

活血化瘀法在蛋白尿治疗中的运用

李玉花

(浙江省立同德医院 杭州 310012)

关键词 蛋白尿 中医药疗法 活血化瘀法

中图分类号 R 256.59

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0055-02

病理性蛋白尿,又称持续性蛋白尿,是肾脏系统疾病中最常见的症状之一。肾小球、肾小管的损害,或肾血循环改变,都能够出现蛋白尿。现代临床及实验研究表明:无论是单纯性的蛋白尿,还是继发于其它脏器疾病所引起的蛋白尿,都存在有肾脏的病理组织学改变^[1]。如免疫反应导致的肾小球基底膜损伤,启动了凝血系统,使血液处于高凝状态。原发性肾小球疾病病理特征多有:(1)血管襻增殖,血管壁纤维蛋白样物沉积;(2)襻发生于僵直、皱缩、玻璃样变;(3)细胞增殖,足突肿胀变形;(4)晚期小球纤维化、缩小变硬,继发性肾小球疾病为增殖性、硬化性、类纤维变化、水肿性变、肉芽肿组织形成、血栓形成、栓塞性、血管闭塞性病变等^[2]。

活血化瘀法是针对血瘀的病理实质而确立的治疗方法。血瘀既是病理产物,又是变生它病的病因。蛋白质归属中医“精微物质”范畴。蛋白尿的实质是精气从小便泻下、遗失的病理过程,血瘀伴随其始终。

蛋白等精微物质的产生、输布与脾肾关系最为密切,而

脾肾功能失常与瘀血证的形成又有密切联系。当机体先天禀赋不足或久病体虚,则脾气虚弱,无力运化升清,或湿邪外袭,或湿热内生,脾为湿困,失其升清,则水谷精微不能输布周身,濡养他脏,而从小便泄漏。同时气虚,则推血无力,血必瘀。湿邪粘滞,重着,易阻遏气机,妨碍血行,湿热相持,氤氲不散,更使气滞血瘀。故在脾失升清的病理过程中,血瘀亦随之形成,并在疾病的发展晚期成为新的致病因素,而严重影响病情转归。

肾纳气藏精,肾阴肾阳为一身之根本。肾气亏虚时,封藏无权,固摄失司,精从下泻;或肾阳不振,肾之气化功能失常,则赖其温煦推动功能的气血精微物质的运行受到影响,精气下陷。肾气虚或阳虚时,或血行无力,或寒从内生,寒凝血脉而滞涩不畅成瘀血。

现代研究证明:湿浊之证与肾衰之时机体血液中代谢产物如肌酐、尿素氮、中分子物质的蓄积有关,而这些物质与血浆粘度呈正相关^[3]。

脾胃虚弱、湿热内蕴、胃阴亏虚及肝胃不和 4 型,其中脾胃虚弱兼有食滞(62 例)、寒凝(14 例)、热郁(9 例)、湿阻(5 例)。从表 1 可知小儿慢性胃炎以脾胃虚弱型最常见,占 68.6%,其次为胃阴亏虚型占 17.1%,湿热内蕴型占 7.6%,肝胃不和型占 6.7%。

小儿慢性胃炎病变部位主要是胃腑,与肝脾密切相关^[4]。脾胃互为表里,胃主受纳,腐熟水谷,以和降为顺;脾主运化升清,以上升为常,二者同为后天之本,生理上互相配合,病理上相互影响,故而脾胃多同病。肝主疏泄,喜条达,肝气横逆,木旺乘土,或中土壅滞,木郁不达或肝火可迫灼胃阴,故胃病又与肝有关。其病机分为虚实两大类,实证多由外邪、饮食、情志失调所致;虚症多因脾胃虚弱、胃阴不足所致。脾胃虚弱者,腹痛多反复发作,迁延难愈。也可虚实夹杂,寒热转化。脾胃乃后天之本,脾胃气虚则运化功能受损,气血生化乏源故面色萎黄或见花斑,形体偏瘦,气血虚则见腹痛绵绵,喜温喜按,脾失健运,影响其升清降浊功能,故可见大便溏或干结。小儿“脾常不足”,饮食、外邪等因素最易伤脾,脾胃虚弱,失于运化,则水谷内滞,气机不通,血行不畅,日久可致湿热内蕴,气滞血瘀,故脾虚易夹食滞、寒凝、湿阻、热郁等证。脾胃有病,清浊升降失常,水反为湿,谷反为滞,湿蕴日久化热,湿热内蕴脾胃,则胃脘嘈杂或灼热疼痛,拒按,口干不喜饮,纳呆恶心,湿热下注肠腑,则大便不畅。部分患儿素体阴虚或热病伤阴,致使脾胃阴液受损,阴虚则胃火偏亢,故口干舌燥,食少,喜冷饮,阴津不足则大便偏干,小便黄赤,舌红少

