO定量：0.87g。尿常规：BLD (++)，PRO (+)。镜检：RBC $183/\mu\text{l}$ ，透明管型 $2.43/\mu\text{l}$ ，管型计数 $7.05/L$ 。

蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，山甲珠 6g，小蓟 16g，白茅根 16g，茜草 16g，海螵蛸 16g，地榆 12g，侧柏叶 16g，花蕊石 16g，黄芪 15g，玄参 15g，炒槐米 15g，鱼鳔胶粉 3g (冲)，青风藤 15g，鬼箭羽 15g。日1剂，水煎服。

2007年2月11日：小便色黄，尿中泡沫不多，近几日鼻塞，咳嗽，大便调，舌红，苔薄白，脉弦滑。24h尿PRO定量：0.54g。尿常规：BLD (++)，PRO (-)，RBC $147/\mu\text{l}$ 。血常规：WBC $11.94 \times 10^9/L$ ，N 79.9%，L 13%，M 7.1%。

蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，山甲珠 6g，小蓟 16g，白茅根 16g，茜草 16g，海螵蛸 16g，地榆 12g，侧柏叶 16g，花蕊石 16g，荆芥 10g，辛夷 10g，连翘 10g，鱼腥草 15g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，马鞭草 15g，炒槐米 15g，鱼鳔胶粉 3g (冲)。

2007年2月24日：鼻塞、咳嗽已愈，小便色黄，泡



沫不多，舌红，苔薄白，脉弦滑。

上方去荆芥、辛夷、连翘、鱼腥草。

2007年3月17日：咽干不适，小便色淡，纳寐可，舌淡红苔白，脉滑数。尿常规：BLD(++)，PRO(-)。镜检RBC 94/ μ l。24h尿PRO定量：0.12g。

黄芪20g，玄参16g，金银花16g，土茯苓20g，生地黄16g，山茱萸12g，炒山药16g，蝉蜕10g，地龙12g，僵蚕10g，乌梢蛇10g，山甲珠6g，小蓟16g，白茅根16g，茜草16g，侧柏叶16g，花蕊石16g，青风藤15g，鬼箭羽15g，炒槐米15g，鱼鳔胶粉3g(冲)。

2007年3月24日：双下肢轻度水肿，小便色淡，舌红，苔薄白，脉弦滑。

继服前方。

2007年4月28日：双下肢水肿减轻，舌红，苔薄白，脉弦滑。尿常规：BLD(±)，PRO(-)。尿RBC形态：RBC 90/ μ l，变形率57%，形态为环形、葫芦状。24h尿PRO定量：0.20g。血常规：WBC $10.18 \times 10^9/L$ ，N 59.6%，L 31.3%。

前方去鱼鳔胶粉，加丹参15g，倒扣草20g，全蝎3g，三七粉3g(冲)。

2007年5月12日：下肢轻度水肿，小便色淡，泡沫不多，纳食可，寐可，大便调，舌淡红，苔薄白，脉弦滑。尿常规：BLD(±)。尿RBC形态：RBC 36/ μ l；变形率：63%；形态：环形、戒指状。24h尿PRO定量：0.06g。

继服前方。

2007年6月23日：双下肢轻度水肿，小便色淡，纳



寐可。舌红，苔薄黄，脉细滑。

尿常规：BLD（-）。尿RBC：RBC 3/ μ l，变异：2个。24h尿PRO定量：0.06g。肝功、肾功、电解质正常。

黄芪 20g，玄参 16g，金银花 16g，土茯苓 20g，生地 16g，山茱萸 12g，炒山药 16g，蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，山甲珠 6g，倒扣草 20g，全蝎 3g，连翘 10g，牡丹皮 10g，冬瓜皮 15g，地骨皮 15g。

按语：本例患者表现为血尿、蛋白尿，临床表现主要以小便中泡沫较多为主，其他症状不明显，可辨症状不多，但结合肾脏活检的结果显示，纤维化玻璃样变，肾小球细胞纤维新月体，系膜增生，部分球囊粘连，局部间质纤维化，小血管壁增厚，少量淋巴单核细胞浸润等。这符合中医瘀血阻络的病机，故以活血通络的药物贯彻始终，不仅能减轻蛋白尿，亦能减轻血尿，保护肾功能。方用蝉蜕、地龙、僵蚕、乌梢蛇、山甲珠、鬼箭羽活血化瘀通络，小蓟、白茅根、茜草、海螵蛸、地榆、侧柏叶、花蕊石、炒槐米凉血止血，鱼鳔胶补肾益精，止血散瘀。

例2. 张某，女，32岁，商人。2005年10月8日初诊。

患者缘于3年前发热 38.3℃，继而出现肉眼血尿，自服速效感冒胶囊、三黄片未见好转，就诊于省某院，查尿常规：BLD（++），PRO（++），遂住院治疗，肾活检诊为IgA肾病，服用强的松等，出院后间断服中药至今。现腰酸痛，小腹胀，纳可，眠安，大便调，小便泡沫多，色黄。舌红，苔白，脉弦细。尿常规：BLD（++），PRO（++），尿红细胞形态RBC满视野，变异83%，24h尿蛋白定量1.75g，肾功能及肝功能未见异常。



证属肾虚血瘀，治以补肾活血通络。

生杜仲 12g，川续断 12g，桑寄生 20g，龟甲（先煎）16g，生黄芪 15g，乌药 10g，蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，鬼箭羽 15g，三七粉（分冲）3g，青风藤 15g，陈皮 10g，马鞭草 15g，小蓟 16g，白茅根 16g，茜草 16g，海螵蛸 16g，地榆 12g，侧柏叶 16g，花蕊石 16g。日 1 剂，水煎服。

2005 年 12 月 10 日：腰酸痛较前减轻，尿中泡沫减少，因天气寒冷，易感，畏寒恶风。舌尖红，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（++），BLD（++），镜检 RBC 7~9/HP。

上方加 焦白术 10g，防风 10g，麦冬 12g，金银花 15g，连翘 10g。

2006 年 2 月 11 日：小便色淡，无泡沫，大便调，劳累后腰痛，乏力。舌淡红，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（+），BLD（+），镜检 RBC 3~5/HP。

生杜仲 12g，川续断 12g，桑寄生 20g，龟甲（先煎）16g，生黄芪 15g，蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，鬼箭羽 15g，三七粉（分冲）3g，青风藤 15g，马鞭草 15g，小蓟 16g，白茅根 16g，茜草 16g，海螵蛸 16g，地榆 12g，侧柏叶 16g，花蕊石 16g，炒槐米 15g，防风 10g。

2006 年 4 月 8 日：小便色淡，泡沫不多，唇干，腰微痛，纳差不思食，寐可，大便调。舌红，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（+），BLD（++），镜检 RBC 6~9/HP。

蝉蜕 10g，地龙 12g，乌梢蛇 10g，龟甲（先煎）16g，鬼箭羽 15g，三七粉 3g，青风藤 15g，马鞭草 15g，白茅根 16g，茜草 16g，海螵蛸 16g，地榆 12g，侧柏叶



16g, 花蕊石 16g, 黄芪 15g, 炒山药 15g, 炒扁豆 12g, 石斛 15g, 炒麦芽 15g, 鸡内金 10g, 小蓟 16g。

2006 年 6 月 20 日：精神可，小便色淡无泡沫，纳食佳，腰酸劳累后显著，寐可，大便调。舌淡红，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（-），BLD（-），镜检 RBC 0~3/HP。

上方加杜仲 12g，川续断 12g。

按语：本案因发热而出现血尿，肾脏活检诊断为 IgA 肾病。临床表现有腰酸软，与肾虚相关，肾元亏虚不能固涩则精微下泄；结合病程较长及肾活检 IgA 的沉积，符合中医瘀血阻络的病机。故治疗上采用益肾活血，佐以止血的原则。方用生杜仲、川续断、桑寄生、龟甲、生黄芪扶正固本，蝉蜕、地龙、僵蚕、乌梢蛇、鬼箭羽化瘀通络，小蓟、白茅根、茜草、海螵蛸、地榆、侧柏叶、花蕊石止血。天气寒冷易于外感，表现为卫表不固则加白术、防风，配黄芪以固表；纳呆食少则加鸡内金、麦芽、山药、扁豆以健脾消食。

膜性肾病

膜性肾病又称膜性肾小球肾炎，是一个病理学诊断名称，是原发性肾病综合征的主要原因之一。病理改变是以肾小球毛细血管袢上皮下免疫复合物沉积为特点，继之以基底膜弥散性增厚，是一种针对正常肾小球上皮细胞膜上的抗原成分而产生的自身抗体介导的肾小球损害，并与遗传因素有一定关系。根据其病变发展的程度分为四期，其



分期与临床过程相符合。I期：光镜无明显病变，仅有肾小球基底膜空泡变性和上皮下的少量嗜复红蛋白沉积，电镜上皮下少量电子致密物沉积。II期：光镜下基底膜增厚，钉突形成；电镜上皮下多数电子致密物沉积，基底膜钉突状增生。III期：基底膜高度增厚，假双轨或链环状结构形成；电镜多数电子致密物在基底膜内沉积，基底膜呈链环状增厚。IV期：光镜下基底膜极度增厚，管腔狭窄，系膜增生，肾小球硬化；电镜下基底膜高度增厚，其中可见溶解和吸收后的电子致密物遗留的虫噬状空白区，或内含一些电子致密物，毛细血管腔狭窄或闭塞。免疫荧光检查可见 IgG、C₃ 呈颗粒状沿毛细血管祥分布。部分患者还可见 IgM、IgA、C₄、C_{1q} 沉积。

膜性肾病分为原发性和继发性两类，原发性膜性肾病可发生于任何年龄，但儿童和青少年不常见，发病高峰在 36~40 岁，男性多于女性。据国外资料膜性肾病是成人肾病综合征的主要原因，占 30%~50%，在国内发病率较低。本病起病隐匿，80% 以上患者呈肾病综合征。临床观察和连续肾活检资料证明，本病是一个进展缓慢、相对良性的疾病，在临床上最常见的形式是病情稳定在数年之内无大的变化。据世界各地报告，本病 5 年、10 年和 15 年存活率分别为 95%、90% 和 80% 左右，其中 10 年存活率最高的报告来自日本为 96%，最低的报告来自意大利为 66%，均为未经治疗成人。在起病后 5~10 年，大约 15% 发展为尿毒症；另有 25% 的病人肾功能缓慢减退，15~20 年之后才出现肾衰竭。在病程发展中约有 1/3 病人可呈自然缓解。

膜性肾病根据其高度水肿、大量蛋白尿等临床特征而



言，属中医“水肿”、“尿浊”、“虚劳”等病范畴；其发生是由于正气亏虚，外邪侵袭，或体内脏腑功能失调，水液运化失常所致。其病机表现为本虚标实，本虚以脾肾两虚为主，脾虚则水湿不能运化，肾虚不能化气行水，水湿内停，泛滥肌肤四肢而为水肿；脾虚失于升清，肾虚失于封藏，可致精微下泄而发为蛋白尿。脾虚日久则后天之本不充，肾虚日久则温煦滋养失职，两者常相互影响，致使本病更加缠绵，故脾肾两虚既是其发病的直接机理，又贯穿本病始终。标实则多表现为水湿、湿热、瘀血等病理性实邪。水湿内停，郁久必化热，而致湿热内蕴；湿热既成，上可困遏中焦，阻碍脾之运化升清，下可蕴结下焦，影响肾之气化闭藏，终致水湿泛滥及精微下注之势更盛。另外，湿热不仅能阻遏气机，使气滞不行，又能伤津耗气，使津亏气虚；气滞血行不畅，气虚运血无力，津亏生血无源，均可致脉络瘀阻，瘀血乃成。血瘀水停，湿热互结，致使本病更加缠绵难愈。可见，本病虽以脾肾虚损为主，但水湿、湿热、瘀血等既是病变过程中的病理产物，又是促使病变加重、病程迁延及合并其他病症的重要因素。

【验案举例】

刘某，男，34岁，职员，2006年9月15日初诊。

患者于1个月前出现下肢水肿，就诊于省某院，尿常规：PRO(++)，24小时尿蛋白2.2g，肾功能检查BUN 3.6mmol/L，肌酐105μmol/L。肾穿显示肾小球基底膜轻度弥漫均匀增厚，僵硬节段性空泡变性，上皮下嗜复红蛋白呈细颗粒状沉积。肾小管上皮轻度弥漫颗粒变性。免疫荧光IgG，IgA、IgM沉积，诊为膜性肾病，给以依那普利、双嘧达莫等治疗，症状无明显改变。



患者双下肢水肿，小便色黄，泡沫较多，不易消退，腰酸乏力，舌淡胖，苔黄腻，脉弦细。

证属肾络瘀阻，脾虚气亏。

治以化瘀通络，健脾益气。

蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲 10g，黄芪 15g，茯苓 15g，炒山药 15g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，丹参 15g，川芎 10g，红花 12g，全蝎 3g。水煎服，每日 1 剂。

2006 年 10 月 13 日：尿中仍有泡沫，咽干，鼻干，舌红，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（+++）。

蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲 10g，黄芪 15g，炒山药 15g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，丹参 15g，川芎 10g，红花 12g，全蝎 3g，玄参 15g，麦冬 15g，金银花 15g，连翘 10g。水煎服，每日 1 剂。

2006 年 11 月 17 日：尿中泡沫减少，近几日外感，鼻塞，咽痒，轻微咳嗽，咳少量黄痰。舌红，苔少，脉弦细。尿常规：PRO（++）。

蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲 10g，荆芥 10g，辛夷 10g，金银花 15g，连翘 10g，板蓝根 15g，杏仁 10g，前胡 10g，款冬花 10g，炙杷叶 15g，浙贝母 15g，黄芩 10g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，全蝎 3g。

2006 年 12 月 1 日：下肢水肿减轻，小便色黄，有泡沫，大便先干后调，舌红苔薄黄，脉弦细无力。尿常规：PRO（++），WBC 偶见。

蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲 10g，黄芪 15g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，丹参 15g，川芎 10g，红花 12g，全蝎 3g，金银花 15g。



2007年1月5日：腰部乏力，大便略干，舌淡黯，苔薄白，脉弦细。尿常规：PRO（++），WBC偶见。24小时蛋白定量0.9g。

上方加川续断12g。

2007年1月26日：患者精神可，下肢水肿不明显，小便色黄，泡沫减少，舌淡，苔少，脉弦细。尿常规：PRO（+）。

继用前方治疗，每日1剂，水煎服。

2007年3月2日：下肢无明显水肿，小便色淡，泡沫不多，纳食可，大便调，仍有腰酸，活动后加重，舌淡，苔薄黄腻，脉沉细缓。尿常规：PRO（+）。24小时蛋白定量0.4g。

蝉蜕10g，地龙12g，僵蚕10g，乌梢蛇10g，龟甲10g，黄芪15g，青风藤15g，鬼箭羽15g，全蝎3g，丹参15g，川芎10g，红花12g，茯苓15g，川续断12g。

2007年4月27日：下肢无水肿，小便色淡黄，泡沫不多，腰酸乏力，舌淡红，苔薄黄，脉弦细滑。尿常规：（-）。24小时蛋白定量0.14g。

上方加菟丝子15g，生杜仲12g

2007年5月25日：精神可，下肢无水肿，小便色淡，无泡沫，腰膝酸软，活动后明显，大便调，寐可，舌红，苔薄白，脉弦细滑。尿常规：（-），24小时蛋白定量0.12g。

蝉蜕10g，地龙12g，僵蚕10g，乌梢蛇10g，龟甲10g，黄芪15g，青风藤15g，鬼箭羽15g，丹参15g，川芎10g，红花12g，茯苓15g，川断12g，菟丝子15g，生杜仲12g。



按语：此案表现为水肿及蛋白尿，属于中医“水肿”范畴，单用利尿药水肿或许减轻，而蛋白尿不易消退，结合肾脏病理结果，肾小球基底膜增厚、上皮下嗜复红蛋白呈细颗粒状沉积等，乃肾内微小瘢痕，需用活血通络药物治疗，药用蝉蜕、地龙、僵蚕、乌梢蛇、鬼箭羽、全蝎、丹参、川芎、红花、青风藤活血通络，黄芪益气，龟甲养阴补肾，并根据患者的症状加减用药，取得了较好的临床效果。

肾病综合征

原发性肾病综合征是临床上常见的疾病，以肾小球滤过膜通透性增高，导致大量蛋白质从尿中漏出为主要病变的临床症候群。临床上的大量蛋白尿（ $>3.5\text{g}/24\text{h}$ ）、低白蛋白血症（ $<30\text{g/L}$ ）、高脂血症和水肿（简称“三高一低”）为主要特征。本病发病以青少年和儿童为多见，在儿童肾小球疾病中占70%~90%，在成人发病中也占20%~30%。从其病理变化来看，大部分儿童和部分成人的发病均为微小病变型，少数为膜性、增殖性、膜增生性以及局灶硬化等改变。相对而言，儿童的原发性肾病综合征治疗较易，大多数肾脏病理表现为微小病变型，对糖皮质激素较为敏感，而成人部分患者对激素的反应较差，即便是对糖皮质激素较为敏感的患者，停用激素后，有较高的复发率。有人统计，单用糖皮质激素治疗，儿童患者停药后的复发率达50%以上，而配合中药治疗，不仅能降低复发率，且能减轻激素的不良反应，以保证治疗效果。



肾病综合征的诊断、治疗相对容易，如果有肾脏病理的支持，对药物的选择和疗效判定更有参考意义，尤其是对激素和细胞毒类药物的使用。在服用糖皮质激素时，要了解激素的用药原则和不良反应，并认真向患者及家属解释。

1. 对症治疗要辨证

关于肾病综合征的临床表现，要注意其特点，并结合中医理论辨别其特性以对症治疗。

(1) 水肿：以全身性为多。初起见踝部呈凹陷性，小便量明显减少。严重者可以出现胸腔、腹腔、阴囊积液，甚至心包腔的大量积液。如颈部皮下水肿积液增多可出现呼吸困难。本病出现的水肿与体位有明显关系。此证多属于中医水肿的阴水范畴，多用健脾益气、消肿利水的方法治疗，常用五皮饮合五苓散加减：茯苓 15g，猪苓 10g，白术 10g，泽泻 10g，大腹皮 10g，桂枝 6g，桑白皮 10g，陈皮 6g，益母草 20g，白茅根 20g。

但需要注意的是，复感风邪，也可表现为阳水，治疗上风寒为主者以麻杏五皮饮加减：生麻黄 6g，杏仁 9g，茯苓皮 15g，陈皮 6g，大腹皮 9g，桑白皮 12g，生姜皮 3g，车前子 15g。表邪解者去麻黄、杏仁，加玉米须 30g，白茅根 30g。若风热为主者以越婢汤合麻黄连翘赤小豆汤加减：生麻黄 6g，生石膏 30g，连翘 9g，黄芩 12g，赤小豆 30g，鱼腥草 15g，桔梗 3g，鲜茅根 15g，鲜芦根 30g。

(2) 低白蛋白血症：肾病综合征时由于蛋白从尿中大量丢失，肝脏合成白蛋白障碍，以及肠道水肿蛋白吸收障碍等因素，故白蛋白水平在 30g/L 以下。低蛋白血症与尿蛋白排出量之间有一定的相关性，但并不是所有大量蛋



白尿的患者都会有低蛋白血症。例如平素体质健壮又摄入高蛋白饮食患者初期可以不出现低蛋白血症。低蛋白血症属于脾肾亏虚的表现，治疗上常用健脾益气的六君子汤等，另外黄芪在改善低白蛋白血症方面有较好的疗效，常用剂量10~40g。黄芪益气固表、利水消肿，是治疗肾脏病的常用药物。多用生黄芪，同时配合理气、活血药物治疗。

(3) 蛋白尿：尿液中含有大量泡沫，消散缓慢。蛋白尿时尿液中有泡沫，但泡沫不一定是蛋白尿，蛋白流失每日3.5~10g，亦有多达10~20g。本病蛋白尿的多少，具有很大的个体差异，高蛋白饮食可致蛋白排出量增加，而严重的低蛋白血症和肾小球滤过率降低时，可使尿中蛋白排出量减少。近年来，对蛋白尿的继发肾脏损害有了新的认识，减少蛋白尿对肾脏的保护具有重要意义。在肾衰竭时，由于肾小球硬化，滤过率完全丧失，尿蛋白测定可以很少，甚至是阴性，故肾脏病的治疗要以保护肾功能为首要任务。对于一些激素依赖或激素抵抗的患者，中药治疗时采用活血通络的药物有一定的作用。患者表现为面目四肢水肿，迁延日久，肌肤甲错或见红丝赤缕，瘀点瘀斑，或者腰痛尿赤，舌质淡或黯红，边有瘀点，舌下脉络瘀紫，苔薄黄或腻，脉象细涩。采用益肾通络、活血化瘀方法，用桃红四物汤加减：当归12g，生地黄15g，赤芍12g，桃仁9g，红花9g，川芎9g，益母草12g，仙灵脾12g，丹参12g，炙山甲片6g。瘀血严重者加水蛭3g。

对于顽固性蛋白尿而无明显瘀血症状体征者，亦可在辨证论治的基础上加用活血通络药物，水蛭、山甲珠、乌梢蛇、地龙、蝉蜕、龟甲等均有较好的减少尿蛋白的作



用。一些患者也可加入雷公藤、青风藤等药物，这类药物具有调节免疫的作用。雷公藤在使用中，一是要去皮，二是应久煎，以减少其毒副作用。

2. 分阶段配合激素辨证服用中药

糖皮质激素是治疗肾病综合征的主要药物，一定要严格按照其使用原则，糖皮质激素的使用原则和方案有以下内容。①起始足量：常用药物为泼尼松 $1\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，口服 8 周，必要时可延长至 12 周；②缓慢减药：足量治疗后每 1~2 周减原用量的 10%，当减至 $20\text{mg}/\text{d}$ 左右时症状易反复，应更加缓慢减量；③长期维持：最后以最小有效剂量 ($10\text{mg}/\text{d}$) 作为维持量，再服半年至 1 年或更长。激素可采取全日量顿服或在维持用药期间两日量隔日 1 次顿服，以减轻激素的不良反应。服用时间多在清晨，此时是体内激素分泌高峰期。长期应用需加强监测，防止并及时处理感染、药物性糖尿病、骨质疏松等不良反应，少数病例发生股骨头无菌性缺血性坏死。对于激素依赖型患者反复发作时，在减量时可给 ACTH 肌注，连续 3 天。

在服用激素时，分阶段配合中药可提高激素的治疗效果，减轻其不良反应。

(1) 起始足量阶段：不良反应主要为医源性肾上腺皮质功能亢进症，如手足心热，口干咽燥，心烦易怒，失眠，食欲亢进，舌红，脉细数；治疗上应养阴清热，用六味地黄丸、知柏地黄丸加减。要注意不可滋腻太过，损伤脾胃。气虚者加用益气健脾药物。

(2) 减量阶段：患者多表现为柯兴氏症。临床见满月脸，水牛背，向心性肥胖，痤疮，口干，失眠，溃疡，舌红，脉细数等，治以养阴清热解毒，用六味地黄汤加金银



花、连翘、紫花地丁、蒲公英、地骨皮等。上呼吸道感染时用银翘散，预防感冒用玉屏风散。

(3) 小剂量维持阶段：患者多表现为肾上腺皮质功能低下。气阴两虚者见疲乏无力，精神不振，纳呆食少，口干，舌淡红，脉细弱，用参芪地黄汤补益气阴；肾阳亏虚者见畏寒肢冷，大便软，舌淡，脉细弱，以金匱肾气丸加减温阳补肾。用药时不可温阳太过，过用辛燥，适当配伍养阴。温阳药用仙茅、仙灵脾、肉苁蓉、菟丝子等，尽量避免长期应用附子、肉桂等大热温燥之品。

【验案举例】

例 1. 张某，男，24 岁，工人。主诉：水肿 1 个月，加重 1 周就诊。

患者于 1 个月前无明显诱因出现眼睑及下肢水肿，晨起较轻，活动及午后加重，伴体倦乏力，食欲不振，小便量少，门诊尿检蛋白+++，白蛋白 22g/L，以“肾病综合征”入院。入院后进行以下检查：血常规：WBC $7.0 \times 10^9/L$ ，RBC $5.4 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 148g/L。尿常规：PRO(+++)，BLD(-)，镜检(-)。24 小时尿蛋白定量：4.6g/日。血清总蛋白：47g/L，白蛋白 21g/L。胆固醇：18mmol/L，甘油三酯 1.8mmol/L。肝功能：未见异常。肾功能：血肌酐 $110 \mu\text{mol}/L$ ，尿素氮 5.3mmol/L。心电图未见异常。双肾 B 超：未见异常。肾活检：光镜下肾小球结构未见异常；电镜示肾小球脏层上皮细胞足突融合。

诊断为肾病综合征（微小病变），给以糖皮质激素治疗。强的松 60mg，日 1 次，晨起顿服；双嘧达莫 50mg，日 3 次；钙尔奇 D 600mg，日 1 次。

服药 1 周后，尿蛋白转阴，水肿减轻，食欲增加。2



周后复查 24 小时尿蛋白为 0.12g，但患者汗出较多，手足心热，心烦不易入寐，易怒，多食善饥，服用谷维素等药物效果不明显，请中医会诊治疗。

患者初起症状表现为眼睑及下肢指凹形水肿，面色苍白，精神萎靡不振，气短乏力，腰膝酸软，纳呆食少，小便多泡沫。服用糖皮质激素 60mg/d，2 周后眼睑及下肢轻度水肿，汗出较多，手足心热，心烦不易入寐，多食善饥，小便色淡无泡沫。舌红少苔，脉细数。

诊断：水肿。

辨证：阴虚内热、水湿潴留。

治则：养阴清热、利水消肿。

方药：知柏地黄汤合猪苓汤加减。

知母 10g，黄柏 9g，龟甲 10g，生地黄 12g，山茱萸 10g，牡丹皮 10g，茯苓 12g，丹参 10g，山药 10g，煅牡蛎 15g，猪苓 10g，泽泻 10g，滑石 10g，阿胶 10g（烔）。

药后汗出减少，心烦减轻，睡眠好转，舌质淡红，苔薄白，脉稍数。

强的松 60mg/d 用至第 9 周开始减量，每 1 周减量 10%，减至 20mg/d 时持续用药 8 周。减量至 10mg/d 时，患者体倦乏力，精神不振，纳呆食少，口干，舌淡红，苔薄白，脉细无力。

尿常规：蛋白阴性。胆固醇：4.6mmol/L。血清总蛋白：72g/L，白蛋白：43g/L。

辨证：气阴两虚。

治则：益气养阴。

方药：参芪地黄汤加减。

太子参 10g，黄芪 15g，生地黄 12g，茯苓 15g，山茱萸



萸 12g, 枸杞子 12g, 山药 10g, 黄精 10g。

服药后症状好转, 强的松减量至 5mg/d 后, 患者畏寒肢冷, 纳呆食少, 腰膝酸软, 小便清长, 大便溏, 舌淡, 苔薄白, 脉沉细无力。

辨证: 脾肾阳虚。

治则: 温肾补脾。

方药: 金匱肾气丸合六君子汤。

熟地黄 15g, 山茱萸 12g, 茯苓 12g, 肉桂 6g, 枸杞子 12g, 熟附片 8g (先煎), 菟丝子 12g, 陈皮 6g, 白术 10g, 仙灵脾 10g, 太子参 10g, 炙甘草 6g。

服药后精神及体力好转, 食欲增加, 不畏寒, 大便调, 舌淡红, 苔薄白, 脉和缓。继续用药 6 个月, 停用强的松, 以玉屏风散善后。

生黄芪 150g, 白术 100g, 防风 50g, 北沙参 100g。研末冲服, 每次 6g, 日 2 次。

两年后随访, 未复发。

按语: 本例患者服用激素治疗肾病综合征, 尿蛋白很快转阴, 但激素的不良反应较为明显。大剂量激素阶段出现食欲亢进、手足心热、多汗、不寐等阴虚内热的表现, 给以养阴清热中药治疗; 激素减量后出现气阴两虚表现, 给以参芪地黄汤以益气养阴; 后期表现为畏寒肢冷, 纳呆食少, 大便稀, 这是由于长期大剂量服用外源性糖皮质激素, 肾上腺皮质功能减退所致, 属于中医阳虚证候, 给以温补脾肾的治疗, 很快改善症状。患者停药后, 容易因感冒而复发, 给以玉屏风散益气固表, 有较好地预防作用。

例 2. 华某, 男性, 54 岁, 干部。2006 年 8 月 16 日初诊。



主诉发现尿中泡沫增多3年，发作性腰痛、肉眼血尿半年，双下肢水肿3月入住省某院，查体 T36.8℃、P78次/分、R19次/分、BP140/90mmHg。颜面部无水肿，睑结膜无苍白，双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，心率78次/分，律整，各瓣膜区未闻及杂音，腹平软，无压痛，肝脾未触及，移动性浊音阴性，双侧肾区无叩击痛，双下肢呈指凹性水肿。查24小时尿蛋白定量12.49g，血白蛋白25.8g/L，胆固醇7.83mmol/L，甘油三酯2.50mmol/L，低密度脂蛋白4.51mmol/L，极低密度脂蛋白1.144mmol/L。诊为肾病综合征，建议患者做肾穿刺活检，患者不同意肾穿，给以控制血压、抗凝、降脂等治疗，复查24小时尿蛋白20.87g，给以糖皮质激素、免疫抑制剂联合应用，水肿好转出院。现服用波依定、苯那普利、美卓乐、骁悉、肠溶阿司匹林、双嘧达莫等。

现下肢轻度水肿，无明显乏力、腰痛等症，纳可，手心热，形体较胖，舌质淡红，苔黄腻，脉弦滑。血压125/75mmHg。

尿常规：尿蛋白(++)，潜血(++)，24h蛋白定量20.8g。

证属脾虚水泛，瘀阻肾络。

治以健脾利水，化瘀通络。

黄芪15g，茯苓15g，炒白术10g，猪苓12g，椒目10g，蝉蜕10g，地龙12g，僵蚕10g，乌梢蛇10g，龟甲(先煎)15g，青风藤15g，鬼箭羽15g，丹参15g，川芎10g，红花15g。每日1剂，水煎服。

2006年8月23日：下肢轻度水肿，其他无不适，纳可，大便正常，舌淡红苔白腻，脉弦滑。



前方(2006年8月16日方,下同)加车前子(包)15g,灵芝草15g,每日1剂,水煎服。

2006年9月6日:下肢轻度水肿,颜面及前胸痤疮,咽痒干咳,自汗出,纳可,舌质淡红,苔白腻,脉弦滑。

尿蛋白(++),定量4.82g/24h。WBC $15.4 \times 10^9/L$, N 62.9%, L 28.5%。RBC $4.26 \times 10^{12}/L$ 。Hb 136g/L。血A/G 32.9/23.3。总胆固醇9.99mmol/L,甘油三酯1.33mmol/L。尿素氮10.98mmol/L,血肌酐 $90 \mu\text{mol/L}$,血尿酸555mmol/L。

