

赵振昌教授治疗急性肾小球肾炎经验*

郝 岩¹, 邹 迪^{2**}, 张守琳², 张洪宝²

(1. 长春中医药大学中医学院 长春 130000; 2. 长春中医药大学附属医院肾病科 长春 130021)

摘 要:赵振昌教授是国家级名老中医,出身于中医世家,从事临床60余年,对急性肾小球肾炎的病因病机、辨证施治有独到的见解,认为本病为本虚标实之病,发生的内在基础和发展的根源是肾、脾、肺虚;关键因素为水湿、湿热、热毒。急则治其标,急性期应以疏风清热利咽、分利湿热、利水渗湿、解毒消肿等驱邪为主。缓则治其本,恢复期多表现为脾肾亏虚,湿热内蕴之证,以平补脾肾兼以清利湿热为主,取得了较好的疗效,能够有效减轻急性肾小球肾炎的症状,降低血尿、蛋白尿,保护肾功能,防止急性肾小球肾炎进展。本文主要从跟师学习过程中,收集并整理赵振昌教授治疗急性肾小球肾炎的临床经验,目的是继承并发扬名老中医学术思想,有效的指导临床治疗。

关键词:急性肾小球肾炎 赵振昌 辨证论治 治疗

doi: 10.11842/wst.20210315006 中图分类号: R259 文献标识码: A

赵振昌(1937-),男,教授,吉林省首批“名中医”,国家级名中医,长春中医学院首届毕业生,曾任长春中医药大学附属医院肾病科主任。赵振昌教授出身于中医世家,从事中医临床数十年,擅长运用中医药治疗泌尿系统疾病及各种疑难杂症,尤其是对急、慢性肾小球肾炎,泌尿系感染,慢性肾功能不全,尿毒症,过敏性紫癜性肾炎,系统性红斑狼疮性肾炎,糖尿病肾病,再生障碍性贫血等疾病的治疗,有丰富经验,疗效显著,在省内有一定影响,深受患者好评。赵老总结多年临床经验研制出“血尿清胶囊、枸芪复肾丸、复肾止红胶囊,尿毒康肠点液”等院内制剂已在我院应用达30余年,疗效显著。研制的治疗肾炎顽症药物“颐和春”,获吉林省科技厅发明革新及科技进步奖。

急性肾小球肾炎(Acute glomerulonephritis, AGN)简称急性肾炎,起病急,以蛋白尿、血尿、水肿、高血压为主要临床表现,可伴有肾功能改变,可发生于任何年龄,但以儿童及青少年多见^[1]。病初伴有血清补体

C3下降,病理表现为毛细血管内增生性肾小球肾炎。多见于A组 β -溶血性链球菌感染后,也可见于其他细菌、病毒和原虫感染。该病多能自发痊愈,但重症患者可出现心力衰竭、急性肾衰竭等并发症^[2,3]。每年有超过50万例的急性链球菌感染导致的肾小球肾炎发生,以发展中国家为主,死亡率极高^[4]。现代医学治疗,患者以休息和对症治疗为主,可应用抗生素^[5]。急性肾衰竭者应予透析,待其自然恢复。针对肾小球肾炎有效的糖皮质激素、细胞毒性药物对急性肾小球肾炎作用有限,副作用大^[6]。对于急性肾小球肾炎的治疗方法,中医学者分别持有不同的观点。刘树民等^[7-8]通过实验总结:淫羊藿配伍麻黄对急性肾小球肾炎水肿有较好的治疗作用。任永昊^[9]认为疏凿饮子能显著降低急性肾小球肾炎湿热壅盛证患者的24 h尿蛋白定量、尿红细胞计数及血压,可使尿少、水肿症状改善迅速。全少华^[10]运用补肾益气、清热解毒、凉血止血、活血化瘀类药物治疗急性肾炎恢复期血尿,总有效率91.8%。梅运伟^[11]利用清热利湿化瘀法为主辨证加减

收稿日期:2021-03-15

修回日期:2021-07-05

* 国家科学技术部国家重点研发计划中医药现代化研究(2018YFC1704105):东北部地区名老中医学术观点、特色诊疗方法和重大疾病防治经验研究,负责人:翟双庆。

