

经方治疗肾病发热 3 例

余 晖¹ 高建忠² 刘宝利¹

(1 首都医科大学附属北京中医医院,北京市东城区美术馆后街 23 号,100010; 2 山西中医学院第二中医院)

关键词 发热/中医药疗法;肾病/中医药疗法

慢性肾病,病因复杂,治疗困难,预后较差。经方在治疗肾脏疾病伴随症时往往力专效捷。用经方治疗肾病发热患者 3 例,原案实录如下。

案例 1:患者某,女,53 岁。主因“间断双下肢浮肿 18 年,呕恶 1 年,加重伴周身浮肿 4 天”于 2010 年 7 月 14 日入院。患者入院时肌酐 $637\mu\text{mol/L}$,尿素氮 18.1mmol/L ,血钾 7.5mmol/L 。入院后诊断为“慢性肾功能衰竭、肾性贫血、高钾血症、代谢性酸中毒、肾性高血压”等疾病。入院第二天出现发热,2010 年 7 月 15 日诊见:发热, 38.7°C ,恶风寒,无汗出,恶心,呕吐 2 次,口干,无口苦,纳呆,周身浮肿,大便秘结,已三日未行,自觉下肢有灼热感。舌质淡,舌苔薄黄,脉弦数。辨证属太阳、阳明合病,治以发汗解表、降逆止呕为法,方用葛根加半夏汤加减。处方:葛根 12g,麻黄 10g,桂枝 10g,白芍 10g,姜半夏 9g,竹茹 10g。急煎 1 剂。服药后大便 1 次,热退,体温恢复正常。

案例 2:患者某,男,20 岁。主因“间断双下肢浮肿 10 天,加重伴发热 4 天”于 2010 年 7 月 13 日入院。患者入院后查尿蛋白(3+),血浆白蛋白 13.9g/L ,肌酐 88.3mmol/L ,尿酸 $414.3\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶 175U/L ,天冬氨酸氨基转移酶 84U/L ,乳酸脱氢酶 265U/L ,尿素氮 8.6mmol/L ,血钙 1.65mmol/L ,诊断为“肾病综合征,焦虑抑郁症,肝功能异常原因待查”。患者入院前已发热 4 天,在外院使用“头孢呋辛”治疗 4 天(具体用药用量不详),而发热不退。入院后体温升高,体温 38.5°C ,急查胸片提示有胸腔积液。2010 年 7 月 13 日诊见:发热恶寒,无汗出,口干,烦躁,纳差,恶心,眠差,便秘,大便已三日未行,双下肢水肿。舌质红,舌苔白厚腻,脉浮滑数。辨证属太阳、阳明合病,治以外散风寒、内清郁热为法,方用大青龙汤加减。处方:炙麻黄 10g,苦杏仁 12g,桂枝 6g,炙甘草 9g,生石膏 60g,酒大黄 5g。急煎 1 剂温服。患者服药 1 煎后,腋下、后背、腹股沟部位汗出,体温恢复正常(36.5°C),大便 5 次,稀便,双下肢水肿减轻。患者虽便下 5 次,但精神症状明显好转。嘱患者剩下的第二煎中药不要再服用,清淡饮食。2010 年 7 月 15 日复

查尿常规中已无蛋白,水肿消失,于 7 月 18 日出院。

案例 3:患者某,男,60 岁。主因“阵发胸闷痛、憋气 4 年,加重半年”于 2010 年 6 月 24 日入院。患者目前诊断考虑为“冠心病,充血性心力衰竭,心功能 III 级,慢性肾功能衰竭(CKD5 期),肾性高血压,肾性贫血,代谢性酸中毒,继发性甲状旁腺亢进,低氧血症”等疾病,进行维持性血透的治疗。患者住院期间出现腹泻,便常规、球杆比等均无异常,给予培菲康、乳酸菌素片口服无改善,并出现发热,X 线片示:慢性支气管炎合并左下肺感染,肺气肿合并两肺上叶肺大泡。2010 年 7 月 15 日诊见:发热,体温 37.2°C ,恶寒,无汗,泄泻(大便每日 5~10 次),小便黄。辨证属太阳、阳明合病,治以外开太阳、内清阳明为法,方用葛根汤合葛根芩连汤。处方:葛根 15g,桂枝 12g,白芍 12g,炙甘草 9g,生石膏 30g,麻黄 9g,黄芩 6g,黄连 6g。1 剂水煎服。患者服药后,腹泻止,恶寒、发热已,体温正常(36.8°C),停药,2010 年 7 月 16 日出院。

按:慢性肾病,缠绵难愈,由于其疾病的特殊性,用药谨慎,其并发症往往十分棘手。案 1 和案 3 患者均为慢性肾功能衰竭,是慢性肾脏疾病后期的一种临床综合征。引起慢性肾功能衰竭的疾病很多,如慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、遗传性及先天性肾脏疾病、尿路梗阻、糖尿病、结缔组织病等。西医治疗主要为治疗原发病、饮食疗法、控制高血压、纠正水、电解质及酸碱平衡、改善脂质代谢、控制感染、清除肠道毒物和透析治疗。中医多从水湿、瘀血、正虚考虑,治以驱邪扶正为法。案 2 为肾病综合征患者。西医治以糖皮质激素及免疫抑制剂控制原发疾病,对症输注人血白蛋白、利尿、降血脂治疗为主,前贤赵绍琴先生多从风论治肾病。此 3 例患者均为慢性肾病伴发热,根据中医辨证理念,同病异治,处以不同的处方,均收到了较好的疗效。