前方(2006年8月16日方)加桑白皮10g,杏仁10g,炙杷叶15g,车前子(布包)15g,金银花15g,前胡10g。

2006年9月20日:水肿明显,疲倦乏力,痤疮消失,每午后嗜睡,纳可,舌质红苔薄黄腻,脉细滑。

前方(2006年8月16日方)加车前子(布包)10g,泽泻10g,冬瓜皮15g,玉蝴蝶10g。

2006年9月27日:水肿好转,唯足踝部水肿明显,汗出,仍疲倦乏力,纳可,便调,舌质淡红,脉滑数。

前方(2006年8月16日方)加车前子(布包)15g,泽泻10g,冬瓜皮15g,煅龙牡各30g,地骨皮15g。

2006年10月11日:水肿明显,疲倦乏力,自汗,纳可,大便调,舌淡红,苔白,脉滑数。

尿蛋白(+++),定量:6.63g/24h。血A/G:31.3/22.3。总胆固醇10.01mmol/L,甘油三酯2.22mmol/L。尿素氮7.0mmol/L,血肌酐 $67 \mu\text{mol/L}$ 。

黄芪15g,茯苓15g,炒白术10g,猪苓12g,椒目



10g, 蝉蜕 10g, 地龙 12g, 僵蚕 10g, 乌梢蛇 10g, 龟甲 (先煎) 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 丹参 15g, 川芎 10g, 红花 15g, 车前子 (布包) 15g, 全蝎 3g。

2006 年 10 月 25 日：水肿明显减轻，尿量增多，仍疲倦乏力，大便晨起 3 次，纳可，舌淡红，苔白，脉滑。

前方 (2006 年 10 月 11 日方) 加炒枳壳 10g。

2006 年 11 月 1 日：双下肢轻度水肿，休息后可以消失，疲倦乏力，大便日 3 次，便后肛门灼热疼痛，纳可，舌淡，苔白腻，脉弦滑。

前方 (2006 年 10 月 11 日方) 加葛根 12g, 炒黄芩 10g, 黄连 6g。

2006 年 11 月 15 日：下肢水肿好转，活动后明显，仍觉乏力，大便日 3 次，便后灼热感减轻，便质正常，舌淡红。苔白腻，脉弦滑。

黄芪 15g, 茯苓 15g, 炒白术 10g, 猪苓 12g, 椒目 10g, 蝉蜕 10g, 地龙 12g, 僵蚕 10g, 乌梢蛇 10g, 龟甲 (先煎) 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 丹参 15g, 川芎 10g, 车前子 (布包) 15g, 黄连 6g, 黄芩 10g, 佩兰 10g。

2006 年 11 月 22 日：下肢轻度水肿，休息后消失，疲倦乏力，周身不适。睾丸胀痛，大便日 2 次，舌质淡红，苔白腻，脉弦滑。

前方去黄芩、黄连，黄芪改为 20g, 加苍术 10g, 红花 12g, 乌药 10g, 荔枝核 15g。

2006 年 12 月 6 日：周身疲倦沉重乏力，足踝部轻度水肿，睾丸胀痛好转，纳可，大便正常，舌质淡红苔白腻，脉弦滑。尿蛋白定量 1.20g/24h。



黄芪 15g, 茯苓 15g, 炒白术 10g, 猪苓 12g, 椒目 10g, 蝉蜕 10g, 地龙 12g, 僵蚕 10g, 乌梢蛇 10g, 龟甲 (先煎) 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 丹参 15g, 川芎 10g, 车前子 15g, 苍术 10g, 佩兰 10g, 炒薏苡仁 30g, 丹参 15g, 川芎 10g。

2006 年 12 月 13 日: 水肿明显减轻, 仍疲倦乏力, 肘关节等关节疼痛, 舌质淡红, 苔白腻, 脉弦滑。

前方 (2006 年 12 月 6 日方, 下同) 去车前子、炒薏苡仁, 黄芪改 30g, 加煅龙牡各 30g。

2006 年 12 月 20 日: 水肿完全消失, 唯周身沉重, 纳可, 大便日 1 次, 舌质淡红, 苔白腻, 脉弦滑。尿蛋白定量 1.31g/24h。

继服前方。

2007 年 1 月 3 日: 周身沉重, 纳谷一般, 无水肿, 大便日 1~2 次, 干咳, 咽痒, 舌淡红, 苔白厚腻, 脉弦滑。

黄芪 15g, 茯苓 15g, 炒白术 10g, 蝉蜕 10g, 地龙 12g, 僵蚕 10g, 乌梢蛇 10g, 龟甲 (先煎) 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 丹参 15g, 川芎 10g, 苍术 10g, 佩兰 10g, 炒薏苡仁 30g, 川芎 10g, 白豆蔻 10g, 荆芥 10g, 杏仁 10g, 清半夏 10g。

2007 年 1 月 10 日: 咽痒干咳好转, 水肿消失, 周身沉重减轻, 劳累后腰酸疼痛, 纳可, 无明显口干口渴, 舌质淡红, 苔黄腻, 脉弦滑。尿蛋白定量 1.51g/24h

前方 (2007 年 1 月 3 日方) 去清半夏, 加炒黄芩 10g, 全蝎 3g。

2007 年 1 月 17 日: 咽干咽痒消失, 周身沉重好转,



纳可，纳后无明显腹满，遇冷睾丸胀痛，舌质淡红，苔白腻，脉弦滑。

前方（2007年1月3日方，下同）加荔枝核 15g。

2007年1月31日：活动时间延长则下肢轻度水肿，睾丸坠痛明显减轻，周身较前轻松，纳可，舌淡红苔黄腻，脉弦滑。尿蛋白定量 0.76g/24h。

继用前方。

2007年2月6日：近日感冒鼻流清涕，咽痛，咳嗽，少痰，舌淡红，苔黄腻，脉浮滑。

荆芥 10g，金银花 15g，连翘 10g，杏仁 10g，前胡 10g，炙枇杷叶 15g，浙贝母 15g，款冬花 10g，蝉蜕 10g，地龙 10g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲（先煎）15g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，全蝎 3g，草果 10g，炒黄芩 10g，焦槟榔 10g。

2007年2月14日：感冒已愈，咳嗽减轻，下肢轻度水肿，腹泻，每日 3~4 次，无腹痛，舌淡红，苔黄腻渐退，脉弦滑。

黄芪 15g，茯苓 15g，炒白术 10g，猪苓 12g，椒目 10g，蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲（先煎）15g，青风藤 15g，鬼箭羽 15g，全蝎 3g，苍术 10g，陈皮 10g，杏仁 10g，前胡 10g，藿香 10g。

2007年3月1日：下肢轻度水肿，沉重，下颌部痤疮，咳嗽消失，大便正常，舌淡红苔黄腻，脉弦细。

尿蛋白定量 0.44g/24h，血红蛋白比值 A/G 48/30。尿素氮 5.5mmol/L，血肌酐 102μmol/L。胆固醇 5.83 mmol/L，甘油三酯 2.21 mmol/L。

前方（2007年2月14日方，下同）去杏仁、前胡、



藿香，加车前子 15g，泽泻 10g，金银花 15g。

2007 年 3 月 7 日：下肢轻度水肿，偶发下肢沉重，纳可，大便正常，左侧上肢皮下瘀斑，无出血等，舌淡红，苔黄腻渐退，脉弦细滑。

前方去杏仁、前胡、藿香、地龙，加泽泻 10g，车前子 15g，仙鹤草 30g，灵芝草 15g。

2007 年 3 月 14 日：双下肢轻度水肿，纳可，因静点肝素眼底出血，皮下出血明显，偶发咳嗽，舌淡红，苔黄腻，脉弦滑。

前方去鬼箭羽、地龙、藿香，加车前子 15g，仙鹤草 30g，灵芝草 15g，牡丹皮 10g，赤芍 10g。

2007 年 3 月 21 日：水肿减轻，干咳好转，眼底出血明显吸收，皮下偶发出血，大便日 2~3 次，舌淡红，苔黄腻，脉弦滑。

黄芪 15g，茯苓 15g，炒白术 10g，猪苓 12g，椒目 10g，蝉蜕 10g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲（先煎）15g，青风藤 15g，全蝎 3g，苍术 10g，杏仁 10g，前胡 10g，藿香 10g，荆芥 10g，炙枇杷叶 10g，仙鹤草 30g，灵芝草 15g。

2007 年 3 月 28 日：双下肢轻度水肿，干咳好转，眼底、皮下出血明显吸收，纳可，二便正常，舌淡红苔黄腻，脉弦滑。尿蛋白定量 0.29g/24h。

前方（2007 年 1 月 14 日方）去藿香，加佩兰 10g，陈皮 10g。

2007 年 4 月 12 日：下肢轻度水肿，皮下出血消失，偶发咳嗽，纳谷增加，舌淡红苔黄腻，脉弦滑。

黄芪 15g，茯苓 15g，炒白术 10g，猪苓 12g，椒目



10g, 蝉蜕 10g, 地龙 12g, 僵蚕 10g, 乌梢蛇 10g, 龟甲 (先煎) 15g, 青风藤 15g, 鬼箭羽 15g, 全蝎 3g, 苍术 10g, 佩兰 10g, 清半夏 10g, 杏仁 10g, 前胡 10g, 炙杷叶 15g, 灵芝草 15g。

2007 年 4 月 19 日: 下肢轻度水肿, 午睡后面目虚浮, 舌淡红苔黄腻, 脉弦细滑。

前方 (2007 年 4 月 12 日方, 下同) 去杏仁、前胡、炙杷叶、清半夏, 加炒黄芩 10g, 草果 10g, 焦槟榔 10g, 浮萍 10g。

2007 年 4 月 25 日: 面目虚浮好转, 下肢轻度水肿, 偶发痤疮, 偶发皮下瘀斑, 纳可, 舌红苔黄腻渐退, 脉弦细滑。

前方去清半夏、杏仁、前胡、炙杷杷叶, 加草果 10g, 焦槟榔 10g, 仙鹤草 30g。

2007 年 5 月 9 日: 水肿好转, 咳嗽已愈, 牙龈红肿, 痤疮, 皮下出血, 纳可, 大便每日 2~3 次, 舌淡红苔黄腻, 脉弦滑。尿蛋白定量 0.20g/24h。

前方去杏仁、前胡、炙杷杷叶、清半夏、地龙, 加草果 10g, 焦槟榔 10g, 乌梢蛇 10g, 仙鹤草 30g, 金银花 15g, 连翘 10g, 知母 10g。

2007 年 5 月 16 日: 足踝轻度水肿, 牙龈肿痛减轻, 皮下出血减轻, 纳可, 大便次数增多, 舌淡红苔黄腻, 脉弦滑。

黄芪 15g, 茯苓 15g, 炒白术 10g, 猪苓 12g, 椒目 10g, 蝉蜕 10g, 地龙 12g, 僵蚕 10g, 乌梢蛇 10g, 龟甲 (先煎) 15g, 青风藤 15g, 全蝎 3g, 苍术 10g, 佩兰 10g, 金银花 15g, 连翘 10g, 乌梢蛇 10g, 知母 10g, 草果 10g,



仙鹤草 30g。

2007年6月6日：牙龈肿痛，皮下出血均消失，足踝水肿消失，纳谷增加，活动量增加，舌淡红，苔黄腻，脉弦滑。尿蛋白定量 0.25g/24h。

黄芪 15g，茯苓 15g，炒白术 10g，猪苓 12g，椒目 10g，蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲（先煎）15g，青风藤 15g，全蝎 3g，苍术 10g，佩兰 10g，制首乌 15g，大荷叶 12g。

2007年6月13日：劳累后下肢水肿明显，干咳无痰，皮下出血消失，舌淡红苔黄腻，脉弦滑。

前方（2007年6月6日方，下同）去制首乌、大荷叶，加车前子 15g，冬瓜皮 15g，桑白皮 10g。

2007年6月20日：水肿明显好转，干咳消失，纳可，二便正常，舌淡红苔黄腻，脉弦滑。

前方去制首乌、大荷叶，加冬瓜皮 15g。

2007年6月27日：水肿明显消退，血压平稳，纳可，二便正常，舌红苔黄腻，脉弦滑。血压 116/76mmHg。

前方去佩兰、大荷叶，加藿香 10g，白豆蔻 10g，草果 10g。

2007年7月3日：下肢水肿明显减轻，纳可，无皮下出血，舌质淡红苔黄腻，脉弦滑。

继用前方。

2007年7月11日：下肢水肿减轻，偶发皮下瘀斑，纳可，舌淡红苔黄腻，脉弦细滑。24小时蛋白定量 0.11g。

黄芪 15g，茯苓 15g，炒白术 10g，猪苓 12g，椒目 10g，蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲



(先煎) 15g, 青风藤 15g, 全蝎 3g, 苍术 10g, 藿香 10g, 草果 10g, 仙鹤草 30g。

2007 年 8 月 1 日: 下肢局部轻微水肿, 皮下瘀斑消失, 纳可, 血压平稳, 舌淡红苔白, 脉弦细滑。

前方(2007 年 7 月 11 日方, 下同)去仙鹤草, 加菟丝子 15g, 灵芝草 15g。

2007 年 8 月 8 日: 下肢局部轻度水肿, 其他无明显不适, 舌淡红, 苔白, 脉弦细滑。尿蛋白定量 0.12g/24h。

前方去猪苓、仙鹤草, 加制首乌 30g, 泽泻 10g, 大荷叶 12g, 菟丝子 15g, 灵芝草 15g。

2008 年 5 月 14 日: 已停药 2 月余, 复查 24 小时尿蛋白定量 0.10g。

2009 年 7 月 6 日: 2 月前因感冒后尿中出现蛋白, 以前方加减服用治疗 1 月后蛋白转阴, 复查 24 小时尿蛋白 0.09g。

按语: 本例患者在单独服用西药时, 尿蛋白持续阳性, 不易消退, 配合益气健脾、活血通络中药后, 尿蛋白逐渐减轻并恢复正常。尽管病程中因感冒出现咳嗽、因静点肝素出现皮肤及眼底出血、或大便增多等, 主要治疗原则一直未变, 只是根据症状加减用药。方中黄芪、茯苓、炒白术、龟甲健脾补肾, 猪苓、椒目、车前子利尿消肿, 蝉蜕、地龙、僵蚕、乌梢蛇、青风藤、全蝎活血祛风通络, 咳嗽时加杏仁、前胡、炙枇杷叶、清半夏; 出血、牙龈红肿时加仙鹤草、金银花、连翘、知母; 湿重时加藿香、白豆蔻、草果。因患者服用免疫抑制剂, 这类药物对肝脏有损伤, 可在方中加入灵芝草以扶正护肝。



慢性肾衰竭

慢性肾衰竭过去称为慢性肾功能不全，随着对其病理学的认识，其功能不全是由于其病理学形态的异常而引起，故现在称为慢性肾衰竭。慢性肾衰竭是发生在各种慢性肾脏疾病的基础上，由肾单位严重受损，缓慢出现的肾功能减退而引起的一系列综合征。主要表现为肾功能持续性减退，代谢废物潴留，水电解质和酸碱平衡失调，肾血流动力学改变，内分泌功能障碍，免疫功能低下等。在国内慢性肾衰的年发病率是自然人群的 1/10000，且近年来由于糖尿病肾病的迅速增多患者有明显增多的趋势。其病情复杂多样且治疗棘手，严重危害人类的健康和生命。尽管西医学对慢性肾衰竭的发病机理已进行较为透彻的研究，但目前对慢性肾衰的治疗除透析和肾移植外，还缺乏有效的方法，且透析疗法不论是国家还是个人都是一个沉重的经济负担，而肾移植的肾脏来源和移植后的排异反应也是难以解决的问题。因此，非透析疗法在目前仍是国内主要的治疗手段。欲改善慢性肾衰的预后，除不断提高透析和移植的水平外，应努力发挥中医学的优势，发掘、研究防治慢性肾衰有效方法和方药。

中医药治疗慢性肾衰（尤其是在早、中期），在延缓病程进展、减慢进入透析期的速度、提高生存质量等方面具有很好的优势，对于晚期肾衰竭中药的主要作用在于改善临床症状、提高生活质量，对于肾功能的改善效果不确定，但部分病人也可明显好转。



1. 本虚标实为慢性肾衰之本

本病多由“水肿”、“淋证”、“癃闭”等病长期不愈，致肺、脾、肾三脏阳气损伤过甚，气化功能衰竭，不能分清泌浊、转化精微为本病之本；湿浊内蕴，郁久化毒，蕴于血分，脉络瘀阻为本病之标。而湿浊、瘀血贯穿本病的始终，瘀血的形成是由于湿浊阻滞、气血运行不畅所致。

2. 治疗注重辨病与辨证相结合

本病属本虚标实、虚实夹杂之证，湿毒弥漫则正气难复，故解毒利水、补气益肾为本病的治疗总则。赵老师总结自己数十年治疗慢性肾衰竭的经验，自创“肾毒清”（大黄、水牛角丝、土茯苓、茯苓、黄芪、当归、冬虫夏草、炮山甲等）为治疗本病的主方，方中以水牛角、土茯苓、茯苓等药清血分之水毒；黄芪、冬虫夏草等药补气益肾；当归、炮山甲以养血活血通络。大黄为君，可通腑泄浊，根据患者大便情况生用或制用，使患者保持每日2次稀便，它具有降低氮质，改善肾功能的作用。在本方的基础上，根据标本缓急的不同随证加减，常配合经验方肾析春（生大黄、乌贼骨、红花、黄芪等药）高位保留灌肠，以降低血肌酐、尿素氮水平，保护肾功能，改善患者生活质量，取得了良好的临床疗效。当病情稳定、正虚为主时，主要加用扶正之品。患者表现为面色萎黄、体倦乏力、食欲减退、腹胀便溏、舌淡苔白、脉细弱等脾气亏虚为主，则加香砂六君子汤、参苓白术散等；若表现为面色㿔白、畏寒肢冷、腰膝酸软、下肢水肿、舌淡胖、边有齿痕、苔白腻、脉沉细弱等脾肾阳虚者则加真武汤、实脾饮等；若见头晕耳鸣、口干咽燥、或有手足搐搦、腰酸、舌红、少苔、脉弦细数等肝肾阴虚者则加大补元煎合天麻钩



藤饮、或合镇肝熄风汤；若见神疲乏力、畏寒而手足心热、恶心呕吐、口中氨味、水肿尿少、头痛头晕、上半身热而腰以下怕冷、大便时干时稀、腰膝酸软、舌淡体胖、脉沉细等寒热错杂阴阳两虚者则加金匱肾气丸或济生肾气丸。

慢性肾衰竭表现为邪实标急为主者，当先祛邪。若见恶心、干呕或呕吐频作、纳呆腹胀、大便溏薄或干结不通、舌质淡而舌体胖大、舌苔白腻或黄腻、脉濡细等浊邪上犯者则加小半夏加茯苓汤、吴茱萸汤或黄连温胆汤；若周身水肿、或有胸水、腹水、尿少、尿闭等水湿潴留者则加温脾汤、五苓散、葶苈大枣泻肺汤或己椒苈黄汤；若见手足抽搐、头痛眩晕、烦躁不安或狂躁者则加三甲复脉汤合止痉散；若见恶心呕吐、水肿尿少、畏寒肢冷、渐至昏迷不醒，舌淡体胖、苔白腻、脉沉迟等浊邪上逆、蒙蔽清窍者则加温脾汤送服苏合香丸。

3. 重视综合治疗

慢性肾衰时，中医中药在保护残存肾单位，延缓慢性肾衰病程进展的作用已得到证实，特别是结合慢性肾衰表现出的综合征候群，以辨证论治中药复方为主，结合益气、活血化瘀中药的静脉滴注，中药的保留灌肠，穴位外敷，中药药浴等综合治疗，取得了比单纯口服中药，单纯西药组更好的疗效。

4. 根据分期确定治则

早期的肾衰竭患者，若采用中医药治疗，可以显著地改善临床症状，保护肾功能；对于氮质血症期，中药可以降低尿素氮、血肌酐，减轻症状；晚期对于肾功能的改善不显著，但可以改善临床症状，提高生活质量，对于进行



透析的患者，中药在保护残存肾功能方面有较为满意的作用。氮质血症期在临床上采用肾毒清冲剂治疗了 80 例肾衰患者。肾毒清冲剂的药物组成：冬虫夏草、水牛角丝、大黄、黄芪、炮山甲、土茯苓等。每包 15g，含生药 7.5g。对照组采用肾衰宁治疗。观察临床症状，血尿素氮 (BUN)，血肌酐 (Scr)，内生肌酐清除率 (Ccr)，血红蛋白，24 小时尿蛋白定量，血清二氧化碳结合率，血、尿 B₂ 微球蛋白等。按照卫生部 1988 年发布《中药新药临床研究指导原则》判定治疗效果，治疗组 80 例中，显效 42 例 (52.5%)，有效 24 例，无效 14 例 (17.5%)，总有效率为 82.5%。对照组 40 例患者总有效率为 50.0%，两组有显著性差异。水牛角丝清热、凉血、解毒、散瘀，土茯苓利湿解毒，大黄通腑泻浊、清热解毒、活血化瘀，冬虫夏草补益肾气、培补真元，黄芪益气健脾、扶正固本，炮山甲活血通络，诸药合用有解毒降浊、化瘀通络，益气扶正的功能。经现代药理研究证实：大黄能促进毒素排泄，调节胃肠功能，抑制细胞增殖，调节免疫，缓解残余肾高凝状态等功能，纠正贫血，延缓慢性肾衰竭的进展。

5. 注意纠正并发症

对于肾衰出现的肾性高血压及肾性贫血，要采用中西医结合的治疗方法。高血压是加速肾小球硬化、促进肾功能恶化的主要因素。积极控制高血压是十分重要的环节。对于肾性高血压，采用“肾高方”治疗。药物组成：生杜仲、桑寄生、制何首乌、光慈菇、夏枯草、丹参、当归、益母草、龟甲。方中龟甲、生杜仲、桑寄生滋阴补肾；丹参、当归、益母草活血化瘀，降低血液黏度，抑制肾小球纤维化；夏枯草平肝降压。特别是制何首乌、光慈菇，二



药是治疗肾性高血压的要药。制首乌补肝肾，益精血；光慈菇清热软坚活血。通过动物实验证实，该方能降低肾素，升高前列腺素 A2 和 E1，达到降压作用。对于肾性贫血采用滋肾生血法治疗，取得了很好的效果。滋肾生血法常用药物有人参、黄芪、当归、阿胶、鹿角胶等。

6. 重视活血通络法

慢性肾衰的病理基础是肾小球硬化、间质纤维化和小管萎缩（以下简称肾纤维化），肾纤维化几乎又是所有肾脏疾病进展到终末期肾病（ESRD）的共同通路。根据历代中医文献记载，结合大量肾病理片的阅读及临床病理的讨论，认为肾纤维化的病理形态学改变，包括细胞外基质积聚、球囊粘连、血管襻闭塞、肾瘢痕形成等，均是由于肾脉瘀阻、肾络不通所致。活血通络治疗肾络不通，存在着一个时间窗的问题，结合我们的临床和实验研究，认为早期治疗是获取最佳疗效的关键。什么才算早期？初步的认识是：从分子生物学角度理解，致硬化因子如 TGF- β_1 等开始高表达是肾纤维化的早期；从病理形态学判断，细胞外基质积聚、包氏囊增厚及球囊粘连是肾纤维化的早期；从临床肾功能推测，自然应从代偿期开始，但宜参考国外学者的意见，按理想体重来评估血肌酐（Scr）的正常值，而不是从 Scr133~177 μ mol/L（1.5~2.0 mg/dl）才开始治疗。亦即是说：早期应用活血通络中药治疗，其疗效比中晚期才开始治疗要有效的多。活血通络药物的选择，可用丹参、川芎、赤芍、益母草、鳖甲、山甲珠、水蛭、僵蚕、乌梢蛇、地龙等。

【验案举例】

例 1. 郝某，男，38 岁，农民。2006 年 2 月 28 日



首诊。

患者于正月初二（1月30日）劳累后出现心慌气短，全身水肿，头晕乏力，恶心呕吐，不能食，而住于当地医院，给予“灯盏花素”“科强”口服，以治疗心慌高血压为主。后经县医院建议到省某院住院。查：总蛋白 58.6g，二氧化碳结合率 13.6mmol/L，BUN 66.5mmol/L，Cr 1131.7 μ mol/L，UA 553 mmol/L，24 小时尿蛋白 0.50g。诊断为：慢性肾小球肾炎、慢性肾衰竭（尿毒症期）。建议血液透析治疗，患者拒绝。静点碳酸氢钠纠正酸中毒后出院。

现患者面色晦黯，口中异味，乏力气短，纳呆，恶心，呕吐，寐安，夜尿 3 次，约 1000ml，大便正常，舌质淡有齿痕，苔薄白，脉弦细。

诊断为关格。证属浊毒上逆，肾络瘀滞。治以解毒泻浊，化瘀通络，降逆止呕。方用肾毒清合肾络通加减。

水牛角丝 15g（先煎），黄芪 30g，茯苓 15g，白术 10g，泽泻 12g，猪苓 12g，当归 10g，土茯苓 30g，熟大黄 10g，蝉蜕 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，龟甲 15g，陈皮 10g，清半夏 10g，乌贼骨 30g，丹参 15g，川芎 10g，炒枳壳 10g。水煎服。7 剂。

2006 年 3 月 28 日：家属代述，下肢无力，皮肤瘙痒，夜尿 3~4 次，夜尿量 1500ml，颜面部发疹，大便日 3 次，纳可寐安。尿常规：潜血（+），蛋白（+）；二氧化碳结合力 18.8mmol/L，BUN 36.1mmol/L，Cr 517 μ mol/L。

前方去清半夏，加姜黄连 6g，吴茱萸 2g，荆芥 10g，地肤子 30g。水煎服，14 剂。



2006年4月11日：面部丘疹发痒，面色晦黯，口中异味，体力尚可，无水肿，腰酸，双下肢乏力，纳可，小便量尚可，大便1~2日1次，舌质淡，苔薄白，脉弦细。血压165/80mmHg。尿检：蛋白（+）。血Cr：335.7mmol/L。

水牛角丝15g（先煎），黄芪30g，茯苓15g，白术10g，泽泻12g，猪苓12g，当归10g，土茯苓30g，熟大黄10g，蝉蜕10g，地龙12g，僵蚕10g，乌梢蛇10g，龟甲15g，陈皮10g，生杜仲12g，白鲜皮15g，姜黄连6g，吴茱萸2g，乌贼骨30g，丹参15g，川芎10g，炒枳壳10g，荆芥10g。水煎服，14剂。

2006年5月9日：腰部空痛，下肢无力，面色无华，胸闷，偶有心慌，偶有头晕，夜尿2~3次，纳可，大便1~2次/日，舌淡苔薄白，根厚，有齿痕，脉弦细滑。

尿常规：潜血（++），蛋白（++），血压170/110mmHg。肾功：BUN 37.6mmol/L，Cr 508 μ mol/L，二氧化碳结合力18.2mmol/L。血常规：红细胞 2.86×10^{12} /L，血红蛋白88g/L。

前方去荆芥、白鲜皮，加制首乌15g，光慈菇10g，夏枯草15g，炒薏苡仁30g，草薢15g，车前草15g。水煎服，14剂。

2007年2月27日：家属代述10天前咳嗽，身冷，胸闷就诊与当地诊所，给以对症治疗。现乏力，咳嗽口干，食欲差，偶有鼻干，流鼻涕，寐差，入睡困难，大便调，小便可，腰部空痛，恶心身痒。

2月23日查BUN 56.8mmol/L，Cr 977.1 μ mol/L，UA 684.4 mmol/L，二氧化碳结合力13.0mmol/L。

水牛角丝15g（先煎），黄芪30g，茯苓15g，白术10g，



泽泻 12g, 猪苓 12g, 当归 10g, 土茯苓 30g, 熟大黄 10g, 蝉蜕 10g, 地龙 12g, 僵蚕 10g, 乌梢蛇 10g, 龟甲 15g, 陈皮 10g, 黄连 6g, 乌贼骨 30g, 炒枳壳 10g, 杏仁 10g, 前胡 10g, 炙枇杷叶 15g, 浙贝母 15g, 金银花 15g, 连翘 10g, 鱼腥草 15g, 玄参 15g, 紫苏叶 10g。水煎服, 7 剂。

2007 年 3 月 20 日: 家属代述, 乏力, 纳差, 失眠, 便秘, 小便淋漓不适, 咽痛。

3 月 16 日复查 BUN 57.7mmol/L, Cr 814 μ mol/L, 二氧化碳结合力 15.6mmol/L。

前方去杏仁、前胡、炙枇杷叶、浙贝母、鱼腥草、熟大黄。加板蓝根 15g, 大黄 10g (后下), 石韦 15g, 蒲公英 15g。水煎服, 14 剂。

2007 年 4 月 17 日: 家属代述, 咳嗽咳痰、咽痛症状明显减轻, 仍乏力, 腰酸, 纳差, 失眠, 鼻干出血, 夜尿 2~3 次, 量可, 大便 1 次/日。

BUN 52.3mmol/L, Cr 705 μ mol/L, UA 400 mmol/L, 二氧化碳结合力 10.5mmol/L。

2007 年 2 月 27 日方去杏仁、前胡、炙枇杷叶、浙贝母、鱼腥草、熟大黄加女贞子 15g, 大黄 10g (后下), 石韦 15g。水煎服, 21 剂。

2007 年 5 月 8 日: 代述, 全身乏力, 纳差, 眠差。

BUN 47.7mmol/L, Cr 691.7 μ mol/L, UA 478 mmol/L, 二氧化碳结合力 12.3mmol/L。

水牛角丝 15g (先煎), 黄芪 30g, 茯苓 15g, 白术 10g, 泽泻 12g, 猪苓 12g, 当归 10g, 土茯苓 30g, 益母草 30g, 蝉蜕 10g, 地龙 12g, 僵蚕 10g, 乌梢蛇 10g, 龟甲 15g, 陈皮 10g, 清半夏 10g, 乌贼骨 30g, 炒枳壳 10g,



黄连 6g, 吴茱萸 2g, 女贞子 30g, 大黄(后下) 10g, 夜交藤 30g, 合欢皮 15g, 生龙牡各 30g。水煎服 14 剂。

2007 年 5 月 29 日:腰酸腿软,体倦乏力,面色无华,纳差,困乏,大便 2 次/日,质稀,夜尿 2 次,口干。舌淡苔薄白,脉弦滑。血压 120/75mmHg。

前方加煅瓦楞子 15g,砂仁 10g,生杜仲 12g。水煎服 14 剂。

2007 年 6 月 19 日:腰痛,腿沉,明显好转;仍乏力,面色苍白,双下肢水肿,大便 1~2 次/日,小便泡沫较多,夜尿 2 次,口干渴欲饮,纳可,寐安。舌淡苔薄白,脉弦滑。血压 140/80mmHg。