** 通讯作者:邹迪,副主任医师,硕士生导师,主要研究方向:中医肾病。

治疗急性肾炎的总有效率达88.9%。林珊珊等^[12]应用麻黄连翘赤小豆汤合五皮饮治疗急性肾炎,总有效率达97.67%。于文晴^[13]认为急性肾小球肾炎患者应用麻黄连翘赤小豆汤治疗,能有效改善患者中医症状评分及肾功能指标。黄赞琪^[14]认为茅根连翘芪参汤治疗急性肾小球肾炎之湿热内侵证的患者,疗效显著。林国彬等^[15]认为王伯岳麻连汤加味习用方辨治小儿急性肾小球肾炎,具有宣肺利水、清热解毒的功效,从而增强患者抗菌能力、肾脏功能及免疫功能。虽然各医家的方法或方药均取得了一定疗效,但无系统总结。

赵振昌教授深究急性肾小球肾炎的病因病机,认为本病发生的内在基础和发展的根源是肾、肺、脾虚;关键因素为水湿、湿热、热毒。临证以此立论辨治急性肾小球肾炎常获良效。作为国家重点研发项目东北部地区名老中医学术观点、特色诊疗方法和重大疾病防治经验研究的一部分,本文总结赵老治疗急性肾小球肾炎经验并介绍如下。

1 病名的认识

急性肾小球肾炎属于中医“急性肾风”,是由风邪引起,病位在肾,发展迅速,出现水肿、血尿、泡沫尿、腰痛、乏力、头晕等症状。若本病以水肿为主要表现时,属于中医的“水肿”范畴,由于外感风邪水湿,或疮毒入内,肺失通调、脾失转输、肾失开阖、膀胱气化功能不畅,导致体内水液蓄积,上泛肌肤,可见水肿。在《金匱要略》中称水肿为“水气”,其中对“风水”的叙述与现代医学的急性肾小球肾炎最为接近。而赵振昌教授认为,《丹溪心法·水肿》及《类证治裁·肿胀》中“阴水”及“阳水”的论述更贴合病机。急性肾小球肾炎属于中医“阳水”范畴,为实证。

2 病因病机

赵振昌教授认为:本病发生的关键原因为外邪侵袭;发生的内在基础和发展的根源是肾、肺、脾三脏功能失调,正如《类证治裁·肿胀》所述“因肺脾肾虚致水溢者”;水湿、湿热、热毒等为标。病位在肾,可影响到脾肺。

2.1 外邪侵袭是关键原因

赵老认为:外邪侵袭机体,邪先入肺,肺之宣降功能失司,通调水道功能障碍,导致风水相搏,水湿上溢肌肤,见水肿。早在《内经》中提到本病为外感风邪,

病本为肾,风热外袭,邪热搏结咽喉,循经侵袭肾络而导致血尿、蛋白尿。正如《灵枢·经脉篇》谓:“肾足少阴之脉……,从肾上贯肝膈,入肺中,循喉咙……。”认为咽为肾所主,喉为肺之门户。咽喉是外邪侵袭肾的重要途径,因此急性肾小球肾炎的患者可在急性上呼吸道感染后出现咽喉部红肿疼痛,随后镜下血尿加重,或见肉眼血尿,或表现为水肿及蛋白尿。

2.2 肾、肺、脾功能失调是发生的内在基础

赵老认为:本病发生的内在基础和发展的根源是肾、肺、脾三脏功能失调;先天之本为肾,后天之本为脾胃。肾元亏虚可以由先天不足导致,也可由后天劳逸失调或饮食失衡等,后天不能充养先天而致。肾脾两虚,外邪侵袭于肾,肾的气化功能障碍,影响水液的正常代谢功能,导致水湿停滞、上溢肌肤则见水肿。因肾元亏虚,精微不固,故见蛋白尿。