案 1 中患者,以发热、呕吐为主症,伴见双下肢浮肿。《伤寒论》第 23 条云:“太阳与阳明合病,不下利,但呕者,葛根加半夏汤主之。”案 2 中患者,发热,已使用抗生素 4 天而热仍不退,恶寒,水肿,用大青龙汤加减治之。方中加用大黄,《神农本草经》言大黄有“下瘀血,血闭寒热,破症瘕积聚,留饮宿食,荡涤肠胃,推

陈致新,通利水谷,调中化食,安和五脏”之功。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》曰:“病溢饮者,当发其汗,大青龙汤主之。”所谓溢饮,“饮水流行,归于四肢,当汗出不汗出,身体肿痛谓之溢饮”。之所以选用大青龙汤而不是麻黄汤,以辛温之麻黄与辛凉之石膏同用,皆是因为患者出现了“烦躁”一症。柯韵伯认为:“石膏之甘以生津,然则性沉大寒,恐内热顿除,而表寒不解,变为寒中而协热下利。是引贼而破家也,故倍加麻黄。”程应旆先生曾有一段精辟的论述:“烦躁须汗出而解,汗剂无如麻黄汤,然而辛热之性散寒虽有余,而壮热则愈甚,一用之而斑黄狂闷之证随汗势而燎原,奈何?故加石膏于麻黄汤中名曰大青龙汤,使辛热之剂变为辛凉,则寒得麻黄汤之辛热而外出,热得石膏之甘寒而内解,龙升雨降,郁热顿除矣。”张锡纯《医学衷中参西录》云石膏:“其辛散凉润之性,既能助麻、桂达表,又善化胸中蕴蓄之热为汗,随麻桂透表而出也,为有云腾致雨之象,是以名之曰大青龙也。”二者有着异曲同工之妙。

大青龙汤中原方中更用生姜、大枣以滋汗源,鼓舞正气,以防邪入太阴。大青龙汤方后云:“温服一升,取微似汗。汗出多者,温粉扑之。一服汗者,停后服。若复服,汗多亡阳遂虚,恶风烦躁,不得眠也。”大青龙

汤发汗力峻猛,从其药后不需“覆”可知。为防止汗多亡阳,故要求汗出多时温粉扑之,且一服汗出后不可再汗。患者服药后泻下 5 次,可能是水饮之邪从后阴而出的表现,也可能是未加用生姜、大枣,正气部分受损的原因。从患者泻下 5 次而精神佳来看,考虑为前一种可能。生姜在方中还有解表发散水气的作用,因未使用,故服药后患者汗出并不太多。

关于案例 3,《伤寒论》第 32 条:“太阳与阳明合病者,必自下利,葛根汤主之。”宋代朱肱《南阳活人书·问下利者》有曰:“伤寒下利多者,须辨识阴阳。”案 3 中患者,虽年高多病而有下利,但有发热,恶寒之表证,而无典型的吐利、四肢厥冷、躁烦等里证。当然,出现这些里证的时候,我们急当回阳救逆。根据恶寒发热辨为太阳表证未解,无明显里证,故将下利辨为阳明下利。此处的“自下利”,与大承气汤证的热结旁流不同。大承气汤证为燥屎内结,逼迫水液从旁而下,故非大剂硝黄无以动燥屎。葛根汤证为表邪不解,水邪下趋,邪已有出路,与热邪下陷之协热下利不同。通过发汗,外散水邪,阳气能够上达,下利自能停止。方中以麻黄、桂枝合用发汗解表,葛根升阳,以利水邪的外散,阳气的上达,生石膏、黄芩、黄连以清阳明之热。

(2010-12-27 收稿)

《世界中医药》杂志第一届编辑委员会名单

主任委员:李振吉

副主任委员(按姓氏笔画排列):王永炎、龙致贤、石学敏、邓铁涛、孙光荣、李连达、李振声、肖培根、张伯礼、陈可冀、姜再增、贺兴东、程四林、戴维

委员(按姓氏笔画排列):马有度、马帆(法国)、马西姆(意大利)、王琦、王阶、王永炎、王安禄、王莒生、王建勋、王超群(加拿大)、王承德、王炳岐、文绍敦、邓良月、石学敏、田小明(美国)、龙致贤、孙树椿、孙庆涪(南非)、孙耀志、孙光荣、孙塑伦、刘沈林、刘国正、安迪(奥地利)、闫希军、吕玉波、李振江、李振吉、李振声、李连达、李书良、李乾构、李俊德、李维衡、李大鹏、李沈明、李天太、肖培根、张伯礼、张大宁、张承烈、张之君、张涛涛、吴以岭、吴长海、里根(比利时)、沈绍功、陈可冀、陈贵廷、陈抗生、陈介甫、陈卓明、陈克正、杨明会、杨金生、杨卓欣、林天东、林日初、林子强(澳大利亚)、周岱翰、周宜强、周超凡、周嘉琳、赵映前、赵步长、赵英杰(新加坡)、拉蒙(西班牙)、邹节明、罗伯逊(巴西)、施杞、钟清(阿根廷)、姜再增、贺兴东、晁恩祥、耿兰书、高健生、高思华、高鹤亭(日本)、唐旭东、黄亚博、黄璐琦、曹洪欣、梅万方(英国)、屠英(美国)、傅世垣、董志林(荷兰)、塔基娅娜·波塔波娃(俄罗斯)、程四林、蔡宝昌、蔡宝德(葡萄牙)、燕鸣、戴维(美国)

顾问(按姓氏笔画排列):于生龙、田景福、邓大学、龙济瀛、刘志明、朱良春、任继学、何任、张学文、张奇文、张洪魁、张孝娟、张成国、吴咸中、沈自尹、陈彤云、庞春生、周仲瑛、费开扬、唐由之、钱英、诸国本、梅国强、程莘农、傅振邦、裘沛然、詹文涛、路志正、颜德馨