血常规:WBC $4.1 \times 10^9/L$, RBC $2.27 \times 10^{12}/L$, HGB 68g/L, BUN 35.9mmol/L, Cr 596 μ mol/L, UA 456.8 mmol/L, 二氧化碳结合力 16.1mmol/L。

5 月 8 日方加煅瓦楞子 15g,砂仁 10g,生杜仲 12g,鹿角胶(烊化) 6g。

按语:患者因劳累出现心悸气短,恶心呕吐,肾功能检查尿素氮、血肌酐显著升高,伴有酸中毒,此属中医关格范畴,尽管无小便不通的表现,仍按关格、癃闭治疗。关格癃闭多由脾肾亏虚、浊毒内蕴所致,且病程日久,肾络瘀阻,故治疗上采用泻浊解毒、化瘀通络为法。方用肾毒清加蝉蜕、地龙、僵蚕、乌梢蛇以加强化瘀通络之功。并根据患者的症状变化加减用药,酸中毒明显时,加乌贼骨、左金丸;面部丘疹瘙痒,加川芎、荆芥以祛风;头痛明显加制首乌、光慈菇、夏枯草育阴潜阳;不寐时加夜交藤、合欢皮以安神;外感表现为邪热壅肺时加杏仁、前胡、炙枇杷叶、浙贝母、金银花、连翘、鱼腥草等清肺降



逆止咳。治疗中尤要注意感染及大便秘结，感染后症状及生化指标迅速恶化，大便秘结则使腑气不通、浊气上逆，会加重恶心、呕吐、头痛等症状。

例2. 王某，女，58岁，初诊日期1997年6月21日。

患慢性肾小球肾炎15年，肾功能不全1年余，虽经治疗，病势渐加重，遂来我院求治。患者面色萎黄，眼睑、下肢水肿，心悸气短，头痛头晕，皮肤瘙痒，纳呆，恶心呕吐，小便量少，大便干结，2日未解，舌淡苔黄腻，脉弦滑。检查：血压180/100mmHg，尿量1000ml/24h，尿蛋白（+），血肌酐 $607\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 24.6mmol/L ，血红蛋白 59g/L 。

西医诊为慢性肾衰竭，尿毒症期。

中医诊为“关格”，证属脾肾两虚，浊毒内盛，肝肾阴虚，虚风内动。

治当解毒利水，降逆平肝，补气益肾。

水牛角丝（先煎）15g，茯苓15g，猪苓12g，泽泻10g，土茯苓30g，黄芪15g，当归10g，黄芩12g，陈皮12g，清半夏10g，竹茹10g，乌贼骨30g，大黄（后下）10g，夏枯草15g，石决明15g，炮山甲10g，冬虫夏草（研末冲服）3g。水煎，日服1剂。

肾析春100ml，高位保留灌肠，日1次。并加用相应的西药降压。

进首剂大便得通，服至3剂，食量增加，呕恶渐止；服药7剂，眼睑水肿、头痛头晕、恶心呕吐消失，食欲好转，血压140/90mmHg。依上方用肾毒清合大补元煎、天麻钩藤饮加减，每日1剂，及肾析春灌肠，1个月后复查血肌酐 $382.5\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 18.4mmol/L 。



L。前方加减治疗3个月，血肌酐降至 $182\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮降至 10.4mmol/L ，临床基本缓解，随访1年，病情稳定。

按语：肾毒清来源于田乃庚老师创制的“广角四苓汤”，方中用广角凉血解毒，四苓汤利尿祛邪。加黄芪、当归、大黄、冬虫夏草等组成。由于药源及对珍贵动物的保护等原因，广角目前多用水牛角替代。使用时，水牛角丝水泡后先煎，置冷后再加入其他药物共煎，这样能使有效成分得以发挥，若在温度较高时加入其他药物，有些成分被破坏，影响药物的治疗效果。大黄治疗肾脏病有很多的临床报道，也有大量的动物实验证实其对肾脏固有细胞的增殖有抑制作用，可以减缓疾病的进展和保护肾功能。冬虫夏草是传统的补肾药物，具有益肾补肺的作用。药理研究显示冬虫夏草对肾脏有很好的保护作用，但其药源较少，价格昂贵，近来应用很少，目前尚无替代药物。一些人工培养的冬虫夏草虽形态相似，但有效成分的含量相差甚多，有些人工培养的有效成分的作用也有待于进一步的观察。

例3. 王某，男，47岁，工人。因小便量少、恶心、呕吐1周就诊。

患者于15年前因小便泡沫增多到医院就诊，尿常规检查蛋白阳性，诊为慢性肾炎，给以中西药治疗，病情较为平稳，但尿中蛋白持续存在。近2年渐出现乏力倦怠，易外感，1月前感冒后小便减少，每日300~500ml，就诊于当地医院，血肌酐 $882\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 18.3mmol/L ，诊为慢性肾衰竭，给以透析治疗后有所缓解。出院后停透析来门诊治疗。现患者小便量少，每日400ml，色黄，有



泡沫，不易消退，下肢轻度水肿，皮肤瘙痒，口中氨味，恶心，时有呕吐，体倦乏力，纳呆食少，大便干，2日1行，舌淡黯，苔白腻，脉弦滑。血肌酐 $542\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 14.3mmol/L ，二氧化碳结合力 19mmol/L 。

诊为关格，证属脾肾亏虚，浊毒内蕴，瘀血阻络；治以健脾益肾，祛湿降浊，化瘀通络。方用肾毒清加味。

黄芪 24g，水牛角丝 20g（先煎），熟大黄 10g，炮山甲珠 3g，土茯苓 30g，冬虫夏草 2g，椒目 10g，猪苓 10g，积雪草 12g，姜半夏 6g，地龙 10g，僵蚕 10g，黄芩 10g，乌贼骨 15g。

服药2周后恶心、呕吐明显减轻，小便尿量增多至800ml，继用上方治疗。

持续服药半年，小便尿量1000~1500ml，纳食可，无恶心呕吐，乏力减轻，复查血肌酐 $342\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 10.4mmol/L ，二氧化碳结合力 21.6mmol/L 。

按语：慢性肾衰竭属于中医“关格”范畴，多由水肿、淋证、癃闭等病反复发作或迁延日久形成。由于病久入络，故瘀阻肾络在发病机制中有重要意义，不仅脾肾衰败、浊毒内蕴，且有络脉瘀阻等，虚实并见。在治疗上，从肾络瘀阻入手，以炮山甲活血搜风、通络去瘀。《医学衷中参西录》中云：“其走窜之性，无微不至，故能宣通脏腑，贯彻经络，透达关窍，凡血凝血聚为病皆能开之”。冬虫夏草能提高机体免疫功能，纠正肾性贫血，改善肾功能，延缓慢性肾衰竭的进展。但近来由于药源关系冬虫夏草价格昂贵，难以长期应用。目前虽有替代品，但在效果上还是有差距，即便是冬虫夏草，也需要用到一定剂量才有效果，曾有报道冬虫夏草治疗慢性肾衰用3~4g/日，难



以长期应用。

例 4. 李某, 男, 57 岁, 农民。主因恶心呕吐 2 个月, 加重 1 周就诊。

患者于 2 个月前因劳累后出现恶心、呕吐, 在当地医院诊为“胃肠炎”, 给以抗生素等治疗, 症状无改善。近一周呕吐加重, 就诊于省某院, 血肌酐 $890\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 28mmol/L , 二氧化碳结合力 17mmol/L , 双肾 B 超示缩小, 诊为慢性肾衰竭, 给以血液透析等治疗, 恶心、呕吐有所减轻。因经济原因, 停用血透, 试用中药。现乏力, 时有恶心, 纳呆食少, 皮肤黯黑, 肌肤甲错, 皮肤瘙痒, 腰膝酸软, 小便量少, 大便偏干, 日 1 次。舌黯红, 苔白腻, 脉弦滑。血肌酐 $684\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 24mmol/L , 二氧化碳结合力 20mmol/L 。

诊为关格, 证属脾肾亏虚, 瘀血阻络, 浊毒内蕴; 治以补益脾肾, 化瘀通络, 泄浊解毒。方用癸水清方治疗。

大黄 6g, 黄精 15g, 仙灵脾 15g, 黄芪 30g, 红花 10g, 鬼箭羽 15g, 地龙 12g, 椒目 12g, 猪苓 10g, 清半夏 10g, 乌贼骨 15g, 姜黄连 5g, 吴茱萸 3g, 水牛角丝 20g (先煎)。

上方加减治疗 3 个月余, 恶心、呕吐不明显, 纳食好转, 小便量可, 每日 1200ml 左右。复查血肌酐 $446\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 18mmol/L , 二氧化碳结合力 22mmol/L 。继续以上方加减治疗, 1 年后复查血肌酐 $416\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 17mmol/L 。

按语: 赵老师认为慢性肾衰竭的中医病机是正虚邪恋、虚实夹杂。正气虚指气血阴阳亏虚, 邪恋指瘀血、湿浊留恋。以益气活血泻浊的药物组方, 结合干支、四方与五脏



的相关因素（东方甲乙木，南方丙丁火，中央戊己土，西方庚辛金，北方壬癸水），命名为癸水清。在治疗慢性肾衰竭时，取得了较为满意的效果，临床观察 120 例患者，并与尿毒清冲剂进行对比，癸水清具有纠正慢性肾衰竭患者脂质代谢紊乱、纠正慢性肾衰竭的高凝状态的作用。

癸水清药物组成：大黄 6g，黄精 15g，仙灵脾 15g，黄芪 30g，红花 10g，鬼箭羽 15g，地龙 12g 等，每日 1 剂，分早晚 2 次服。2 个月为 1 个疗程。

辨证加减：若纳呆、恶心、呕吐者，加陈皮、清半夏、乌贼骨、姜黄连、吴茱萸降逆止呕；水肿甚者，加茯苓、椒目、土茯苓利水消肿；反复感冒者，加白术、防风、金银花益气固表解毒；血压高头晕明显者，加杜仲、桑寄生、夏枯草、制首乌、光慈菇补肾清肝；贫血明显者，加鹿角胶、阿胶滋阴补血；血瘀甚者，加炒山甲、丹参、僵蚕活血通络祛瘀。

本病病程较长，病情错综复杂，为本虚标实、虚实夹杂证。赵老师经过多年临床实践认为：脾肾亏损则气化不足，升清泌浊功能障碍，以致三焦气化失司，湿浊停聚，蓄而成毒，血行不畅，瘀阻肾络，“肾络瘀阻”是本病的病机关键。癸水清方中大黄通腑泻浊、解毒化瘀；黄精平补脾肾、强壮固本；仙灵脾补肾壮阳、益精生髓；黄芪健脾利水、益气生血；红花、鬼箭羽、地龙活血化瘀，通经活络，诸药合用共奏补益脾肾、解毒泻浊、化瘀通络之功。其组方特点是：补与泻熔于一炉，扶正不留邪，祛邪不伤正。现代药理研究证明，大黄具有降低慢性肾衰竭患者血液中的中、小分子毒素的作用，并能促进蛋白质的合成，抑制肾小球系膜细胞的增殖，减少细胞因子的不良作



用，清除自由基，纠正脂质代谢紊乱，从而延缓肾小球硬化。黄芪具有减少蛋白尿，促进蛋白质的合成，调整脂质代谢，防止肾小球硬化，改善肾功能等作用。鬼箭羽可降低全血黏度，还具有调节脂质代谢的作用。红花与鬼箭羽同用可改善肾衰时的高凝状态，延缓肾功能的进一步恶化。黄精能降压、降低血脂，提高机体免疫功能和促进DNA、RNA及蛋白质的合成。仙灵脾可抑制肾小球肥大，延缓肾衰的进展，并能明显减轻肾脏组织学的改变和减少系膜基质的增生。通过临床研究证实，癸水清能够较好改善患者的临床症状；提高内生肌酐清除率，改善肾功能；减少尿蛋白的丢失；纠正脂质代谢紊乱；提高血浆白蛋白，改善负氮平衡；提高血红蛋白的含量，减轻肾性贫血，从而有效地延缓慢性肾衰竭的进展。

临床治疗慢性肾衰竭时，中药有不错的效果，尤其对氮质血症期，即血肌酐低于 $442\mu\text{mol/L}$ 者效果较好，到了尿毒症期则治疗效果相对较差，故早期及时的治疗极为重要。另外，中药中有些药物具有肾毒性，应避免使用，如关木通、木防己、青木香、山豆根等。

癸水清与肾毒清均用于慢性肾衰竭，形体壮者用肾毒清，脾肾亏虚明显者用癸水清。

例5. 杨某，男，48岁，农民，河北正定县人，2000年7月29日初诊。

患者2个月前出现下腹剧烈疼痛，到当地医院就诊，因下腹剧烈疼痛、反跳痛、肌紧张，诊断为“急腹症”。手术治疗，开腹后见肠系膜有散在出血点，其他未见异常，未进行任何治疗关腹缝合。3天后患者出现尿量减少，逐渐无尿，血肌酐、尿素氮迅速升高，以“肾衰竭”



转省某院治疗，查患者血肌酐 $997\mu\text{mol/L}$ ，BUN 23.4mmol/L ，给以血液透析，纠正酸中毒、电解质紊乱，及对症治疗，每周透析 3 次，透析 2 个月后尿量每日 1000ml ，但血肌酐持续 $610\sim 730\mu\text{mol/L}$ ，伴纳呆食少，恶心，皮肤瘙痒，大便干等，停血透后，遂到门诊就诊。

患者面色苍白，贫血貌，语音低微，体倦乏力，纳呆食少，头晕，恶心，皮肤瘙痒，小便量少，色淡黄，大便秘，日 1 次，肢体无水肿，无出血点，舌淡，苔白腻，脉弦。

血压： $140/92\text{mmHg}$ 。

尿常规：蛋白（-）、潜血（-）。尿比重： 1.010g/ml 。

血常规：RBC $3.2\times 10^{12}/\text{L}$ ，Hb 92g/L ，WBC $4.2\times 10^9/\text{L}$ ，L 32%、N65%、M3%，血小板 $156\times 10^9/\text{L}$ 。

血肌酐： $684\mu\text{mol/L}$ ，BUN： 21.4mmol/L 。

血清总蛋白： 64g/L ，白蛋白 42g/L 。

电解质：血清钾 4.3mmol/L ，血清钠 142mmol/L ，血清氯 102mmol/L 。

诊断：西医：肾衰竭。中医：关格。

治疗：化浊降逆，益气活血。

方药：广角四苓汤加减。

水牛角丝 20g （先煎），猪苓 10g ，茯苓 12g ，泽泻 10g ，椒目 10g ，黄连 5g ，制半夏 10g ，竹茹 10g ，益母草 15g ，陈皮 10g ，地龙 10g ，山甲珠 6g ，熟大黄 6g ，生黄芪 20g ，丹参 20g ，当归 12g 。

水煎服，每日 1 剂。

2000 年 8 月 5 日复诊：药后无明显不适，恶心减轻，



舌淡，苔薄白腻，脉细弦。继用上方，每日1剂。

根据患者症状加减用药治疗2个月，乏力、纳差减轻，小便尿量增多，大便质软，每日1次。复查血肌酐 $492\mu\text{mol/L}$ ，BUN 16.8mmol/L 。Hb 112g/L 。血压 $130/85\text{mmHg}$ 。

水牛角丝 20g（先煎），猪苓 10g，茯苓 12g，泽泻 10g，黄连 5g，制半夏 10g，竹茹 10g，益母草 15g，炒白术 10g，地龙 10g，山甲珠 6g，熟大黄 6g，生黄芪 30g，丹参 20g，当归 12g，陈皮 6g。

水煎服，每日1剂。

2000年12月17日：患者精神较好，饮食可，肢体无水肿，小便尿量每日1200ml左右，大便调，日1次，睡眠可，舌淡红，苔薄白，脉弦细。

血压： $130/85\text{mmHg}$ 。

血肌酐： $224\mu\text{mol/L}$ ，BUN 11.5mmol/L 。

尿常规：未见异常。

血常规：RBC $4.6 \times 10^{12}/\text{L}$ ，Hb 135g/L 。

水牛角丝 20g（先煎），猪苓 10g，茯苓 12g，泽泻 10g，益母草 15g，炒白术 10g，地龙 10g，山甲珠 6g，制龟甲 10g，熟大黄 6g，生黄芪 30g，丹参 20g，当归 12g，陈皮 6g，山药 15g，黄精 12g，姜黄连 5g，制半夏 6g。

水煎服，每日1剂。

2001年4月15日：精神较好，纳寐可，小便色淡黄，每日尿量1200~1500ml，大便调，舌淡红，苔薄白，脉弦细。

血肌酐： $126\mu\text{mol/L}$ ，BUN 6.7mmol/L 。

以上方为主加减治疗。



2001年7月22日：复查血肌酐为 $98\mu\text{mol/L}$ ，BUN 6.2mmol/L 。纳寐，二便调，舌淡红，苔薄白，脉弦细。

生黄芪 30g，丹参 20g，当归 12g，陈皮 6g，山药 15g，黄精 12g，茯苓 12g，泽泻 10g，益母草 15g，炒白术 10g，地龙 10g，山甲珠 6g。

水煎服，隔日1剂。

按语：患者因腹型紫癜被误诊为“急腹症”进行手术治疗进而导致肾衰竭，经血液透析等治疗后症状及生化检查有所好转，但肾功能未能恢复正常。根据患者的病史、临床症状、舌脉，符合中医癃闭的诊断。在治疗上，赵老师采用解毒降浊利尿的广角四苓汤加减治疗。广角四苓汤以犀角与五苓散为主，犀角具有清热解毒、凉血散瘀的功能，治疗浊毒内蕴有很好的效果。由于犀牛是珍贵动物，犀角已被禁用，故改用水牛角丝，与犀角相比，虽然有一定的差别，但仍然能够凉血解毒，用于尿毒症的治疗。五苓散是伤寒论利尿的方剂，其中猪苓、茯苓、泽泻均有较强的利尿作用；桂枝性温，虽具有通阳化气的功效，因尿毒症的病机为浊毒内蕴，虑其有助热之弊，故常不用。除广角四苓汤外，根据本例患者的症状舌脉，加黄连、半夏、竹茹辛开苦降以止呕，益母草活血利尿，地龙、山甲珠活血通络，生黄芪、丹参、当归益气活血。在此基础上根据症状的变化加减，使患者的症状及肾功能得以恢复。

例6. 赵某，男性，65岁，退休工人，石家庄人。

主诉口干、多饮14余年，左足跟溃疡9个月，周身水肿2个月，于2002年10月20日就诊于我处。



患者缘于14年前无明显诱因而出现口干、多饮，就诊于市某医院，空腹及餐后血糖升高，诊断为2型糖尿病。未予重视，自行饮食调控治疗，血糖控制不详。9个月前出现左足跟部溃疡，未予诊治，致溃疡面积逐渐扩大，后因左足踝扭伤而于2002年8月5日再次就诊于市某医院，诊断为：2型糖尿病，糖尿病足。予以二甲双胍口服、抗生素静点及左足换药治疗。8月12日行左足内侧切开引流，切口处可见坏死组织，并有脓液流出。因血糖控制不佳、足部感染难以控制而改用胰岛素治疗，给以普通胰岛素早14u、午10u、晚12u三餐前15分钟皮下注射，但切口处仍可见坏死组织并脓液，于8月16日转入省某院。诊断为糖尿病足，予以抗感染及降糖、补液治疗，住院治疗3天后患者出现周身水肿，查尿常规示：PRO(++)；肾功能：BUN 43.2mmol/L、Cr 650 μ mol/L，而予以血液透析治疗。血透5次后，10月9日复查肾功能：BUN 19.5mmol/L、Cr 295.7 μ mol/L；尿常规：PRO(++)、BLD(++)，镜检：颗粒管型3~5/HPF、WBC3~5/HPF、RBC3~5/HPF；血常规：WBC 4.2×10^9 /L、N69%、L 21.4%，RBC 3.26×10^{12} /L、Hb 93g/L，PLT 142×10^9 /L，症状稍有缓解而出院。于2002年10月20日被家人担架抬到我处就诊。时主症：周身水肿，伴有胸腹水、阴囊水肿，少尿，24h尿量约600ml，腹胀，恶心、呕吐，纳差，乏力，寐差，大便稀，日1次，舌淡红，苔薄白，脉细滑。

诊断：关格。

辨证：脾肾亏虚，水湿内停，瘀血阻络。

治则：健脾益气，利水泄浊，化瘀通络。



方药：肾毒清加味。

黄芪 30g，茯苓 15g，白术 10g，猪苓 12g，益母草 30g，当归 10g，土茯苓 30g，水牛角丝 15g（先煎），椒目 10g，葶苈子 15g，大腹皮 15g，陈皮 10g，炒枳壳 10g，乌贼骨 30g，砂仁 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，熟大黄 6g，大枣 4 枚，白花蛇舌草 15g。

2002 年 11 月 3 日复诊：上肢水肿减轻，精神体力好转，24h 尿量增至 1200ml，尿色黄，胃脘胀满，纳差，食后胀重，晨起恶心、吐涎沫，手足发凉，两脚麻木，舌淡红，苔薄白，脉细滑。血压：120/80mmHg。前方加桂枝 10g，丹参 15g。

2002 年 11 月 9 日：周身水肿进一步减轻，24h 尿量增至 2000ml，大便每天 2~3 次，晨起恶心，无呕吐，舌淡红，苔薄白，脉弦细滑。血压：120/70mmHg。

黄芪 30g，茯苓 15g，白术 10g，猪苓 12g，益母草 30g，当归 10g，土茯苓 30g，水牛角丝 15g（先煎），椒目 10g，葶苈子 15g，大腹皮 15g，陈皮 10g，炒枳壳 10g，乌贼骨 30g，砂仁 10g，地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，熟大黄 6g，大枣 4 枚，白花蛇舌草 15g，桂枝 10g，丹参 15g。

2002 年 11 月 30 日：周身水肿明显减轻，脐周痛，以夜间为甚，大便调，24h 尿量 1500ml，舌淡红，苔薄白，脉细滑。血压：150/85mmHg。复查肾功能：BUN 8.76mmol/L、Cr 187.2 μ mol/L；血常规：Hb 95g/L；尿常规：PRO（++）、BLD（++），镜检：颗粒管型偶见、WBC3~5/HPF、RBC 偶见。前方去大腹皮、陈皮，加白芷 10g，煅龙牡各 30g，石韦 15g，蒲公英 15g，乌药 10g。



并缬沙坦 80mg，每日 1 次，口服。

服药后，患者水肿逐渐消退，随症加减。

2003 年 2 月 8 日：患者无水肿，乏力较前明显减轻，足部溃疡完全愈合，头晕纳可，便调，24h 尿量 1600ml，舌淡红，苔薄白，脉沉细。血压：85/60mmHg。复查尿常规：PRO（±），余（-）。

黄芪 30g，茯苓 15g，白术 10g，猪苓 12g，益母草 30g，当归 10g，土茯苓 30g，水牛角丝 15g（先煎），陈皮 10g，枳壳 12g，砂仁 10g，乌梢蛇 10g，熟大黄 10g，党参 15g，麦冬 15g，山茱萸 12g，王不留行 15g，小蓟 15g，花蕊石 15g，茜草 15g，海螵蛸 15g，红参 30g（另煎）。

服上药后，患者血压渐升，继服中药，随症加减。

2003 年 7 月 10 日复诊，患者于活动后可见踝部轻度水肿，休息后缓解，纳可，寐安，二便调，舌淡红，苔薄白，脉弦细滑。血压：110/60mmHg。复查肾功能完全恢复正常；尿常规检查未见异常。

黄芪 30g，茯苓 15g，白术 10g，猪苓 12g，益母草 30g，当归 10g，土茯苓 30g，水牛角丝 15g（先煎），地龙 12g，僵蚕 10g，乌梢蛇 10g，蝉蜕 10g，丹参 15g，川芎 10g，熟大黄 10g。

服上药半月后，患者病情稳定，因天气炎热，停用中药汤剂。前方去猪苓，加山药、菟丝子健脾补肾以善后。改服丸剂，并于半年后停药。

2008 年 4 月随访，患者健在，身体健康。

按语：本案 2 型糖尿病，糖尿病肾病，慢性肾衰竭，尿毒症期。虽经 5 次血液透析，血肌酐有所下降，但仍全



身高度水肿，伴胸水、腹水、阴囊水肿、尿少，且恶心、呕吐。中医诊为“关格”。关格以脾肾衰惫为本，浊毒内蕴为标。治疗本着“治主当缓，治客当急”的原则，先祛水湿浊毒，水湿逐渐消退，体质恢复，足部溃疡愈合，肾功能恢复正常。停药5年后回访，尿检、肾功能均正常。

肾小管酸中毒

肾小管酸中毒（RTA）是指由各种原因引起的肾小管酸化机能障碍所致的一组临床综合征。其主要临床特征是代谢性高氯性酸中毒、低钾血症或高钾血症、低钠血症、低钙血症等水和电解质紊乱；肾性佝偻病或骨软化症；多尿、肾结石、肾钙化等泌尿系症状。可见于任何年龄，女性多见，原发者多有家族史，继发者可见于多种损害肾小管的疾病，如慢性肾盂肾炎、间质性肾炎、慢性肾小球肾炎、结缔组织病、多发性骨髓瘤、药物性肾损害、糖尿病肾病等。临床上根据发病部位和功能障碍分为4个病理类型。

（1）Ⅰ型肾小管酸中毒：又称远端肾小管性酸中毒。远曲小管和集合管疾患致使泌氢能力下降，或已分泌的氢又回渗入血，因氢潴留引起酸中毒而尿偏碱性，氯化铵负荷试验不能使尿pH降至5.5以下。肾排水、钠、钾、钙、磷增多，故引起烦渴多尿，低钾血症，甚至发生周期性麻痹、心律失常；低钙血症可导致骨病及钙性结石。治疗原则为纠正酸中毒，补充钾盐，补充钙剂纠正骨病。

（2）Ⅱ型肾小管酸中毒：又称近端肾小管性酸中毒。



多见于儿童。近端肾小管重吸收重碳酸盐能力明显减退，致使大量重碳酸盐离子进入远曲小管，超过其吸收阈，因之重碳酸盐随尿排出，血重碳酸盐减少，引起酸中毒。常伴低血磷、低尿酸、氨基酸尿及肾性糖尿。输注碳酸氢钠后仍有血 pH 低，且尿排出大量的重碳酸盐即可确诊。

(3) III型肾小管酸中毒：近端及远端肾小管均有障碍，临床表现同 I 型，但尿重碳酸盐丢失比 I 型多。治疗同 I 型，但应补充重碳酸盐。

(4) IV型肾小管酸中毒：为远端肾小管酸中毒的一型，常伴有高钾血症，血磷正常或略高，血钙、血钠均下降，可有多尿脱水，尿中重碳酸盐不多，尿 pH>5.5，尿铵排泄减少，多见于肾盂肾炎及间质性肾炎有肾功能不全的病例。

其中 I 型、II 型 RTA 都伴有慢性代谢性酸中毒，轻度容量缩减和低钾血症，低钾血症可引起肌肉无力，反射减弱和瘫痪。I 型 RTA 尿中枸橼酸盐排出减少，骨钙动员增加和高钙尿。这些可引发骨质疏松，骨痛和尿中钙石形成或肾钙质沉着，肾实质损害和慢性肾衰均可发生。IV 型 RTA 常仅有轻度酸中毒而无临床症状，但如果高钾血症很严重可致心律失常或心肌麻痹。治疗时使用碳酸氢钠可缓解症状，预防或制止肾衰和骨病的发生。

中医文献中无肾小管酸中毒病名，根据其临床表现，类属于中医学的“消渴”、“痿证”、“虚劳”、“呕吐”等范畴。其发病原因与禀赋不足、饮食不当及脏腑虚损有关。禀赋不足者，发育迟缓，形体矮小，手足抽搐，当培补脾肾，用大补元煎加减；肝肾不足，虚风内动见手足抽搐或软瘫，腰膝酸软，头晕目眩，形体消瘦，舌红脉细者，用三甲复脉汤加减；若湿浊内阻见恶心呕吐、腹胀脘闷、苔



腻者，用温胆汤加减；脾胃虚弱见乏力倦怠、嗜睡、面色无华者，用香砂六君子汤加减。

【验案举例】

刘某，女，31岁，干部，1987年1月27日初诊。间断腰痛，乏力，手足搐搦2年。于2年前无明显诱因出现腰痛，以右侧为甚，伴乏力，手足搐搦，随至石家庄某医院诊治，查血钾 2.3mmol/L ，诊为“肾小管酸中毒”。曾服枸橼酸钾、碳酸钙等药，症状略有好转，为进一步治疗来诊。现患者腰痛，足跟痛，双下肢疼痛，手足搐搦，周身倦怠，手足心热，口干渴，夜寐多梦，二便正常，舌光红无苔，脉弦细。血钾 2.5mmol/L 。

证属肝肾阴虚，筋脉失养，虚风内动。

治拟滋养肝肾，潜阳息风。

处方：三甲复脉汤加减。

生熟地黄各15g，麦冬15g，牡蛎24g（先煎），白芍15g，阿胶10g（烊化），炙甘草6g，鳖甲18g（先煎），龟甲15g（先煎），山茱萸12g，丹参12g，太子参15g，僵蚕10g，五味子10g。7剂，水煎服。

1987年2月3日：双下肢较前有力，双下肢疼痛及手足心热好转，舌质偏红，苔薄白，脉弦细。

上方去鳖甲，加陈皮12g，地骨皮15g。7剂。

1987年2月10日：腰痛明显减轻，乏力、手足搐搦、手足心热、口干消失，查血钾 3.5mmol/L 。舌质淡红，舌苔薄白，脉弦细。

治拟同前，前方去陈皮，地骨皮，加菟丝子20g。

此后患者一直坚持复诊，以三甲复脉汤为主方加减治疗，停服枸橼酸钾。随访10年，病情稳定，血钾基本维



持正常范围。并怀孕生一男孩，母子平安。

按语：本案女性，表现为肝肾阴虚、虚风内动，故以《温病条辨》三甲复脉汤加减治疗。方中生熟地、麦冬、白芍、山茱萸、阿胶补肝肾之阴；龟甲、鳖甲、牡蛎、僵蚕育阴潜阳息风；丹参养血，太子参、炙甘草益气健脾；五味子配白芍以敛阴。

泌尿系感染

泌尿系感染相当于中医学的淋证范畴，主要表现为尿频、尿急、尿痛，腰痛，发热等，多发于女性，具有反复发作的特点，服用抗生素治疗有较好的效果，但对于反复发作者，单纯服用抗生素由于耐药等因素，治疗效果明显减弱。赵老师在长期的临床实践中，遵循本病“肾虚而膀胱热”的病机，结合患者的体质、临床特征，急性期以清利湿热通淋为主，慢性反复发作则需结合补肾扶正组方治疗，临床上有较好的效果。

