

程晓霞诊治原发性肾病综合征经验

何邦友¹ 崔杏成²

(1 安徽省南陵县中医院 南陵 241300; 2 浙江省杭州市中医院 杭州 310006)

关键词:原发性肾病综合征;程晓霞;名医经验

中图分类号:R 692

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.059

吾师程晓霞系浙江省名中医、全国中医肾病医疗中心杭州市中医院肾脏内科主任医师、浙江中医药大学兼职教授、硕士研究生导师,学验俱丰。笔者攻读硕士学位期间,有幸随其临证 3 年,现将老师诊治原发性肾病综合征(NS)经验介绍如下:

1 对本病诊断标准的认识

NS 是由不同原因引起的各种肾脏病理损害的一组肾小球疾病。成人诊断要点:(1)大量蛋白尿每日大于 3.5 g;(2)低蛋白血症,血浆白蛋白低于 30 g/L;(3)高脂血症;(4)浮肿。其中(1)、(2)项为必备条件,程师特别提到要注意的是,严重的低蛋白血症时,尿蛋白常减少而达不到上述诊断标准。对于儿童 NS 并不适合上述标准,其标准是:(1)尿蛋白大于 50 mg/(kg·d)或尿蛋白/肌酐的比值大于 2,或尿常规 +++~++++;(2)低蛋白血症,血浆白蛋白小于 25 g/L。根据上述诊断标准,排除继发性肾病综合征,便可以诊断为原发性肾病综合征。

2 对本病病因病机的认识

程师认为中医没有 NS 的病名,根据其临床表现可散见于“水肿”、“虚劳”、“肾风”、“癃闭”等病中。本病是先天不足,或烦劳过度,损伤正气或久病失治、误治,引起脏腑气血、阴阳不足,尤其是脾肾亏虚。肾虚失藏,精气外泄,下注膀胱则出现大量的蛋白尿;脾虚则导致精微物质的生化无源,加之肾虚外泄则可致机体精气更亏,故出现低蛋白血症。风湿内扰是肾病综合征的病机中心,肾病综合征存在湿的致病因素,或湿的证型。风湿内扰,风为阳

邪,其性开泄;湿为阴邪,湿性趋下,风湿合邪,干预肾的封藏职能,则可加重肾失封藏,故表现出大量的蛋白尿、红细胞、血白蛋白降低。肾为水脏,且为胃之关,司职开阖,分清泌浊,调节水液和代谢产物的生成与排泄。风湿内扰,干预肾的水液泌别,水液在体内蓄结,则出现尿少、水肿等;风湿内扰,干预肾的气血运行,久闭致痹,则发生肾脏的局部瘀血、微型癥积。风善行数变,湿性凝滞敛闭,预示着本病复杂迁延难愈。

3 辨病辨证施治

3.1 一般治疗

3.1.1 休息 水肿期应当以卧床休息为主,这样有利于肾脏组织的修复,促进尿量的增多。但也需要保持适当的床上及床边运动,避免增加深静脉血栓形成的可能,NS 缓解后逐步增加活动,蛋白尿增多时仍宜减少活动量。

3.1.2 饮食治疗 水肿期慎盐(每日钠盐摄入量不超过 50 mmol/L)、限水(量出为入,每日水摄入量为前一日尿量加上 500 mL 为度)。饮食的总原则是要清淡、易消化、不油腻肥甘,以免助湿碍邪。可选用血肉有情制品以补益精血,其中鲫鱼健脾、鲤鱼行水、鲢鱼祛风,有助于利水消肿。总热卡以 30~35 千卡/(kg·d)为宜,同时应补充适量的微量元素及维生素。

3.1.3 起居预防 应起居有常,尽量避免再次感受外感风邪,从而加重病情。

3.2 药物治疗 NS 获得临床缓解主要应依靠药物

紊乱,控制血糖,注意保护肝肾功能,术中尽可能保留正常肝组织及余肝血供,对合并有重度胆汁性肝硬化患者,肝部分切除应慎重。

参考文献

[1]黄志强,刘永雄.肝内胆管结石的外科治疗(40 年回顾)[J].中国实用外科杂志,1997,17(3):140-144
[2]Huang CJ,Lin PW.Role of right hepatic lobectomy in the treatment of isolated right-sided cholangiolithiasis[J].Surgery,2007,121(2):130-134
[3]王曙光.肝胆管结石外科治疗观念的转变[J].肝胆胰外科杂志,2006,18(3):133-134

[4]梁力建,黄洁夫,吕明德.肝切除术治疗肝内结石 354 例[J].中华外科杂志,1998,36(4):209-211
[5]He XD,Liu W,Li BL,et al.Combined surgical therapy for cholangiolithiasis[J].Chin Med Sci,2005,20(1):123-125
[6]Shin Hwang,Sung-Gyu Lee.Intraoperative biliary exploration through the left hepatic duct orifice during left hepatectomy in patients with left-sided cholangiolithiasis [J].Langenbeck's Archives of Surgery,2007,393(3):383-389
[7]Uenishi T,Hamba H,Takemura,et al.Outcomes of hepatic resection for cholangiolithiasis[J].Am J Surg,2009,198:199-202

(收稿日期:2010-12-23)

