

黄连温胆汤加减治疗慢性肾脏病验案举隅

禹 田 姜 浩 余仁欢

黄连温胆汤出自清·陆廷珍《六因条辨》,其由《三因极一病证方论》之温胆汤加黄连演变而来^[1]。黄连温胆汤在慢性肾脏病中主要用于治疗慢性肾衰竭湿热中阻证^[2]。多数专家认为慢性肾衰竭在中医属“关格病”,“格则呃逆,关则不得小便”。慢性肾脏病病机错综复杂,多属正虚邪实。邪实则有外邪、湿浊、湿热、瘀血、动风、蕴痰等。但在慢性肾衰竭的整个病程中最常见的为湿热或湿浊或寒湿,尤其是终末期尿毒症患者,通常有呕恶、口苦、口干、口黏、呕吐清涎、纳食不馨,甚或纳呆、胃脘胀满、或腹胀、舌苔厚白腻或黄腻、脉弦滑等舌脉症^[3]。此类患者即使有虚证存在,但治疗上仍以祛实邪为先。黄连温胆汤在治疗慢性肾脏病湿热证等方面,多有良效,现将临床验案及体会总结如下。

病案 1 患者赵某,男,29 岁,2012 年 12 月 5 日初诊。患者 2010 年体检时发现尿蛋白(+),血压 130/90 mmHg,至当地医院就诊,予口服利尿药治疗。3 天前检查血肌酐 134.6 $\mu\text{mol/L}$,尿红细胞 10 个/高倍视野,24 h 尿蛋白定量(UTP) 4.266 g/24 h。血压 150/110 mmHg。刻下症见:腰部酸胀感,身体困重,头部沉闷,尿中有泡沫,纳、眠可,大便黏滞不爽。舌质红,苔白腻,脉弦滑。西药以盐酸贝那普利片降压。中医辨证:湿浊阻滞,化湿生风。治则:祛湿化浊,疏风通络。方拟黄连温胆汤加减,方药如下:黄连 6 g 竹茹 10 g 陈皮 10 g 枳壳 10 g 法半夏 10 g 干姜 10 g 生甘草 6 g 防己 20 g 荷叶 15 g 蝉蜕 10 g 紫苏梗 12 g 生薏苡仁 30 g 白花蛇舌草 15 g 水红花子 10 g。服上方 7 日后,患者诉身体困重感明显减轻,大便较前清利。患者于 2013 年 1 月 25 日行肾穿刺术,病理报告提示为:系膜增生性 IgA 肾病。中药方暂不调整,守方治疗。3 个月后复诊,患者自觉不适症状减轻,血压 130/80 mmHg。24 h UTP 为 2.45 g/24 h,血肌酐 125 $\mu\text{mol/L}$ 。后间

断门诊随访,24 h UTP 保持在 2~3 g,血肌酐保持在 120 $\mu\text{mol/L}$ 左右水平。

按: IgA 肾病是最常见的一种原发性肾小球疾病,其中类气阴两虚证所占比例最大^[4],但近年来湿热证逐年增多。余仁欢教授认为:中医治疗应遵循治病求本,审因论治的原则。按照“先病是本、后病是标”,“原发病为本、继发病为标”的原则予以辨证施治。患者身体困重、头部沉闷、大便黏滞不爽,此皆为湿热表现,湿热生风,以致风邪入少阴,化为内风,入肾络,故形成肾风(此为内风)。治疗应予黄连温胆汤清利湿热,加荷叶、苏梗、蝉蜕祛风通络,生薏苡仁健脾化湿,白花蛇舌草清热解毒,水红花子利水散结。同时嘱咐患者清淡饮食,改变饮食结构是控制血压及改善肾功能的重要辅助手段。后期治疗以益气滋阴,健脾补肾为法,加强患者自身对外邪的抵抗能力,进一步延缓甚至逆转肾功能进展。

