

叶传蕙教授以化瘀通络法治疗肾病综合征经验拾珍*

洪苑浩 赵良斌 詹华奎

(成都中医药大学附属医院肾病二科 四川成都 610075)

关键词:肾病综合征;化瘀通络;名老中医经验

中图分类号:R692

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.057

肾病综合征的诊断标准是:大量尿蛋白(>3.5 g/d);低蛋白血症(血浆白蛋白<30 g/L);水肿;高脂血症,其中前两项为诊断的必备条件^[1]。肾病综合征临床大多首选激素治疗,但副作用较多,且患者配合度较差,难以达到理想的治疗效果。叶传蕙教授是四川省首届名老中医,全国知名中西医结合肾病专家,从事肾脏疾病临床防治工作六十余载,经验颇丰。叶传蕙教授运用化瘀通络法治疗肾病综合征患者,随证加减,灵活应用,效果不俗。笔者跟师叶传蕙教授数年,受益良多。现将叶传蕙教授运用活血化瘀法治疗肾病综合征经验介绍如下:

1 论治特色

1.1 化瘀通络,必先去邪 肾病综合征,起病或以外感六淫邪气、水湿浸渍、风水泛滥或疮毒内侵等多种病因,风湿毒之邪凝滞于肾,肾络不通,败血成瘀。叶传蕙教授认为病之初起,病邪尚在,邪气盛实,应以祛邪为先。感受风邪,上先受之,肺失宣降,水道失于通调,溢于肌肤,发为水肿。治以祛风、宣肺、解毒为主,常用银花、连翘、桔梗、荆芥、防风、大青叶、板蓝根、鱼腥草等。无论湿邪外感或内生,湿聚成水,外溢则发水肿,故常用藿香、佩兰、苍术、薏苡仁、黄芩、黄连、车前草等,以除湿邪。对于难治性肾病综合征,先驱邪尤为重要。研究结果证实,用清热解毒活血汤治疗难治性肾病综合征效果较为理想^[2]。活血化瘀之前,必先驱邪解毒,待邪已祛,水道渐通,再行化瘀通络,攻其核心,如此化瘀有路,肾络渐复。切不可邪实不除,先行化瘀通络,难免邪未去,络难通,空伤正气。

1.2 化瘀通络,酌情利尿 肾病综合征常以水肿为主要临床表现,叶传蕙教授认为肾病综合征患者肾络已伤,精微物质外漏,虽已水肿,但利尿常强开肾气,稍有不慎,易伤肾脏。如水肿太过,主张淡渗利尿,轻缓利尿为主,慎用甘遂、芫花、京大戟等泻下逐水,恐伤肾络。另外现代医者傅晓骏教授认为,临证治疗肾性水肿,应特别重视从瘀论治,治法上突出活血化瘀,不急于利尿消肿,可直接投之以活血化瘀通络之法^[3]。叶传蕙教授治疗肾病综合征水肿,常选用

猪苓、泽泻、薏苡仁、车前子等淡渗利尿。同时嘱患者加强饮食饮水管理,若饮水控制水肿渐消,暂不急于利尿。另外可兼顾宣肺通调水道,或健脾运化水液,水液重新输布,对轻度水肿亦有效。

1.3 化瘀通络,贯穿始终 肾病综合征,其中医病机“瘀阻肾络”贯穿全程,无论内伤、外感、七情、禀赋等,不外乎伤及肾络,气行无力,血行不畅,瘀阻肾络。其他医家如吴巍教授,认为肾之为病,病情日久,缠绵难愈,“久病入络、久病多瘀”,痰湿阻滞,壅阻脉络,碍气滞血,导致瘀血形成。肾病患者多长期服用激素等纯阳之品,耗气伤阴,血行涩滞,亦可成瘀,故“肾络瘀阻”^[4]。故治疗时以“活血化瘀通络法”贯穿肾病治疗的始终,活血化瘀通络遣方用药不可急投活血化瘀之品。病之初起,病情较轻,可用川芎、桃仁、红花、益母草等植物药,其化瘀之功缓和,或兼有行气之功,以求活血化瘀、宣通肾络。病情较长,兼有血尿,血热络伤,可加地榆、槐花、白茅根、小蓟、大蓟等凉血之类,以求凉血化瘀,缓通肾络。病情反复,迁延难愈,蛋白尿顽固难消,加用水蛭、僵蚕、全蝎、蜈蚣等虫类药物,此类药物破血峻猛,但非虫类峻猛难以活血化瘀、攻通肾络。其主攻瘀血日久,瘀血难祛。虫类药搜剔经络瘀毒,解痉通络,直达病所,气血通畅,脏腑得以濡养,方利于养血生血,即中医所谓“祛瘀生新”也^[5]。此类药物口腥腥臭,难以下咽,且伤脾胃,可加用麦芽、稻芽促消化、护胃。化瘀通络,分层用药,随病情进展调整,方可气行血畅,瘀血去新血生,气血平衡。