1. 清热通淋法

急性泌尿系感染，发病较急，邪盛但正气未亏，治疗上以祛邪为主，邪去而正安。

分清饮药物组成：石韦、鱼腥草、土茯苓、白花蛇舌草各 15g，滑石 12g，蒲公英、竹叶、忍冬藤、篇蓄、柴胡、马齿苋各 10g，甘草梢 6g。

发烧甚者加生石膏 30g，知母 12g，黄芩 10g，热退则减；寒热往来加柴胡 15g，黄芩 12g；尿中红细胞较多者，可加用小蓟 15g，白茅根 15g，地榆 12g，茜草 10g；



有蛋白尿者可加用倒扣草、积雪草各 15g；有水肿者加用茯苓 15g、猪苓 10g。在感染后期患者尿频、尿痛减轻，而倦怠乏力，或有食纳不佳时，可酌情加用黄芪 15g，薏苡仁、炒枳壳各 12g，佩兰 10g，以健脾、理气、祛湿。在恢复期尿频、尿急、尿痛消失，尿液检查基本正常，舌质红、少苔、脉细，多为阴虚之证，可加用黄精、山茱萸各 12g，以滋补肾精。

缓解期则常表现为脾肾亏虚、湿热屡犯，治以健脾补肾，兼利湿热。此时当注意扶助正气，调节免疫功能，控制再发。治疗过程中，处方遣药时，亦应注意保护肾功能，如不用有肾毒的中药如关木通、厚朴等，避免损害肾功能。

【验案举例】

王某，女，35 岁，工人。2006 年 8 月 11 日初诊。

患者于 3 天前食用辛辣食物后出现尿频、尿急、尿痛，小腹拘急引痛，小便色黄，服用“抗生素”后稍有好转，但仍尿痛、尿急，小腹拘痛，小便色黄，口干，大便干，舌红，苔黄，脉滑数。尿常规：PRO（+），BLD（++），镜检：RBC 5~7/HP，WBC 8~9/HP。

证属湿热下注，治以清利湿热通淋。

石韦 15g，鱼腥草 15g，土茯苓 15g，白花蛇舌草 15g，滑石 12g，蒲公英 15g，竹叶 10g，忍冬藤 15g，篇蓄 10g，黄柏 6g，甘草梢 6g，小蓟 12g，白茅根 15g，柴胡 10g，车前草 15g。日 1 剂，水煎服。

2006 年 8 月 18 日：尿痛、尿急减轻，小腹拘急消失，小便色淡，口干喜饮，舌红，少苔，脉弦细。尿常规：PRO（-），BLD（-），镜检：RBC 0~3/HP，



WBC 1~5/HP。上方去黄柏、滑石、车前草，加生地黄 15g，知母 10g。

2006 年 8 月 25 日：无尿频、尿痛等，小便色淡，纳食可，大便调。舌淡红，苔薄白，脉弦细。

石韦 15g，鱼腥草 15g，土茯苓 15g，白花蛇舌草 15g，竹叶 6g，金银花 10g，篇蓄 10g，茯苓 15g，山药 12g，太子参 10g。日 1 剂，水煎服。

按语：本案因辛辣饮食，酿成湿热，下注膀胱，发为热淋。以清热利湿通淋治疗后，症状明显减轻，但热盛阴伤，出现口干，舌红，少苔，脉弦细等阴虚内热证，故以生地黄、知母养阴清热。热清阴复舌淡红、苔薄白，以健脾益肾，兼利湿热以善后，防止复发。

2. 益肾通淋法

慢性泌尿系感染、反复发作的泌尿系感染，除了邪实外，正虚较为明显，一味驱邪易伤正气，单纯扶正易助邪恋，需要扶正与驱邪兼顾。赵老师在治疗反复发作的泌尿系感染时，根据正虚邪恋的特点，采用补益脾肾和清利湿热药物组成益肾通淋汤，治疗反复发作的慢性泌尿系感染。

益肾通淋汤药物组成：黄芪 15g，太子参 15g，黄精 15g，淮山药 15g，山茱萸 15g，石韦 15g，蒲公英 15g，车前草 15g，白花蛇舌草 15g，土茯苓 15g，鱼腥草 15g，丹参 15g，赤芍 15g，乌贼骨 30g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

方中黄芪、太子参、淮山药益气扶正，黄精、山茱萸滋肾养阴，配合益气药以扶正固本；石韦、蒲公英、车前草、白花蛇舌草、土茯苓、鱼腥草清热利湿、解毒通淋；



丹参、赤芍活血利水，赤芍在《神农本草经》中记载有“破坚积，利小便”的作用。加用乌贼骨则是结合现代药理，取其碱化尿液有利于抑制细菌的作用，临床加用后，疗效有提高。

加减：小腹拘急坠痛明显加乌药 10g，白芍 15g，甘草 6g，延胡索 15g；排尿不畅加穿山甲 6g，石菖蒲 10g，滑石 10g；血尿去丹参、赤芍加茜草 15g，大蓟 15g，小蓟 15g，白茅根 15g，龟甲 15g（先煎）；尿液混浊加草薢 15g，石菖蒲 10g。

【验案举例】

万某，女，57岁，工人。2002年7月14日初诊。

20年前患“肾盂肾炎”住院治疗，给以“抗生素”静脉输液及口服药物后好转出院，之后时有尿急、尿频、尿痛，多因劳累、情志不畅以及进食辛辣等因素而发作。1周前外出旅游，饮水较少，出现尿频、尿急、尿痛、小腹坠胀不适，当时服用“三金片”、“氟哌酸”等，稍有好转，但仍有尿频、尿急、尿痛，伴口苦，腰痛酸软，下肢乏力，舌质红，苔黄腻，脉弦数。肾区叩击痛阴性。查尿常规：PRO（-）、BLD（-），镜检：WBC满视野、上皮细胞（++）。

诊断：淋证。

辨证：脾肾两虚，湿热下注。

治则：清利湿热，兼补脾肾。

方药：益肾通淋方（自拟方）加减。

太子参 10g，山药 12g，黄精 15g，石韦 15g，鱼腥草 15g，车前草 20g，土茯苓 15g，白花蛇舌草 15g，滑石 12g，蒲公英 10g，竹叶 10g，忍冬藤 15g，篇蓄 10g，乌



药 10g, 柴胡 6g, 黄柏 6g, 甘草梢 6g, 瞿麦 10g, 丹参 15g。日 1 剂, 水煎服。

2002 年 7 月 21 日: 药后尿频、尿急、尿痛减轻, 无小腹坠胀感, 口苦减轻, 舌红, 苔薄黄, 脉弦细。

继用上方。

连续服药 3 周为 1 个疗程, 共 3 个疗程。症状消失。尿常规正常, 尿培养 3 次阴性, 半年后回访未复发。

按语: 本案淋证患者反复发作 20 年, 因劳累、饮水少复发, 下焦湿热证明显, 但因同时存在腰痛酸软、下肢乏力、舌红等正虚表现, 故在清利湿热同时, 加太子参、山药、黄精以健脾益气, 滋阴补肾, 扶正祛邪。

慢性肾盂肾炎是临床上的常见疾病, 以育龄期女性为多见。除此之外, 由于老年人抵抗力逐渐下降, 以及临床表现不典型, 易反复发作, 病程迁延日久不愈, 成为导致慢性肾衰竭的重要原因之一。临床上这类患者在治疗上必须考虑老年人自身的特点, 即对药物排泄的减弱、抵抗力的下降等, 不能一味攻伐。

在临床上, 由于肾盂肾炎易反复发作, 除了中医辨证论治外, 常结合尿培养的药敏结果, 给以抗生素治疗。中西医结合治疗的效果, 较单用西药或中药的效果要好。

临床观察到慢性肾盂肾炎患者存在着免疫功能低下, 免疫指标 IgA、IgG、IgM、补体 C₃、C₄ 等都有不同程度的下降, 提高其免疫功能即提高人体的正气, 对于治疗效果的评定有重要的意义。检验结果显示中西医结合治疗以上各项指标与治疗前相比均有显著性提高, 而单用西药无改变, 说明单纯西药是能够治疗泌尿系感染, 抑制细菌的生长, 但不能提高机体的免疫功能。由于一些病原菌平时



就存在于人体，当人体免疫功能低下时就引起相应的变化，所以机体免疫力若得不到改善，即便临床症状消失，复发率仍很高。我们的临床观察也证实，与单纯用西药组相比，中西医结合治疗的老年慢性肾盂肾炎的复发率明显降低。

3. 滋阴通淋法

用于年老阴虚、或过用分利药物肾阴亏虚而兼见湿热者。方用知柏地黄汤加味。

【验案举例】

张某，女，70岁，干部。2006年5月29日初诊。

主因小便淋漓40余年，加重1周就诊。患者于40年前患泌尿系感染，经口服及静脉输液后好转，但遇劳累以及饮水少时容易复发，多次入院治疗，尿培养以大肠杆菌为多。1周前打扫房间后出现小便频数、淋漓不尽，灼热感，夜间症状明显，小便后尿道拘急疼痛，在干休所门诊部就诊，给以复方新诺明等口服，淋漓不尽及灼热感减轻，但便后拘急疼痛感无好转，就诊于某医院，尿常规镜检见WBC成堆，大量上皮细胞，血常规未见异常。现尿频、尿急，尿痛，小便后尿道拘急疼痛加重，夜间加重，小便色黄，口干夜甚，喜饮，腰膝酸软，无叩痛，下肢乏力，纳食可，大便稍干，每日1次，寐差。唇黯，舌质黯红，少苔，脉弦细。尿常规：BLD（++），PRO（++），镜检：RBC4~8/HP，WBC5~12/HP。诊为淋证，证属肾阴不足，湿热留恋。治以养阴清热，利水通淋。方用知柏地黄丸加减。知母12g，生地黄15g，泽泻10g，牡丹皮12g，山药15g，麦冬15g，女贞子12g，黄柏5g，黄芩10g，白茅根15g，竹叶6g，篇蓄10g，瞿麦10g，蒲公英



10g, 石韦 10g。日 1 剂, 水煎服。多饮水, 忌辛辣食物。

2006 年 6 月 5 日: 药后小便灼热、疼痛及淋漓不尽均有减轻, 但便后仍有尿道不适感, 唇黯, 舌红少苔, 脉弦细。复查尿常规: BLD (-), PRO (-), 镜检: RBC 0~3/HP, WBC 2~5/HP。上方去黄柏、牡丹皮, 加丹参 15g, 益母草 20g。

2006 年 6 月 19 日: 小便色淡, 无尿频、尿急、尿痛等, 小便后尿道不适感减轻, 纳寐可, 腰膝酸软, 大便稍干。唇黯, 舌红少苔, 脉弦细。尿常规: BLD (-), PRO (-)。镜检: RBC 0~3/HP, WBC 1~3/HP。继前法, 方用增液汤合八正散加减: 知母 12g, 生地黄 15g, 枸杞 15g, 麦冬 15g, 玄参 12g, 栀子 10g, 白茅根 15g, 竹叶 6g, 篇蓄 10g, 瞿麦 10g, 蒲公英 10g, 石韦 10g, 滑石 10g, 川续断 12g, 桑寄生 15g。

按语: 患者年已七十, 小便淋漓 40 余年, 其临床表现符合淋证的特征。就淋证病机而言, 如《诸病源候论》所述“由肾虚而膀胱热故也”。本证属淋证中的劳淋, 结合患者口干夜甚, 喜饮, 便后尿道拘急疼痛、舌红少苔、腰膝酸软的特点, 为肾阴不足之候。然尿频、尿急、尿痛则为湿热留恋所致, 若一味清利, 则伤及肾阴, 正气受损, 更易感邪, 故治疗上需扶正祛邪并用, 方用知柏地黄汤加味以养阴清热、利水通淋。方中知母、黄柏、山药、生地黄、女贞子、麦冬、牡丹皮滋阴清热; 黄芩、白茅根、竹叶、篇蓄、瞿麦、泽泻、蒲公英、石韦清热利湿通淋。二诊时虚热减轻, 考虑患者唇紫, 乃血滞之征, 故加活血利水之丹参、益母草。三诊患者尿频等明显减轻、尿常规恢复正常, 但肾阴亏虚尚未缓解, 且湿热之邪仍需清



利，故养阴以补阴精，利湿以驱病邪，方用增液汤合八正散加减善后。淋证的治疗，早期以实证为主，多用清热分利之品，但病程日久，正气亏虚，过用分利则伤正，易于感邪，年老久病者尤当注意。

在临床治疗上，不仅要注意症状的改善，更要注意预防复发，治疗时要针对患者的体质、症状，结合药敏结果，联合用药，发作时中药以清热通淋为主，缓解期可用益气扶正以固本，正气充足则外邪不易入侵。

治疗上要注意完整的疗程，尤其是初犯的患者，即便症状改善，也要用药2周，这是肾盂肾炎与膀胱炎的不同之处，慢性肾盂肾炎就更要彻底治疗。

注意中西药物的配合应用，中药有寒热温凉的药性不同，西药虽无药性一说，但可根据其作用特点和患者的反应予以判定，如抗生素口服日久多伤胃，为寒凉之性，在用中药时要适当考虑两者的配合。

对于老年男性由于前列腺增生导致尿路不畅而诱发的慢性肾盂肾炎，需要治疗原发病，解除梗阻因素后，其复发可以减少。

除药物治疗外，生活调理也极为重要，多饮水，少食辛辣肥甘，控制情绪等都可以减少泌尿系感染的发作。

泌尿系结石

尿石症是泌尿系的常见疾病，包括肾、输尿管、膀胱和尿道结石，其中上尿路（肾、输尿管）结石占绝大多数。主要临床表现为腰腹疼痛，小便艰涩，或见尿中有结



石、尿血、里急后重、尿频、尿急等。部分患者无自觉症状，在体检时发现。中医学称尿石症为石淋或砂淋。认为病位在肾与膀胱，基本病机是下焦湿热、膀胱气化不利、气滞血瘀或肾气不足、气化不利、浊邪停滞。治疗以清热利湿、排石通淋、行气化瘀为大法。

赵老师指出，中医对本病的症状观察细致周到，对病机认识较为全面，拟定的治疗大法有较强的针对性。但在临床治疗中对行气化瘀这一原则体现不足，组方遣药时常常忽略，影响疗效。湿热蕴结或肾气不足导致气化不利，进而形成气滞血瘀是本病的病理归结。因而在治疗中必须重视理气与活血相结合。所谓理气，就是疏利气机，可以促进相关脏腑的功能活动。就尿石症而言，能够加强清热化湿、利尿排石作用。由于中医学认为尿石症的病位在肾与膀胱，所以治疗中当调畅肾与膀胱的气机。然而在传统理论的研究和临床表现的观察中不难发现，尿石症与肝经密切相关。肝经沿大腿内侧中线进入阴毛中，绕阴器，抵少腹，上行至章门穴，循行至期门穴入腹，与尿道—膀胱—输尿管—肾的通路相一致。尿石症少腹挛急疼痛向股内放射、小便不利等也属肝经病候，龙胆泻肝汤、天台乌药散等古方均提示了泌尿生殖器官与肝经的联系。在中医疗疗疾病的过程中，不能单纯着眼于病变所在的解剖器官，要从传统理论所提示的脏腑功能范围来全面考虑。活血与理气相关联，重在推动肝、肾、膀胱三经的血运，化解瘀结，畅通经络。从西医学角度出发，活血可以减轻结石与周围组织的粘连，促使结石松动，加速溶石与排石。

基于上述认识，赵老师拟定了尿石症的基本方：金钱草 30g，冬葵子 15g，海金沙 15g，鸡内金 15g，王不留行



15g, 怀牛膝 12g, 石韦 15g, 乌药 10g。方中金钱草、冬葵子、海金沙、石韦清热利湿, 通淋排石, 并治结石合并感染, 且冬葵子滑利下行, 于排石尤为得力; 鸡内金软坚化石, 又消食导滞, 顾护脾胃, 以防寒凉之品伤胃碍食使患者中断服药; 乌药入肾、肝、膀胱经, 顺气开郁, 《本草通玄》言其“理七情郁结、气血凝停”, 又有开宣肺气之功, 兼具启上开下、提壶揭盖之妙; 王不留行理气行血通经, 消肿敛疮, 《本草述》言: “此味应入肝, 肝固血脏, 更司小水, 故治淋不可少; 且风脏即血脏, 绎甄权治风毒、通血脉二语, 乃见此味与肝经尤切。”怀牛膝入肝肾活血化瘀, 与王不留行合用, 共逐瘀结, 且引诸药下行直达病所。全方集软坚化石、利水排石、清热通淋、理气活血于一体, 临床再与辨证相结合, 酌情加减, 每收佳效。

对于泌尿系结石的治疗, 要注意结石的部位和大小以及结石的形态, 位于膀胱的结石容易排除, 而位于肾脏尤其是肾脏下极的结石较难排出, 小的位于肾脏的结石可以通过多饮水、利尿的方法, 大的结石必须采用外科手术或碎石的方法治疗。近年来超声碎石方法常用于泌尿系结石, 但结石超过 3cm 以上的还是以手术方法为好。位于输尿管的结石, 由于结石的形态可能会卡在输尿管, 服用中药时, 不仅要利尿通淋、活血化瘀, 还要用一些清热解毒药物, 减轻石头对尿道局部刺激产生的炎症反应。

【验案举例】

王某, 男, 34 岁, 农民。1999 年 5 月 14 日初诊。

右上腹阵发性疼痛 5 日, 并沿腹侧向下腹部、会阴部和股内侧放射, 伴腰部不适, 3 日前在某医院就诊, B 超示



右输尿管上端结石，约 0.8 cm×1.0cm，右肾积水。现患者腰部隐痛、肾区叩击痛，排尿时或见右下腹刺痛，无其他不适，舌黯红，苔黄腻，脉弦滑。证属湿热蕴结，气滞血瘀。治宜清热利水，理气活血，缓急止痛，软坚排石。

金钱草 30g，冬葵子 15g，海金沙 15g，鸡内金 15g，王不留行 15g，怀牛膝 12g，石韦 15g，乌药 10g，白芍 15g，延胡索 12g，川楝子 12g，甘草 10g。水煎服，每日 1 剂，嘱其服药后多饮水，多走动。

服药至 18 剂，小便时剧烈疼痛，结石排出。此后症状消失，B 超复查未见异常。

按语：该案石淋急症，结石引起腰腹疼痛，肾盂积水。此时亦为排石最佳时期，因势利导，以排石方清利湿热，理气活血，通淋排石；并以芍药甘草汤缓急止痛，减轻疼痛排出结石。

慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎是常见的肾脏疾病，以蛋白尿、血尿、高血压、水肿为基本临床表现，但根据患者和病理类型的不同，有不同的发病方式和临床表现。病变缓慢进展，并可出现不同程度的肾功能减退，最终可进展为慢性肾衰竭。慢性肾小球肾炎的中医药治疗要根据患者的临床表现辨证治疗，中医学会肾脏病分会将其分成本证与标证。本证以脏腑虚衰为特点，有脾肾气虚证、肺肾气虚证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证及气阴两虚证；标证以邪实命名，有水湿证、湿热证、血瘀证和湿浊证。



这种分类方法对慢性肾炎的中医辨证较为有利，但由于临床症状的变化多端和虚实夹杂等因素，临床使用时尚需相互结合。

慢性肾炎血瘀证的治疗近年来随着对肾脏病理学的认识，中医治疗也有了进步。与以往单纯的活血化瘀相比，治疗方法的多样化和个体化提高了临床治疗效果。赵老师在活血化瘀的原则下，参照肾脏病理学以及中医对络病学的认识，提出肾络瘀阻是慢性肾炎的发病关键。在治疗上应以通肾络为大法，结合患者的个体情况具体施治，取得了较好的临床效果，减缓了疾病的进展，保护了肾功能。

慢性肾小球肾炎时，各种致病因素导致的肾小球硬化和肾间质纤维化，与中医理论的络脉瘀阻相似。由于各种病因导致痰湿、瘀血阻滞肾络，肾络不通，最终致肾脏衰败。中医学早就有“病久必瘀”、“久病人络”之说，肾病日久，肾络瘀阻是致病因素导致的病理改变，同时也是导致慢性肾炎发展和加重的根本病机。基于以上机理，赵老师提出了“治肾炎通肾络”的思想，并根据其多年的临床经验，研制了“肾络通”协定处方，用于治疗肾脏病，在减轻临床症状和保护肾功能方面取得了较为理想的效果。基本药物有地龙、乌梢蛇、丹参、黄芪、鳖甲、大黄等。针对肾络瘀阻，瘀血内阻，毋庸置疑宜当活血化瘀，然病久之邪已属陈积，又深居于络，故非一般活血之品所能及。依照《素问·汤液醪醴论》中“去苑陈莖”的治疗原则，结合本病病机特点，须用性喜走窜、善入络脉，既能活血化瘀、又能消癥通络的虫类药物，这样既可引诸药入络，使药达病所，又可协同诸药活血化瘀通络。所以方中既用了活血化瘀之丹参、又用了化瘀通络之地龙和乌梢



蛇。然而本病除了络脉瘀阻外，尚有正气不足，故方中又用黄芪益气，且黄芪益气有走而不守之性，所以本品益气不仅可以扶正固本，又可以助丹参、地龙、乌梢蛇行血消瘀祛邪治标。鳖甲可软坚散结，防止肾脏的硬化。此外大黄亦具有解毒活血之功效，实验研究证实，大黄可通过抑制细胞 DNA 的合成，延迟细胞周期的进程，抑制肾成纤维细胞的增殖。诸药相伍通补并用、标本兼顾，络脉瘀阻可消、正气亏虚可复。全方补中有泻、寓泻于补，是为通补并用扶正祛邪之剂，故以该方为基础辨证治疗慢性肾炎，具有易于掌握、疗效确定的特点。

1. 活血化瘀通肾络法

主要用于瘀血阻滞所引起的肾络不通，是通肾络的基本方法。临床症见：面色晦黯或黧黑，腰部刺痛或腰痛固定不移，水肿，肌肤甲错或肢体麻木，舌质紫黯或舌有瘀点、瘀斑，脉细涩。实验室检查：血液呈高凝、高黏滞状态，高血脂，尿 FDP 增高，大量蛋白尿。肾穿病理为：膜性肾病，微小病变，系膜增生性肾炎，毛细血管增生性肾炎等。常用药物：肾络通加水蛭、当归、川芎、赤芍、红花、益母草、王不留行、三七等。

2. 祛风胜湿通肾络法

主要用于感受风湿之邪，侵入皮肤、肌肉、经络，日久循经入里，内舍于肾，阻滞肾络之证。临床症见：皮肤麻木或顽固性荨麻疹、皮疹、关节疼痛，眼睑及头皮水肿，遇风加重，舌质黯红或青紫，脉浮而涩。实验室检查：血免疫球蛋白增高，血沉增快，血尿或镜下血尿。肾穿病理常为：IgA 肾病、系膜增生性肾炎等。常用药物：肾络通加鸡血藤、青风藤、雷公藤、络石藤、海风藤、忍



冬藤、徐长卿等，取藤类入络之意。《本草便读》中说：“藤蔓之属，皆可通经入络。”西医学研究也证明：祛风湿药具有抗过敏，抑制免疫反应作用。从雷公藤中提取的雷公藤多苷片，从青风藤中提取的青藤碱制剂——正清风痛宁已广泛应用于肾炎治疗中，并有很好的疗效。

3. 消癥散结通肾络法

适用于肾络阻滞日久，渐成微小癥积之证。临床症见：腰部胀痛，全身水肿，血压增高，乏力，尿少，舌质黯红有瘀点，脉沉弦涩。B超双肾增大或缩小，肾穿病理表现为局灶节段性肾小球硬化，肾淀粉样变，肾小球硬化症、肾间质纤维化等。常用药物：肾络通加水蛭、夏枯草、玄参、牡蛎、三棱、莪术、海藻、昆布等。

4. 虫类搜剔通肾络法

用于顽痰死血阻滞肾络，病情深痼之证。临床常见于慢性肾炎伴肾功能减退者。临床症见：久病不愈，面色黧黑，血压升高，腰痛固定不移，腹胀，恶心，肢体水肿，舌质黯，脉沉细涩。实验室检查：血尿素氮，肌酐增高，高血脂，低蛋白血症，尿FDP增高。常用药物：肾络通加水蛭、全蝎、穿山甲等。

5. 滋阴润补通肾络法

适用于肾络瘀阻日久，络脉枯涩，干血内着，难消难化之证。此系因虚致瘀，虚实夹杂，以虚为主之候，当滋润通补，寓通于补，以补药之体作通药之用。临床症见：皮肤干枯，身体消瘦，面色晦黯，肌肤甲错，手足拘挛，肢体麻木，舌体瘦薄，舌质紫黯，脉细涩。实验室检查：血浆总蛋白、白蛋白降低，贫血，尿素氮、肌酐轻度升高，尿量多，比重下降，肾穿刺多为间质性肾损害。常用



药物：肾络通加生地黄、阿胶、天冬、麦冬、白芍、玄参、木瓜等。

6. 清热解毒通肾络法

适用于湿热毒邪内蕴，肾络瘀阻之证。临床症见：咽喉肿痛，皮肤疮疡，疖肿，肢体水肿，腰痛拒按，尿黄赤灼热，大便不爽，舌红苔黄腻，脉滑数。实验检查：尿中可见多数红、白细胞，中等量蛋白尿。B超双肾增大，肾穿多见于系膜增生性肾炎，毛细血管内增生性肾炎，膜增殖性肾炎等。常用药物：肾络通加金银花、白花蛇舌草、白茅根、积雪草、倒扣草、连翘、薏苡仁、茵陈、石见穿、鬼箭羽、土茯苓等。

7. 温阳补气通肾络法

临床用于肾病综合征激素减量后及慢性肾衰表现脾肾阳虚者。临床症见：高度水肿，面色苍白，畏寒肢冷，腰部冷痛，神疲乏力，舌淡胖，有瘀点瘀斑，脉沉细。实验室检查：血肌酐，尿素氮明显升高，贫血，血浆蛋白低。常用药物：肾络通加制附子、桂枝、淫羊藿、黄芪、党参、白术、当归、穿山甲等。

8. 祛湿泻浊通肾络法

用于痰湿浊毒阻滞肾络之证。临床常见慢性肾衰竭，临床症见：水肿，困倦多寐，腰部酸重，脘闷纳呆，大便溏，小便少，舌体胖大色黯，有瘀点苔白腻，脉沉涩。实验室检查：贫血、尿素氮、肌酐升高，高黏滞血症，血浆白蛋白明显降低，B超双肾缩小。常用药物：肾络通加茯苓、猪苓、泽泻、车前子、冬瓜皮、僵蚕、熟大黄、土茯苓等。

以上八法不是孤立绝对的使用，因为每个病人都是很多



病机共存，因此临床上应辨证使用，才可取得良好的疗效。

三叉神经痛

三叉神经痛是在面部三叉神经分布区内反复发作的阵发性剧烈神经痛，多发生于中老年人，女性尤多，其发病右侧多于左侧。该病的特点是：在头面部三叉神经分布区域内，发生骤发、骤停、闪电样、刀割样、烧灼样、顽固性、难以忍受的剧烈性疼痛。说话、刷牙或微风拂面时都会导致阵痛，三叉神经痛患者常因此不敢擦脸、进食，甚至连口水也不敢下咽，从而影响正常的生活和工作。有人称此痛为“天下第一痛”。三叉神经痛可分为原发性（症状性）三叉神经痛和继发性三叉神经痛两大类，其中原发性三叉神经痛较常见。原发性三叉神经痛是指找不到确切病因的三叉神经痛，可能是由于血管的硬化并压迫神经造成，也可能是因为脑膜增厚，神经通过的骨孔狭窄造成压迫引起疼痛。继发性三叉神经痛是指由于肿瘤压迫、炎症、血管畸形引起的三叉神经痛。此型有别于原发性的特点，疼痛常呈持续性，并可查出三叉神经邻近结构的病变体征。原发性三叉神经痛的病因及发病机制尚不清楚，但多数认为其病变在三叉神经的周围部分，即在三叉神经半月节感觉根内。根据显微外科和电镜观察，可能与小血管畸形、岩骨部位的骨质畸形等因素有关，而引起疼痛发作。其临床特点表现为骤然发作，无任何先兆，多为一侧。发作时，疼痛剧烈如刀割、电击一样，持续数秒至1~2分钟，常伴有面肌抽搐、流泪、流涎、面潮红、结



膜充血等症状。随着病情的加重，间歇期愈来愈短，发作愈加频繁。

由于原发性三叉神经痛的病因学和病理学至今还不清楚，所以治疗的目的应是长期镇痛。镇痛的方法至今仍是多种多样。可大概分为无创和有创治疗方法。无创治疗方法包括药物治疗、中医中药针灸疗法、理疗等。适用于病程短、疼痛较轻的患者。也可作为有创治疗方法的补充治疗。有创治疗方法包括手术疗法、注射疗法和射频热凝疗法。

药物治疗西药常选用卡马西平、苯妥英钠，效果不错但不良反应较多。

三叉神经痛属中医学“头痛”、“偏头痛”、“面痛”等范畴。古医书中有“首风”、“脑风”、“头风”等名称记载。治疗上多采用辨证论治，如清肝泻火、活血化瘀等。本病病程较长，根据“久病入络”以及遇风加重，诊为风邪入中、瘀阻络脉，给以疏风解表、化瘀止痛的药物治疗，取得较好的效果。对于顽固性头痛等，赵老师喜加入全蝎、蜈蚣等虫类药搜风通络止痛，有理想的临床效果。

【验案举例】

李某，女，37岁，工人，石家庄市人，2008年2月19日初诊。

患者因头痛10年加重10天就诊。10年前无明显诱因开始出现左侧头痛，曾服汤药治疗未改善，疼痛间断发作，10天前出现左侧头痛伴左侧额部及眼球疼痛，呈持续性钝痛，口干口渴，出汗，就诊于某省级医院，查头颅无畸形，颅神经未见异常，考虑为三叉神经痛，给以养血清脑颗粒口服，每次1袋，每日2次，并给以20%甘露



醇、天麻素等静点，症状无明显改善。现患者头痛，左侧面部拘急不适，遇风加重，纳可，口干，口渴，舌淡红苔白，脉弦细。

辨证：风邪入中，瘀血阻络。

治则：疏风散邪，活血通络。

方药：川芎茶调散加减。

柴胡 10g，白芷 10g，川芎 10g，蔓荆子 15g，细辛 3g，玄参 15g，金银花 15g，荆芥 10g，防风 10g，甘草 6g，僵蚕 10g，全蝎 3g（研粉，冲）蜈蚣 1 条（研粉，冲），每日 1 剂，水煎服。