2.3 水湿、湿热、热毒为标

肾主水,肾中精气的气化功能,对维持体内津液的输布和排泄,起着关键的调节作用,故《素问·逆调论》指出:“肾者水脏,主津液”。肾气亏虚则主水功能障碍,内生湿浊之邪。因此,湿性缠绵难愈,是急性肾小球肾炎趋于慢性化的原因之一。外感、内生之湿邪在体内可蕴久化热,湿与热相互缠绵,热盛而湿难去,湿热下移,热灼血脉,从而导致肾之脉络损伤,血溢脉外,血不归经而成血尿。如吴琨在《医方考》中说:“下焦之病,责于湿热”。《金匱要略》云:“热在下焦,则尿血”。赵老对热邪也是非常重视,他认为热分虚热和实热:虚热是指虚火旺盛,损伤肾络,故血溢脉外而见血尿,实热是指表虚卫外不固,或外感风寒犯表,入里化热;或热毒之邪侵袭肌体,日久损伤脉道,循经下犯于肾,肾络受损;或血溢脉外、精微外泄。

3 辨证论治

外邪入侵是急性肾小球肾炎的诱发因素,因此,辨证应先辨外邪的性质,其次辨虚实寒热,再次辨病变的部位。急性肾小球肾炎表现为表热实证,可用发汗、利小便或攻下等方法治疗,以祛邪为主。肺脾肾虚时表现为肺气虚,脾气虚及肾阴虚,可单独出现,也可2种或3种混杂,当用补虚扶正治法,甚至有时可表现为虚实夹杂,则应扶正祛邪兼顾。

3.1 外感风热证

临床可见起病急,尿赤伴有泡沫,或镜下血尿,全

身浮肿或颜面四肢浮肿,尿量减少,常见于外感后咽痒咽痛,咳嗽,可伴有发热,恶风,大便干燥,舌苔薄黄,舌质淡或红,脉象浮数有力;治法为解毒利咽,疏通经络;方药用赵老自拟解毒利咽方加减(包括:金莲花、金荞麦、郁金、桔梗、马勃、土茯苓、白茅根等),当表现为外感风热时,加蝉蜕、薄荷、桑叶等;外感风寒时,加防风、荆芥、桂枝等;尿血时,加仙鹤草、旱莲草等止血药;纳呆,舌苔白腻时,加陈皮、厚朴、半夏等化湿药。

3.2 水湿浸渍证

临床可见全身水肿,呕吐恶心,胸闷,纳呆,舌苔白腻,舌质淡,舌体胖大,脉象沉缓;治法为化湿健脾,温阳利水;方药用胃苓汤合五皮饮加减(包括:泽泻、白术、苍术、厚朴、猪苓、肉桂、盐车前子、陈皮、桑白皮、大腹皮、茯苓皮、生姜皮等),当表现为肿盛而喘时,可加麻黄、杏仁、葶苈子等利水平喘药。

3.3 湿毒浸淫证

临床可见身发疮疡,面浮肢肿,皮肤溃烂,尿量减少、尿色赤,舌苔黄,舌质红,脉象滑数;治法为宣肺解毒,利湿消肿;方药用五味消毒饮合麻黄连翘赤小豆汤加减(包括:野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵、杏仁、麻黄、桑白皮、连翘、赤小豆、金荞麦、金银花等),当表现为湿盛皮肤糜烂时,加土茯苓、苦参;尿血严重时,可加仙鹤草、旱莲草;血热肌肤红肿时,可加赤芍、牡丹皮等凉血药物;大便不通时,可加大黄、郁李仁、肉苁蓉等。

3.4 湿热内壅证

临床可见全身水肿,小便黄赤,腹部胀满,口黏口苦,大便干燥,舌苔黄腻,舌质红,脉滑数;治法为分利湿热,引水下行,内泻热结;方药用大柴胡汤及疏凿饮子加减(包括:泽泻、商陆、槟榔、大腹皮、川木通、赤小豆、羌活、椒目、秦艽、茯苓皮、猪苓、牵牛子、柴胡、黄芩、大黄、枳实、半夏、白芍、大枣、生姜等),当表现为发热咽痛时,可加牛蒡子、蝉蜕、山豆根等。尿血,小便灼热时,加大蓟、小蓟、白茅根等。

3.5 阴虚湿热证

临床可见腰酸腰痛,乏力,颜面颧红,口干咽燥,舌苔薄黄或少苔,舌质红,脉细数;治法为利湿清热,补肾滋阴;知柏地黄丸加减(熟地黄、山药、生地黄、麦冬、天冬、牡丹皮、天花粉、玉竹、黄柏、知母、山茱萸、茯苓、泽泻、栀子、瞿麦、败酱草等),当表现为咽干而

