

应用阴阳平衡理论、肾小管-肾小球反馈理论 指导临床治疗小管-间质肾病肾衰 83 例

苏州医学院附属一院中西医结合研究室

卢君健 潘肇荣* 周自强[△] 钱 起[△] 崔肖范 李文彩

内容提要 本文报道 83 例与肾小管间质病变有关的肾病肾衰，并应用阴阳平衡理论结合肾小管-肾小球反馈理论及其他理论指导治疗上述疾病。中医治法有滋阴生津、活血、益气、清热、健脾等法，西药仅用抗高血压药物及输液补充电解质。结果 83 例治愈者占 10.8%，总有效率为 80.7%。

近年来逐渐发现在急、慢性肾功能衰竭（简称肾衰）中肾小管间质病变在发病原因和病理生理环节中起重要作用。该病按常规的中西医结合辨病加辨证治疗疗效很差，即使加用活血化瘀法有效率也仅 28%^{〔1〕}。近 1~2 年来我们用 β_2 微球蛋白（简称 β_2m ）测定肾脏病患者的血尿值^{〔2〕}，结合其他实验室检查和临床表现，明确了部分肾病肾衰患者肾小管间质病变在病机中的重要作用，并结合 1982 年 Thurau 的小管-小球反馈理论^{〔3〕}及阴阳平衡理论-对偶失衡理论^{〔4〕}，和我们提出的中西医结合五辨理论^{〔5〕}（辨病、证、机、因、主要矛盾），采用中西医理论相渗透并以中医治法为主的方法治疗小管-间质肾病肾衰，取得了较过去用常规加活血化瘀法为佳的疗效^{〔1〕}，兹介绍于下

临 床 资 料

一、一般资料：本组 83 例，男 43 例，女 40 例，年龄 11~50 岁，平均 35 岁。82 例来自中西医结合病房，1 例来自专科门诊。73 例作血尿 β_2m 测定，61 例作尿蛋白圆盘电泳以协助诊断肾小管-间质损害的存在及其程度。并作治疗前后对比以观察治疗效果。

二、间质性肾损害的诊断标准

间质性肾损害可反馈性引起肾皮质血流减少或损害，而皮质损害后残余肾单位又因超

滤过度、溶质负荷增加又反过来损害间质、肾小管，因此临床上所见的间质损害均或多或少与皮质损害并存。然而有的病例间质小管病变表现特殊，今将我们制订的诊断标准列后。

（1）临床上有不同程度的水电解质紊乱的表现，且以“水丧失综合征”表现为主，诸如舌质干、少津、卷舌、无苔质光，或有苔厚起刺、皮肤弹性减退，用手指可捻起而不平复。睡平后，颈静脉不显露。虽有诸脱水现象，但仍有多尿（极度脱水者除外）。（2）有低钠、低钾、低钙现象，且以总体钠、钾低值为主，并有相应征象，诸如呕吐、恶心、手足抽搐。（3）尿 β_2m 大于正常 5~10 倍或以上，或蛋白尿以肾小管性为主。（4）有间质性肾损害的病史、病因，如青霉素用后发生皮疹、关节疼痛、发热、血中嗜酸性细胞增加，应用后发生多尿或血肌酐、尿素氮增加，血尿酸增加，或低钾、低钙、低钠综合征。以及其他引起间质性肾损害的病因，如其他抗生素，庆大霉素、链霉素、磺胺类等，止痛剂大量长期或一次多用，利尿剂长期应用或一次多用，病毒、细菌感染等。（5）有不同程度碱性尿或 pH 相对较高，有近端或远端肾小管的其他功能障碍。有上述中 3 项者均可诊断为间质性肾损害。

治 疗 方 法

一、纠正补充所缺的电解质及水份并不时调节之，先以静脉滴注为主，继则口服自配枸

动物实验室

[△] 临床中西医实验室

橡酸钾、钠、钙合剂，严重者静滴和口服同时进行，以达到消除或缓解症状体征为度。

二、补充后仍然疗效不满意，或巩固治疗时则以治本为主，中医治法建立在五辨的基础上，但又以辨病机为主结合证型建立治则。如肾衰时尿毒症湿浊内阻、阴阳两虚，仅是辨证的一个方面，另一方面却是伤阴失精肾阴亏损，阴阳失衡病态下阳盛而关门开、水直下而消，此时建立治法为生津养阴或酸甘化阴之法，药用葛根、乌梅、生甘草等加活血化瘀药以助肾小管上皮新生^{〔6〕}。如属青霉素或止痛剂引起之过敏反应有关节痛、皮疹等过敏现象，则以祛风抗过敏之法为主治疗，药用荆芥、防风、柴胡、徐长卿等酌加清热解毒药物银花藤、黄芩之类。总之根据具体病情、病机(病理生理)建立治法。常用方法除上述外选用益气、温肾、祛瘀生新、平肝清肝、健脾醒胃等法。常用中药除上述外有黄芪、仙灵脾、山楂、生地、青蒿、太党参、豆蔻等视病情选用(参阅典型病例用药)。