2008 年 2 月 26 日：仍有头痛，隔日发作 1 次，每至上午 9~12 时发作，疼痛难忍，痛甚鼻塞汗出，口干较前减轻，舌淡苔黄，脉弦。

前方细辛改为 6g，甘草改为 10g，加白芍 20g，辛夷 10g，麦冬 15g，丹参 15g，天麻 10g，水煎服 7 剂。

2008 年 3 月 4 日：疼痛明显减轻，但遇风疼痛明显，无鼻塞，纳差，寐安，舌淡苔白，脉弦。

2 月 26 日方加生黄芪 15g。水煎服，7 剂。

2008 年 3 月 11 日：症状明显减轻，遇风后左侧面部疼痛，偶有头痛，自述嗅觉不灵敏，食后口渴欲饮，易饥饿，纳可，寐安，二便调，舌淡红，苔薄白，脉弦细。

柴胡 10g，白芷 10g，川芎 10g，蔓荆子 15g，细辛 6g，玄参 15g，金银花 15g，荆芥 10g，防风 10g，甘草 10g，僵蚕 10g，黄芪 15g，炒白术 10g，麦冬 15g，白芍 20g，丹参 15g，熟地黄 15g，全蝎 3g（研粉，冲）蜈蚣 1 条（研粉，冲），每日 1 剂，水煎服。

2008 年 3 月 18 日：头痛痊愈，畏寒怕冷，易感冒，



余无明显不适，二便调，舌淡红，苔薄白，脉弦细。

柴胡 10g，白芷 10g，川芎 10g，蔓荆子 15g，细辛 6g，玄参 15g，金银花 15g，荆芥 10g，防风 10g，甘草 10g，僵蚕 10g，白芍 20g，辛夷 10g，丹参 15g，天麻 10g，黄芪 15g，炒白术 10g，陈皮 10g，水煎服日 1 剂。

按语：本案虽为反复发作 10 年的顽固性头痛，但因遇风加重，故仍以散风活血为法，加用搜风通络之全蝎、蜈蚣、僵蚕等，取得疗效。痛愈后用玉屏风散加味，益气固表，防止复发。

失 眠

世界卫生组织在健康的定义中指出身体健康和心理健康。在身体健康里，很具体地描述为“吃得快，走得快，说得快，睡得快，便得快”，其中睡得快是身体健康的重要标志。只有保持好的睡眠，才能很好地解除疲劳，有充足的精力投入到工作和生活之中。

对于一般人来说，劳累一天后，好好地睡一觉是很普通的一件事，但对于一些人来说，睡觉是一件非常困难的事情。白日忙于各种事情，时间会很快地过去，到了夜间，身体虽然很疲乏，但就是不能入睡，或者早醒不能再睡，或者似睡非睡，每天靠服用镇静安眠药物维持，用药量逐渐增大但效果越来越差。由于失眠，大脑及人体神经系统得不到及时的休息和恢复，破坏人体内正常的生物钟。因此，失眠患者心神疲乏，整日无精打采、疲劳，工作能力降低，常伴有焦虑烦躁，饮食无味，记忆力下降，



注意力不集中等症状，还会继发出出现高血压、心脏病以及精神系统疾病。

失眠在古代文献中又称为“不寐”、“不得卧”、“不得眠”，是以经常不能获得正常睡眠为特征的一类病证。偶尔因情绪兴奋而出现不能入睡称为失眠。失眠的主要表现为睡眠时间、深度的不足，轻者入睡困难，或寐而不酣，时寐时醒，或醒后不能再寐；重则彻夜不寐，常影响人们的正常工作、生活、学习和健康。失眠的程度有轻重不同，轻者尚能入睡，有的初起入睡较困难，至夜半才能睡着，或睡后易醒或早醒。重者可以整夜不能睡，甚者数日不能入睡。

《黄帝内经》对失眠的病机认为是机体脏腑阴阳失调、气血失和，以致心神不宁。如《灵枢·大惑论》说：“卫气不得入于阴，常留于阳，留于阳则阳气满，阳气满则阳骄盛，不得入于阴则阴气虚，故目不瞑矣。”并有“阳入于阴则寐，阳出于阴则寤”、“胃不和则卧不安”等论述。《难经·第四十六难》最早提出了不寐这一病名，并就老人不寐的病机作了恰当地论述。书中载曰：“老人血气衰，肌肉不滑，荣卫之道涩，故昼日不能精，夜不能寐也。故知老人不得寐也。”从气血虚衰不能养神进行论述。张仲景《金匱要略·血痹虚劳病篇》“虚劳虚烦不得眠，酸枣仁汤主之”，采用滋养肝血的方法治疗失眠。明代李中梓结合自己的临床经验对不寐证的病因及治疗提出了较为系统的论述：“不寐之故，大约有五：一曰气虚，六君子汤加酸枣仁、黄芪；一曰阴虚，血少心烦，酸枣仁一两、生地黄酒五钱、米二合、煮粥食之；一曰痰滞，温胆汤加南星、酸枣仁、雄黄末；一曰水停，轻者六君子汤加菖蒲、



远志、苍术，重者控涎丹；一曰胃不和，橘红、甘草、石斛、茯苓、半夏、神曲、山楂之类。大端虽五，虚实寒热，虽有不齐，神而明之，存乎其人耳。”总以虚实为纲进行论治。

失眠的病因与多种因素有关，如饮食、情志、劳累过度、久病体虚等；病变部位以心为主，与脾、胃、肝、肾有一定关系，尤以心肾关系较为密切；病理性质有虚实不同，虚者有血虚、阴虚之分，实者有火旺、痰湿、痰热之别。火旺多由郁怒伤肝、肝失疏泄、气机逆乱、气郁化火，导致心肝火旺。痰热与痰湿，为脾胃运化失健，脾虚湿困，津聚成痰，日久化热或患者素体阳热亢盛，痰从热化。

失眠的治疗要注意辨病邪、辨病位、辨虚实。

辨病邪，主要有痰热、痰火、食积、肝火。痰热者除失眠外，心烦、泛恶、口黏、苔黄腻；痰火者，心烦易怒、躁扰不宁、目赤口苦、溲黄便秘；食积者脘腹胀满、噎腐吞酸、纳呆食少、舌苔厚腻、脉滑；肝火者性急易怒、胁肋胀痛、口苦、舌红。

辨病位，失眠的主要病位在心，与肝、胆、脾、胃、肾的阴阳气血失调相关。根据临床表现确定脏腑所归。神不守舍而不寐在心；急躁易怒而不寐者多在肝；心烦不寐，触事易惊者与胆相关；面色少华、气短乏力、肢倦神疲而不寐归之于脾；脘闷苔腻而不寐多在胃；心烦心悸、腰膝酸软、头晕健忘而不寐多责之于肾。

辨虚实，不寐的病理性质有虚实之分。虚证多属阴血不足，心失所养；或肾阴亏虚，心肾不交；或肝血不足，虚热内扰。临床特点为体质瘦弱，面色无华，神疲懒言，



心悸健忘，多因心不藏神、脾失化源、肝失藏血、肾失藏精所致。

实证为热、火内扰所致，或为痰热、或为痰火、或为肝火所致。临床特点为心烦易怒，口苦咽干，便秘溲赤，多因心火亢盛、肝郁化火并夹痰热所致。

近年来，脑力劳动者中失眠的患者明显增多，一是由于工作紧张，精神压力大；二则体育活动较少，使大脑一直处于兴奋状态。且这类人群生活方式以酒肉为多，易生痰化热，与以往相比，痰热者所占的比例明显升高。针对这类患者的症状、舌苔、脉象，分析其病机，以清痰泻火、安神定志立法，组成清痰安神方治疗失眠，取得不错的效果。

清痰安神方：胆南星、白附子、黄连各 6g，陈皮、制半夏各 12g，钩藤 15g，炒酸枣仁、夜交藤各 30g，合欢花、茯苓、栀子、淡豆豉各 10g。采用免煎中药颗粒，每晚睡前 1 小时用 150ml 开水冲服，3 周为 1 个疗程。

清痰安神方是治疗痰热内扰失眠的有效方剂，方中钩藤清心包之火，泄肝经之热，又有平肝阳的作用；胆南星能清热化痰定惊；白附子善除顽痰；三药合用，清热平肝祛痰，直指病机，为方中主药。辅以陈皮、制半夏、茯苓健脾理气，燥湿祛痰，使湿去而痰消。茯苓并能养心安神；黄连、栀子、淡豆豉清心除烦；不寐乃阳不入阴所致，与心血亏损有关，故用炒枣仁、夜交藤、合欢花养心血、安心神，与钩藤、白附子、胆南星配合，共奏清热化痰、平肝安神之功。

适应证：失眠属痰火内扰者。症见不寐，心烦，头重，头晕，目眩，泛恶，口苦，口黏，小便黄，舌红、苔



黄膩，脉滑数或弦滑。

临床上采用清痰安神方治疗了 60 例严重失眠患者，并与 30 例服用舒乐安定的患者进行对比，观察两者的治疗效果。严重失眠患者是指实际入睡时间/上床至起床总时间 $\times 100\%$ 的睡眠率小于 40%，清痰安神治疗组用上述药物，舒乐安定组 2~4mg，睡前服用，用药 3 周后对比治疗效果。

根据睡眠的时间制订疗效标准：症状缓解，睡眠率提高 75% 以上为临床痊愈；症状缓解，睡眠率提高 65% 以上为显效；症状改善，睡眠率提高 55% 以上为有效；症状无变化，睡眠率提高少于 40%，靠安眠药物维持为无效。

两组对比服用清痰安神方患者 12 例痊愈，30 例显效，11 例有效，7 例无效，总有效率为 88.33%；舒乐安定组 5 例痊愈，9 例显效，6 例有效，10 例无效，总有效率为 66.67%。从药物作用的时间来看，中药组第 4 天开始发挥作用，舒乐安定组第 3 天开始显示作用，但停药后，舒乐安定组失眠复发率明显高于中药组，患者必须靠药物维持，且其他症状的改善也不如中药组。

近年来，对全球睡眠进行了调查，中国区调查显示，中国存在失眠的人群高达 42.5%，且此状况有上升的趋势。睡眠研究专家称失眠为“悄然扩展的流行病”。而在这些失眠患者中，大约半数人对此只是听之任之，没有采取任何措施，有的人自己服用药物，到医院就诊接受正规治疗的只占 25%。在我国失眠已成为继头痛之后神经科门诊的第二大疾病，严重影响着人们的生活质量。

现代生活中，哪些因素可以导致失眠呢？了解这些因



素可以避免或减轻失眠。由于生活节奏太快、压力太大，而养成抑郁、焦虑和饮酒、夜生活不良等生活习惯，从而导致了失眠的发生。另外，疾病、不良睡眠习惯、昼夜轮班工作以及个人和家庭生活上的重大变化等，也都可导致睡眠不好。

失眠如果是由于环境的改变所引起，可以不治疗，亦可根据情况服用一些药物。如出差坐火车、汽车、轮船，尤其是出国出现倒时差、夜间值班、开夜车等情况，正常的睡眠节奏被扰乱，就会引起失眠，多为一过性的。

心理因素会导致失眠，如焦虑、烦躁不安或情绪低落、不愉快，即所谓焦虑和抑郁等。心理问题不解决，失眠不能纠正。

躯体疾病引起失眠，如心脏病、肺心病、哮喘等引起的夜间呼吸困难，内脏、关节肌肉疼痛、发热等也能影响睡眠，需要治疗原发病。

药物因素可以导致失眠，如咖啡因、麻黄素等中枢神经兴奋药均会导致失眠，糖皮质激素大剂量使用时亦可导致失眠。

失眠的治疗，除药物外，患者要注意自身的调节。首先，帮助患者建立有规律的作息制度。从事适当的体力活动或体育健身活动，增强体质，持之以恒，促进身心健康。其次，养成良好的睡眠习惯，晚餐要清淡，不宜过饱，更忌浓茶、咖啡及吸烟，睡前避免从事紧张和兴奋的活动，养成定时就寝的习惯。另外，要注意睡眠环境的安宁，床铺要舒适，卧室光线要柔和，并努力减少噪音，去除各种可能影响睡眠的外在因素。睡前用温水泡脚，按揉脚心涌泉穴，能起交通心肾的作用。或者睡前喝一杯热牛



奶，有利于睡眠。

【验案举例】

例 1. 赵某，女，56 岁，退休工人，1997 年 4 月 4 日初诊。

失眠 30 余年，加重 2 年。30 年前因精神紧张，劳累过度出现失眠，多梦易醒，醒后难以入寐，渐至每晚只能睡 3~4 小时。近 2 年每晚需要服用“硝基安定”才能睡 2 小时，多梦易醒，心烦不安，伴有胃脘胀满，纳呆，嗝气，自汗，大便稀，日 1~2 次，舌淡红，苔黄腻，脉弦滑。证属肝经郁热，痰火内扰，心神不安。治拟清热化痰，平肝安神。清痰安神方加味：钩藤 15g（后下），胆南星 6g，白附子 10g，炒酸枣仁 30g，夜交藤 30g，合欢皮 15g，龙骨 30g（先煎），牡蛎 30g（先煎），栀子 10g，淡豆豉 10g，黄连 6g，陈皮 12g，茯苓 15g，砂仁 10g，厚朴 10g，清半夏 10g。7 剂，水煎服。

二诊：服药 1 剂后，夜间睡眠长达 7 小时，未做梦，感觉甚佳。此后仅有 2 天夜间易醒，但醒后易入睡。心烦消失，纳食及胃胀明显好转，仍有嗝气，自汗，大便稀，舌淡红，苔黄，脉弦细。守方去淡豆豉，加炒薏苡仁 15g。7 剂。

三诊：睡眠，食欲均好，自汗消失，大便偏稀，日 1~2 次，舌淡红，苔薄黄，脉弦细。原方去栀子，加芡实 20g。7 剂，巩固疗效调理善后。

按语：失眠日久者以虚为多，但表现为实证者临床亦不少见，其中虚实夹杂更多。本案病程 30 年，除失眠外，见纳呆，自汗，大便稀等脾胃虚弱的表现；而舌脉为痰热之征，脾虚与痰热并见，初诊时以清痰热为主，待邪去再调理脾胃以善后。



例 2. 刘某，女，26 岁，学生。2006 年 4 月 19 日初诊。

患者于 3 个月前因学习紧张及情志所伤等因素，夜不能寐，服用安定等药物仅能睡眠 2 小时，持续 1 个月余，渐出现烦躁、哭笑无常、幻听、幻视、语言零乱、呆滞等。被家人送往医院，诊为“反应性精神病”，给以阿普唑仑、安定等药物治疗后有所好转。药物减量后出现不寐，表现为入睡困难、易醒，睡眠 4~5 小时，心烦，易冲动，口苦，纳呆食少，小便黄，大便干。舌红，苔黄腻，脉弦滑。证属痰热内扰，心神失养。治以清痰开窍，安神定志。方用清痰安神方加减：钩藤 12g（后下），胆南星 8g，白附子 8g，石菖蒲 12g，郁金 10g，炙远志 10g，炒酸枣仁 30g，夜交藤 30g，栀子 6g，淡豆豉 10g，黄连 6g，陈皮 12g，茯苓 15g，砂仁 3g，厚朴 10g，清半夏 10g。日 1 剂，水煎服。

二诊：上方服用 3 周，情绪较为稳定，心烦好转，入睡较差，能睡眠 6 小时但夜间易醒，纳食不佳，口苦，舌红，苔薄黄，脉弦滑。前方加生龙骨 30g（先煎），生牡蛎 30g（先煎）。日 1 剂，水煎服。

三诊：服药 4 周，睡眠好转，能入睡，时有口苦、心烦，小便黄，大便干。舌红，少苔，脉弦细。生地黄 15g，百合 20g，沙参 12g，知母 10g，茯苓 15g，当归 12g，郁金 10g，炙远志 10g，炒酸枣仁 30g，夜交藤 30g，陈皮 10g，山药 12g，丹参 12g，生龙骨 30g（先煎），生牡蛎 30g（先煎），生甘草 6g。日 1 剂，水煎服。

四诊：服用 2 周，心烦口苦减轻，每晚能入睡 8 小时，精神较好，情绪平稳，纳食稍差，小便色淡，舌淡



红，苔薄白，脉细弦。上方去知母，加鸡内金 10g，神曲 10g，川厚朴 5g。日 1 剂，水煎服。

半年后回访，睡眠、饮食、精神均可。

按语：患者因感情因素导致失眠、心烦、幻听等，根据症状及舌脉诊为痰热内扰，给以清热祛痰、安神定志之剂。三诊时痰热减轻，阴虚显著，以《金匱要略》百合地黄汤、百合知母汤加味以养阴清热，之后调理脾胃以善后。

顽固性呃逆

呃逆是由于饮食、情志等因素导致胃气上逆动膈，气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，令人不能自制为特征的病证。正如《景岳全书·呃逆》所说：“因其呃呃连声，故今以呃逆名之。”呃逆常伴有胸膈痞闷、脘中不适、情绪不安等，古称“哕”、“哕逆”、“打咯忒”。见于西医学的膈肌痉挛，包括单纯性膈肌痉挛和其他疾病如胃肠神经官能症、胃炎、胃扩张、胃癌、肝硬化晚期、脑血管病、尿毒症及胃、食道手术后引起的膈肌痉挛。其中单纯性膈肌痉挛、胃肠神经官能症、胃炎、胃扩张等疾病引起的呃逆治疗效果较好，肿瘤、脑血管病、尿毒症等引起的呃逆治疗效果较差。

中医学认为呃逆的病机总属胃气上逆动膈，膈间气机不利，上逆冲喉。具体病因有寒邪蕴蓄，燥热内盛，气郁痰阻，脾胃虚弱等。因而辨证多归为胃中寒冷、胃火上逆、气机郁滞、脾胃阳虚、胃阴不足等，每以理气和胃、



降逆平呃为基本治法，但对于顽固呃逆却效果欠佳。赵老师认为，久患呃逆不愈，当属气机不畅，影响血运，导致血行瘀滞，即久病入血，气滞血瘀。故治疗上除和胃理气外，尤当活血化瘀，调理气血，使血行气顺，膈间快利。他指出，关于呃逆与血瘀的关系，历代医家言及者甚少。清代王清任《医林改错》谈到其所创的方剂血府逐瘀汤治症范围有头痛、胸疼、胸不任物、胸任重物、天亮出汗、食自胸后下、心里热、瞋闷、急躁、夜睡梦多、呃逆等，虽然对呃逆一带而过，未做深述，但可以借鉴。

赵老师以《医林改错》中的血府逐瘀汤为基础，针对呃逆胃气上冲动膈的病机，创拟平膈汤，由当归、赤芍、川芎、白芍、柴胡、炒枳壳、桃仁、红花、桔梗、川牛膝、僵蚕、甘草组成。此方由血府逐瘀汤去生地，枳壳改炒用，加白芍、甘草、僵蚕而成。血府逐瘀汤中当归、川芎、赤芍、桃仁、红花活血祛瘀，牛膝祛瘀血，通血脉，并引瘀血下行；柴胡疏肝解郁，升达清阳；桔梗、枳壳一升一降，使气机畅行，与牛膝等活血药相配调理气血，通达上下。去生地而炒用枳壳，是恐其凉腻碍胃，阻遏气机。加白芍、甘草、僵蚕意在解痉止挛，为治标之举。全方重在理气运血，无偏寒偏热之虞。临床运用时当辨证加减，灵活运用。脾胃寒滞者加干姜、良姜、丁香等以温中散寒；肝胃蕴热者，加栀子、黄连等以泻肝清胃；痰湿内阻者，加半夏、陈皮、茯苓等燥湿化痰；胃阴不足者，加麦冬、玉竹、石斛等滋阴和胃；脾胃气虚者，加党参、白术、黄芪等补中益气，庶可标本兼顾，收万全之效。

呃逆的临床治疗，要注意辨别虚实和寒热，实则泻之，虚则补之。实证多见于呃逆初起，呃声响亮有力，连



续发作，脉多弦滑。常伴有一些兼证，若兼食滞者，则呃而脘闷噎腐；如属气滞者，则呃而胸胁胀满；痰饮内停者，则呃而胸闷痰多，或心悸、目眩。虚证呃声时断时续，气怯声低无力。若属阳虚者，可兼畏寒，食少便溏，腰膝酸软，手足欠温，甚者四肢厥冷。若为阴虚者，可见心烦不安，口舌干燥，脉细数等症。寒热的辨别根据病史、症状和舌苔脉象来辨别。寒证呃声沉缓有力，胃脘不舒，得热则减，遇寒则甚，舌苔白润。热证呃声响亮，面赤，口臭烦渴，溺赤便秘。在治疗上根据寒、热、虚、实的不同，分别施以祛寒、清热、补虚、泻实之法。对症治疗，即在上法的基础上，均可加入丁香、柿蒂、半夏、竹茹、沉香等降逆平呃之品，以疏通膈间之气。《灵枢·杂病》篇中有“哕，以草刺鼻嚏，嚏而已。无息而疾迎引之，立已。大惊之，亦可已”的记载。这些取嚏、屏气、大惊等简易疗法，通过转移病人的注意力而达到止呃的目的，至今对呃逆之轻者，仍有其实用价值。但大惊一法的应用，要和患者的家属进行沟通，避免引起误会。

【验案举例】

张某，男，64岁，工人，1999年6月13日初诊。

主诉：呃逆10年，加重1年。患者10年前食冷物后，出现呃逆，伴有胃脘疼痛。某医院诊为胃痉挛，经治疗月余，症状消失，但不久复发。此后数年间，时发时止，服中药治疗可减轻，但未根除。近年症状不断加重，1年来尤甚，持续发作，呃声不断。某医院诊为“反流性食道炎”，继服中药，效果甚微。现频频呃逆，起床即作，夜卧稍缓。伴泛酸、胃脘烧灼，纳可，二便正常，情绪低落，影响睡眠，舌淡黯，苔中膩，脉弦滑。中医诊断：呃逆。



证属气滞血瘀，胃气上逆，治当理气化瘀，制酸和胃。处方：当归 10g，赤芍 15g，川芎 10g，白芍 15g，甘草 6g，柴胡、炒枳壳、桃仁、桔梗各 10g，川牛膝 12g，僵蚕 10g，乌贼骨 30g，姜黄连 6g，吴茱萸 3g，水煎服，日 1 剂。上方服 7 剂后，胃脘灼烧、泛酸消失，呃逆大减，日偶发。上方减乌贼骨、姜黄连、吴茱萸，继服 5 剂，呃止未作。

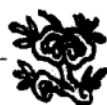
按语：此患者最初呃逆虽因食冷物所致，但病程日久，病机已有改变，一则寒为阴邪，伤人阳气，阻遏经气运行，导致脉络闭塞，这多出现在早期；二则久病入络，叶天士《临证指南医案·胃脘痛》说：“初病在经，久痛入络，以经主气，络主血。则知其治气治血之当然。凡气既久阻，血亦应病，循行之脉络自痹，而辛香理气，辛柔和血之法，实为对待必然之理。”胃痛病久入络，呃逆也同样，《医方集解·理气之剂》在治疗呃逆的丁香柿蒂汤中说：“此病有因痰阻气滞者，有因血病者”。故在治疗上采用活血化瘀的药物治疗能取得好的效果。

珍
余
漫
話



蘇
子
知
聲

PDG



原发性肾小球疾病的中医病机

原发性肾小球疾病是以血尿、蛋白尿、高血压为主要临床表现的疾病，根据临床表现和肾脏病理有不同的分型。临床分为急性肾小球肾炎、急进性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎、隐匿性肾小球肾炎和肾病综合征。其病理类型分为肾小球轻微病变、局灶和（或）节段性肾小球病变、弥漫性肾小球肾炎和未分类的肾小球肾炎。两者之间存在一定的关联，但没有肯定的对应关系，一种临床表现可见于多种病理类型，而一种病理类型亦可呈现为不同的临床表现。这对于中医治疗来说，仅针对病名、症状或肾脏病理治疗，效果往往不理想。所以肾脏病的治疗，辨病和辨证的有机结合，才能提高疗效。

原发性肾小球疾病有多种表现形式，从临床分型来看，急性肾小球肾炎以急性起病，不同程度的血尿、蛋白尿、水肿、高血压、少尿及一过性氮质血症为常见的临床表现，常见于感染之后。急进性肾炎起病急骤，临床以急性肾炎综合征（表现有血尿、蛋白尿、水肿及高血压等）和肾功能急剧恶化、多早期出现少尿乃至无尿性急性肾衰竭为特征，常伴有贫血，病情进展快，预后不佳。慢性肾炎的起病方式不同、病情迁延、病情进展缓慢、病程绵长，并以蛋白尿、血尿、水肿及高血压为其基本临床表现，常伴有不同程度的肾功能损害。隐匿性肾小球肾炎以轻度持续性或间断性蛋白尿或血尿为主要表现而无明显的症状及体征，且肾功能正常为其临床特征，一般常在体检



或偶然情况下发现尿常规检查异常。肾病综合征以大量蛋白尿、低白蛋白血症、水肿和高脂血症为基本特征。

原发性肾小球疾病归属于中医的多种病证，有水肿时归属于中医学水肿范畴；无水肿时，归属于虚劳、腰痛、尿血等；亦可由于高血压等归属于眩晕、头痛等证。

对于原发性肾小球疾病的中医病机，多数医家对涉及的病机因素有较一致的认识，如风邪外袭、肺失通调，热毒内归、湿热壅盛，水湿浸渍、脾气受困，脏腑气亏、精微不固等，与风、湿、毒、瘀有密切关系。但对于各种因素在疾病中不同的作用，不同的医家看法不一。有的认为正虚为本，邪实为标。也有人以阶段论治，即初期为实，后期为虚。赵玉庸老师通过长期的临床观察，分析患者的症状、体征及治疗效果，认为湿热蕴结、肾络瘀阻、脾肾亏虚是原发性肾小球疾病的主要病机，并与疾病的阶段和进程有关。早期多湿热蕴结，日久肾络瘀阻，后期脾肾亏虚而夹湿热为多，三者虽有阶段性，但不能截然分开。早期虽以湿热为主，也有正虚的表现，正所谓“邪之所凑，其气必虚”，治疗上体实者以祛邪为主，年老体弱者则需扶正固本。病久多瘀，肾络不通，需用活血通络的药物。病至晚期，正气大亏，而湿浊内阻，须扶正祛邪并用。在疾病的整个阶段，都存在正虚邪实的变化，这些变化，不但与患者的体质有关，与医生的治疗也有密切关系。

湿热蕴结在原发性肾小球肾炎中的位置与以往相比有上升的趋势，30年前多为正气亏虚，风邪入中，当然现在仍然存在，但多数患者起病即表现为湿热或湿毒，这类患者多见于急性肾小球肾炎，以儿童、青少年为多见。追问病史，患者多有咽喉肿痛或外感病史，外感以风热为



主，有的虽外感风寒，或郁久化热，或因儿童的体质为稚阳之体易于热化，或平素多食肥甘辛辣及甜膩之品，导致风、湿、热搏结于内，影响水液的正常输布，泛于肌肤而发病。患者常见咽喉肿痛，水肿，病情缠绵不愈，小便色黄或红，舌苔黄膩。一些患者一遇外感则病情加重，亦与此有关，如 IgA 肾病患者，外感后马上出现血尿，这与热有关。湿热为患，病情较为缠绵，这是湿邪本身的特点所致。另外还要注意湿热的轻重不同，或以清热为主，或以祛湿为主，要根据症状、舌脉进行分析。

“久病必虚”、“久病必瘀”、“久病入络”等论点在中医病机学中有重要的意义，在肾脏病中的作用就更为突出。慢性肾脏疾病的患者，多有蛋白尿、血尿等，当采用健脾补肾等方法治疗效果不理想时，给以活血化瘀通络的药物治疗，不仅减轻蛋白尿、血尿，也保护了肾功能，减缓了疾病的发展，从治疗的效果证实了体内有血瘀的存在。采用动物实验以及患者肾脏活检方法，也显示肾小球硬化、肾间质纤维化的病理改变与中医血瘀学说有密切关系，但这不是单纯的血瘀，是肾络瘀阻不通所导致的病变。这些改变不仅在慢性肾小球肾炎可以见到，在一些急性肾小球肾炎也可以见到，这与西医学肾小球疾病的肾脏病理改变相吻合，如免疫复合物的沉积、新月体的形成、系膜增生、细胞外基质的大量沉积等都可以考虑为肾络瘀阻的表现。



肾络瘀阻病机学说及治疗原则

慢性肾脏病的发病率自 20 世纪 90 年代后有明显增高的趋势，深入研究其发病机制有助于临床治疗。中医对此有较深入的认识，多数学者以瘀血立论。赵玉庸老师在分析血瘀与络病不同的基础上，提出“肾络瘀阻”是慢性肾脏疾病的发病机制，并从中医理论、临床表现、肾脏病理以及临床治疗等方面给以论证，对临床治疗有着重要的意义。

1. “肾络瘀阻”的理论依据

从络论治肾脏疾病是赵老师在总结中医络病理论的基础上结合肾病的特点而提出的观点。中医络病学说起源于《黄帝内经》时代，《黄帝内经》对络脉的生理、病理都有详细的描述。对于络脉的分布，《灵枢·经脉》中载：“经脉为里，支而横者为络，络之别者为孙。”《灵枢·经脉》曰：“经脉者，伏行分肉之间，深而不见……诸脉之浮而常见者，皆络脉也。”对于络脉的病理改变，《素问·痹论》说：“痛久入深，营卫之行涩；经络时疏，故不通（《针灸甲乙经》通作痛）”；《素问·举痛论》曰：“脉寒则缩蜷，缩蜷则脉绌急，绌急则外引小络，故卒然而痛。”《灵枢·百病始生》记载了络病的传变：“是故虚邪之中人也，始于皮肤，皮肤缓则腠理开，开则邪从毛发入，入则抵深，深则毛发立，毛发立则淅然，故皮肤痛。留而不去，则传舍于络脉，在络之时，痛于肌肉，其痛之时息，大经乃代。”指出六淫外邪伤人致病，先犯络脉，由络传



经的病理过程。在治疗上,《素问·调经论》明确提出“病在脉,调之血,病在血,调之络”,为瘀血从络治疗奠定了理论基础。东汉张仲景《伤寒杂病论》中记载了络病的传变规律,并应用虫类化瘀通络药物组方治疗络病,如大黄廔虫丸、鳖甲煎丸、抵挡汤、下瘀血汤等。其中治疗“肝着”的旋覆花汤被后世尊为治络病的祖方,“肝着,其人常欲蹈其胸上,先未苦时,但欲饮热”,“常欲蹈其胸上”是形容胸中窒闷难忍之状,颇类胸痹之胸中窒闷症状,乃络脉瘀滞不通而致,治以辛通络瘀的旋覆花汤,方中旋覆花辛开苦降,下气祛痰,又能温通络脉;葱辛温,通阳散寒,行气散结;新绛,活血通络。清代叶天士认为:“新绛一方,乃络方耳”。至清代,喻嘉言《医门法律·络脉论》中言:“十二经生十二络,十二络生一百八十系络,系络生一百八十缠络,缠络生三万四千孙络。自内而生出者,愈多则愈小……亦为络脉缠绊之也。”不仅对络脉的组成进行分析,其“络脉缠绊”更说明了络脉的相互关联。叶天士提出的“初病在经,久病入络”以及“久痛入络”名论,标志络病学说已成为中医学重要的病机学说,叶天士所创辛味通络、虫类通络、络虚通补等治法用药,在治内伤杂病中被广泛应用。赵老师通过对历代络病理论的分析,结合慢性肾病病程长、缠绵难愈的特点,认为是“久病入络”,应以通络为治疗原则。