痛时,加藏青果、玄参;低热时,加地骨皮、银柴胡、青蒿;若合并血瘀者,加三七、赤芍、丹参等。

4 临证经验

急性肾小球肾炎不应峻补,因峻补或过早进补容易使病情反复或恶化,所以急性肾小球肾炎以清利法为主,即使脾肾亏虚者或在恢复期见到一些虚象,也以平补、清补为宜,忌滋腻峻补。由于急性肾小球肾炎以实证、热证多见,因此在浮肿期除用发汗、利小便方法为主外,还应多注重清热解毒、清热利湿药物的应用。

4.1 治病求本,平补脾肾,顾护脾胃之中州

赵老认为:急性肾小球肾炎发生的最根本原因是肾脾亏虚,机体正气不足,脏腑功能障碍所致,脾为后天之本,气血生化之源,脾可统摄血液在脉中运行而不溢出脉外,因此,脾气亏虚,气血生化乏源,统摄无力,血溢脉外,见尿血。肾为先天之本,主封藏。肾气不足,封藏功能障碍,导致精微物质下泄,见蛋白尿;或者肾阴不足,阴阳不秘,阴虚火旺,损伤肾络,见尿血。脾之健运,赖肾阳之先天以温煦和推动,肾之精气亦赖于水谷精微的后天培养和滋润。因此,赵老在治疗急性肾小球肾炎时,尤其是恢复期,特别注重肾脾双补,强调正气存内,邪不可干。使先天得后天之养以壮,后天借先天之阴阳以滋。

4.2 慎用收涩之品,活血止血不留瘀

赵老认为:在急性肾小球肾炎中,瘀血既是病理产物,也是致病因素,是导致急性肾小球肾炎病情迁延难愈的关键原因。因此在治疗上,赵老主张不用收涩之法,极少使用炭类药物收涩止血,而反用凉血活血,通利小便的药物而止血。临床用药主要依据辨证论治而选方,只稍加小蓟、白茅根等常见凉血止血药,同时亦选用丹参、蒲黄、赤芍等活血止血药。同时对于湿瘀、气瘀等瘀血原因,对症用药,通因通用,血液运行通畅,使新血生,瘀血祛,解除顽疾。

5 辨证调护

赵老强调应辨证调护,对于急性肾小球肾炎,除方药治疗外,赵老认为中医调护亦颇为重要。首先,应节饮食:饮水适量,不必因浮肿而口渴不敢饮水。高度水肿者,严格控制饮水量,摄入的热量要足,以高热量、优质低蛋白、低脂肪为宜;水肿明显及血压升高者,应限盐;水肿不明显或无水肿时,不必过度限盐;

若合并肾功能损伤,出现尿少、尿闭时应限制高钾食物,注意能量、矿物质、维生素的供给。其次,勿劳累:充分休息,增加卧床时间,活动量以自己不感觉疲乏为度,尤其水肿、肉眼血尿、少尿、高血压明显者应卧床休息,待症状缓解后逐渐增加活动。然后应注意调情志:心情要愉快,情志应舒畅,治疗要坚持。急性肾小球肾炎患者还应该注意避风寒、防外感:避免感冒和感染,彻底清除呼吸道、皮肤、口腔等部位从源头上避免感染,水肿期应保持皮肤清洁,避免刮蹭导致皮肤损伤,进而增加感染机率,避免应用肾毒性药物,不了解的药物不吃,防止损伤肾脏功能,不乱用偏方。

6 典型病例

案1:朱某,男,42岁,2017年12月1日初诊。主诉:眼睑及双下肢浮肿,头晕3天。现病史:3天前双眼睑及双下肢浮肿,查血压升高,蛋白尿+3。现症:眼睑及双下肢浮肿,头晕,耳鸣,记忆力减退,五心烦热,口干,口苦,乏力,睡眠欠佳,尿黄浊,大便正常。查体:舌淡红,苔黄腻,脉弦,血压130/85 mmHg。辅助检查:尿常规:尿蛋白+3;肾功:尿素氮 $6.33\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血肌酐 $182.5\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。中医诊断:水肿病、阴虚湿热证,西医诊断:急性肾小球肾炎,急性肾损伤。治则:补肾滋阴、清热化湿。方用:青礞石30g,黄芩20g,天麻20g,杜仲20g,决明子20g,夏枯草20g,沉香15g,山萸肉20g,生地黄20g,熟地黄20g,土茯苓100g,鳖甲50g,白茅根50g,10剂,用法:水煎取汁300 mL,每次150 mL,日2次口服。