三、伴有高血压者(小管反馈性为主)，在选用西药抗高血压药物时，密切注意其副作用及症状体征变化，副作用明显且疗效不佳时中药中加用决明子、干地龙、红花、川芎、钩藤、黄连，并减西药，待血压有所下降时则用上述治小管病变治法，待血压正常或近正常时停用降压西药。

四、伴有较严重的皮质损害且B型超声波示肾脏显著缩小者，酌加温肾、益肾活血之品。

五、治疗引起小管间质性病变的原发性疾病，如系统性红斑狼疮、高尿酸血症等，均以中医治法为主。

六、停用一切可疑引起间质病变的中西药物。

结 果

一、疗效判断标准：(1)临床体征有显著改善或消失者。(2)临床症状有显著改善或消失者。(3)实验室常规检查显著改善或恢复正常者。上述三项中全部恢复正常者为治愈，三项中有二项恢复正常或三项中有三项均改善或二项显效、一项有效或改善者均为好转。三项中无改善、甚至恶化者为无效。

二、结果与分析

本文83例中治愈9例占10.8%，有效67例占80.7%，无效16例占19.3%。由于肾小管间质损害的病因和原发病不相同，入院时病情轻重和并发症不一，分类见附表。病因中以感染和水电解质紊乱占首位为43.4%；其次即各种药物和肾盂肾炎返流肾病等占第二位为25.3%；再其次为肾病继发间质损害(肾结石、高尿酸血症痛风、肾动脉硬化)占第三位为16.9%；全身性疾病如系统性红斑狼疮、多发性骨髓瘤等的肾间质损害占末位为14.5%。从疗效及平均治疗天数看也以感染及水电解质紊乱组较其他三组为优，这和疾病引起肾间质损害的可逆性程度与原发疾病难治或易治有关。如水电解质紊乱既是肾小管间质损害的后果，但一旦发生又成为它的原因，不治疗则形成恶性循环，当中西医药并治、标本同治时，阻断恶性循环故平均治疗天数最短、疗效也较佳。

三、典型病例

例1. 陈××，女，47岁，住院号188620，因昏睡、恶心、呕吐三日于1982年9月24日入院。3年前

附表 83例间质性肾损害疗效分析结果

损 害 病 因	例 数		平均治疗 天 数	疗 效				
	男	女		治愈	好转	无效	死亡	有效百分率
各种药物、肾盂肾炎、返流肾病等	13	8	29	5	12	3	1	80.95
感染、水电解质紊乱	16	20	19	4	26	4	2	83.33
肾病继发间质损害	10	4	47	0	10	3	1	71.43
全身性疾病继发间质性肾损害	4	8	56	0	10	1	1	83.33
总 计	43	40	38	9	58	11	5	80.72

因下肢浮肿诊断为“慢性肾炎”高血压，至1982年初恶心呕吐、头晕，诊断为“尿路感染”，服复方新诺明等药后关节疼痛，出现皮疹，又诊断为“风湿性关节炎”，用青霉素、抗风湿灵、阿司匹林等药。至9月22日神志不清，气急，急诊检查BUN94mg%，Cr10.2mg%，WBC16400，N89%，Hb4.75g%，诊断“尿毒症、肺部感染”，给抗生素、利尿合剂治疗反恶化乃入院。查体：神志不清，心率78次/分，两肺干湿罗音，脱水征。实验室检查尿蛋白±，红细胞±，白细胞++。血K3.3mEq/L，Na130mEq/L，Cl98mEq/L，CO₂cp25vol%，诊断同前。入院后6日内神志恍惚、谵语，时有精神症状，经每日输液并加入所缺电解质精心调整后病情显著好转，至第七日舌质仍干，舌尖红，尿多，皮肤干，乃以酸甘化阴生津法加活血清解并治：乌梅6g 生地6g 甘草6g 葛根10g 黄芩6g 川芎6g 丹参6g 桂枝4g，并纠正诊断为间质肾病伴电解质紊乱，肾功能衰竭。至10月28日肌酐降至3.2mg%，BUN降至36mg%，造影见两肾较正常略小乃出院以原法治疗，出院前尿常规正常。至1983年5月26日因发作性全身肌肉抽搐伴四肢麻木4日第二次入院，查血K3.5mEq/L，Na115mEq/L，Ca6mg%，P6mg，CO₂cp15vol%，乃作电解质补充治疗并加枸橼酸钠钾合剂口服。中医治法仍以前法加徐长卿6g 大枣6g 干姜2g。至1983年7月1日肌酐由7.4mg%降至4.3mg%，BUN由66mg%降至40mg%，电解质正常乃出院中西药同治，至1984年8月随访，肌酐在3~5mg%之间，但情况正常。