1.4 化瘀通络,不忘扶正 肾病综合征,其病机往往虚实夹杂,正邪交争,本虚标实。祛邪不忘扶正,化瘀之品,服用久之损伤脾胃,耗散脾胃之气,加之本病兼夹蛋白尿,精微外泄,营养不佳,故应重视调理脾胃,可加参苓白术散、或补中益气汤化裁。患者往往外感反复发作,症见自汗乏力,气短困倦,卫表不固,可投玉屏风散益气固表。肾病日久,肾失固摄,膀胱失约,出现小便频数、夜尿清长等症状,常用二仙丹、大菟丝子汤加减,益肾固摄。肾病日久,久投活血化瘀、祛邪解毒药物,或者利尿太过,容易耗气伤

* 基金项目:中央川财社[20190143 号]医疗服务与保障能力提升补助资金(叶传蕙传承工作室)资助项目

阴,疾病后期可选用八珍汤裁减。邓跃毅教授认为,对于膜性肾病久治未愈或频频复发致脏腑失养,络脉失荣,临床表现以虚为主者可采用补虚柔络法^[6]。其擅用紫河车、鹿角胶等血肉有情之品,填精益髓、荣养络脉,对于病邪久居、正气甚耗者尤为适宜。治疗化瘀通络之中,不忘扶正固本,使阴阳气血调达,五脏相依,疾病乃可得复。

2 病案举例

陈某,男性,58岁,未婚,因“双下肢水肿2月”于2020年5月12日初诊,已于西医院查高密度脂蛋白胆固醇6.38 mmol/L,蛋白尿8 200 mg/24 h,血清白蛋白28.5 g/L,尿液分析尿蛋白(++++)。肾功能、血常规等均未见异常。建议使用糖皮质激素治疗,患者恐其副作用拒绝使用激素,转至叶传蕙教授门诊治疗。现患者面色萎黄浮肿,腰膝疼痛无力,双下肢重度水肿至膝关节,舌质紫红,苔薄黄,脉沉细涩。中医诊断为水肿,瘀水互结型。西医诊断为肾病综合征。治以化瘀通络,辅以健脾化湿渗水,叶教授具体用药:丹参30 g、益母草30 g、红花15 g、川芎15 g、桃仁15 g、三七粉10 g、酒大黄15 g(后下)、猪苓15 g、泽泻15 g、藿香15 g、佩兰15 g、苍术15 g、茯苓15 g、白术15 g、豆蔻15 g、薏苡仁20 g。14剂,水煎服,日3次,每次约100 ml。嘱其严格控制饮水量,低盐清淡饮食。服用两周后,于2020年5月26日复诊,水肿基本消退,疲乏无力,易困多眠,口干不欲饮,未诉其他不适。辨证为气虚水饮,治以益气化湿为主,辅之继续化瘀通络,调整用药:丹参30 g、益母草30 g、红花15 g、川芎15 g、桃仁15 g、茯苓15 g、藿香15 g、佩兰15 g、黄芪30 g、党参30 g、苍术15 g、白术15 g、豆蔻15 g、桂枝15 g、赤芍15 g、牡丹皮15 g。继服10剂完毕后回访,诉病情稳定,身体无不适,多次小便常规、生化检查均示无异常。

本例患者诊断为肾病综合征,患者因肾失封藏,精微物质外泄,故见尿蛋白;肾失气化,水液代谢失职,外溢肌肤故为浮肿。患者病情尚短,无明显外感或内毒之症状,可先投活血化瘀之品,缓缓图之,兼顾健脾、淡渗利水消其肿。水肿已消,患者疲乏无力,易困多眠,口干不欲饮,此时患者正气已伤,水饮内停,且患者内在肾络受阻仍存在,可益气扶正化湿,改善症状治其标,继续活血化瘀通络,通肾络治其本。攻补兼施,标本兼治,随证变方。