津。少数患儿性格过于内向者,发病多在考试前期或其他重大比赛前,考虑与精神学习压力过大有关系,情绪紧张或情志抑郁,可导致肝气郁结,气机不畅,肝气横逆犯胃,故而引起肝胃不和之证。可见胃脘胀满疼痛,胸闷暖气,泛酸,厌恶油腻,烦躁易怒,情绪紧张或情志不畅时易发作或加重,大便正常或时干时稀,舌红苔黄或白,脉弦。

由于小儿慢性胃炎缺乏成人胃炎的典型症状和病史特点,其虚实寒热表现均不如成人典型,在临床中对其病例资料的整理归纳有一定的困难。另外,本次临床观察样本量不大,在提供分型依据上存在一定的局限,因此在日后临床工作中应将这些问题进一步完善。

参考文献

[1]袁梅侠,沈柏均,钟传植,等.小儿幽门螺杆菌感染诊断方法的研究[J].中华儿科杂志,1997,35(2): 639
[2]中华儿科杂志编辑委员会.小儿慢性胃炎、消化型溃疡胃镜诊断标准(试行)[J].中华儿科杂志,1996,34(5): 297
[3]徐涛,吴承玉.中医脾系征候的规范化研究思路与设想[J].南京中医药大学学报(自然科学版),2002,18(5): 264
[4]李桂娣,李秋宜.小儿反复腹痛 92 例上消化道 X 线钡餐分析[J].河北医药,1999,21(6): 20
[5]杨春波,柯晓,李秀娟.脾胃湿热证的研究[J].福建中医学院学报,1999,9(4): 1
[6]汪受传.中医儿科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.685

(收稿日期: 2004 -09 -28)

从冲任论治乳腺增生的机理探讨

刘志勇¹ 何凌¹ 李芳²

(1 江西中医学院 2002 级研究生 南昌 330006;2 江西医学院 2004 级研究生 南昌 330006)

关键词:乳腺增生 冲医病机 病理学 冲脉 任脉

中图分类号 R 271.44

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0056-02

乳腺增生病属于中医学“乳癖”范畴,其发病居女性乳腺病的首位,晋雅仙^[1]报道南平市妇女各种乳房疾病发病情况,其中乳腺增生病占 93.20%。治疗方面,目前尚无理想方法,中医辨证论治乳腺增生较西医有极大的优势。上海的顾伯华教授率先倡导应用调和冲任的方法治疗乳腺增生疾病,现已公认冲任失调是乳腺增生疾病重要的发病原因之一。笔者就从冲任论治乳腺增生的机理进行探讨。

1 冲任与乳房的生理、病理认识

《奇经八脉考》:“冲脉起于少腹之内胞中……至胸中而散。任脉起于中极之下……会足少阴、冲脉于阴交……循承浆与手足阳明、督脉会……至承泣而终。”^[2]冲脉上行于头,下行于足,贯串全身,通受十二经之气血,是总领诸经气血之要冲,故有“十二经脉之海”、“血海”之称;任脉循行于腹,统任诸阴脉之间的联系,调平其气血,故称“阴脉之海”;冲为血海,任为阴脉之海,同为一身气血之湖泽。《医宗金鉴·妇科

心法要诀》云:“先天天癸始父母,后天精血水谷生,女子二七天癸至,任通冲盛月事行。”^[3]冲任之气血,上行为乳,下行为经,乳房与胞宫通过冲任二脉的维系而上下连通。乳汁的产生、疏泄,月经的盈缺、调节等无不与冲任相关。肾主藏精,肾为天癸之源,肾气盛,天癸泌,可激发冲任二脉通盛。肾气、天癸、冲任既密切联系,又相互作用构成一个性轴,肾气是这个性轴的核心,乳房和胞宫一样同是性轴的靶器官。冲任血海在肾的主导与天癸的作用下,由盛而满,由满而溢,由溢而渐虚,由虚而渐复盛,具有先充盈后疏泄的特点,冲任的生理变化直接影响到乳房的变化。