例2. 倪××，女，11岁，住院号204115。因浮肿高血压于1985年1月31日入院。1984年9月因面浮肿，尿蛋白+++拟诊肾炎，用激素、青霉素治疗后继发支气管肺炎病情加重，血压增高至190/130~140mmHg，用西药抗高血压药物无效，肾功能恶化乃转我院。检查血压180/140mmHg，面苍白，心尖区2级SM，肝脾肋下边缘软，肾区叩痛，诊断慢性肾炎急性发作，氮质血症，肾性高血压，不能除外急进型肾炎、恶性高血压。用健脾理气法治疗（因不思食），方药：白术6g 豆蔻3g 陈皮6g 青皮3g 鸡内金6g 制香附6g 郁金6g 枸橼李3g 茯苓9g 干姜2g 甘草3g，另加巯甲丙脯酸、可乐宁等抗高血压药物治疗无效。经讨论认为可能是变异型LE肾炎合并间质损害所致反馈性高血压，经查抗核抗体、电泳蛋白、微循环观察及血尿β₂m测定符合上述诊断。乃以益肾养阴生津保津、酸甘化阴、活血清热解毒之法治疗。药用仙灵脾6g 附片2g 乌梅6g 甘草3g 黄芩

4g 青蒿6g 徐长卿6g 玄参6g 生地6g 葛根10g 威灵仙3g等治疗，并减用抗高血压药物及培他米松用量（原每日4片减为2片），治疗共一个月虽停用巯甲丙脯酸并减少可乐宁用量，但血压可降至140/100mmHg，肌酐由2.2mg降至1.3mg，BUN由36mg降至正常，24小时尿蛋白由8.5g降至2.7g，尿蛋白由++++降至+，好转出院，一月后随访血压及尿检均正常，已停服可乐宁，但间歇服上述中药。

例3. 赵××，女，32岁，住院号204272。因乏力、呕恶纳呆于1985年2月7日入院。二年前因尿检蛋白++用青霉素等治疗，近二月出现上述症状，尿检蛋白+++，BUN67mg，Cr4.3mg，诊断肾炎，用抗生素、利尿剂等西药无效转我院。检查血压140/100mmHg，苔厚腻质干，皮肤干燥。尿蛋白+++，红细胞+++，管型++，余同前，纠正诊断间质性肾病，电解质紊乱，肾性高血压（反馈性）尿毒症。因无食欲先用健脾理气醒胃法，药用苍白术各3g 青陈皮各3g 乌梅6g 干姜2g 茯苓6g 鸡内金4g 枳壳2g 白豆蔻3g等共5日，同时输液补充水电解质（当时K2.4mEq/L，Na120mEq/L，CO₂cp44.8vol，Ca8mg%，血浆渗透压319mOsm）。在补液中仍呕恶，肢麻乏力，加用枸橼酸钠钾合剂。上方后继用养阴健脾活血法治疗之，药用乌梅10g 甘草4g 徐长卿6g 生地6g 木瓜3g 玄参6g 赤芍6g 鸡内金3g 治疗至2月24日症状显著好转，食欲增加，低血钾纠正乃停补液，并针对肾间质损害药物治疗：甘草4g 黄芩4g 威灵仙3g 乌梅6g 生地6g 葛根6g 赤芍6g 干姜2g 石苇4g等，治疗至3月17日BUN由74mg降至27mg，Cr由5mg降至2.6mg，尿蛋白由+++降至+，已无呕恶，乃出院。一月后门诊复查一切正常，1985年11月随访，BUN、Cr已正常。

讨 论

小管间质损害是近年来注意的肾脏重要疾病，与多种因素（包括中西药物）有关，对肾病肾衰治疗的药物不当，如对已有损害的小管加上常规治疗药物往往可使疾病恶化或无效，尤其通过小管小球反馈学说更明确了小管损害后肾血流减少肾皮质损害引起肾衰，阻断这一反馈可使病情好转如例2甚至治愈。我们在治疗顽固性多尿性肾小管疾病中⁽⁶⁾采用养阴活血祛风等法显效的启发下，加上我们自己动物实验室应用西药制成的间质性肾炎模型用甘草、徐