病案 2 患者张某,女,84 岁,2012 年 10 月 14 日初诊。患者 2012 年 9 月出现乏力、纳差伴恶心、呕吐症状,于 2012 年 9 月 10 日查血肌酐 447.66 $\mu\text{mol/L}$,血压 162/74 mmHg,血红蛋白 72 g/L。刻下症见:纳差,时有恶心,周身乏力,心烦,怕冷,每日进食不足 50 g,食后呕吐痰涎样物质,口干不欲饮水,口不苦,头晕,头痛,大便干,3~4 日一行。舌质红,苔黄腻,脉弦滑数。因患者年老,患者家属拒绝行胃镜及肠镜检查,坚持保守治疗。中医辨证:湿热内蕴,痰阻中焦。治则:清利湿热,化痰祛浊。方拟黄连温胆汤,方药如下:黄连 6 g 姜半夏 6 g 竹茹 12 g 枳壳 12 g 陈皮 6 g 茯苓 30 g 生甘草 10 g。以水浓煎,嘱患者服药时少量频服。服药 3 日后,患者诉恶心呕吐较前好转,纳食较前增多,故继守方 7 日。患者诉烧心减轻,恶心、呕吐感好转,但仍有乏力,头晕,心烦,怕冷等症状,察舌脉,舌质淡,苔薄腻,脉沉弦细。以前方中加党参 30 g 麦冬 10 g 五味子 6 g 生黄芪 15 g 等益气养阴之品。2013 年 3 月 24 日,此方服用 4 个月后面门诊复诊:患者诉无不适症状,头晕、心烦症状消失,纳食好转,仍有怕冷,舌质淡,苔薄黄。复查血肌酐 382.8 $\mu\text{mol/L}$,UTP 1.056 g/24 h,血红蛋白 95 g/L。在前方基础上减黄连至 3 g,减党参至 15 g,去麦冬、五味子,改生甘草为炙甘草,加

基金项目:聂莉芳学术思想与临床经验传承研究(No. CM2014GD1030)

作者单位:中国中医科学院西苑医院肾病科(北京 100091)

通信作者:余仁欢, Tel: 13611196162, E-mail: tezhonggeyu@vip.sina.com

DOI: 10.7661/CJIM.2015.05.0634

桂枝 10 g 生白术 15 g 柴胡 10 g 升麻 6 g。2013 年 6 月 14 日复诊: 患者怕冷症状明显好转, 基本无不适症状。查血肌酐 263.5 $\mu\text{mol/L}$, 24 h UTP: 0.8 g/24 h, 血红蛋白 100 g/L。

按: 对于慢性肾脏疾病而言, 脾肾气虚和湿热是基本病机, 尤其是脾虚兼夹湿热者在临床上较为常见^[5]。本案为老年女性患者, 临床症状较多, 在此种情况下, 要抓住主要症状。该患者初诊时最突出的症状为恶心呕吐, 纳食不馨, 舌淡暗苔黄腻, 脉弦滑数。黄腻苔、滑数脉为中焦有湿热的表现, 患者本为中焦湿热内阻, 脾气不得运化, 胃气逆行, 腐熟功能失司, 故至恶心、呕吐, 纳食不馨。故以黄连温胆汤清利中焦湿热, 因患者恶心呕吐较重, 故使用姜半夏平和胃气, 嘱患者少量频服中药, 不仅可减少药物对胃的刺激, 同时可加快药物的吸收。考虑患者年岁较高, 气血亏虚, 故病情好转后加用补益药顾护正气, 使用柴胡、升麻、桂枝等药, 取其升阳益胃之义。余仁欢教授认为: 当患者临床症状较多时, 不可全盘兼顾, 当先抓主证, 治病求本, 找出引起肾脏疾病的主要病因, 才能取得良好的效果。