二诊症见:双下肢水肿好转,仍乏力,查体:舌淡红,苔黄腻,脉弦缓。辅助检查:尿常规:尿蛋白+1;肾功:尿素氮 $5.8\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血肌酐 $122\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。原方加石苇30g,黄芪30g,10剂,用法:水煎取汁300 mL,每次150 mL,日2次口服。

三诊症见:患者眼睑及双下肢无浮肿,记忆力减退好转,仍有耳鸣、头晕。查体:舌淡红,苔薄,脉弦细。辅助检查:尿常规:尿蛋白+-;肾功:尿素氮 $6.5\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血肌酐 $112\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。方用:黄芩20g,菊花20g,石决明30g,草决明20g,土茯苓100g,茺蔚子20g,杜仲20g,青礞石30g,夏枯草20g,鳖甲50g,山萸肉20g,生地黄20g,熟地黄20g,肉苁蓉50g,大黄10g,10剂,用法:水煎取汁300 mL,每次150 mL,日2次口服。

四诊,查体:舌淡红,苔薄黄,脉弦。辅助检查:尿化验正常;肾功:尿素氮 $4.8\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血肌酐 $108\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。方用:山萸肉20g,生地黄20g,熟地黄20g,肉苁蓉50g,郁李仁20g,大黄15g,土茯苓100g,石苇30g,青礞石30g,黄芩20g,地龙20g,猫爪草20g,夏枯草30g,15剂,用法:水煎取汁300 mL,每次150 mL,日2次口服。

半年后五诊,查体:舌淡红,苔薄,脉弦细。辅助检查:尿化验正常;肾功:尿素氮 $6.1\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$,血肌酐 $106\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。方用:山萸肉20g,生地黄20g,熟地黄20g,肉苁蓉50g,郁李仁20g,火麻仁20g,槟榔片20g,大黄10g,当归20g,丹皮20g,鳖甲50g,土茯苓100g,决明子20g,15剂,用法:水煎取汁300 mL,每次150 mL,日2次口服。

按语:患者中年男性,素体体虚,加之饮食失节,则损伤脾胃,过食肥甘厚腻则腻胃碍脾,湿困中阻,复加辛辣之品,则易致里热蕴蒸,日久伤阴。若恣食生冷,伤脾败胃,脾虚日久,气血精微化源不足,后天则无以充养先天,故肾脏易损;咸入肾,过食咸味则伤肾。肾藏精生髓,脑为髓之海,肾阴不足,髓海不充,肝体阴而用阳,体阴不足阳用有余,肝阳上亢,扰及清阳,故肝肾阴虚可见头晕、头痛、耳鸣、记忆力减退;肝肾阴虚,津液不足,煎熬尿液,小便色黄。肝肾阴虚,复感风邪,见眼睑及下肢浮肿,头晕。方中熟地黄、生地黄滋肾填精;山萸肉养肝涩精;加决明子、夏枯草疏肝解郁,清肝明目;黄芩清肝泻火;杜仲、鳖甲补肾填精;天麻息风止痉;青礞石、沉香行气导滞;土茯苓、白茅根化湿解毒。三诊患者记忆力减退好转,仍有耳鸣、头晕,加杜仲、肉苁蓉补肾。加菊花、石决明、草决明、茺蔚子、大黄疏肝明目泻火,经过治疗,患者诸症缓解,尿常规恢复正常,理化检查明显改善,半年后复查,未复发。

案2:陈某,男,35岁,2019年5月初诊。主诉:眼睑及双下肢浮肿2天。现病史:2天前感冒、咽痛,眼睑及双下肢浮肿,查尿常规异常,为求中医药诊治,遂来我院就诊。现症:眼睑及双下肢浮肿,易疲劳,咽痛,食欲差,睡眠欠佳,口黏腻,小便黄浊,大便干。既往史:风湿性关节炎。查体:舌苔黄,舌根腻,舌质淡红,脉象弦缓,血压110/72 mmHg。辅助检查:尿常规:尿蛋白+1,尿潜血+3;红细胞计数 $108.6/\mu\text{L}$;甘油三脂 $2.05\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$;血肌酐 $118\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,尿素氮 $7.3\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。