长卿、青蒿能解决其损害⁽⁷⁾，根据这一结果和临床经验加上尿 β_2m 等实验室数据，制定了间质性肾损害的诊断标准和治疗方案。在制定方案中除采用前述反馈学说外还结合矫枉失衡学说⁽⁸⁾、残余肾单位学说、超滤过学说和前述我们自己设想的对偶失衡学说（阴阳平衡理论的发展）以指导治疗此类疾病的临床，并取得了较过去满意的疗效。在上述多种理论的指导下打破常规专门以降压法治疗肾性高血压的方法，例2即为一很好的例证。中医与西医两种理论的结合对临床实践指导起重要作用，血压升高与血压降低是一对阴阳对偶，前者为阳后者为阴，前者为肾皮质肾小球旁器分泌肾素引起，后者为肾间质分泌降低血压物质引起（单纯从肾角度）。前者在外，后者在内，内经云“阳在外，阴之使也，阴在内，阳之守也”，阴阳之互根，在肾脏之内外相呼应，小管（间质）-小球（皮质）反馈学说更证实此点。小管损伤，重吸收减少，阴液、津液大量丢失，必导致亡阴、津伤、津枯，此时阴虚阳亢，阳亢则高血压。此时应用养阴保津之法是壮水之主以制阳光的治疗法，然而这一治法必须根据病情逐步应用，如例3开始只能用健脾醒胃消食法，以静脉输液以纠正阴液不足，待其能从饮食摄取水谷之精华化为阴血津液时则补足阴精来源，这就是辨证论治的特点也即是应用中西医结合五辨灵活变通的方法。由于阴阳平衡理论，阴中有阳，阳中有阴，故在养阴法的同时又加用温阳法以达到寒温同施，水火共济，虽有阳亢而无所虑，反治比正治更有效。西药降压因其使小管更损伤，血压更高，肾素更多，易形成恶性循环。阴阳

《中医药论文选编》征订

中国中医研究院西苑医院为庆祝建院三十周年，特编辑《中医药论文选编》。主要内容有：三十年来通过的鉴定项目与获奖课题；老中医经验；研究生论文摘要等。

本书约一百万字，欲购者与北京中医研究院西苑医院图书馆联系。

平衡法也符合肾脏的病理生理，并可阻断反馈。电解质紊乱是小管间质损害的后果，但又为原因形成恶性循环，结合上述几种学说以循序渐进的微调方法调整水电解质可能使病情逐渐缓解。治疗中切忌滥用利尿剂，因可加重肾小管损害使病变转为不可逆。在严重缺乏各离子状态下可伴血容量不足，此时因抗利尿激素不起作用，醛固酮失效并逃脱管球反馈，不发生高血压，相反为低血压，然而一旦补足离子血容量恢复上述“激素”及反馈起效则又发生高血压。此时益气之甘草，祛风之威灵仙均因其能抗利尿而增加血容量，则须停用或减量，此即为深入病机病因主要矛盾的治法变通，也即是间质病变时高血压微调中西医结合的理论与实践。

参 考 文 献

1. 卢君健，等。活血化瘀为主治疗慢性终末期肾功能衰竭的临床观察。中西医结合杂志1985；5（5）：24。
2. 卢君健，等。肾脏疾病 β_2 微球蛋白测定的临床意义。第二次全国肾脏病会议资料1985：217。
3. Thurau K MD. Tubuloglomerular feedback theory. 日本肾脏病杂志1983；14（7）：765。
4. 卢君健。对偶失衡理论在疾病发生发展中的重要意义。医学与哲学杂志1982；2：13。
5. 卢君健，等。试论中西医结合五辨的临床思维实质。中医药信息1985；2：21。
6. 卢君健。疑难病例治验一则。中医杂志1983；2：44。
7. 卢君健，等。中药对间质性肾炎的防护作用。全国第二次肾脏病会议资料1985：233。
8. Bourgoignie JJ, et al. Chronic renal failure-pathophysiology (Trade off Hypothesis). In: Stein J H. Nephrology 1st Grune & Statton New York, 1980:183。

