

于敏教授治疗肾性血尿的临证经验浅析

田 溢¹, 于 杰², 王安娜¹, 史耀勋¹, 指导: 于 敏³

(1. 长春中医药大学硕士研究生, 吉林 长春 130021;

2 解放军第210医院器材科, 辽宁 大连 160013; 3 长春中医药大学附属医院肾内科, 吉林 长春 130021)

摘 要: 针对肾性血尿病程长, 症情复杂, 兼症多和易反复等特点, 介绍了于敏教授运用中医药治疗肾性血尿的临证经验和用药体会。

关键词: 于敏; 肾性血尿; 辨证治疗

中图分类号: R249

文献标识码: B

文章编号: 1009-5276(2006)05-0795-02

肾性血尿是指排除尿路感染、结石、结核、肿瘤等肾外出血因素, 血液单从肾脏中随小便排出体外的疾病, 属中医尿血、溺血、溲血等范畴, 是许多肾脏疾患的临床表现之一。临床多见于急慢性肾小球肾炎, 隐匿性肾小球肾炎, 紫癜性肾炎, IgA 肾病等。血尿包括肉眼血尿和镜下血尿, 是多种肾脏疾病常见而重要的临床表现, 其病程缠绵, 反复发作。对于此类疾病, 目前西医在治疗中还缺少有效的方法和针对性的手段, 而中医药对于血尿的认识历史悠久, 治疗上有着确切的临床疗效。由于该病具有病程长, 兼症多和易反复等病理特点, 所以在治疗上有很大的困难, 于敏教授通过20余年的研究和临床实践, 在肾性血尿的治疗方面积累了较为丰富的临床经验。现将于敏教授治疗肾性血尿的经验归纳总结如下。

1 病因病机

于师认为, 血尿的主要病机是“热、虚、瘀”3个方面, 而肾阴不足是本病病机演变的关键所在, 是发病的病理基础。其产生可因风热邪毒客肺, 风热毒邪沿足少阴肾经入肾, 损伤肾络, 络破血溢; 或久病脾肾亏虚, 脾虚统摄无权, 肾虚固摄无力, 血不循常道而下汇于肾; 或久病肾阴亏耗, 肝肾阴虚, 阴虚火旺, 邪热内生, 灼伤血络, 络破血溢; 或久病入络, 血脉瘀阻, 或瘀血内阻, 血不循经而妄行, 出现尿血。肾性

血尿的反复发作, 经久不愈, 耗气伤阴, 气阴两虚, 阴损及阳, 阴阳两虚, 故在内因亏虚的基础上, 外邪乘虚触发而加重。总之, 肾性血尿临证复杂, 病情缠绵, 治疗需详辨其证, 分清主次标本, 以获佳效。

2 辨证治疗

依据尿血病人症、舌、脉表现, 可从以下几方面辨证论治。

2.1 从“热”论治 于师依据多年的经验认为, 对于肾性血尿以血热妄行者较为多见, 血热妄行者宜分为实热证和虚热证, 其中实热证多由于外感风热, 热伤血络, 或湿热之邪蕴阻肾或膀胱, 或心火内炽, 灼伤肾与膀胱络脉, 迫血妄行而尿血。其起病急, 小便灼热, 尿血量多, 如洗肉水样或如浓茶样, 口干苦, 或口渴, 或有发热, 舌红苔黄, 脉数。治用清热凉血止血之法, 临证常用大蓟、小蓟、白茅根、栀子、丹皮、赤芍、白花蛇舌草等药。虚热证多由于实热证病久不愈, 或素体阴亏, 或癆病传肾, 肾阴亏耗, 水不涵木, 引起肝肾阴虚, 终致肝肾阴虚, 阴虚火旺, 灼伤肾和膀胱络脉而尿血。病程较长, 尿血量一般不多, 尿色红或黄, 镜检红细胞多, 头晕, 腰酸, 口燥咽干, 颧红盗汗, 或有低热, 舌红少苔, 脉细数, 治用滋阴降火、凉血止血, 临证常用二至丸合知柏地黄汤加减, 药用: 女贞子、旱墨莲、知母、黄柏、生地、三