2. “肾络瘀阻”的临床特征

络脉瘀阻根据其病理特性和部位有不同的表现,如肝络瘀阻表现为“其人常欲蹈其胸上,先未苦时,但欲饮热”;心络瘀阻表现如《素问·缪刺论》所说:“邪客于足少阴之络,令人卒心痛”;《诸病源候论》亦指出:“久心



痛者，是心之支别络脉，为风邪冷热所乘痛也”。脑脉瘀阻如《金匱要略·中风历节病脉证并治篇》云：“邪在于络，肌肤不仁”。肾络瘀阻的临床表现，赵老师通过几十年的临床观察，认为有以下特点：①病程长，迁延不愈，反复发作；②肌肤甲错，瘙痒；③面色黧黑（瘀阻脉络）或面色无华（瘀阻新血不生）；④舌黯或有瘀点、瘀斑；⑤脉细涩或弦细；⑥骨痛；⑦化验室检查可见血脂、血浆组织型纤溶酶原激活物活性、血浆纤溶酶原激活抑制物活性、凝血酶时间、血浆纤维蛋白降解产物等测定异常；⑧B超或CT显示肾脏缩小、结构紊乱。

3. “肾络瘀阻”的病理特征

肾病的诊断除了临床表现与生化检测外，肾脏病理有着重要的参考意义。慢性肾病患者肾脏活检显示为血管袢狭窄或闭锁，细胞增殖，细胞外基质沉积增多，球囊粘连，局灶或节段性小球硬化，肾间质纤维化，炎性细胞浸润等，有的医家称之为“微型瘢痕”。赵老师结合西医学肾小球为毛细血管团组成，小球血管袢狭窄、阻塞或肾小管纤维化导致功能丧失的病理基础是络脉瘀阻，从病理形态学的角度证实“肾络瘀阻”的客观性。

4. “肾络瘀阻”的治疗验证

尽管通过对中医理论及临床特征并结合肾脏病理证实了慢性肾病的主要病机是“肾络瘀阻”，但必须通过临床通络化瘀治疗有疗效才能被证实，尤其对于一些没有明显体征、仅有化验异常的患者，如果采用化瘀通络治疗能够改善症状、化验指标，则能够支持这一观点的成立。赵老师在长期的临床实践中，采用具有通络搜剔作用的虫类药物如地龙、蜈蚣、僵蚕、全蝎、水蛭、鳖甲、山甲珠、乌



梢蛇等，配以益气之黄芪，活血化瘀之丹参、川芎、红花、鬼箭羽等，用于慢性肾病患者，并系统观察了“肾络通治疗系膜增生性肾小球肾炎”、“肾络通治疗 IgA 肾病血尿”，证实可以减缓疾病的进展，减轻症状，减少蛋白尿，改善肾功能，即便是血尿，应用化瘀通络中药后可减少尿中红细胞的排泄。

5. “肾络瘀阻”的实验证据

为了证实肾络瘀阻的病机以及化瘀通络药物的作用机制，赵老师指导研究生先后进行 5/6 肾切除、单侧输尿管结扎、阿霉素注射等实验，给以化瘀通络中药治疗。结果显示可以改善肾脏病理结构，抑制缩血管物质和炎性介质的分泌，抑制细胞外基质的异常分泌，调控基质金属蛋白酶的失衡，下调促纤维化生长因子的表达，改善肾功能。采用中药血清观察对系膜细胞、足细胞的保护作用，显示可以从多种途径减轻高糖、血管紧张素 II 诱导的细胞损伤。

6. “肾络瘀阻”证的治则及方药

慢性肾脏病属于病久瘀阻肾络所致，遵循“络以通为用”，采用“通”法治疗。由于这类疾病多为久病，瘀阻日久，且居深处。治疗上以虫类药为主，叶天士曾指出虫类药“飞者升，走者降，灵动迅速”，能“追拔沉混气血之邪”、“搜剔络中混处之邪”，故选用性喜走窜、善入络脉，能消瘀通络的虫类药物为主，并因“气为血之帅”、“病久必虚”，配以益气活血之品，组成“肾络通”，通补并用、标本兼顾。

7. “肾络通”的临床应用

肾络通临床用于慢性肾脏疾病，其中以慢性肾小球肾



炎、肾病综合征最为常用，慢性肾小球肾炎肾活检表现为系膜增生性肾小球肾炎、膜性肾病、局灶节段性肾小球硬化等均可使用。肾病综合征主要用于高凝状态，防止血栓形成及激素抵抗或激素依赖者，配合糖皮质激素等使用，可以减轻糖皮质激素的不良反应，降低蛋白尿，减少尿中红细胞的排泄，保护肾功能，减缓疾病的进展。此外，临床上用于治疗糖尿病肾病亦有满意的效果。

治疗蛋白尿的常用中药及选择

近年来，蛋白尿对肾脏的继发损伤引起了大家的重视，减轻蛋白尿可以减缓肾脏病的进展，保护肾功能。临床治疗上，血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂、钙离子拮抗剂减轻蛋白尿的作用已经得到验证。相对而言，中药有哪些药物能够减少尿蛋白的排泄呢？

中药治疗蛋白尿首先要遵循中医的辨证论治原则，结合辨病及中药的药性、现代药理，并根据患者的个体情况进行应用。

中药治疗蛋白尿的药物很多，归属于不同的种类：瘀血内停采用活血药，如丹参、益母草、川芎、刘寄奴；毒邪内侵用清热解毒药如金银花、黄芩、白花蛇舌草、半枝莲；瘀阻肾络用通经活络药如地龙、僵蚕、全蝎、蜈蚣、水蛭、蝉蜕、穿山甲、乌梢蛇；气血阴阳亏虚者用冬虫夏草、黄芪、龟甲、山药；湿邪内扰者用薏苡仁、玉米须、土茯苓；风湿阻络者用雷公藤、昆明山海棠、青风藤等。



1. 祛风通络药

蛋白尿是各种原因导致精微外泄所致。风湿阻络，脉络闭阻则精微外溢，故采用祛风胜湿通络的药物可以减少尿蛋白的排泄。

雷公藤：味苦、辛，性凉，大毒。归肝、肾经。功效为祛风除湿，活血通络，消肿止痛。皮部毒性太大，常刮去，但亦有带皮入药者，需久煎以去其毒性。雷公藤以往治疗风湿痹痛，自1981年黎磊石等报告雷公藤治疗肾小球肾炎，对降低尿蛋白有显著疗效之后，广泛应用于肾脏病的治疗。目前主治各种肾小球肾炎，肾病综合征，类风湿性关节炎，风湿性关节炎，红斑狼疮，口眼干燥综合征，白塞病，湿疹，银屑病，麻风反应，皮肤发痒，疥疮，顽癣。治疗蛋白尿的机制有多方面，如保护和修复肾小球电荷屏障、改善肾小球机械屏障的损伤、诱导单核细胞的凋亡、抑制自身相关抗体的产生等。雷公藤具有很好的治疗作用，但也有明显的不良反应，尤其是带皮煎服时更为明显，并与剂量有关。不良反应主要为对骨髓的抑制而导致粒细胞缺乏，易诱发感染；对心肝肾也有损伤，大剂量服用尤其带皮煎服会导致急性肾衰竭。另外对性腺及月经有影响，导致精子减少、月经紊乱等。雷公藤除中药煎服外，其提取剂如雷公藤片、雷公藤多苷片也在临床广泛被使用。雷公藤多苷片减轻尿蛋白的效果优于雷公藤片。雷公藤及其提取物在治疗肾脏病蛋白尿持续阳性时使用，使用过程中应注意定期复查血常规、肝、肾功能，剂量不要太大，一般不超过15g，去皮使用，带皮使用需先煎半小时，以减轻毒性。雷公藤多苷片的治疗剂量一般为每日每公斤体重1mg。



昆明山海棠：在药性、药理、临床应用等方面它与雷公藤有极为相似的作用，具有活血化瘀、祛风通络、清热解毒、软坚消肿的作用。但一般认为其疗效稍逊于雷公藤，不良反应亦与雷公藤相似。其提取物昆明山海棠片（曾称火把花根片）广泛被用于肾脏病及免疫系统疾病。

青风藤：防己科植物青藤及毛青藤的干燥藤茎称为青风藤。用于治疗风湿性疾病已有 1000 多年历史。李时珍在《本草纲目》中称青风藤“主治风疾，治风湿流注、历节鹤膝……”20 世纪 20 年代日本学者等从日本青风藤中分离得到青藤碱，20 世纪 60 年代我国学者朱任宏从国产青风藤中分离出青藤碱，广泛被用于风湿病的治疗。近年来将其用于肾脏病也获得较好的效果，能减轻尿蛋白的排泄，抑制细胞的转化。与雷公藤相比作用较弱，不良反应较少。

2. 通经活络药

用于肾络瘀阻，脉络不通，精微外泄之蛋白尿。其特点为病程长、持续蛋白尿，对激素及细胞毒类药物不敏感。伴有面色黧黑，舌黯。常用药物有地龙、僵蚕、全蝎、蜈蚣、水蛭、蝉蜕、穿山甲、乌梢蛇等。

蝉蜕：味甘、性寒。入肺、肝经。功效为散风热，利咽喉，退目翳，定惊痫。临床应用于外感风热、发热恶寒、咳嗽，以及风疹、皮肤瘙痒等病证，蝉蜕有疏散风热作用，用于风热表证常配合薄荷等同用；配牛蒡子、薄荷用于麻疹初起透发不畅；治外感风热引起的咽喉肿痛者。治疗蛋白尿兼见咽喉肿痛者效果较好，同时能减轻血尿，故急性肾炎常用其散风热、利咽喉。慢性肾炎蛋白尿日久不退者亦可用，一般用量为 3~10g。



穿山甲：味咸性微寒。归肝、胃经。能活血通经，消癥下乳，消肿排脓。临床应用于血滞经闭，癥瘕结块，风湿痹痛、筋脉拘挛等病证。因穿山甲善于走窜，性专行散，能活血散瘀，通行经络，故可用治上述诸种证候。妇科产后乳汁不通，可单味为末，黄酒送服。外科用于痈肿初起或脓成不溃等症。穿山甲因其走窜破结，而肾脏病日久瘀血阻络，为肾中的微型癥瘕，故用穿山甲治疗。临床使用时用炙山甲，或称山甲珠，用铁砂炒拌至胖大呈黄色。一般用量为5~10g，研粉冲服1~2g即可。穿山甲不仅能减轻尿蛋白，而且可以防治肾小球硬化和肾间质纤维化，还能控制血压。防治肾脏硬化，常配鳖甲。

水蛭：性平，味咸、苦，有小毒。归肝、膀胱经。具有破血祛瘀，通经消癥的作用。临床用于血滞经闭，癥瘕结块，以及跌打伤痛等证。水蛭功专破血消癥，力量较强，主要用于血滞经闭、癥瘕结块等证，常与虻虫相须为用，也可与桃仁、三棱、莪术、当归等配伍应用，如《伤寒论》抵当汤（水蛭、虻虫、桃仁、大黄），治伤寒蓄血发狂，少腹满痛。水蛭具有较强的活血作用，其头部的吸盘处作用最强，但使用时用全体。肾脏病表现为高凝状态、有瘀血等证候，或蛋白尿持续不消退时，加用水蛭3~5g煎服，亦可研细末冲服。但需注意两个问题，一是研细末应低温，焙焦后研末其有效成分多被破坏，不能起到治疗作用；二是冲服时装胶囊吞服较好，生水蛭粉腥味较重，冲到药中亦难以下咽。水蛭的主要成分是水蛭素，具有很好的抗凝作用，慢性肾脏疾病、肾病综合征等均可使用，对凝血机制的影响较肝素等为小，但效果理想。水蛭有增加肾脏血流量，降低血肌酐，尿素氮，减少尿蛋



白，降低血脂，保护肾功能的作用。对肾脏中基质金属蛋白酶及其抑制物有调节作用，能促进细胞外基质的降解，减缓肾脏硬化。水蛭咸苦而平，能入肝经，善于消癥瘕，肾脏病水肿用利尿药效果不佳，可加用水蛭活血通瘀利水。

地龙：性寒，味咸，入脾、肝、肾经。具有清热息风，通络，平喘，利尿的作用。地龙功能息风定惊，且有清热作用，用于热病高热、惊痫抽搐。以往与朱砂配伍使用，但朱砂含汞，对肾脏损伤严重，目前应用不多。地龙清热而利小便，对热结膀胱、小便不利甚则水肿的病证，可配合利水药如车前子、冬瓜皮等同用。地龙咸寒降泄，又善走窜，有清热解痉、利水、通络之功，肾络瘀阻、水湿留滞者最为适合。地龙尚能清热祛痰，肾脏病兼呼吸道感染者可用之。肾病综合征患者表现出的大量蛋白尿、低白蛋白血症、水肿及高脂血症归属于中医“水肿”范畴，是由于水湿停聚、痰浊瘀血阻络所致，应用地龙治疗可以活血通络利水涤痰。地龙含蚓激酶，有降低血小板集聚、改善血液循环的作用，可改善高脂血症引起的高凝、高黏状态。地龙还具有利尿消肿的作用，可改善低蛋白血症引起的水肿。与水蛭相比，地龙活血通瘀破结的作用稍弱，但无毒，剂量可适当加大。

僵蚕：性平、味咸、辛。入肺、肝经。功效为息风解痉，疏散风热，化痰散结。临床用于痰热壅盛之惊痫抽搐，风热上受引起的头痛、目赤等，既能平内风以解痉，又能驱除外风以散风热，且可化痰而散结。故它所主治的病证，可概括为风与痰二字。肾脏病中用僵蚕主要取其息风通络的作用，用于蛋白尿日久不消，久病入络，因湿浊



深伏肾中络脉，导致蛋白尿、血尿者；祛风止痒，用于紫癜性肾炎出血性皮疹、关节炎、腹痛及肾损害、蛋白尿、血尿者。另外僵蚕味咸，能软坚散结，又兼可化痰，慢性肾脏病表现为痰瘀互结者用之尤佳。僵蚕可入煎剂，也可研末冲服，入煎剂 5~10g，需浸泡半小时以上，研末冲服 1~2g 即可。

全蝎：性平，味辛，有毒。入肝经。具有息风解痉，通络止痛，解毒散结的功效。息风力强，有较强的镇痉作用。所以病症以实证为主时，常配蜈蚣、僵蚕等同用治疗惊痫抽搐，破伤风等病证；有良好的止痛作用，对头痛、风湿痛等症，单味吞服，亦能奏效；有解毒散结之功，用于疮疡肿痛。其镇痉、止痛、解毒三种功效当中，以镇痉、止痛为最佳。取其通络散结功能，用于治疗久治不愈的蛋白尿。实验研究证实，全蝎可扩张肾脏毛细血管，全蝎的炮制分淡全蝎和咸水蝎，治疗肾脏病应用淡全蝎，若咸水蝎应用清水洗净后再入药，避免摄入过多盐导致水钠潴留而血压升高，加重尿蛋白的排泄。过去认为蝎之尾部药力较强，但现在不单独供应尾部。本品有毒，剂量宜小，入煎剂 2~5g，研末吞服每次 0.5~1g，全蝎以研末吞服功效较佳。

蜈蚣：性温，味辛，有毒。入肝经。具有息风，止痉，解毒散结，通络止痛的功效。能通经络而息肝风，肝风除而痉厥自止，故有息风解痉之效。对于急慢惊风及破伤风呈现痉挛抽搐、角弓反张等病证，常与全蝎、钩藤、僵蚕等药配合应用。外用治疮疡肿毒、瘰疬溃烂等病证。临床用于治疗顽固性蛋白尿。有报道蜈蚣配鸡蛋具有消肿、降尿蛋白的作用。临床使用 1~2 条，或 1~3g 煎服。



乌梢蛇：性味甘，平，归肝经。具有祛风通络，定惊止痛的作用。临床用于风湿痹痛，筋脉拘急，以及口眼喎斜，半身不遂，破伤风，惊风抽搐。作用与白花蛇相近而药力较弱，因其毒性较小，使用较为广泛。由于瘀血阻络导致尿蛋白外泄者，乌梢蛇有较强的祛风通络作用，是常用之药。用量为3~10g，水煎服。

虫类药物治疗蛋白尿主要针对瘀血阻络，患者可以表现为面色黧黑、肌肤甲错、舌暗淡、有瘀斑、瘀点；或者病程长，蛋白尿持续不退；或对激素及细胞毒类药物不敏感。使用时可将上列药物研粉装胶囊吞服，每日3次，每次3~5粒。临床证实，虫类药物具有减轻蛋白尿、降低血压、保护肾功能的作用。同时要注意这类药物的不良反应，部分药物有毒，剂量过大会导致中毒。

3. 补益药

凡具有补虚扶弱作用，治疗人体虚损不足的药物，称为补益药。在临床应用上，主要用于正气亏虚的患者，体虚但无邪者，单用补益即可，虚而有邪者，补益药配合祛邪的药物。慢性肾脏病蛋白尿者，总由脾肾不固，精微下泄所致，可根据气虚、阴虚的不同使用补益药。常用药物有山药、黄芪、龟甲等。

山药：性平，味甘，入肺、脾、肾经。具有补脾胃，益肺肾的功效。用于脾胃虚弱，食少体倦，泄泻等。山药性平不燥，作用和缓，为一味平补脾胃的药品，故不论脾气亏或胃阴虚，皆可应用。又可用于肺虚久咳，肾虚梦遗精滑，小便频数等病证。山药益肺气，养肺阴，故可用于肺虚痰嗽久咳，如有肺阴不足症状者，可与沙参、麦冬等同用；本品又能益肾涩精，如肾亏遗精，则可与熟地黄、



山茱萸、龙骨等配伍应用；如小便频数，则可配益智仁、桑螵蛸等同用。此外，本品又适用于消渴，可与生地黄、黄芪等同用，如《医学衷中参西录》的玉液汤（山药、黄芪、知母、生鸡内金、葛根、五味子、天花粉）。《本草纲目》说其有“益肾气，健脾胃，止泄痢，化痰涎，润皮毛”的作用，《神农本草经》记载其“主伤中，补虚羸，除寒热邪气，补中益气力，长肌肉。”急性肾炎恢复期、慢性肾炎、肾病综合征、慢性肾衰竭等患者表现为气短乏力、面色萎黄、腰膝酸软、舌淡、脉细无力等脾肾两虚，蛋白尿者，可用山药治疗。又因山药能治消渴，故糖尿病肾病患者用之最为适宜。山药补而不滞，不热不燥，能补脾气而益胃阴，故为培补脾胃性质平和的药物，同时具有补肺益肾的作用，治疗水肿能兼顾肺脾肾三脏，用量 10～30g，亦可煮熟食用。除患者外，正常人亦可食用，因其可健脾益肾，润泽皮毛。

黄芪：性微温，味甘，入脾、肺经。具有补气升阳，固表止汗，托疮生肌，利水退肿的功效。《本草备要》记载其“生用固表，无汗能发，有汗能止，温分肉，实腠理，泻阴火，解肌热，炙用补中益元气，温三焦，壮脾胃。”黄芪健脾益气，且具升阳举陷的功效，故可用于气虚乏力及中气下陷等证。在临床上用于补气健脾，常与党参、白术等配伍；黄芪能益气而健脾，温阳而利水，用于水肿而兼有气虚症状者，多配合白术、茯苓等同用。故慢性肾炎或肾病综合征患者用之可以减轻尿蛋白，利水消肿。肾脏病患者多为免疫异常，表现为全身免疫功能的低下和局部免疫功能的亢进，临床表现为体虚、汗出、易外感，而黄芪功能固护卫阳、实表止汗。用于表虚自汗，常与麻黄



根、浮小麦、牡蛎等配伍；如表虚易感风寒者，可与防风、白术同用。又可与活血祛瘀通络药如当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、地龙等配伍，用于中风偏枯、半身不遂，有益气活血、通络利痹的功效。慢性肾脏疾病肾络瘀阻者，在活血通络的药物中，配以黄芪才能起到益气通络的作用。对于糖尿病肾病，也可应用，常与生地黄、麦冬、天花粉、山药等配伍。黄芪可生用或炙用，炙黄芪多用于脾胃系统疾病，肾脏病以生黄芪为多用，药理研究黄芪可调节人体免疫功能，提高免疫力并抑制免疫过亢，具有双向调节作用；可以增加体内白蛋白的合成，与当归配伍可以纠正脂代谢紊乱。用量根据患者的体质而定，一般用量为10~30g，过大会引起气机壅塞不通，表现为胸脘憋胀等，需要配合理气药，使补而不滞。

冬虫夏草：性平，味甘，略腥，入肺，肾经。具有益肾补肺，止血化痰的功效。有滋肺阴，补肾阳的作用，为一种平补阴阳的药物，民间有用本品单味煎服，作为病后调补之品。在临床使用时也可配合补益药同用，如治虚劳咯血，常与沙参、麦冬、生地黄等配合应用；治阳痿遗精，可与枸杞子、山茱萸、淮山药等同用。冬虫夏草治疗肾脏病可以起到益气扶正、益肾补肺的作用，临床观察其可以保护肾功能，减缓疾病进展，增强患者体质。用于治疗慢性肾炎、急性肾衰竭、慢性肾衰竭、慢性间质性肾炎、药物性肾损害等。有人喜用冬虫夏草与鸡、鸭炖服，对于正常人是一种不错的方法，但肾脏病蛋白尿患者应低蛋白饮食，故不宜服用。

龟板：又称龟甲。性寒，味咸、甘，入肾、心、肝经。具有滋阴潜阳，益肾健骨的作用。主要用于肾阴不足



诸证，能滋肾阴而潜浮阳，治阴虚发热，可与地黄、知母、黄柏等配伍。用治阴虚阳亢，可与生牡蛎、鳖甲、白芍、生地等配伍；若阴虚而动风者，再加入鳖甲、白芍、阿胶、鸡子黄等品，以滋阴而息风。龟板能益肾阴而健骨，故可用于筋骨不健、凶门不合等，可与牛膝、锁阳、当归、芍药等品同用。治疗肾脏病，无论血尿、蛋白尿均可用之。蛋白尿治疗中，肾虚不能固涩，精微外泄可以用龟板，阴虚内热亦可以用，肾病综合征大量蛋白尿时需用糖皮质激素，大剂量糖皮质激素导致的失眠、多食、心烦、汗出、舌红、脉数等阴虚阳盛证最为适用，既能减轻蛋白尿，又能减轻激素的不良反应。一般剂量为 10～30g，入煎剂，多用炙龟板，打碎用，先煎。龟板胶由龟板煎熬而成，功效与龟板同，但滋补的作用较强，一般用量为 3～10g，烊化冲服。

4. 利水渗湿药

能通利水道，渗利水湿的药物称为利水渗湿药。利水渗湿药能通利小便，具有排除停蓄体内水湿之邪的作用，可以解除由水湿停蓄引起的各种病证。湿邪阻络，精微物质不循常道而外溢，可用这类药物治疗。

薏苡仁：性味甘、淡，微寒。归脾、胃、肺经。有利水渗湿，健脾除痹，排脓消痈的功效。薏苡仁功能利水渗湿，作用较为缓弱，然而因其性微寒，故蛋白尿湿热内蕴者用之为宜。寒湿者，需配合温中健脾药物如苍术、茯苓、白术等，或用炒薏苡仁。薏苡仁入肺脾胃三经，渗湿、健脾是其两大功能。利水渗湿以治小便不利，除湿利痹以治湿滞痹痛，且能健脾止泻，又能排脓消痈之效。肾脏病患者，表现为脾虚湿困水肿者，可用以健脾利水消



肿。本品性属和平，渗而不峻，补而不膩，乃清补淡渗之品。唯药力和缓，且质地较重，故用量须倍于他药。临床一般用30g入煎剂，或平素煮粥食用。薏苡仁作用较缓，治疗尿蛋白以及祛湿时，可作为辅助药物。

玉米须：性平，味甘、淡，归肾、肝经。主要作用为利尿消肿，平肝利胆。用于水肿、小便不利、湿热黄疸等病证。本品甘淡而平，功能利水渗湿消肿，用于水肿、小便不利等。常用剂量为10~30g，鲜者加倍。亦可以玉米须泡水代茶饮，有报道介绍玉米须有改善肾功能和减轻蛋白尿的作用，用开水反复冲泡代茶饮可治疗糖尿病。秋季玉米成熟时将其收集晒干或晾干备用。

土茯苓：性平味甘、淡，归肝、肾、脾、胃经，解毒利湿，通利关节。临床可用于湿热邪毒所致痹证、淋浊带下、疮疡肿毒等。《本草正义》谓土茯苓“利湿去热，能入络，搜剔湿热之蕴毒”，古人将肾脏病称为“肾风”，而肾风的病因是正虚外感，湿浊毒邪则是肾风病之病机。土茯苓为治湿毒要药，归经脾肾，能通经透络，解毒除湿，它既能渗利湿浊之邪，又能化湿浊而使之归清，湿渗浊清毒解，精微固藏，尿蛋白自可消除。《本草秘录》论述土茯苓“败毒祛邪，不伤元气”，《救荒本草》云其可以代粮食用，故长期大剂量服用无明显毒副反应。治疗蛋白尿可以重用，对慢性肾病出现的蛋白尿，在配方中重用土茯苓（30g以上），取其利湿降浊之功，能有效消除蛋白尿。常与固摄肾气的金樱子、芡实等同用，以固本治标。土茯苓对胰岛素抵抗有改善作用，且可清热利湿，糖尿病或糖尿病肾病可在辨证基础上加本品15~30g进行治疗，但肝肾阴虚者慎用。



5. 活血化瘀药

丹参：性微寒，味苦，归心、心包、肝经。功效为活血祛瘀，凉血清心，养血安神。用于胸肋胁痛，风湿痹痛，癥瘕结块，疮疡肿痛，跌仆伤痛，月经不调，经闭痛经，产后瘀痛等。丹参性寒，入血分而能凉血，入心经而能清心，故可用治热入营血、身发斑疹，以及神昏烦躁等症，常与鲜地黄、水牛角、玄参等药同用。丹参还有养血安神的作用，用于心悸失眠，常与酸枣仁、柏子仁等药配合同用。昔人有“一味丹参，功同四物”之说，但丹参活血之功有余，补血之力不足。丹参除治疗血瘀所致胸肋疼痛、癥瘕结块外，对肾络瘀阻也有很好的疗效，无论口服或静脉点滴，均能改善肾脏血流量，抑制缩血管物质的表达，抑制细胞外基质在肾脏的积聚，促进一氧化氮等扩血管物质的表达，保护肾功能。临床用于慢性肾炎，肾病综合征，慢性肾衰竭早、中期患者。症见病程日久，面色晦黯，舌黯或有瘀斑、瘀点，脉涩，蛋白尿持续难消者。入煎剂用10~20g，静脉点滴可用20ml加入液体中滴注。

益母草：性微寒，味辛、微苦，归心、肝、膀胱经。具有活血调经，利水消肿的作用。益母草辛开苦泄，功能活血调经，祛瘀生新，如药名之意，为妇科经产要药。常用于月经不调、痛经，产后恶露不尽及瘀滞腹痛。可单味熬膏服用，也可与当归、川芎、赤芍等配伍应用。益母草有利尿消肿作用，现临床常用于急、慢性肾炎水肿，可单味煎服，也可配合茯苓、白茅根、白术、车前子、桑白皮等同用。益母草以蛋白尿兼见水肿者应用为好。一般用量为10~30g。

刘寄奴：性温，味苦，归心、脾经。功效为祛瘀通经



疗伤，消化食积。刘寄奴苦泄温通，善于祛瘀通经，散瘀止痛，用于跌仆损伤、经闭不通、产后瘀痛等，为伤科常用药物。近年来在内科疾病中被广泛使用，用于血瘀诸证。蛋白尿表现为病程久、面色黧黑、舌黯淡，或肾脏病理表现为肾小球硬化、肾间质纤维化者，可用刘寄奴，常用剂量为5~10g。

6. 清热解毒药

凡功能清热邪、解热毒，适用于各种热毒病证的药物，就叫清热解毒药。肾脏病蛋白尿见咽喉肿痛、或外感后蛋白尿发作或加重者，可加用清热解毒药物治疗。既能有效地控制炎症，又可减轻尿蛋白的排泄。常用药物有金银花、黄芩、半枝莲、白花蛇舌草等。

金银花：性寒、味甘，入肺、胃、心、脾经。主要功效为清热解毒，疏散风热。用于外感风热或温病初起以及用于疮痈肿毒、咽喉肿痛。肾脏病患者由于正气亏虚，易感外邪，若风热上犯，可致咽喉肿痛、口干、发热、小便黄等症状，加金银花不仅可清热解毒利咽，亦可减轻蛋白尿。其作用机制与金银花对肾脏炎性介质的抑制有关，尤其肾病综合征服用激素外感后，蛋白尿复发或加重，可加用金银花等清热解毒药物，能较好地控制尿蛋白的排泄。常用剂量为10~20g，常配合连翘、蒲公英等。

半枝莲：性凉，味辛，入肺、心、小肠经。具有清热解毒，利尿消肿的作用。临床用于热毒疮疡，毒蛇咬伤，肺痈、肺癌以及肠胃道癌症。又能利尿、祛瘀止血，故对肾络瘀阻、水湿内停之肾脏病有较好的效果。常用剂量为10~30g。

白花蛇舌草：性寒，味微苦、淡，入胃、大肠、小肠



经。有清热解毒，利湿通淋，活血消癰的功效。临床用于肠痈、疮疖肿毒、湿热黄疸、小便不利及各种癌症。为治疗各种类型肾炎的常用草药，配伍其他中药治疗急性肾炎、慢性肾炎、肾病综合征、IgA 肾病等均有显著疗效。其治疗蛋白尿的机制与半枝莲相似，常用剂量为 15~60g。

黄芩：性寒，味苦，入心、肺、胃、胆、大肠、小肠经。具有清热燥湿，泻火解毒，安胎的功效。黄芩清热燥湿作用颇强，对湿温发热，可与滑石、白蔻仁、茯苓等配合应用；对湿热泻痢、腹痛，又常与白芍、葛根、甘草同用；对于湿热蕴结所致的黄疸，可与绵茵陈、栀子、淡竹叶等同用。亦用于热病高热烦渴，或肺热咳嗽，或热盛迫血外溢的吐血、衄血、便血、崩漏，以及热毒疮疡等病证。此外，本品又有清热安胎作用，可用于胎动不安，常与白术、竹茹等配合应用。治疗蛋白尿主要用于外感风热、咽喉肿痛而加重或诱发蛋白尿者。治疗肾脏病的作用机制可能与其具有抗菌、降压，利尿等功效有关。临床常用剂量为 3~10g，治疗咽喉肿痛多生用。