吉林省中西医结合活血化瘀专业学术 座谈会在长春召开

吉林省中西医结合活血化瘀专业学术座谈会于1985年11月25~29日在长春召开，来自全省25个医疗单位的30名代表出席了会议，会上交流论文23篇。

这次会议检阅了专业委员会成立一年来取得的成果，论文水平较前次会议有所提高。会议还邀请有关专家做了学术报告。

（何 莉）

Abstracts of Original Articles

Summary Report on the Treatment of Tubulo-Interstitial Nephropathy, Renal Failure with TCM-WM under the Guidance of Yin-Yang Balance Theory and Tubulo-Glomerular Feedback Theory —A Clinical Analysis of 83 Cases

Lu Junjian (卢君健), et al

Research Laboratory of TCM-WM, First Affiliated Hospital of Suzhou Medical College, Suzhou

Attention has recently been drawn to the significance of tubulo-interstitial lesions in acute and chronic renal failure (RF). The importance of tubulo-interstitial lesion for some RF patients by means of comprehensive evaluating the urine concentration of β_2 microglobulin (β_2m), clinical manifestations and other laboratory tests have been defined. Hence using the therapy of TCM combined with the tubulo-glomerular feedback theory, Yin-Yang balance theory, i.e. couple imbalance theory and "five differentiation" theory of TCM-WM, a preliminary result of treating 83 cases of this disease has been obtained. Among them, 9 were cured; the cure rate was 10.8%, and total effective rate was 80.7% (67 cases), while 16 of them were noneffective (19.3%). The main causes of tubulo-interstitial lesion are as follows: (1) Infection and/or disturbance of water and electrolyte metabolism, 43.4%. (2) Various drugs including antibiotics and analgesics and reflux nephropathy, 25.2%. (3) Secondary interstitial impairment, e.g. renal arteriosclerosis, hyperuricemia, etc., induced by nephropathy, 16.8%. (4) Secondary interstitial lesions caused by systemic disease, e.g. SLE, 14.6%. Comparing the therapeutic effect between these 4 groups, it shows that the effect of the first group is better than that of others, the hospitalization period being the shortest among all, but no significant difference of effective rate was observed. The treatment was based on the guidance of the above-mentioned theories. Western medicines were used only for antihypertension and correcting the disturbances of water and electrolyte metabolism by proper parenteral replacement. TCM methods such as "nourish vital essence, strengthen vital energy, expel evil-wind, clear up heat, promote blood circulation, warm kidney, invigorate spleen, promote production of body fluid", etc. were used according to the morbid condition and mechanism of disease. The materia medica frequently used were *R. Puerariae lobata*, *Fr. Prunus mume*, *R. Saposhnikovia divaricata*, *R. Rehmanniae glutinosa*, *R. Glycyrrhizae uralensis*, *R. Cynanchi paniculati* and *R. Scutellariae baicalensis*, etc. The dosage varied according to the morbid state.

(Original article on page 201)

Long-Term Effect of 60 Cases of Nephrotic Syndrome Treated with TCM-WM

Zhu Pijiang (朱闾疆)

Nephropathy Hospital of TCM-WM, Dan Tu County, Jiangsu Province

A long-term follow-up for 10~15 years of 60 cases of nephrotic syndrome with complete remission by the treatment of TCM-WM was carried out. The first stage was active-treating phase which comprises mainly the combined application of prednisone and other immunosuppressant, supplemented with "treating the patient according to syndrome differentiation" of TCM, the treating course lasted for 3~4 months; the second stage was consolidating phase which mainly used "replenishing the kidney and invigorating the spleen" and "reinforcing the Qi and promoting the blood", one year for a course. The result of the follow-up showed that the rate of complete remission within 10 years is 76.67% by the use of the "two stage programme". 14 cases relapsed, and 10 of them won complete remission after re-treatment. The author assumed that the merit of this programme was to use mainly the WM to control the clinical symptom and dissipate the proteinuria and edema for the first step, followed then by using TCM prescriptions to promote the recovery of nephrosis. On the other hand, "replenishing the kidney and reinforcing the Qi" can regulate the immune function and redress the immunologic disturbance of nephrotic syndrome, and reduce the relapse. Therefore this "two stage programme" can not only relieve the clinical symptom in a short period of time, but also lessen the relapses and enhance the long-term efficacy.

(Original article on page 205)

Clinical Observation on Chronic Glomerulonephritis Treated with TCM-WM

Zhou Zhibin (周芝彬), et al

Dawu County People's Hospital, Hubei Province

This paper reports the results of observation on 142 cases of chronic glomerulonephritis treated with TCM-WM in the hospital from Jan. 1971 to Dec. 1983. 108 patients were male and 34 female. 28 were under