最早提出冲任不调为乳房病病机的是宋代的《圣济总录》。该书谓:“盖妇人以冲任为本,若失于将理,冲任不和,或风邪所客,则邪壅不散,结聚乳间,或硬或肿,疼痛有核。”《冯氏锦囊》提出“妇人不知调养,有伤冲任”而致乳疾之说^[4]。乳房在月经周期中的生理变化表现为经前充盈,经后疏

临床文献报道:张宽智等^[5]用益肾化瘀固涩法治疗肾病蛋白尿 32 例,总有效率达 84.4%。赵承爱^[6]归纳总结了其治疗肾炎蛋白尿的 4 个治则,其中之一便是活血化瘀法。黄琦等^[5]在临床观察 26 例糖尿病患者,以活血化瘀辅助治疗后尿蛋白排泄率降低和血清 TNF- α 浓度降低,及多形核白细胞粘附分子 CD16/CD18 的表达减少呈显著正相关。谢桂权^[6]总结慢性肾炎蛋白尿七法中提出活血化瘀法可用于肾瘀血内阻、肾气失固之证,证见面色黧黑、皮肤有瘀点、腰痛如刺、固定不移、血尿、舌质紫暗、或有瘀斑蛋白尿久治不愈者。谢森等^[7]以活血化瘀为主治疗慢性肾小球疾病血液流变学蛋白尿与肾功能变化,测定 36 例慢性肾小球疾病患者的 11 项血流变指标,选用和血、活血、破瘀等中药制成“活血 1 号”,治疗前后每项血流变指标,蛋白尿,尿素氮及肌酐的变化均有显著改善。田磊等^[8]指出在肾炎初期,以炎症为主,应清热化湿;早中期、后期免疫功能低下,炎性细胞浸润,肾小球毛细血管弥漫性增生,基底膜增厚,脾肾两虚证明显,宜益气活血,补肾健脾湿精;后期肾小球毛细血管渐破坏,纤维组织增生,肾小球纤维化,玻璃样变,应重在活血化瘀,祛腐生肌。近几年的研究发现,水蛭、川芎、丹参等药物对肾损伤有显著效果。

现代实验研究发现:肾皮质血流量在蛋白尿高峰期和下降期与蛋白尿严重程度呈显著负相关。肾局部血流的减少可加重蛋白尿的产生^[9]。在目前的临床治疗中,有采用扩张血管,使血压下降,或相对扩大出球小动脉,即通过影响肾血流变化来降低尿蛋白。大量的实践证明,以卡托普利为代表的 ACEI 类、抑制血管平滑肌收缩并对肾内血流行分配调节作

用的前列腺素 E₁、改善血液微循环的己酮可可碱、扩张痉挛缺氧状态下肾小球毛细血管的肌苷等药物,对各种原因引起的蛋白尿都有肯定的治疗效果。

因此,在运用中医药辨治蛋白尿时,适当考虑血瘀这一病理因素,在治疗中酌情加用一些活血化瘀的药物可能会对疾病的治疗起到积极作用。同时,也为蛋白尿治疗药物的筛选提供参考。

参考文献

[1]何威逊.单纯性蛋白尿的临床与病理[J].中国实用儿科杂志,1999,14(8):459

[2]沈庆法.中医临床肾脏病学[M].上海:上海科学技术文献出版社,1997.50-54

[3]张宽智,王家林.益肾化瘀固涩法治疗肾病蛋白尿 32 例[J].河北中西医结合杂志,1997,6(1):55-56

[4]赵承爱.辨治肾炎蛋白尿四法[J].北京中医药大学学报,1998,21(5):69

[5]黄琦,倪海洋,邵国民,等.2-DM 患者 CD16/CD18 的表达及活血化瘀药对其的影响[J].中国中西医结合杂志,2003,23(6):430-432

[6]谢桂权.中医药治疗慢性肾炎蛋白尿七法[J].新中医,1986(2):28-30

[7]谢森,何林,俞群军,等.活血化瘀为主治疗慢性肾小球疾病血液流变学、蛋白尿与肾功能变化[J].辽宁中医杂志,1992(10):1-3

[8]田磊,刘业彪.蛋白尿新治法[J].四川中医,2001,19(2):8-9

[9]章洁,王丹,周少春,等.肾局部血流在蛋白尿产生中的机制初探[J].广东医学,2000,21(12):997-1 000

(收稿日期: 2004 - 10-19)