中医诊断:水肿病、湿热壅盛(湿重于热)证,西医诊断:急性肾小球肾炎。治则:分利湿热、补肾健脾。方用:土茯苓 100g,黄芪 30 g,石韦 30 g,萆薢 20 g,蝉蜕 15 g,僵蚕 20 g,白术 30 g,大黄 15 g,白茅根 50 g,商陆 9 g,大腹皮 15 g,泽泻 15 g,羌活 15 g,秦艽 10 g,10 剂,用法:水煎取汁 300 mL,每次 150 mL,日 2 次口服。

二诊症见:双下肢浮肿好转,大便干,尿黄赤。查体:舌苔黄腻,舌质淡红,弦细脉。辅助检查:尿潜血+3,红细胞计数 110.6/uL。去白术、商陆、大腹皮、泽泻、羌活、秦艽,加山萸肉 20 g,肉苁蓉 50 g,郁李仁 20 g,火麻仁 20 g,地榆 20 g,侧柏炭 20 g,10 剂,用法:水煎取汁 300 mL,每次 150 mL,日 2 次口服。

三诊,查体:舌苔黄薄,舌质淡红,弦细脉。辅助检查:尿常规:尿潜血+1;红细胞计数 23/uL;肾功能:尿素氮 6.1 mmol·L⁻¹,血肌酐 103 μmol·L⁻¹。去郁李仁、火麻仁、侧柏炭,加熟地黄 20 g,鳖甲 50 g,生地黄 20 g,地肤子 20 g,茜草 20 g,15 剂,用法:水煎取汁 300 mL,每次 150 mL,日 2 次口服。经治疗,患者诸症缓解,尿常规明显改善,肾功能恢复正常。

按语:患者青中年男性,感受风邪,风邪夹湿,入里化热,湿热互结,见口黏腻,小便黄浊,大便干。既往过食肥甘厚腻,饮食失节,则损伤脾胃,湿困中阻,日久化热,湿热互结。脾虚日久,气血精微化源不足,后天则无以充养先天,故肾脏受损。脾肾虚,见眼睑

及双下肢浮肿,易疲劳,食欲差;方用黄芪补肾健脾,石韦利水通淋,共为君药;土茯苓解毒消肿,萆薢分清降浊,共为臣药;白术、泽泻、商陆、大腹皮、白茅根利水消肿,蝉蜕、僵蚕化瘀通络,大黄清热泻下,羌活、秦艽清热利湿,疏风通络,共为佐使药。二诊患者浮肿好转,大便干结,故去白术、泽泻等利水渗湿药物,加用肉苁蓉、火麻仁等通便药物。三诊患者诸症缓解、正气渐复,肌酐、潜血等明显改善,故加用熟地黄、鳖甲、生地黄、地肤子、茜草巩固治疗、补肾扶正。纵观全方,补中有泻,散中有收,共奏分利湿热、健脾补肾、泄浊解毒之功。

综上所述,急性肾小球肾炎西医早期采用降压、抗炎、利尿等治疗,但若治疗效果不佳,很多患者转为慢性肾小球肾炎,甚至肾功能衰竭。赵老认为,急性肾小球肾炎治疗的目的是降低蛋白尿、血尿,保护肾功能,延缓疾病进展,预防急性肾小球肾炎转为慢性。因此,急性肾小球肾炎患者起病时,关键因素为水湿、湿热、热毒等。急则治其标,应以疏风清热利咽、分利湿热、利水渗湿、解毒消肿等为主。恢复期发展的根源为肾虚、脾虚、肺虚,表现为脾肾亏虚,湿热内蕴之证,以平补脾肾兼以清利湿热为主。在疾病过程中,需要注意治病求本,平补脾肾,顾护脾胃之中州,注重驱邪,驱逐水湿、湿热、热毒等邪实;同时注意慎用收涩之品,活血止血不留瘀,慎用攻逐。