治疗, 其对药物的反应是决定 NS 预后的主要因素之一, 程师反复告诫要重视循证医学的证据, 坚持合理用药, 讲究用药技巧。

3.2.1 糖皮质激素及分阶段中药辨证治疗 遵循糖皮质激素使用的四原则: 给药要早、首量要足、减量要慢、维持要长。(1) 给药要早: NS 一经确诊, 在排除继发性疾病导致以外, 即给予糖皮质激素治疗。肝功能正常者常使用强的松, 异常者使用强的松龙, 因该药不经过肝脏代谢直接发挥治疗作用。(2) 首量要足: 目的在于达到迅速诱导缓解, 新诊病人初始量, 成人强的松 $1\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ (按标准体重计算), 儿童年龄越小, 所需剂量越大, 一般 $1.5\sim 2\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$, 疗程 8~12 周。晨间 8 时左右顿服, 首量不足是不能迅速缓解和病情反复发作原因之一。程师叮嘱糖皮质使用机体存在着阴阳转化的规律: 即激素足量诱导缓解阶段, 患者由阳虚水泛的证候逐渐转化为肾水不足、阴虚火旺证; 常用滋养肾阴、清热泻火中药, 如生地、女贞子、知母、生甘草、地骨皮、玄参、银花、龟板等。(3) 减量要慢: 儿童肾病综合征绝大多数病理类型为轻微病变型, 临床 80% 以上在 4 周内达到完全缓解, 一般在完全缓解后继续巩固治疗 2 周后才开始减量。成人一般需要 8~12 周才开始减量, 以便鉴定激素是否有效。已经获得临床缓解者, 应逐渐减量, 如病情无反复, 每 2 周减量 10%, 当减量至首量的一半时, 可逐渐将二日的药量改为隔日晨间一次顿服。以后视具体情况长期持续治疗, 或十分缓慢地减量, 剂量越小减量越慢, 这样才能减少反跳现象, 减量过快或骤然停药可出现皮质激素撤减综合征, 甚至出现肾上腺皮质功能危象。从激素撤减到激素维持治疗阶段, 阴虚火旺证好转, 患者常可阴损及阳, 而呈阴阳两虚证, 中药治疗应阴阳双补, 常选用的中药有枸杞子、菟丝子、山萸肉、仙灵脾、巴戟天、川断、制狗脊、桑寄生等。(4) 维持要长: 经过激素减量阶段, 对激素敏感的患者, 应视具体情况逐步进入维持治疗, 即激素量为 $0.4\text{ mg}/(\text{kg}\cdot 2\text{d})$, 此为生理需要量, 很少出现不良反应, 约服用 4 个月甚至更长的时间, 然后极缓慢减量到停药。对足量诱导缓解阶段, 仅获部分缓解的患者, 可在 $1\text{ mg}/(\text{kg}\cdot 2\text{d})$ 剂量维持 4~6 个月或更长, 能提高缓解率。对激素足量、足疗程诱导缓解无效者, 必须分析下一步肾活检, 以决定治疗方案。同时为尽量减少激素中长疗程的副反应, 提高治疗效果, 减少复发, 需同时服用钙剂和胃黏膜保护剂, 尤其重视激素应用的分阶段中西医结合治疗措施。由于该

病缠绵难愈, 在调补阴阳的基础上适当的加用补气、固涩之中药, 如生黄芪、炒党参、金樱子、芡实等。

3.2.2 紧扣病因病机, 随症加减治疗 风湿内扰肾, 影响气血运行, 久闭致痹, 发生肾脏的局部瘀血、微型癥积, 程师善用活血化瘀加祛风湿药, 如制大黄、桃仁、红花、川芎、炒莪术、落得打、汉防己、桑枝、桑寄生等。如各阶段尿检红细胞增多者, 加用小蓟、白茅根、川柏等滋阴降火、凉血止血之品。

4 中西医结合治疗

结合肾穿刺病理, 如肾脏病理出现足细胞广泛融合、细胞增生、炎症细胞浸润或毛细血管襻坏死等, 明确是因为激素依赖或激素抵抗等原因使患者治疗无效时, 程师会尽早合用其他免疫抑制剂及其他护肾消蛋白的西药, 做到中西药合用, 提高疗效。老师在患者无明显禁忌证 ($\text{Bp}<90/60\text{ mmHg}$ 、 $\text{SCr}>265\text{ }\mu\text{mol/L}$) 的前提下喜用 ACEI/ARB 护肾消蛋白。对于已婚已育者, 程师首先会在糖皮质激素减量时联合使用雷公藤多苷片, 常用量 20 mg/次 , 每日 3 次, 饭后服。如有效则连用 4 周, 根据尿蛋白改善情况逐渐减量, 之后间断服药, 同时每 2~4 周观察肝功能、血常规、月经变化, 出现异常者, 及时停药, 总疗程 1 年。对于雷公藤多苷无效或未婚未育者, 老师会逐渐减少激素用量, 同时联合使用霉酚酸酯, 常用量为 $1\sim 1.5\text{ g/d}$, 3 个月后逐渐减量至 $0.5\sim 1\text{ mg/d}$, 6 个月后逐渐减至 $0.25\sim 0.5\text{ mg/d}$, 6 个月后停用。跟随老师门诊, 常见使用环磷酰胺、硫唑嘌呤等副作用较大的免疫抑制剂, 因其有骨髓抑制、白细胞下降或血小板减少等副作用, 老师常酌情适当加用补血补气中药, 如生黄芪、炒党参、当归、鸡血藤、丹参、仙鹤草等。纳差、胃脘腹部不适者, 常喜用炒米仁、茯苓、炒白术、淮山药、炒扁豆衣等健脾中药, 充分发挥中西医长处, 应用于临床疗效显著。

5 预防复发

NS 缓解后, 主要是巩固疗效, 防治复发。复发因素很多, 但最主要的是感染, 特别是感冒。程师常用玉屏风散 (黄芪、白术、防风) 为主方配合炒米仁、鸡血藤、川芎、丹参、当归、蛇舌草、仙灵脾等, 现代研究已经表明这些药物有提高机体免疫功能, 增强网状内皮系统的功能, 促进机体产生抗邪能力, 对于预防感冒、巩固疗效、减少复发有一定的帮助。

(收稿日期: 2011-01-30)