3 讨论

肾病综合征常表现为水肿,可归为中医学“水肿病”范畴。清代医家唐容川云:“瘀血化水,亦发水肿,

是血病而兼水也”,“瘀血化水,亦发水肿”,这便是瘀血可以导致水肿的印证。总结医家之言,结合叶传蕙教授经验,肾病综合征病机可概括为各种病因致肾之开阖不利,浊秽不得泄,停聚于体内,可发瘀血,瘀阻肾络,瘀血化水,外溢肌肤,发为水肿。从西医学看,肾病综合征发病机制是血液流变学异常,低蛋白血症往往结合有高脂血症,血液变得高黏滞性、高浓稠性、高聚集性和高凝固性,使血液循环受阻,肾小球内毛细血管丛压力增高,促使凝血,甚至形成血栓以及炎症反应发生,加重肾小球损害,迁延进展至多个肾单位受损坏死。血液高黏滞、高浓稠状态大致可对应中医病机中瘀血状态,停聚甚至阻滞肾络,渐致肾脏瘀阻络伤,形成肾络瘀血证。现代研究证实,以血塞通活血化瘀治疗肾病综合征效果显著,实验组患者临床治疗总有效率为95.9%,高于对照组^[7]。通过活血化瘀可降低机体血液高黏滞、高浓稠状态,促进脂质代谢,减少尿蛋白,改善血管微循环,这为中医灵活使用活血化瘀通络法治治疗肾病综合征提供了理论依据。

叶传蕙教授不仅将活血化瘀通络类药物应用于肾病综合征治疗中,还将活血化瘀通络类药物应用于糖尿病肾病、慢性肾脏病的治疗。有研究^[8]采用化瘀通络法治60例肾病综合征患者,其中完全缓解42例(70%)、部分缓解12例(20%)、无效6例(10%),缓解率达90%。王玲等^[9]研究表明,自拟通络祛白汤结合西医常规疗法可有效降低慢性肾小球肾炎蛋白尿肾络不通证患者的尿蛋白水平,缓解临床症状,提高疗效。叶传蕙教授认为瘀阻肾络是贯穿肾病综合征的核心病机,临证肾病综合征特别重视活血化瘀通络。治病必先治标,化湿解毒驱邪,为活血化瘀通络开通其道。疾病初期可用川芎、桃仁、红花等植物草药活血化瘀宣通肾络;兼有尿蛋白、血尿等,可用地榆、槐花、白茅根等凉血之药活血化瘀,开通肾络;迁延难愈,病情日久,采用水蛭、僵蚕、全蝎、蜈蚣等虫类药物活血化瘀、攻通肾络。活血化瘀通络法贯穿治疗始终。肾络已通,大多正气已伤,叶教授不忘健脾补肾,或滋阴益气,益肾填精等,治病固本,并仍予少许活血化瘀通络之品缓缓服之。另外,叶教授认为不可急于强行利尿消肿,空伤肾络,可淡渗利水缓缓消肿。结合病情,灵活使用活血化瘀之药,以求通络化瘀,气血调达。祛邪扶正兼顾,标本兼治,在临床上取得了不俗的疗效。叶传蕙教授运用活血化瘀通络法治治疗肾病综合征,效果显著,其临证经验及用药规律值得借鉴。

(下转第124页)

表 2 两组围手术期各时点血流动力学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	指标	麻醉前	麻醉后 30 min	麻醉后 60 min	术毕
A 组	30	SBP(mm Hg)	130.6± 15.8	122.7± 20.6	118.5± 25.6	123.4± 20.7
		DBP(mm Hg)	80.9± 10.5	73.5± 12.7	74.3± 15.6	72.5± 13.1
		HR(bmp)	75.6± 10.6	79.1± 9.7	72.3± 12.5	74.5± 10.6
B 组	30	SBP(mm Hg)	129.2± 14.1	120.6± 10.5	116.7± 23.4	120.9± 20.5
		DBP(mm Hg)	79.4± 12.3	72.6± 10.5	73.5± 9.8	72.8± 12.7
		HR(bmp)	74.7± 10.8	78.5± 9.2	72.8± 14.5	74.1± 9.9

2.3 两组麻醉不良反应发生情况比较 A 组术后发生低血压 2 例,高血压 3 例,术后躁动 1 例,认知功能障碍 1 例,总发生率为 23.33%;B 组发生低血压 3 例,高血压 4 例,术后躁动 3 例,认知功能障碍 3 例,总发生率 43.33%。A 组术后不良反应发生率明显低于 B 组 ($P<0.05$)。

3 讨论

老年患者普遍机体耐受度较差,若医源性创伤较大则术后康复进程缓慢,且易并发诸多并发症、不良反应,这些因素将对患者手术疗效、麻醉效果、麻醉安全性产生一定程度的影响。为保证手术的顺利进行,在老年患者手术实施前麻醉医师必须选择恰当、合理、安全的麻醉方式以保证人工关节置换术的安全性。腰硬联合麻醉与静脉复合全麻均为老年人人工关节置换术常用的麻醉手段。静脉复合全麻为经典、传统麻醉方式,主要通过静脉全身给药达到麻醉镇痛效果,在临床各种手术中均具有广泛应用。腰硬联合麻醉为硬膜外麻醉与腰麻的结合,保持了硬膜外麻醉与腰麻的优点,具有肌松完全、作用迅速、麻醉可控性强的优点^[3-4]。本研究结果显示,两组围手术期各时点血流动力学指标 (SBP、DBP、HR) 比较无显著差异 ($P>0.05$),但 A 组麻醉起效时间、运动阻滞恢复时间、苏醒时间、麻醉药物剂量、术后不良反应发生率均明显低于 B 组 ($P<0.05$),提示腰硬联合麻醉与静脉复合全麻均可用于老年人人工关节置换术中,但腰硬联合麻醉在麻醉起效、恢复以及安全性方面更占优势。