能上养两目, 表现为视物昏朦者, 加菊花、沙苑子、枸杞子等; 肾气衰惫, 固摄无权, 表现为小便频多, 甚则白浊者, 去玉米须, 加金樱子、桑螵蛸等; 湿毒内蕴, 表现为皮肤瘙痒者, 加白蒺藜、防风、连翘等; 气虚及水, 水泛三焦, 表现为身体浮肿、小便不利者, 加车前草、泽泻、猪苓、白茅根等; 气虚阻滞, 经脉受阻, 表现为肢体麻木者, 加鸡血藤、当归、木瓜、红花等; 阴损及阳, 阳虚水泛, 表现为肢厥、水肿、呕恶、蛋白尿者, 加桂枝、制附子, 或真武汤等。

案3 梁某, 女, 67岁。2003年10月25日初诊。患2型糖尿病8年, 两年前发展为糖尿病肾病, 合并有视网膜病变。长期服用降糖药物, 控制不理想。近半年来, 反复出现

双下肢浮肿。就诊时症见: 体型稍胖, 面色萎黄, 口干, 多食, 视物昏朦, 腰酸软, 神疲乏力, 颜面及双下肢浮肿, 小便尚可, 大便调。舌淡黯, 有瘀斑、齿印, 苔白腻, 脉沉细。查空腹血糖 10.4 mmol/L, 24h尿蛋白定量 1.32g 血尿素氮 8.9 mmol/L, 血肌酐 253 μmol/L。中医诊为消渴病, 证属脾肾亏虚, 水邪泛滥。治宜健脾温肾, 活血利水。药用: 熟附子(先煎) 6g 党参、白术、云苓各 15g 柴胡 6g 枳壳、赤芍各 15g 玉米须 20g 田七片(先煎) 10g 细辛、桂枝各 5g 车前草 15g 炙甘草 6g 服药 7剂, 颜面水肿消失, 双下肢浮肿明显减退, 小便转畅。上方去桂枝、细辛, 加丹参、猪苓各 15g 附子增至 8g 继服 2周, 复诊时未见水肿, 神疲及腰酸诸症悉除。继以基本方加减调治巩固。3月后复查空腹血糖 7.0 mmol/L, 24h尿蛋白定量 0.43g 血尿素氮 6.36 mmol/L, 血肌酐 122 μmol/L。患者诉全身症状显著改善。随访半年, 未曾复发。

收稿日期: 2005-11-21

作者简介: 田溢(1977-)女, 吉林长春人, 硕士研究生, 研究方向: 肾病的中西医结合治疗。

七粉(冲服)、丹皮、当归。

2.2 从“虚”论治 于师认为肾性血尿从“虚”论治主要以脾肾气虚证为主,多由于素体虚弱,或劳累过度,或因实证尿血不止,脾肾受损,脾虚则中气不足,不能统血,血随气陷,肾虚则封藏失职,不能固摄血液而致尿血。其病程长,小便色淡红或清,血尿时轻时重,平素以镜下血尿为主,劳累后加重,面色萎黄,神疲乏力,头晕耳鸣,腰膝酸软,纳呆便溏,舌淡红,脉细弱。此证多见于慢性肾炎、肾结核、肾下垂等病。治宜健脾益气,补肾固摄,临证常用参芪地黄汤加减:黄芪、太子参、熟地、牡丹皮、茯苓、茜草根、菟丝子、墨旱莲,药用:女贞子、当归、马鞭草。

2.3 从“瘀”论治 于师认为无论是血热妄行或气不摄血引起的血尿,既然出血则必致留瘀,瘀积不散,血不归经,又是血尿反复发作的病理根源。因此,化瘀是治疗血尿的重要方法之一。因肾性血尿病程较长,故一般病人都不同程度的瘀血存在,临床表现可见尿血紫黯或有血块,小便不畅或小腹有刺痛,面色黯红,腰痛有定处,舌质紫黯或有瘀点,舌下静脉不同程度的延伸扩张,脉细缓或涩。治宜行气活血化瘀,瘀化血行,血气调和,不止血则血自止,可采用双向调节的化瘀止血药,如大蓟、小蓟、三七、益母草、蒲黄之类,但对于有出血倾向和妇女月经期或月经过多者应当慎用。

3 经验体会

在上述辨证论治的基础上,于敏教授还根据肾性血尿存在着病程长,症情复杂,兼症多和易反复等特点,在整个用药的过程中始终注意顾护胃气,中医认为脾为后天之本,要保证患者能够坚持完成长达半年甚至1年以上的疗程,就必须十分注重对于胃气的顾护,临床组方常将陈皮、焦谷芽、焦麦芽、神曲、山楂、茯苓、甘草等药物灵活运用于治疗之始终。