病案 3 王某, 男, 28 岁, 2012 年 1 月 15 日入院。患者 1990 年 3 月开始出现颜面部及双下肢水肿, 先后服用泼尼松、地塞米松、环磷酰胺等药物治疗。水肿间断性反复发作。至 2009 年停用激素。患者 1 周前生气后颜面部及双下肢水肿加重, 收入本科治疗, 刻下症见: 双下肢水肿, 乏力, 腹胀, 纳差, 呃逆, 双手发痒, 偶有咳嗽、流清涕, 口苦, 口黏, 眠差, 尿量偏少, 日尿量 900 mL, 尿中泡沫较多, 眠安, 大便调。舌红苔黄腻, 脉沉细。生化检查: UTP: 3.2 g/24 h, 血清 ALB: 24 g/L, 血肌酐正常。为进一步指导治疗, 于 1 月 21 日行肾脏穿刺术, 病理报告提示为: 不典型膜性肾病。中医辨证: 脾虚气滞, 水停湿阻。治则: 行气化湿, 利水消肿。方拟导水茯苓汤加减。服上方 12 日后, 患者诉尿量明显增多, 腹胀呃逆感减轻。自觉双下肢水肿减轻, 但感身疲乏力, 纳差, 口苦口黏。双手上臂皮肤发痒。舌红苔黄腻, 脉弦滑。此时辨证为: 湿阻中焦, 热毒内蕴。方拟黄连温胆汤加减清热利湿, 疏风解毒。方药如下: 黄连 6 g 姜半夏 6 g, 陈皮 10 g 茯苓 30 g 枳壳 10 g 竹茹 12 g 生薏苡仁 30 g 生白术 10 g 生黄芪 30 g 苏叶 12 g 苏梗 12 g

白花蛇舌草 30 g 蒲公英 20 g 半枝莲 15 g。服药 2 周后复诊: 患者自觉身疲乏力感减轻, 皮肤瘙痒症状消失, 体重减轻 10 kg。仍有口干口黏感, 舌淡红, 苔黄腻, 脉弦细。调方仍以黄连温胆汤为基本方, 去疏风解毒药, 增加麦冬、归、芍等益气滋阴之品。2013 年 2 月门诊复查生化: UTP: 1.98 g/24 h, 血清白蛋白: 31 g/L, 血肌酐正常。患者自觉无明显不适, 体力好转, 精神状态良好。继以健脾祛湿和络方健脾益肾, 巩固治疗。后间断门诊随访, UTP: 1.5 g/24 h 左右, 血清 ALB: 35 g/L, 血肌酐正常。

按: 不典型膜性肾病的患者, 水肿是最主要的表现形式。一般表现为难治性肾病综合征。难治性肾病综合征是指运用激素和细胞毒药物常规治疗无效或对激素依赖的复发型肾病综合征^[6]。该患者就诊时同样以水肿为突出表现, 其有一个很重要的诱因因为气滞, 此时选用导水茯苓汤行气化湿, 利水消肿, 为避免因利水过多过快而引起气血不足, 故加入黄芪助白术健脾益气之功。患者水肿稍有缓解之后, 口苦、口黏、皮肤瘙痒等湿热症状表现出来, 此因湿热中阻, 热毒内蕴, 外发于表, 上散于口所致。故当以清热、化湿、解毒为主要治则, 改以黄连温胆汤加苏叶梗、白花蛇舌草、蒲公英等清热利湿, 疏风解毒。为巩固疗效, 后期治疗当以扶助正气为法治疗。

参 考 文 献

- [1] 清·陆廷珍. 六因条辨[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 103-105.
- [2] 占永立, 余仁欢, 魏仲南, 等. 慢性肾脏病常见兼证的中医辨证与治疗[J]. 中华肾病研究电子杂志, 2013, 1(5): 232-236.
- [3] 姜浩, 刘巧巧, 余仁欢. 黄连温胆汤现代研究进展[J]. 北京中医药, 2014, 33(4): 314-316.
- [4] 聂莉芳, 于大君, 余仁欢, 等. 308 例 IgA 肾病中医证候分布多中心前瞻性研究[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 47(4): 66-68.
- [5] 屈欢欢, 余仁欢. 阴火学说内涵及其对慢性肾病湿热证辨治的启迪[J]. 中医杂志, 2013, 59(3): 255-257.
- [6] 余仁欢, 聂莉芳, 林秀彬, 等. 35 例临床完全缓解原发性肾病综合征的随访[J]. 北京中医药, 2011, 30(1): 37-38.

(收稿: 2014-09-10 修回: 2014-10-18)