治疗尿血的常用药物及特点

中医药治疗尿血，首先要遵循辨证论治的原则，根据患者的症状、体质、舌脉进行治疗，同时选用适当的止血药物。

止血药物有多种，有凉血止血药、化瘀止血药、收敛止血药、温经止血药以及清热凉血药。凉血止血药主要用于血热妄行所致的各种出血证，如咯血、衄血、吐血、尿



血、便血等。药性多寒凉，味多甘苦，代表药物有小蓟、大蓟、地榆、槐花、槐角、侧柏叶、白茅根等。化瘀止血药用于瘀血阻滞脉络，气血运行不畅，血不循经而外溢所致的各种血证。临床以反复出血不止，色泽紫暗，挟有血块，面色黧黑，舌紫暗或有瘀斑、瘀点为辨证要点。药味多属甘苦辛，性平，代表药物有三七、茜草、蒲黄、花蕊石、血余炭等，其特点是止血而不留瘀，在慢性肾脏病中是最为常用的药物。收敛药物主要用于内外伤出血病证，药性多酸涩收敛，有敛血止血之功，代表药物有白及、仙鹤草、紫珠、藕节、棕榈炭等，但这类药物止血有留瘀之弊，需要与化瘀止血药配合应用。温经止血药物主要用于脾不统血，冲任失固之虚寒性出血证，药性多温热，代表药物有艾叶、炮姜、灶心土等，这类药物以妇科为常用。清热凉血药多为苦寒及咸寒药物，用于营分、血分等实热证，临床表现为身热夜甚、心烦不寐、舌绛脉细数；或神昏谵语，斑疹隐隐；或高热，吐血衄血等。常用药物有生地黄、玄参、牡丹皮、赤芍、紫草、水牛角等。

肾脏病血尿的治疗要选择止血而不留瘀的中药，这类药物中如三七、茜草、蒲黄、花蕊石等都有止血消瘀的作用，虽然药物作用的部位有所偏重，但赵老师常用来治疗肾性血尿。

花蕊石最早记载于《神农本草经》，酸、涩，平。入肝经。具有止血化瘀的作用，临床用于咯血、呕血、衄血、外伤出血等病证，本品酸涩收敛，既能止血，又能化瘀，故适用于吐血、衄血而内有瘀滞的证候，常与血余炭、三七等药配合应用。我们在临床上根据其止血化瘀的特点，结合肾脏病患者久病多瘀的特点，将其用于治疗血



尿，可以减轻症状。一般用量为 10~15g，煎服。或研细末，入丸、散剂，吞服，用量为 1~3g，外用适量。

三七也记载于《神农本草经》，是临床上广泛使用的药物，味甘微苦性温，入肝经血分，具有化瘀止血、活血止痛的功效。其特点是止血不留瘀，化瘀不伤正，用于各种血证。故人体内外各种出血，无论有无瘀滞，均可应用，尤其在伤科为首选药物。在肾脏病的治疗中，三七也是常选的药物，但使用上也应注意其特点，并非所有尿血都选用。从临床效果来看，三七对于肾性血尿及结石导致肾脏、尿道、膀胱损伤而出现的血证效果最好，对于药物如一些抗肿瘤药物、细胞毒类药物导致的出血性膀胱炎也有很好的作用。在使用上多研末服用，吞服每次 1~1.5g，部分患者不易下咽，可装胶囊吞服。入煎剂 3~5g 即可，若大剂量服用，可导致恶心、呕吐等。

蒲黄为香蒲的干燥花粉，性平味甘，具有止血化瘀、利尿通淋作用。性虽甘平，但以收敛止血为长，且兼有活血化瘀之功，止血而不留瘀。对出血证无论属寒属热，有无瘀滞，均可应用，但临床上属实挟瘀者最为适宜。蒲黄具有利尿通淋的作用，血淋患者小便热涩疼痛、色红、排出不畅者最为合拍。慢性肾小球肾炎尿血者，可选用蒲黄，同时配小蓟、茜草等。蒲黄可生用或炒用，生用时活血化瘀、利尿通淋效果显著，炒后性涩，止血作用增强。治疗肾脏病以生蒲黄为好，常用量为 3~10g，包煎。

侧柏叶记载于《名医别录》，为侧柏的枝叶，性寒味苦涩，具有凉血止血、化痰止咳的作用，并能生发乌发。因其性凉，以凉血泄热为长，用于血热妄行所致的血证。尿血患者表现为热证者最为适宜，一般用量为 10~15g，



煎服。此为苦寒之品，不宜多服、久服，否则易伤脾胃。但证属寒者不可用，虚寒性出血可配合温里祛寒药物。慢性肾炎多为寒热错杂、虚实并见，血尿早期以实热为主，可用侧柏叶治疗，后期为虚寒、脾虚不统血所致，而侧柏叶性涩能收敛止血，仍然可以应用。

小蓟是治疗血尿的常用药物，性凉味甘苦，具有凉血止血、散瘀解毒的作用。临床用于血热妄行所致的血证。小蓟有利尿的作用，故善治下焦有热，灼伤血络所致的尿涩刺痛、血淋尿血等，常与白茅根、车前草配合使用。慢性肾小球肾炎血尿的治疗中，小蓟是常用的药物。此外糖尿病肾病也常选用小蓟治疗，无论是血尿还是合并泌尿系感染均可使用。

血余炭为人发加工而成，人发洗净晒干，焖煨成炭后入药，性平，味苦涩，入肝、肾、膀胱经。具有化瘀止血、养阴利尿的作用。主治瘀血阻滞的出血证及小便不利。慢性肾炎患者属于瘀血阻滞、小便不利者可以使用。现代药理研究其能明显缩短出、凝血时间，可以抑制金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌等，并有利尿作用，对于慢性肾炎以及泌尿系感染尿血、血淋而体质为阴虚者最为合适。慢性肾炎病程多长，既有正气亏虚、阴血不足，又有瘀血阻络、湿热留恋，选用血余炭治疗可以兼顾。

仙鹤草是临床上常用的止血药，性平味苦、涩，入心、肝经。具有收敛止血、补虚、止痢的作用，因其药性平和，多种血证如咯血、吐血、衄血、便血、崩漏等都可使用，且无寒热虚实之虑。其性收涩，能涩肠止泻，补虚兼止血，对于血痢及久病泻痢尤为适宜。用量：煎服时10~15g，大剂量可用到30~50g。临床用于血小板减少



性紫癜、过敏性紫癜、血友病、消化道出血、功能性子宫出血等。仙鹤草虽有较好的止血作用，但慢性肾炎等病用之较少，效果也不理想，并有导致血管痉挛、诱导高凝状态的不良反应，这与其所含的成分有关。仙鹤草含仙鹤草素、仙鹤草酚、仙鹤草内酯、仙鹤草醇、鞣质等，其中仙鹤草醇能收缩血管，有明显的促凝血作用，而高凝状态可导致肾脏缺血，诱导肾脏损伤而致肾脏硬化。在使用时，应结合其药理作用在辨证的基础上，辨病应用。

以上是治疗尿血的常用药物，此外，龟甲、女贞子、旱莲草因其养阴清热作用，也经常用于尿血的治疗。

龟甲用乌龟的腹甲，野生和家养均可。性寒味咸、甘，入肾、肝经。具有滋阴潜阳、益肾健骨、养血补心、固经止崩的作用。因其甘寒沉降，能滋阴降火，对于肾阴亏虚、虚火扰络所致的尿血较为合适。龟甲的作用效果与炮制方法有关，古代龟甲的炮制方法较多，目前常用生龟甲与醋龟甲两种。生龟甲长于滋阴潜阳，主治肝风内动、肝阳上亢等症，但腥气较重；醋制后龟甲较为酥脆，易于粉碎，有利于有效成分的煎出，滋阴止血的作用增强。故尿血治疗用龟甲时，以醋制龟甲效果好。

旱莲草又称墨旱莲，性寒味甘酸，入肝、肾经。具有滋补肝肾、凉血止血的作用，主要用于阴虚火旺、血热妄行所致的尿血、血淋等。常与女贞子配合使用。

对于肾病日久，络脉瘀阻的尿血患者，单用止血药物无效者，可考虑用活血药物。常用药物如丹参、益母草、地龙、僵蚕、乌梢蛇等都可选用，这类药物可以改善肾脏血液循环，改善高凝状态，抑制细胞外基质的沉积，加速其降解，保护肾功能，减缓肾脏疾病的进展。



久病人络理论在糖尿病 肾病中的应用

糖尿病肾病是糖尿病发展到一定阶段的严重并发症。国外的资料显示，在慢性肾衰竭患者中，由于糖尿病导致的肾衰竭占首位。国内目前虽然仍以慢性肾小球肾炎为主，但糖尿病导致肾衰竭的比例逐年上升。糖尿病这种在以往被称为“富贵病”的代谢性疾病，在我国目前已经达到5%的发病率，由于不能及时诊断及治疗的不正规，导致糖尿病肾病迅速增加。目前对糖尿病肾病的发病机制及治疗的研究已成为医学界关注的重要课题之一。尽管血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂用于预防及治疗此病，减缓了病情的进展，但效果仍不理想。中医药治疗糖尿病多以消渴论治，以上、中、下三消论治学说治疗，但效果也不理想。

中医药治疗糖尿病有效果，经过长期的临床实践，这一点早已被证实。如何提高疗效，如何在理论上有所突破从而指导临床实践，需要进行深入地探索。通过对中医历代文献的回顾，分析中医药治疗糖尿病、糖尿病肾病的经验和西医学研究进展，采用中医辨治体系结合糖尿病肾病的现代病理生理学改变，以“久病人络”为理论依据，以活血化瘀通络为法，采用通络活血药物治疗糖尿病肾病，获得较为不错的效果，现论述如下。

1. “久病人络”的理论基础

络脉是经络系统的分支，包括十五别络、孙络、浮络



和血络等内容，又有阴络、阳络、脏络、腑络及系络和缠络等称谓。它具有渗灌血气、互渗津血、贯通营卫、保证经气环流等独特的生理功能，是经脉中气血营养脏腑组织的桥梁和枢纽。《灵枢·百病始生》曰：“若内伤于忧怒则气上逆，气上逆六输不通……凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去而积皆成矣。”《素问·缪刺论》谓：“今邪客于皮毛，入舍于孙络，留而不去，闭塞不通，不得入于经，流溢大络而生奇病。”说明人体病变可通过络脉而到达全身，继生百病。总之，可以认为“久病入络”理论萌芽于《黄帝内经》，后经各代医家不断发挥，至清代叶天士《临证指南医案》更趋完善。叶天士提出“久病入络”、“久痛入络”，认为邪气袭人后，其传变途径“由经脉继及络脉”，又说“大凡经主气，络主血，久病血瘀”；“初病气结在经，久则血伤入络”；“经年宿病，病必在络”。对慢性病的治理起到重要的指导作用。肾脏是络脉组织最丰富的器官，肾脏中的肾小球由毛细血管网组成，由于血管细长血流阻力大，极易导致痰湿瘀血阻滞肾络不通、肾脏衰败。

2. 络病与糖尿病肾病的病因病机

糖尿病肾病，特指糖尿病性肾小球硬化症，是糖尿病的微血管病变。糖尿病早期肾脏即出现结构及肾血流动力学的改变，这与络病的发病机制相吻合。络病的病理机制分为瘀、虚、痰、毒。糖尿病状态下，糖、脂肪、蛋白质代谢紊乱，产生内生之邪，邪气犯络，导致络中气机瘀滞。肾小球和肾小管的体积增大应为气机瘀滞的直接结果。糖尿病肾病的肾脏病理改变，如肾小球肥大、系膜区增宽、肾小球基底膜增厚、Kimmelstiel—Wilson 结节，



都提示肾之血络瘀阻肿胀是客观存在的。代谢紊乱导致肾小球毛细血管内皮细胞损伤，足细胞发生改变即胞体及足突肿胀、变形，裂隙隔变宽，造成肾小球毛细血管功能异常；同时，代谢紊乱造成局部高凝状态，肾脏血流动力学改变，主要表现为肾小球滤过率增高，尿蛋白排泄率增高，正如叶天士所谓“久病入络”之理。而血瘀不畅、脉络闭塞，必加重水气壅滞，水湿泛滥，如《金匱要略》所云：“血不利则水。”因此糖尿病肾病除了病久及肾，肾虚为本，还包括“久病脉络瘀阻”的病机变化。病及络脉是糖尿病肾病发病的中心环节，其原因有三：①糖尿病肾病进行性发展，迁延难愈的临床特点与络脉为病的易滞易瘀、易入难出、易积成形的病机特点一致。②络脉具有支横别出、逐层细分、网状分布的空间特点，气血流缓、面性弥散、双向流动的气血运行特点。络脉既是气血运行的通道，也是病邪传变的通道，六淫外袭易于先伤肾体表阳络，由络至经最后进展至脏腑阴络，形成一系列病机演变过程。③络中承载着由经脉而来的气血，随着络脉的逐级细分，使在经脉中线性运行的气血面性弥散渗灌，并在其末端完成津血的互换和营养代谢。消渴日久病及肾络，络脉功能失常，气血输布环流障碍导致气滞、血瘀、水停为病。

3. 从络论治糖尿病肾病

以活血化瘀通络类为主的中药，在糖尿病肾病的治疗中已得到普遍的认可，其主要的作用机制为：①使肾小血管收缩，降低毛细血管的通透性，减少尿蛋白。②改善血液循环，特别是微循环，增加肾脏血氧供应，促进坏死组织吸收，加快损伤组织的修复和再生，抑制肾小球纤维



化、硬化或吸收增生性病变，加快肾功能恢复。目前临床治疗糖尿病肾病常用的通络方法有以下几种。

(1) 滋阴润补通肾络法：久病人络多因虚，故当重视补虚，以补为通。糖尿病肾病属于中医“消渴”病的范畴，其病机为阴虚内热。尽管有三消之分，临床以燥热伤肾为多见。肾水不足，虚火上扰，阴精耗损，络脉不畅。临床常见头晕目眩，耳鸣，腰酸，口干，咽喉干痛，盗汗，烦热，尿赤，舌质红、少津、苔薄，脉细数。治疗时常选用山药、熟地黄、生地黄、枸杞子、女贞子、山茱萸、玉竹、天花粉、葛根、丹参、赤芍等以补肾填精、濡养经络。早期糖尿病肾病的治疗，患者可能表现出明显的阴伤，在养阴清热的基础上，适量加入活血化瘀通络药物，对缓解症状、减少蛋白尿、保护肾功能有很好的作用。

(2) 活血化瘀通肾络法：病久必瘀，故应活血化瘀通络。糖尿病肾病具有病程长、持续进展等特点，结合西医学对糖尿病的认识，血糖增高、血液黏稠度增加、肾小球硬化等，都属于中医瘀血的改变。临床表现为下肢麻木，肌肤不仁，瘀点瘀斑，腰痛尿赤，面目虚浮，四肢水肿，肌肤甲错，舌质紫黯、苔薄黄或薄腻，脉弦细涩。临床用药注重加用活血化瘀之品，常用水蛭、当归、川芎、丹参、赤芍、红花、王不留行、三七等以调和气血、通络化瘀。采用活血化瘀通络药物不仅能减缓糖尿病的进展，对于一些产生胰岛素抵抗的患者能增加其敏感性。

(3) 温阳补气通肾络法：补虚药与通络药必须配合使用，取“助之使通”之意，达到补而不滞、通而不伤的效果。只补而不通则留积为患，只通而不补则耗气伤血，加



重病情。糖尿病肾病患者早期多为阴虚内热的表现，后期则出现畏寒肢冷等，且“气行则血行”，血得温则行，故两者须配伍应用。阳虚多为脾肾阳虚，不能够化气行水，水湿留滞体内，泛于肌肤四肢。临床常见患者面色苍白，形寒肢冷，周身水肿，按之没指，小便短少，大便溏薄，舌质淡、舌体胖大、苔薄或腻，脉沉细微。临床常用桂枝、淫羊藿、黄芪、茯苓、白术、猪苓等以温肾通络、化气行水。在温肾健脾药物的运用中，黄芪益气固表、利水消肿，是常用的药物，还要配合一些活血利水消肿的药物如益母草、泽兰等。

(4) 虫类搜剔通肾络法：注重应用虫类药。虫类药物的应用是由于络病学说的兴起和对糖尿病肾病病机的深入认识得到了认同，临床实践和动物实验都证实其效果。根据中医理论，初病者，多属气机失调，尚可以草木类药加以调理；而病久则血伤人络，阳动之气无以旋运，使瘀血凝痰，混处络脉，以至痼结难解，必须用虫类药物治疗。虫类药为血肉之质，而又具有动跃攻冲之象，能入络祛痼结之瘀痰、旋转阳动之气。临床常见症候：久病不愈，面色黧黑，腰痛固定不移，腹胀，纳呆，恶心呕吐，肢体水肿，舌质黯，脉沉细涩。常选用水蛭、全蝎、穿山甲、龟甲、鳖甲、蜣螂、乌梢蛇、地龙等，以攻剔痼结、搜剔络脉。这类药物对于防止肾小球硬化和肾间质纤维化具有很好的作用。临床应用中发现，虫类活血通络药物在减轻蛋白尿方面的效果较好，对于血尿患者，龟甲具有养阴止血的作用，可放心使用，其他药物虽然具有活血的作用，但未见加重血尿的情况。

(5) 清热利湿通肾络法：湿热毒邪内蕴，肾络瘀阻。



常见的临床症候：身体困重，胸腹痞闷，烦热口渴而不欲饮，口苦，小便赤涩，纳呆，胸闷，呕恶，舌质红，苔黄或黄厚腻，脉弦滑数。常选用茯苓、陈皮、清半夏、竹茹、枳壳、黄连、大黄、佩兰、砂仁、黄芩等，以清热利湿、泻浊通络。

(6) 化痰活血通肾络法：脾为生痰之源，肺为贮痰之器，脾虚生痰贮肺于百脉，脉道痰阻血瘀是消渴病之主要病理变化。病久痰瘀阻于肾络，痰伤肾气、肾阳，瘀伤肾体，从而肾之阴阳俱虚。与消渴病的既往认识相比，阴虚火旺已经明显减少，痰热、痰湿夹瘀者明显增多。常见症候：胸闷，气短心悸，痞满不舒，痰涎壅盛，形体肥胖，四肢沉重，懒言少动，舌质胖大，苔白腻或白滑或黄腻，脉沉弱或沉缓。常选用胆南星、瓜蒌、茯苓、陈皮、清半夏、白芥子、丹参、川芎等，以宽胸豁痰、散结通络。

(7) 消癥散结通肾络法：“久病入络”，肾为络脉聚集之所，因消渴病久治不愈，伤阴耗气，内生痰浊，阻于脉络，痰瘀互结，形成微型癥瘕。这类患者不仅病程较长，有明显的瘀血证候，肾脏病理也显示肾小球硬化和肾间质纤维化，这些病理改变是有由于细胞外基质的大量沉积所致。中医认为是癥瘕积聚于肾脏所致，需要用消癥散瘕的药物治疗。常见症候：腰痛，周身水肿，乏力，少尿，舌质暗红有瘀点，脉沉弦涩。常选用三棱、莪术、鳖甲、夏枯草、海藻、水蛭、元参、大黄、桃仁、积雪草等以化痰破瘀、消癥散结。



略论中医痛证的病理

痛证的基本病理，历来许多医家常以“不通则痛”加以解释，尤其近几年来随着对活血化瘀等法的深入研究和广泛应用，“不通则痛”之说更被广大医者所采纳和接受，并以此作为临证之指南、理论之依据。但根据中医学理论，我们认为单以“不通则痛”作为全部痛证的基本病理尚有不足之处，有必要进一步加以探讨。

1. “不通则痛”不能概括痛证的全部病理

“不通则痛”作为痛证的基本病理之一由来已久，早在《黄帝内经》就有这方面的论述，特别是《素问·举痛论》所述甚详。但从所述来看多属实证。如“寒气入经而稽迟，泣而不行……客于脉中则气不通，故卒然而痛”；“寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引故痛”；“寒气客于厥阴之脉……血泣脉急，故胁肋与少腹相引痛矣”；“热气留于小肠，肠中痛，瘴热焦渴，则坚干不得出，故痛而闭不通矣。”

金元时期，李东垣在《黄帝内经》的基础上对痛证病理加以概括，在《医学发明·泄可去闭葶苈大黄之属》篇明确提出了“痛则不通”的病理学说。同时，在治疗上也相应地确立了基本原则——通利之法，即所谓“痛随利减，当通其经络，则疼痛去矣”。李东垣还列举治疗情况加以说明：“谓如头痛，当以细辛、川芎之类通之，则无所凝滞，即痛随利减也。臂痛有六通经络，究其痛在何经络之闭，以行本经，行其气血，气血利则愈矣。”据此分



析，李东垣之论，当属实证无疑。其后，王海藏于《此事难知·痛随利减》篇中又予以肯定“诸痛为实”。王氏认为：“痛在表者实也，痛在里者实也，痛在血气者亦实也。”在治疗上遂“将利字训作通字，或训作导字”，指出：“在表者汗之则痛愈，在里者下之则痛愈，在血气者散之、行之则痛愈。”

由于不通属实的确立，所以朱丹溪在治疗上又提出了“痛忌补气”的学术见解。《丹溪心法·腹痛》云：“诸痛不可用参、芪、白术。盖补其气，气旺不通则痛愈甚。”对此后世医家又不断发展，以至出现了“痛无补法”的学术观点。这些更加证明“不通则痛”属实而不属虚。正如张景岳《质疑录·论诸痛不宜补气》所言：“有曰通则不痛，又曰痛随利减；人皆以为不易之法，不知此为治实痛者言也。”

由于虚痛的客观存在，在“不通则痛”学说及其理论指导下的通之之法，显然不能完全解释和适应临床中遇到的各种虚痛病例。于是一些医家抓住了某些虚痛也可出现不通的现象，遂提出了“助之使通”的理论，冀望以此概括虚痛的病理，进而将虚证之发病机理也归诸“不通”的名下。如清代医家高士宗在其《医学真传·心腹痛》中云：“夫通则不痛，理也。下逆者使之上行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也，若必以下泻为通，则妄矣。”高氏所论，虽为对王海藏“利”法解释的进一步发展，且常被作为虚痛是由“不通”引起的主要依据，但“助之使通”只能说明因虚致郁（不通）、虚中加实疼痛的病理，而绝不能概括虚痛的全部。虚不一定皆郁，若虚而不郁，其疼痛产生的病



理，就很难以“不通”或“助之使通”加以解释了。

进而言之，倘若以“不通则痛”作为全部痛证的唯一基本病理，那么从临床实际出发，髓海空虚所致头痛、胃阴不足所致胃痛、肝肾阴虚所致胁痛、肾精亏损所致腰痛等，又怎样以“不通则痛”的理论加以解释？何处不通？为何不通？又如六味地黄丸、大补元煎、左、右归饮（丸）、一贯煎、益胃汤、补中益气汤等。对各种痛证的某些类型均有一定的效果，古今医案不胜枚举，但少以“不通”作为基本病理而加以解释。同时，从方药的功能出发，也很难以通法说明之。

鉴于上述情况，我们认为“不通则痛”只能作为实证疼痛的基本病理，并不能解释痛证的全部。

2. “不荣则痛”是痛证的另一基本病理

“不荣则痛”是指某些因邪气侵袭，或脏腑、脉络失于温养、濡润，而引起疼痛症状而言。

关于“不荣则痛”的机制，在古代医籍中早就有记载。如《素问·举痛论》：“……阴气竭，阳气未入，故卒然而痛”；《素问·藏气法时论》“心病者……虚则……胁下与腰相引而痛”；《灵枢·五癯津液别》：“髓液皆减而下，下过度则虚，虚故腰背而胫酸”；《灵枢·阴阳二十五人》：“血气皆少则喜转筋，踵下痛”等。根据张景岳、张隐庵之见，上述诸痛均非不通所致，实为筋脉、筋骨失于营养而成也。如张景岳注曰：“心主血脉，血虚则不能荣养血脉，故腰胁相引而痛。”张隐庵注曰：“转筋踵下痛者，血气少而不能营养筋骨也。”

李东垣虽从实证出发，立“痛则不通”之说，但也记载了虚证疼痛，并以补益的方法进行治疗。如《兰室秘



藏·头痛》即载有血虚头痛、气虚头痛、气血两虚头痛。在治疗上特别强调“调其阴阳，不足则补，有余则泻”的原则。又如《医学发明·诸脉按之无力所生病证》篇说：“六脉中之下，得弦细则涩，按之无力，腹中时痛，心胃控掣，阴阴而痛……腰沉沉苦痛，项背胸皆时作痛……时头痛目眩……或面白而不泽者，脱血也。”

至于以不得荣养来解释某些虚痛的出现，也被一些医家采纳。如张仲景在《伤寒论》麻黄汤禁例中指出：“身疼痛……尺中迟者，不可发汗，何以知然，以荣气不足，血少故也。”罗天益在《卫生宝鉴·气虚头痛治验》亦谓“清阳之气愈亏损，不能上荣……所以头苦痛。”

张景岳在不断总结临床经验的基础上，认为“不通则痛”只是痛证的基本病理之一，而不是全部。因虚致痛与“不通则痛”冰炭不容。并对朱丹溪“痛忌补气”之说提出非议，认为虚痛必补，从而对“不荣”引发的疼痛有了比较深刻的认识。如《景岳全书·心腹痛》中言：“凡治心腹痛证，古云痛随利减，又曰通则不痛，此以闭结坚实者为言。若腹无坚满，痛无结聚，则此说不可用也，其有因虚而作痛者，则此说更如冰炭”，“丹溪曰诸痛不可补气，此唯邪实气滞者当避之，而曰诸痛皆然则谬矣，不可执以为辞也。”对于虚证疼痛的治疗，张景岳则在《质疑录·论诸痛不宜补气》云：“凡属诸痛之虚者，不可以不补也”，《叶选医衡·痛无补法辨》又列举实例加以说明：“凡治表虚而痛者，阳不足也，非温经不可；里虚而痛者，阴不足也，非养营不可；上虚而痛者，心脾实伤也，非补中不可；下虚而痛者，脱泄亡阳也，非速救脾肾，温补命门不可。夫以温补而治痛者，非不多也，奈何医者，专执



痛不可补气之说，岂良法哉。”张氏进而将虚痛的病理归为“不荣”所致。《质疑录·论肝无补法》云：“肝血不足则为筋挛、为角弓、为抽搐、为爪枯、为目眩、为头痛、为胁肋痛、为少腹痛、为疝痛诸证，凡此皆肝血不荣也。”尽管如此，张景岳尚不能全面分析虚痛的发生，在痛证的基本病理上总括或创立一个新的学说。

清代医家，在继承古人经验的基础上，结合临床实践，深入探讨各种虚证的病理变化，从而对“不荣”而引起的疼痛的病理有了比较全面的认识。叶天士从虚痛的病本出发，立“络虚”之说，如《临证指南医案·胃脘痛》：“营虚胃痛，进以辛甘”；“劳力，气泄阳伤，胸脘痛发，得食自缓，已非质滞停蓄，然初病气伤，久泻不止，营络亦伤，古谓络虚则痛。”《肩臂背痛》门亦云：“脉衄汗出失血，背痛，此为络虚。”至于营虚、络虚所引起的疼痛，叶氏认为主要在于“脉络失养”。其后，陈修园、尤在泾等又皆以不营、不充、失养等解释各类虚痛的发生。如《医医偶录》在解释心痛、头痛、胁痛、腰痛时说：“心之虚，血不足也，脉左寸必弱，其症……为虚痛”；“肝之虚，肾水不能涵木而血少也，脉左关必弱，或空大，其症为胁痛……胁痛者，血不营筋也”；“肾之虚，脉左右尺常细软，其症为头痛……为腰痛……头痛者，血不能充髓海也……腰痛者，水不足也。”《金匱翼》亦谓：“血虚头痛者，血虚脉空”；“气虚头痛者，清阳气虚，不能上升也”；“病久气虚血损，及素作劳，羸弱之人，患心痛者，皆虚痛也”；“肾虚腰痛者，精气不足，足少阴气衰也……精气不足，则经脉虚而痛”；“肝虚者，肝阴虚也……阴虚血燥，则经脉失养而痛”等。



由此可见，“不荣则痛”和“不通则痛”一样，也是痛证基本病理之一。两者从不同的病理来解释痛证的出现，反映了痛证性质的不同。由于“不荣则痛”的确立和客观存在，在治疗上，补法的运用就有了比较坚实的理论基础，像通法一样也成为痛证的治疗原则之一。

总之“不通”与“不荣”，虽然从病理上概括了产生不同性质疼痛的两个方面，但这两个方面在某些情况下，也可错杂出现，以致形成虚中夹实，实中夹虚，虚实并见的不同证候。

痛证是一个比较复杂的病证、对于复杂的病情只有认真寻求病因，探明病理，掌握其发生、发展的客观规律，才能为治疗疾病打下良好的基础。

（此文由李寿岭、赵玉庸发表于上海中医药杂志 1980 年第 3 期）

正确对待中草药肾毒性

中药源于自然界的动植物、矿物，一向被认为毒副作用较西药为少或为小。在崇尚自然、回归自然的今天，纯天然制药备受青睐。人们误认为原生药为主的中草药毒副作用少，甚至无毒副作用，导致长期、盲目大量滥用中草药而招致意外的毒副作用，甚至危及生命。随着中草药应用的不断国际化，世界上使用中药的人数也在迅速增加，不容忽视的是，由于许多人对于中药毒性认识不深而误用滥用中药出现了不良反应或毒副作用。如 20 世纪末日本报道长期服用柴胡出现了肝炎，新加坡发现含小檗碱的黄



连、黄柏可引起新生儿溶血性疾病，香港报道大剂量服用人参导致胎儿畸形等逐渐引起人们的重视。

在中药肾毒方面的报道，自 20 世纪 60 年代就有人认识到，1964 年我国首次由吴松寒在《江苏中医》报告了两例因大量服用木通导致急性肾衰竭，1965 年王永钧在《浙江中医杂志》、1976 年侯明斋在《新医学》杂志、1988 年周方钧在《中华肾脏病杂志》均有木通导致急性肾衰中毒致死的病例报道，但这些报道没能引起国内医学界的重视。最早国外报道是比利时学者 Vanherweghem JL、Depierreux M 等，于 1993 年在 Lancet 杂志报道了两例服用广防己的减肥药导致肾衰竭的病例，在国际上引起了强烈的反响。两例慢性肾衰竭患者肾脏病理活检时，显示有明显的肾间质损伤，表现为肾间质纤维化，追问其病史发现均服用过减肥药物。后来又出现了一些表现为肾间质纤维化的慢性肾衰竭患者，均与此药有关。欧洲人由于遗传及饮食因素，肥胖患者较多，不少人尝试服用药物减肥，这种含有芬氟拉明、安非拉酮、波希鼠李皮、颠茄浸膏、乙酰唑胺等成分的减肥药物自 1986 年开始应用，应用 15 年，直到 1991 年 3 月为止没有发现任何毒副作用。1990 年 5 月医者在原方案中加了厚朴和广防己两种中药，问题似乎从那时开始，截止到 1994 年 2 月在接受治疗的数百人中已有 76 人发病，其中三分之一的患者接受了肾移植。由此，国外一些人认定造成肾损害的元凶是中草药，进而提出“中草药肾病”这一概念。国内学者对此病名提出不同的看法，认为提法不妥，是一个扩大化的、不严谨的、明显带有歧视性的术语，容易造成误导而认为所有中草药都有毒，因广防己和关木通等毒性成分为马兜铃