此外,肾性血尿不同于其他出血性疾病,本病属中医尿血的范畴。其主要病机是“热、虚、瘀”3个方面,而肾阴不足是本病病机演变的关键所在,是出血的病理基础,热或火是出血的条件,瘀血是血尿发展的结果。血尿的轻重程度是热邪伤络和瘀血阻络标证盛衰的标志,而其中瘀血阻络是血尿迁延不消的病理根源。瘀血是一种病理产物,同时又是一种致病因素。由于肾性血尿病程较长,一般病人都不同程度的瘀血存在。《医林改错》将其概括为“久病

入络为瘀血”。瘀血的存在可加重脏腑功能失调,使病情迁延难愈。所谓“瘀血不去,出血不止”,很多血尿症状本身即由瘀血引起,特别是 IgA 肾病、紫癜肾引起的血尿,其免疫复合物的沉积是瘀血的病理基础。活血化瘀能改善血液流变学,有助于免疫复合物的清除及肾小球病变组织的恢复。所以,在血尿的治疗过程中,不能妄投收涩止血之品,应在止血的同时活血化瘀,须始终贯彻“止血而不留瘀”的指导思想。正如唐容川云:“离经之血,虽清血鲜血,亦有瘀血”。所以无论血尿病程长短,在运用止血药的同时适当配伍活血药物,或选用既有止血,同时又有活血功效的药物,促进血液运行,祛散瘀血,从而提高止血的疗效。关于瘀血,应辨其成因,有因实致瘀和因虚致瘀的不同。前者由邪热耗灼阴液,导致血液黏滞,或湿热阻滞气机,血行不畅,均可致瘀;后者因虚致瘀,阴亏血少脉涩,气虚血行缓慢,也可致瘀,据研究表明,阴虚患者肾小球内的纤维蛋白的相关抗原(FRA)的沉积比阳虚患者肾小球内的FRA的沉积显著得多,提示阴虚者更易于夹瘀。因此,在选择用药上,常常止血的同时重用止血而不留瘀的药物,如三七粉、琥珀粉、川芎、益母草、丹参、赤芍、泽兰、红花、马鞭草等。同时在遣方用药的过程中,应根据证型的不同,选用不同的止血药,如大蓟、小蓟、地榆、槐花、藕节、白茅根等凉血止血类,常用于血热之证;艾叶、炮姜等属温性止血药类,常用于寒凝证者;仙鹤草、棕榈炭、侧柏叶、白及等属平性止血药,寒证热证均可选用;墨旱莲、阿胶、熟地炭等止血之中有滋阴之功,适用于血虚阴亏者;鹿角胶、艾叶、炮姜等止血之中有温阳之力,适用于气虚、阳虚患者。在用药过程中凉血止血的药物避免与清热解毒的药物同用,药性寒凉的止血药当与理气药同用,所谓“气行则血行”,防止血液凝滞。

肾性血尿由于病情复杂,往往会出现有很多兼症,于师还针对不同兼症,选药精当,灵活加减用药。如兼高血压者,用桑寄生、钩藤、天麻、茺蔚子、夏枯草等;兼便秘者,用制大黄、枳壳等,血尿患者大多属虚证,制大黄攻下力缓而不伤正,且有祛瘀功效;兼腰酸者,用川续断、菟丝子、二至丸等;兼水肿者,用茯苓、猪苓、白茅根、苈根等,茯苓、猪苓利水不伤阴,白茅根、苈根凉血止血又能利水。总之,分清标本缓急,适时调整用药,注重把握标本兼治的有利时机,在控制血尿症状的基础上,同时加强中药的调理作用,适时调整用药,才能防止血尿复发。

Professor YU M N's Clinical Evidence of Experience in the Treatment of Renal Hematuria

TIAN M¹, YU Jie², WANG An-na¹, SHI Yao-xun¹, advisor YU Min³

(1. Master of Changchun College of TCM, Changchun 130021, Jilin China; 2. Department of Equipment, PLA 210 Hospital

Dalian 160013, Liaoning China; 3. Renal Internal Medicine, the Affiliated Hospital of Changchun TCM College, Changchun 130021, Jilin China)

Abstract Hematuria is a common and important clinical manifestation of various kidney diseases, including gross hematuria and micro hematuria. Targeting such characteristics of renal hematuria as long course of disease, complicated pathogenetic condition, and more disease-prone and repeated, this paper introduces professor YU NIN's clinical evidence of experience and understanding of the drug in three areas, including disease pathogenesis, diagnosis, treatment and experiences.

Keywords YU Min; renal hematuria; diagnosis; treatment