参考文献

- 葛均波,徐永健,王辰,等.《内科学》第九版.北京:人民卫生出版社,2018:466-467.
- Arslansoyu Ç S, Soyulu A, Akil İ, et al. Henoch-Schönlein purpura, post-streptococcal glomerulonephritis and acute rheumatic carditis after Group Aβ-haemolytic streptococcal infection. *Paediatr Int Child Health*, 2018, 38(1): 73-75.
- 胡湘尘,张月.尿NGAL和血清胱抑素C联合检测对急性肾小球肾炎早期肾损伤诊断价值分析. *中外医学研究*, 2019, 17(4): 61-62.
- 位红兰,李世军.急性感染后肾小球肾炎. *肾脏病与透析肾移植杂志*, 2010, 19(2): 159-163.
- 王海燕.《肾脏病学》第三版.北京:人民卫生出版社,2008:973-974.
- Yang T J, Shah H, Olagunju A, et al. Role of steroids in post-streptococcal glomerulonephritis without crescents on renal biopsy. *Cureus*, 2018, 10(8): e3150.
- 卢芳,卢意,冯镇凯,等.淫羊藿及其拆分组配伍麻黄对急性肾小球肾炎水肿模型大鼠影响. *中华中医药学刊*, 2020, 38(2): 25-28, 261.
- 白宛鑫,刘树民.麻黄淫羊藿配伍对急性肾小球肾炎水肿模型大鼠的治疗作用. *时珍国医国药*, 2019, 30(3): 557-559.
- 任永昊.疏凿饮子加减治疗急性肾小球肾炎湿热壅盛证的研究. *中国中西医结合学会肾脏病专业委员会2018年学术年会*, 2018: 1167.
- 全少华.中药治疗儿童急性肾炎恢复期血尿 86 例. *四川中医*, 2017, 35(5): 169-171.
- 梅运伟.清热利湿化瘀法为主治疗急性肾炎的临床疗效. *内蒙古中医药*, 2016, 35(5): 5.
- 林珊珊,马昀.麻黄连翘赤小豆汤合五皮饮治疗急性肾炎 86 例. *四川中医*, 2015, 33(10): 117-118.
- 于文晴.麻黄连翘赤小豆汤对急性肾小球肾炎患者中医症状评分、肾功能及不良反应的影响研究. *中国现代药物应用*, 2020, 14(22): 222-223.
- 黄赞琪.茅根连翘芪参汤为主治疗湿热内侵证急性肾小球肾炎患儿 55 例. *浙江中医杂志*, 2020, 55(8): 585-586.
- 林国彬,黄又新,林秋甘.王伯岳麻连汤加味习用方对小儿急性肾小球肾炎的疗效及部分机制. *世界中医药*, 2019, 14(6): 1461-1465.

Professor Zhao Zhenchang's Experience in Treating Acute Glomerulonephritis

Hao Yan¹, Zou Di², Zhang Shoulin², Zhang Hongbao²

(1. College of Traditional Chinese Medicine, Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130000, China; 2. Department of Nephrology, The Affiliated Hospital to Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130021, China)

Abstract: Professor Zhao Zhenchang is a national famous traditional Chinese medicine (TCM) doctor who comes from a TCM family and has been engaged in clinical practice for more than 60 years. He provides unique insights into the etiology and treatment of acute glomerulonephritis, and believes that the disease is a deficiency disease, and the root cause of its development is the deficiency of the kidney, spleen and lung. The key factors are water-dampness, damp-heat and heat toxicity. In the acute stage, the main focus should be on removing wind and heat to clear the throat, distributing damp-heat, draining dampness, detoxifying and eliminating swelling, etc. The recovery period is mostly characterized by deficiency of the spleen and kidneys and internal dampness and heat, so we have achieved better results by tonifying the spleen and kidneys and clearing dampness and heat, which can effectively reduce the symptoms of acute glomerulonephritis, lower hematuria and proteinuria, protect kidney function and prevent the progression of acute glomerulonephritis. This paper mainly collected and summarized Professor Zhao Zhenchang's clinical experience in treating acute glomerulonephritis from the process of learning from the teacher, aiming to inherit and promote the academic thought of famous traditional Chinese medicine and effectively guide the clinical treatment.

Keywords: Acute glomerulonephritis, Zhao Zhenchang, Treatment based on syndrome differentiation, Therapy

(责任编辑: 周阿剑、郭思宇, 责任译审: 周阿剑, 审稿人: 王瑀、张志华)