老年患者手术麻醉实施的最终目标为提供理想的麻醉效果并保证麻醉的安全性,腰硬联合麻醉作

(上接第 118 页)

参考文献

[1]葛俊波,徐永健.内科学[M].第 9 版.北京:人民卫生出版社,2018.470.
[2]张柳毅.清热解毒活血汤治疗难治性肾病综合征的效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(11):211-212.
[3]熊荣兵,傅晓骏.傅晓骏从瘀论治肾性水肿经验及常用药对[J].实用中医内科杂志,2020,34(10):56-59.
[4]王文平,邹景霞,吴巍.吴巍教授运用虫类药治疗肾脏病验案举隅[J].四川中医,2020,38(7):85-87.
[5]向雨欣,刘小芳,杨庆,等.叶传蕙教授治疗慢性肾脏病运用活血化

为一种椎管内阻滞技术,具有镇痛效果完善、麻醉起效速度快的优点,可在短时间内完全阻断交感神经、感觉运动神经传递,有效抑制创伤性刺激向中枢神经的传递,从而保证术中患者血压、心率维持在稳定的状态,并且由于椎管内阻滞应用麻醉药物剂量相对较低,因此在药物安全性方面更占优势。相关调查显示,腰硬联合麻醉相较于静脉全麻可有效降低深静脉血栓、肺部感染、应激反应等并发症发生率,这与本组研究结果相一致。但腰硬联合麻醉在追加麻醉药物时管理难度较大,反复追加局麻药物易导致麻醉平面的升高,对患者呼吸循环产生一定的影响^[5-6]。而静脉复合全麻的最大优势在于有效的通气与供氧,术中管理更为方便,但在诱导期与拔管期应激反应也较为显著,尤其是对于合并有心脑血管疾病的老年患者,静脉全麻易导致患者术后呼吸循环系统功能并发症的发生,影响术后恢复与安全性。综上所述,腰硬联合麻醉与静脉复合气管插管全麻均可用于老年人人工关节置换手术麻醉中,麻醉效果良好,但腰硬联合麻醉起效更快、完全阻滞时间更短、术后不良反应发生风险更低,可作为老年患者人工关节置换术首选麻醉方式。

参考文献

[1]赵玫,赵梅珍,魏露,等.老年髋关节置换术患者术后认知功能障碍的临床特点及影响因素分析[J].中风与神经病杂志,2017,34(6):539-541.
[2]刘丽,徐冰,唐鸣,等.麻醉方式对老年髋关节置换术患者的影响[J].现代生物医学进展,2018,18(7):107-111.
[3]于素丽,张智勇,张立涛.腰丛-坐骨神经阻滞,腰硬联合麻醉与全身麻醉在老年全髋关节置换手术麻醉中的临床效果[J].临床和实验医学杂志,2018,17(22):2460-2463.
[4]康春艳,朱建炜.全麻与腰硬联合麻醉对老年全膝关节置换术后精神状态的影响[J].解放军医药杂志,2018,30(5):58-61.
[5]任金玉.不同麻醉方法在高龄患者人工关节置换术的应用效果分析[J].中国伤残医学,2018,26(2):27-28.
[6]彭丹丹,李贝,钟爱群,等.腰硬联合麻醉下瑞芬太尼行控制性降压对非骨水泥型人工髋关节置换术患者脑氧代谢的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(14):1580-1583.

(收稿日期: 2020-06-08)

瘀药的体会[J].云南中医中药杂志,2016,37(8):9-11.

[6]向玲,邓跃毅,刘旺意,等.邓跃毅教授活血化瘀法治疗膜性肾病经验荟萃[J].中国中西医结合肾病杂志,2019,20(3):189-191.
[7]朱春燕.活血化瘀法治疗肾病综合征瘀血证疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(6):96.
[8]刘松林.化瘀通络法治疗肾病综合征临床观察[J].河南中医,2003,23(7):39-40.
[9]王玲,宗玮,李富鑫.自拟通络祛白汤结合西医常规疗法治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿肾络不通证临床研究[J].国际中医中药杂志,2020,42(8):741-744.

(收稿日期: 2020-09-24)