酸，建议称作“马兜铃酸肾病”。后来又有不少关于中草药肾毒性的文章不断出现在专业杂志上，部分媒体也不断在国内外报刊上有所刊载，诸如“中草药致癌”、“中草药肾病”、“中药毒性不容低估”等呼声也很强烈。2002年，美国食品和药物管理局（FDA）在网上列出数十种相关的中草药，警告经销商和消费者，并且公布了禁止进口和销售的中药清单，其中包含马兜铃酸成分中成药如龙胆泻肝丸等十余种。这使国际、国内对中药的应用引起了很大的警惕，甚至对药用安全性产生了怀疑。由于目前对中药安全评价和毒理学研究还不全面，大多数只是病例报告，尚缺乏大规模的流行病学和病理学证据，产生肾损害的中草药治疗量及中毒量以及相应毒性成分有待明确，其发病机制需长期的研究。实际上，并不存在绝对无毒的药物，毒性和药效是同时存在的属性，如应用得当，毒性可以变成药性；如药不对证，剂量、用法不当，药效亦可变为毒性。哪些原因可以导致中药的肾脏损伤，则需要进行认真的探讨。

一、中草药肾毒性原因

1. 用量过大

中药短时间大剂量使用是造成中毒引起肾损害的主要原因。如关木通《药典》记载用量为3~6g/d，而报道服用关木通引起肾衰的用量为30~120g（国内吴松寒早在1964年报道2例因大剂量服用关木通导致急性肾衰竭，之后，陆续有个案报告），也有报道过量服用雷公藤导致肾损害的。益母草引起肾衰的用量多数是60~120g，且反复多次使用。裘奇、刘志红等用关木通水煎剂（60g/



kg·d) 给大鼠灌胃，连续给药 5 天，导致大鼠急性肾衰竭。经我们动物实验表明，关木通 12g/kg·d (相当于人的 72g/d) 给大鼠连续 7 天灌胃就可以造成肾损害。

2. 时间过长

一些中草药小剂量、短时间服用毒性并不大，但连续长时间服用亦可蓄积中毒，上面提到的比利时“中草药毒性事件”就是一个很好的例子，服用时间长达 10 个月~3 年 9 个月之久。据中日友好医院陈文、湛贻璞报道，58 例经病理分析确诊为马兜铃酸肾病患者中有 47 例为间断小剂量服药，时间 3 个月~24 年不等。

3. 忽视辨证

中药生命力在于它在中医理论的指导下用药，辨证论治是中医两大基本特色之一。如不考虑中医辨证施治而按西医思维模式使用中药或辨证不准，就会引起不良反应。如人参无毒，非虚证应用，若大量久服，轻则鼻衄、烦躁不安，重则死亡。对元气欲脱患者，人参用到 60g 不但没有不良反应，反而能起死回生。这是由于生理最大承受量与病理状态的承受量不同，故预防保健用药量与治疗量不同。日本是对中医药颇有研究的国家，早在 1985 年日本学者寺泽捷年发现“证型”不同，中药中某一成分的血药浓度不同。这为中医辨证论治提供了很好的佐证。还需指出比利时减肥药中不经辨证而统统加用“防己、厚朴”，不知原因何在？在对这一事件的调查进展中，对上百例肾病患者反复体检时又发现二分之一的患者心脏舒张期杂音，当时比利时医生就臆断也是两味中药引起的，直到 1997 年美国学者发现真正的元凶是食欲抑制剂“芬氟拉明”。



4. 自身体质方面

不同个体对药物的反应也不同，在药量方面某些药物在法定剂量时一般不出现毒性，但对敏感的个体却可以引起中毒；体质较弱者耐受力差，常规剂量也会出现毒性反应。用药前要询问病人的过敏史，注意患者年龄、性别、体重，特别对孕妇、老年、儿童及过敏体质者慎用有毒中药。

5. 药源方面

(1) 对品种认识不够：中药品种繁多，同名异物，如木通有关木通（马兜铃科马兜铃属）、川木通（毛茛科铁线莲属）、白木通（木通科木通属），其中，关木通毒性最大，川木通毒性次之，白木通最小。目前，全国范围内的商品木通为关木通和川木通。东北产关木通供应全国并有出口；川木通在西南地区使用，多自产自销；四川有淮木通（穆坪马兜铃 *Aristolochia moupinensis* Fr.）；而木通科木通商品极少，一般亦只有民间草药店有售。谢宗万、马红梅对木通进行本草考证后表明：历代所用木通多为木通科木通（*Akebia.*）。该药在《唐本草》及以前本草中称通草，为木通科木通，《药性论》首称木通。至宋代《本草图经》认识到通草、木通有别，但不明确。《证类本草》还出现了解州通草，为毛茛科木通（*Clematis.*）。宋以后，通草、木通混称；至元代《汤液本草》通草、木通分称；明代《本草品汇精要》以木通为正名，但李时珍提出复古名仍称通草；清《植物名实图考》中只记载毛茛科（*Clematis.*）几种木通如山木通、小木通、大木通等。历代本草中未出现关木通的具体描述。直至近代《东北药用植物》一书始有记载，1963年版《中华人民共和国药典》



收录本品至今。现在，2000年《中华人民共和国药典》仅收录了关木通和川木通两个品种，其中关木通为马兜铃科东北马兜铃 *Aristolochia manshuriensis* Kom. 的干燥藤茎；川木通为毛茛科植物小木通 *Clematis armandi* Franch. 或绣球藤 *Clematis Montana* Buch.-Ham. 的干燥藤茎。造成木通品种临床应用历史变迁的原因，据谢宗万先生的意见，主要是药材形状和功能相类似而误认为同物，另外，各地因地取材用药和对药材毒性缺乏认识可能是其中的重要原因。在我国木通科木通主产江浙，南方多用，且自产自销，北方药源不足；而马兜铃科关木通在东北地区产量大，价格低，且又未认识其毒性，故在北方易推广，以充药源，渐至发展到全国并有出口。1954年任仁安调查后指出，我国商品木通主要是马兜铃科关木通。

再如防己是常用的利水消肿、祛风止痛药，药用防己来源较多，名称亦混乱，其中粉防己（汉防己）为防己科植物粉防己的干燥根；广防己（木防己）为马兜铃科植物，含马兜铃酸成分，有可能造成肾间质损害；还有汉中防己为马兜铃科植物异叶马兜铃的根，亦有可能造成肾损害。比利时报道的防己就是误将广防己（木防己）为粉防己（汉防己）使用而致中毒。

（2）中药质量不稳定：同一种中药因品种、产地、种植、生长期、采收时间、药用部位、运输、贮存等不同而质量相差悬殊，毒性也相差很多倍。中药材大多含糖、淀粉、蛋白质、挥发油等成分，在储存过程中易霉变或变质，服用这样的药材也易产生中毒导致肾损害。

（3）药源污染：中药种植过程中使用农药过多，土壤、大气、水质受到周围环境污染，使中药药源造成污染



而引起中毒。中药有机磷残留是影响我国中药材出口的重要原因。

(4) 中药真伪不辨：药物不同但形态相近的种类很多，如相思子误认为赤小豆服用，天花粉误作淮山药使用。另外，部分从业人员素质低下，以次充好、以假充真、掺假，也是中药中毒的原因之一。

(5) 忽视中药炮制：炮制不仅可以减毒，还可以改变药性提高疗效。近年来忽视炮制工作，造成中药质量下降。炮制作用大致有以下几种：一是直接取出毒性部位，如苦杏仁的皮尖、马钱子的皮毛、巴豆的皮等。二是使毒性成分分离出来，如用凉水反复浸泡将川乌、草乌中有毒成分溶于水而弃去。三是使毒性成分破坏，如附子的毒性成分乌头碱通过煎煮可以使乌头碱破坏，毒性减低，故附子要用熟附子。此外，甘草可解附子毒性，甘草酸对某些毒物有解毒作用并有吸附作用，《本草正》：“附子之性急，得甘草而后缓，附子之性毒，得甘草而后解。”

(6) 煎服法不当：部分中草药有其特殊的煎煮时间要求，如雷公藤其根芯木质部，第一煎需煮2小时饮用，第二煎需1小时以上，若煎煮时间不够，其毒副作用越强。相反，山豆根煎煮时间要短，时间越长毒性越大。此外，煎煮器具不当也是致毒途径之一，如用金属锅煎药导致某些药物性质变化而导致中毒。

二、中医学对中药毒性的认识及毒性的相对性

中医学对中药毒性的认识有广义和狭义之分。广义的概念，一是药毒泛指药物的功能。《黄帝内经》谓“大毒治病，十去其六，常毒治病，十去其七，小毒治病，十



去其八”。二是指药物的偏性。张景岳指出“药以治病，因毒为能，所谓毒者，以气味之有偏也。”狭义的毒性概念是指药物对人体的毒副作用。《神农本草经》将有毒药物视为下品，《淮南子》中记载“神农尝百草，一日而遇七十毒”，隋朝巢元方在《诸病源候论》中称“凡药物云有毒及其大毒者，皆能变乱，与人为害，亦能杀人”。我国历代本草及现行国家药典将部分药物标明“大毒、有毒、小毒”，而对一般药物不提是否有毒，即宗此狭义的毒性概念。可见中医学从未否认重要的毒性问题。“药”是治病的物质，“毒”是药物的属性之一。凡是药物均有一定的生理活性，用之得当，可以调偏扶正，产生治疗作用；用之不当，则可动乱，产生毒副反应。有毒无毒、毒性强弱是相对的。

实际上，几乎所有的药物都有引起机体损伤的潜力，各种药物都有一定的安全使用剂量范围，而超出该范围达到中毒剂量时则成为毒物。正如毒理学实验的奠基人 Paracelsus (1493—1541) 所说：“物质本质并非毒物，只有在一定剂量下才变成毒物”。崔太根、王海燕等研究证实，关木通药典法定剂量 $1\text{g/kg} \cdot \text{d}$ （约相当于人类剂量 6g/d ）予 Wistar 大鼠灌胃，2 个月的观察期未发现大鼠的肾功能、肾脏组织形态及细胞外基质成分有明显的不良影响。我们的实验延长到了 3 个月也如此。关木通的超大剂量服用一定会表现出某些毒性，如国内早期报道曾有短期（1~10d）大量（25~200g/d）服用关木通导致急性肾衰甚至死亡的病例。不加限定地将某药视为有毒或无毒，并将其绝对化，既不符合客观实际，也有违科学。一段时间以来，为了说明中药比化学药物的毒副作用小，使用中



药相对安全，而将中药说成“没有毒副作用”甚至说中药可以“有病治病，无病强身”等，既是对药物属性的否定，不符合实际，也于中医理论相违背。

三、常见的肾毒性药物

根据《全国中草药汇编》、《中药大辞典》、《中国药典》及国内外有关报道，具有肾毒性的常见中草药主要有。

(1) 温阳药：乌头类包括川乌、草乌、附子、肉桂、萆澄茄。

(2) 祛风湿药：威灵仙、大风子、臭梧桐、千年健、雷公藤、苍耳子、木防己、寻骨风、松节、马钱子。

(3) 逐水药：乌椿根皮、牵牛子、商陆、甘遂、大戟、芫花。

(4) 抗肿瘤药：光慈菇、斑蝥。

(5) 麻醉止痛药：八角枫、蟾酥、细辛、麝香。

(6) 利尿药：关木通、木防己、泽泻。

(7) 活血药：益母草、水蛭。

(8) 行气药：厚朴、槟榔、丁香。

(9) 驱虫药：苦楝根皮、使君子。

(10) 清热解毒药：土牛膝、虎杖、山豆根。

(11) 止咳平喘药：马兜铃、白果。

(12) 熄风药：蜈蚣、全蝎。

(13) 安神药：朱砂。

(14) 解表药：荆芥、麻黄、柴胡。

(15) 泻下药：番泻叶、芦荟。

(16) 止血药：侧柏叶。



(17) 外用药：雄黄、轻粉、砒霜、拔毒膏、红升丹、铅丹。

(18) 中成药：六神丸、昆明山海棠、三黄片、中华跌打丸、安宫牛黄丸、朱砂安神丸、冠心苏合丸。

(19) 其他：棉酚、鱼胆、胆矾、闹羊花根、生蜂蜜。

四、中草药肾损害的特点

(1) 尿常规：多正常或轻度异常，低比重尿，尿糖异常，无菌性白细胞尿。

(2) 小管性蛋白尿：和其他小管性疾病一样，中药肾损害存在低分子的小管性蛋白尿，如视黄醇结合蛋白(RBF)、白蛋白、 α_1 微球蛋白、 β_2 -MG升高。与其他原因引起的小管性蛋白尿相比，中药肾损害的特点(RBF)升高率最高，可作为中草药肾损害的监测指标。

(3) 贫血、高血压、肾衰竭：与肾功能损害不相平行的贫血，80%为轻度高血压，肾功能损害主要是急性肾衰竭和渐进性肾衰竭。国内外文献报道以肾衰竭多见，可有急性肾衰竭和渐进性肾衰竭之分。急性肾衰竭多在较短时间（一般一两天至数周）内发生，常伴有胃肠道症状。如食欲不振、恶心、呕吐，很快出现氮质血症，少尿甚至无尿，部分表现为非少尿性肾衰。预后一般较好，及时停药并给予支持、对症治疗，常可恢复。渐进性肾衰竭起病缓慢且隐匿，并呈进行性发展，往往数月至数年进入终末期，病变较难逆转，常伴有与肾衰程度不符的贫血，轻度肾小管性蛋白尿。此类病人肾衰常被忽视，经常规血液生化检测才发现，此类病人较多见。归其原因可能与用药剂量大小和持续时间长短有关，前者多属超大剂量短期用



药，表现为急性肾衰；后者多为小剂量长期用药，表现为慢性肾毒性反应。此外中草药肾损害可表现肾小管疾病，如肾小管酸中毒、Fanconi 综合征和尿崩症等，少数患者还表现为肾小球肾炎。

五、中草药肾损害发病机制

现有文献并没有明确中草药肾损害的发病机制，根据其临床及病理表现推测可能发病机制如下。

(1) 直接损伤肾小管：很多引起肾损害的中药是直接损害肾小管上皮细胞，肾小管上皮细胞转分化为成纤维细胞，进而导致间质纤维化；甚至广泛近曲小管坏死，导致急性肾衰竭。

(2) 直接损伤肾小球：部分有毒中药直接损害肾脏实质细胞，致肾小球变性、坏死，致急性肾衰、尿毒症，甚至死亡。这些中药有苍耳子、雄黄、雷公藤、牵牛子。

(3) 中药引起全身过敏反应、溶血反应而致急性过敏性间质性肾炎及肾衰竭。如海马、蜈蚣、水蛭等。

(4) 中草药毒性成分及代谢产物通过肾脏排泄引起肾脏肾炎样改变、脂肪样变性，如：牵牛子、巴豆、槟榔、鸦胆子等。

六、正确对待中草药肾毒性

中药与其他药物一样在起到治疗作用的同时也具有药物的毒性，这是正常的，没什么新奇，不应该引起什么轰动。

中草药肾毒性是可以避免的，采取以下预防措施完全可以不发生或少发生中草药毒副作用。



(1) 加快中药现代化步伐，是从根本上防范和减少中药毒性作用的重要措施。通过中药现代化实践，建立从中药资源、品种生产、炮制、饮片、保管、使用或成分提取、工艺、生产、质控、非临床和临床安全性等标准化研究，为药政管理部门制订政策、法规提供技术资料。并且加强药政部门和药检部门对中药材及制剂的质量管理，确保人体用药的安全有效。

当前急需工作是要修订药典，将药物剂量及毒性根据现有的研究资料进行修订。对目前提出的具有肾毒性的常用药物有计划地尽快开展毒理研究，制订安全用药剂量及中毒量，以便指导临床应用。

(2) 严格按照中医理论辨证用药、合理用药、剂量规范化、个体化，防止长期用药蓄积中毒。忌盲目滥用。严格按照中医理论辨证用药、合理配伍就能有效降低毒副作用。

(3) 已明确有肾毒性的品种应取缔，如关木通、广防己等。已知有肾损害的病人尽量不用有肾损害的药物，如必须使用应严格掌握用药量，如雷公藤。

(4) 对无肾脏疾病患者使用有肾毒性的药物，应严格掌握剂量、用药时间，并对病人进行肾功能等监测。

(5) 加强中草药肾毒性的临床和基础研究，为临床安全用药提供科学依据。国内外一些权威机构将中草药肾毒性的研究提高到一个重要地位，早期对中药的毒副反应提出预警性认识非常有必要，但开展中草药毒性研究应在中医药理论指导下进行。中医药有着一整套独立的理论体系和研究方法，暂时不能被国际普遍承认的西医理论和方法兼容。中药毒性的研究必须本着中医中药为体、西医学研



究方法为用的原则开展工作。

中草药肾损害是一个临床事实，但也不能因噎废食而忽略了中草药在肾脏病治疗中的巨大潜力和作用。只要合理用药，正确认识，扬长避短，仍然是可以避免或将毒性减到最小限度的。





年 谱

1940年11月：出生于天津市。

1957年9月：考入天津中医学校。

1962年9月：毕业于天津中医学院，留校，跟随郭霭春老师从事医史文献研究。

1965年：《读素问随笔》发表于《哈尔滨中医药杂志》，《刘完素和他的防风通圣散》发表于《天津晚报》。

1970年6月：天津中医学院与河北医学院合并，迁至河北新医大学工作。

1972年：加入中国共产党。辅助田乃庚、马新云、李恩教授开展肾脏病的中西医结合治疗及研究工作。

1978年：河北新医大学中医系内科教研室副主任。

1979年：河北省中医院内三科主任，参加全国统编中医教材《内科学》（第四版）编写。

1980年：与李寿龄共同合作，书写《略论中医痛证病理》一文，发表于《上海中医杂志》，在文中提出：“不荣则痛”的理论学说，对痛证的机制进行了发挥。

1982年：在《中医杂志》发表《几种心血管病虚证患者血清脂类变化与阴阳失调关系的观察》。

1983年：晋升为副教授、副主任医师。与李恩等合作发表《肾性高血压中医分型与血浆前列腺素、肾素、血管紧张素Ⅱ、环核苷酸变化的观察》，发表于《中西医结合杂志》。并于1984年获河北省卫生厅科技进步二等奖。

1984年：任河北省中医学会第二届理事会秘书长。



参加编写《中国分省医籍考》，由天津科技出版社出版。

1985年：在《中西医结合杂志》与尹永诜等合作发表《肾脏病的中医辨证与继发高脂血症表型的关系》，并于1986年获河北省卫生厅科技进步二等奖。参加编写《中医学问答》（内科部分），由人民卫生出版社出版。

1986年：在《中医杂志》与李恩等合作发表《药源性证与中医辨证分型关系初探》，在《燕赵当代名中医》发表《血证治疗大法及慢性肾炎的辨证施治》，由古籍出版社出版。

1987年：晋升为教授，在《中西医结合杂志》与尹永诜等合作发表《滋阴补肾药物对鸡佝偻病钙磷代谢的影响》，并于1988年获河北省卫生厅科技进步二等奖。在《河北医学院学报》上与李恩等合作发表《活血化瘀滋补肝肾对狗血浆肾素和前列腺素的影响》，参加编写《百科自学大全》（中医部分），由河北人民出版社出版，编写《肾病辨治》，由天津科技出版社出版。

1988年：晋升为主任医师，担任河北省中医医疗事故技术鉴定委员会委员。

1989年：参加编写《中医自学丛书·内科》，由河北科技出版社出版。

1991年：主编《中医临床学》，由河北教育出版社出版。

1992年：享受国务院政府特殊津贴，任河北省中医药学会肾病专业委员会主任委员，主编《内科临床指南》，由中国医药科技出版社出版。

1993年：任河北省中医药学会第三届理事会秘书长。任河北中医学院中西医结合系主任。中西医结合医院院



长，河北省高级中医职务任职资格评审委员会委员。

1994年：在华北地区中医肾病会议发表《益气活血解毒治疗慢性肾衰的临床及实验研究》。任华北地区中医肾病专业委员会委员。

1995年：担任中国中医药学会内科肾病专业委员会委员。

1996年：当选为河北省中西医结合学会第四届常务理事，《河北中医》发表《赵玉庸主任医师治疗肾病组方遣药特色》。

1997年：被人事部、卫生部、国家中医药管理局确定为全国老中医药专家学术经验继承指导老师，招收高徒2人，在《河北中医药学报》发表《赵玉庸教授运用调中化滞法治疗慢性结肠炎经验》，在《河北中医药学报》发表《赵玉庸教授治疗顽固性不寐的经验》。参加编写《医学生向导》，由人民卫生出版社出版。

1998年：担任中国中医药学会临床药物评价专家委员会委员，招收中西医结合内科硕士研究生7人。在第二届国际中西医结合肾脏疾病学术会议，发表《补气降浊方配合肾析1号灌肠治疗慢性肾功能衰竭的临床观察》和《中西医结合治疗慢性肾盂肾炎41例临床观察》。

1999年：被河北医科大学聘为中西医结合临床博士研究生导师，招收博士研究生1人、硕士研究生3人。担任《河北中医》杂志第四届编辑委员会副主任委员，在《河北中医药学报》发表《赵玉庸教授治疗慢性肾功能不全的经验》、《赵玉庸教授治疗顽固性呃逆的经验》、《赵玉庸医话》，在《河北中医》发表《通便饮治疗习惯性便秘疗效观察》、《赵玉庸教授治疗尿石症的经验》。担任《中



医应试指南丛书》副主编，编写《中医基础理论》、《中药学》、《方剂学》、《中医内科学》、《中医妇科学》、《针灸学》、《医古文》等 11 分册，由中国中医药出版社出版。其中《中医应试指南丛书·中医内科分册》为主编。

2000 年：担任中国中医药学会内科肾病专业委员会委员，招收博士研究生 3 人，硕士研究生 2 人，2 名高徒结业出徒。

2001 年：当选为河北省中医药学会第四届理事会副会长，担任《中国中医基础医学杂志》第二届编辑委员会编委，指导 7 名硕士研究生完成学业。招收博士研究生 3 人。在《河北中医药学报》发表《中药复方治疗肾性骨营养不良大鼠的实验研究》、《系膜增生性肾炎的中医研究进展》，在《中国中西医结合肾脏病》发表《活血化瘀中药治疗慢性肾炎 46 例临床观察》，在《中成药》发表《复方丹参注射液对单侧输尿管结扎大鼠肾内局部血管紧张素 II 的作用》，在《中国中医基础杂志》发表《慢肾消对实验性膜性肾炎的影响》，在《中国中医基础杂志》发表《丹参对单侧输尿管结扎大鼠肾组织一氧化氮及一氧化氮合酶的作用》，在《河北中医》发表《慢肾消口服液治疗慢性肾小球肾炎的临床研究》。担任《全国中医专业自学考试应试指南丛书》副总编，编写《医古文》、《中药学》《方剂学》等 21 分册，由中国中医药出版社出版。主持《活血化瘀中药拮抗肾间质纤维化的实验研究》课题，获卫生厅中西医结合科技进步一等奖。

2002 年：当选为河北省中医药学会内科专业委员会主任委员，担任《疑难病杂志》第一届编辑委员会委员，荣获河北医科大学优秀教师奖，河北省科协系统先进个



人。指导首位博士研究生、3名硕士研究生毕业。招收博士研究生3人，硕士研究生1人。在《中华实用中西医杂志》发表《肾毒清治疗慢性肾衰竭的临床研究》、《梗阻性肾病大鼠肾内血管活性物质的变化及中药的拮抗作用》、《中西医结合治疗早期糖尿病肾病的临床观察》，在《中国中医基础医学杂志》发表《肾毒清对慢性肾衰竭大鼠血脂及内皮素影响的研究》，在《中国中西医结合杂志》发表《肾络通治疗系膜增生性肾小球肾炎的临床观察》。主编《常见病随身保健丛书·肾脏病》，由河北科学技术出版社出版。完成《慢肾消口服液治疗慢性肾小球肾炎的临床与实验研究》和《肾毒清治疗慢性肾衰竭的临床及实验研究》，均获2002年河北省中医药学会科学技术一等奖。

2003年：担任中华中医药学会第四届理事会理事，被聘为河北省医疗事故技术鉴定专家，指导3名博士研究生，2名硕士研究生毕业。在《中医杂志》发表《含有关木通复方导赤散与关木通对大鼠急性肾毒性的实验研究比较》，在《河北医科大学学报》发表《龙胆泻肝丸对大鼠肾毒性的实验研究》，在《河北医学》发表《慢性肾小球肾炎饮食原则及辨证施食》，在《中药药理与临床》发表《癸水清对肾功能衰竭大鼠的影响》，在《河北中医药学报》发表《癸水清对5/6肾切除大鼠内皮素、血管紧张素II的影响》、《红花对阿霉素诱导的肾小管间质纤维化大鼠的保护作用》，在《中国中西医结合杂志》发表《延肾1号冲剂对血液透析患者残余肾功能的保护作用》，在《中华实用中西医杂志》发表《消渴康对胰岛素抵抗大鼠血脂及胰岛素受体的影响》，在《新中医》发表《赵玉庸教授治疗原发性肾小球疾病经验介绍》。《慢肾消口服液治疗慢



性肾小球肾炎的临床与实验研究》获 2003 年河北省科学技术三等奖。《癸水清治疗慢性肾衰竭的临床及实验研究》获 2003 年河北省中医药学会科学技术一等奖。当选石家庄十一届人大代表。

2004 年：被评为河北省优秀教师，当选为河北省中医药学会第二届肾病专业委员会主任委员，被聘为中华中医药学会科学技术奖评审专家，世界中医药学会联合会第一届内科肾脏病专业委员会学术顾问，河北医科大学决策咨询专家组成员，指导 2 名博士研究生毕业。在《中国中医基础医学杂志》发表《肾络通对阿霉素肾病大鼠肾小管间质增殖细胞核抗原表达的影响》，《中药药理与临床》发表《肾络通对肾小管间质纤维化大鼠肾素——血管紧张素系统的影响》，《癸水清治疗慢性肾衰竭的临床及实验研究》获 2004 年河北省科学技术三等奖。

2005 年：指导 4 名博士生毕业，1 名硕士生毕业。在《中国中药杂志》发表《肾络通对大鼠系膜细胞外基质分泌及转化生长因子 β_1 表达的影响》，在《中国中医基础医学杂志》发表《肾络通对高糖诱导足细胞产生 MMP9 的调节作用》，在《中国药理学通报》发表《肾络通对大鼠系膜细胞 CTGFmRNA 表达的影响》、《红花对肾小管间质纤维化 TGF- β_1 、TGF- β_1 mRNA 及 c-fos 表达的影响》。担任主编，完成新世纪全国高等医药院校规划教材《中西医结合内科学》的编写，由中国中医药出版社出版。

2006 年：荣获中华中医药学会首届中医药传承特别贡献奖，当选为河北省中医药学会第五届理事会副会长，被遴选为河北医科大学学术带头人，担任《河北中医》杂



志第五届编辑委员会副主任委员，指导 2 名高徒完成 3 年学习，结业出徒。在《疑难病杂志》发表《“久病入络”理论在糖尿病肾病中的应用》，在《中国药理学通报》发表《肾上腺髓质素基因敲除小鼠单侧输尿管结扎肾脏 α -SMA 表达特点及缬沙坦的作用》，在《北京中医药大学学报》发表《肾络通对肾间质纤维化实验大鼠病理及基质金属蛋白酶系统的影响》。《肾络通抗肾脏组织硬化的实验及临床研究》获河北省中医药学会科技一等奖，河北省科学技术三等奖。

2007 年：在《中国药理学通报》发表《梗阻性肾病大鼠肾脏肾上腺髓质素的表达及缬沙坦、红花对其的影响》、《肾上腺髓质素在肾间质纤维化实验小鼠肾脏细胞增殖中的作用》，在《北京中医药大学学报》发表《肾络通药物血清对血管紧张素诱导体外大鼠系膜细胞 ECM 分泌和 CTGF mRNA 表达的影响》，在《中国全科医学》发表《肾络通对肾间质纤维化实验大鼠 III 型胶原及转化生长因子 β_1 的影响》。主编《中西医结合执业医师资格考试全真模拟试题荟萃解析》、《中西医结合执业助理医师资格考试全真模拟试题荟萃解析》，由北京科技出版社出版。参编《当代中医肾脏病临床经验精粹》，由人民卫生出版社出版。参编《中医肾脏病学》，由上海中医药大学出版社出版。《疑难病杂志》第二届编委会副主编。

2008 年：被人事部、卫生部、国家中医药管理局确定为第四批全国老中医药专家学术经验继承指导老师，指导高徒 2 人从事中医内科学学习。参加全国中医肾病学术会议并进行《肾络瘀阻病机学说的临床意义》专题报告。参编《现代中医肾脏病理论与临床》，由同济大学出版社出



——年 谱

版。承担国家“十一五”支撑计划“名老中医临床经验、学术思想研究”课题。

2009年：中华中医药学会第五届理事会理事。荣获河北省首届十二大名中医。



中国现代百名中医临床家丛书

(第一辑)

(按姓氏笔画排列)

王乐弢
石景亮
危北海
刘嘉湘
张作舟
李寿彭
杨家林
陈文伯
周信有
郑魁山
洪广祥
夏 翔
郭子光
盛玉凤
管遵惠

王法德
田丛豁
刘学勤
许润三
张海峰
李振华
邹燕勤
邵念方
周耀庭
赵玉庸
贺普仁
徐宜厚
郭振球
屠金城
蔡福养

方和谦
史常永
刘绍武
张子维
李士懋
李乾构
陆永昌
郁仁存
段富津
赵荣莱
班秀文
徐景藩
曹恩泽
韩 冰
谭敬书

如
学
堂
PDG

[General Information]

书名=赵玉庸

作者=徐庆友, 丁英钧编著

页码=201

定价=¥14.00

SS号=12591799

dxNumber=000006876029

出版时间=2010.04

出版社=中国中医药出版社

试读地址=<http://book.duxiu.com/bookDetail.jsp?dxNumber=000006876029&d=3505DEB919F0AC47247A4C237D9AC630&fenlei=16050507&sw=%D6%D0%B9%FA%CF%D6%B4%FA%B0%D9%C3%FB%D6%D0%D2%BD%C1%D9%B4%B2%BC%D2%B4%D4%CA%E9>