

临证体会

占永立教授从咽论治 IgA 肾病的理论与实践探析

李雪¹ 陈静¹ 马放² 占永立²

(1 中国中医科学院广安门医院南区肾病科,北京,102618; 2 中国中医科学院广安门医院肾病科,北京,100053)

摘要 本文从理论与临床实践 2 方面总结了占永立教授从咽论治 IgA 肾病的经验。占教授将 IgA 肾病分为 3 型进行辨证论治:1) 肺气不足,热毒扰咽证;2) 脾气虚弱,热邪客咽证;3) 肾阴亏虚,余热留咽证。治疗上以清热解毒利咽为主,兼以扶正,根据病情灵活选方用药,取得较好的临床疗效。

关键词 占永立;IgA 肾病;从咽论治;经验;理论;实践

Theoretical and Practical Experience Exploration and Analysis of Professor Zhan Yongli in the Treatment of IgA Nephropathy Proceeding from Pharynx

Li Xue¹, Chen Jing¹, Ma Fang², Zhan Yongli²

(1 Department of Nephrology, South District of Guang'anmen Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 102618, China; 2 Department of Nephrology, Guang'anmen Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract This paper summarized the experience of Professor Zhan Yongli in the treatment of IgA nephropathy starting with pharynx in both theoretical and clinical practice. Professor Zhan divides IgA nephropathy into 3 types for treatment based on syndrome differentiation: 1) insufficient lung qi and heat toxin disturbing pharynx syndrome; 2) spleen qi deficiency and pathogenic heat lingering pharynx syndrome; 3) deficiency of kidney yin and residual heat retaining pharynx syndrome. Accordingly, clearing heat, resolving toxin and relieving sour throat are the main treating methods, accompanied by reinforcing health qi. In clinical practice, the prescriptions are flexibly selected in line with the condition of the disease, thus better clinical efficacy can be achieved.

Key Words Zhan Yongli; IgA nephropathy; Treatment from pharynx; Experience; Theory; Practice

中图分类号: R256.5 文献标识码: B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.04.046

IgA 肾病是以肾小球系膜区和(或)毛细血管袢 IgA 沉积为特征的常见原发性肾小球疾病,临床主要表现为血尿,可伴不同程度的蛋白尿、高血压和肾脏功能损伤。IgA 肾病是导致我国终末期肾脏病的主要原因之一^[1],该病好发于青壮年,发病机制尚不明确,多认为与黏膜免疫功能异常有一定的关联^[2]。占永立教授长期从事中西医结合肾脏病临床、科研、教学工作,反复钻研经典,不断探索 IgA 肾病的中医治疗,特别是对 IgA 肾病从咽论治有较为独到的见解,并取得较好的临床疗效。现将占教授从咽论治 IgA 肾病的经验总结如下。

1 IgA 肾病从咽论治的理论认识

IgA 肾病属中医学“肾风”“水肿”“尿血”“腰痛”等范畴,病位主要在肾,涉及肺、脾等脏腑。《黄帝内经》云:“正气存内,邪不可干”^[3],“邪之所凑,其气必虚”^[4]。占教授认为 IgA 肾病的病因有外内 2 端,感受外邪如风邪、湿邪、热毒等是 IgA 肾病的外

因;肺、脾、肾 3 脏功能失调、劳倦内伤、情志不畅、饮食失常等为发病内因。内外因共同作用导致 IgA 肾病发生、发展。

1.1 肺肾相属,肺上开于咽 外邪在 IgA 肾病发病中起到重要作用。占教授认为外邪是 IgA 肾病发病的主要诱因,亦是疾病反复发作的重要因素^[5]。外邪中“风为六淫之首”,常挟他邪(热、毒、湿等)致病伤人,从皮毛、玄府而入,先伤皮肤,内束于肺,下移于肾,正如《身经通考》云:“肾病必先求之于肺”^[6]。《灵枢·本输篇》曰:“少阴属肾,肾上连肺”^[7]。肺肾两脏经脉相通,且中医五行属性中,肺金与肾水互为母子关系,两者相须为用。故肺肾两脏关系密切,相辅相成。外邪犯肺,肺卫不固,肺失宣降,循经脉入里,致三焦气化不利,水液运化失常而发为 IgA 肾病。肺上开于咽,《重楼玉钥》云:“喉者空虚,主气息出入呼吸,为肺之系,乃肺气之通道也”^[8]。外邪诱发 IgA 肾病,临床上多出现咽部相关症状,如外感

基金项目:国家自然科学基金面上项目(81473614)

作者简介:李雪(1988.06—),女,本科,主治医师,研究方向:中西医结合肾脏病学,E-mail:574203012@qq.com

通信作者:占永立(1965.11—),男,硕士,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中西医结合肾脏病学,E-mail:zhanyongli88@sina.com

风热、火热等邪,可灼伤脉络,加之热邪蕴久成毒,患者可出现急性咽炎、扁桃体炎等,临床多表现为咽干、咽红、咽痛,口干渴,小便短赤,大便秘结等,正如《诸病源候论·喉痹候》曰:“风毒客于喉间,气结蕴久而生热”^[9]。

1.2 咽肾经脉相连 《素问·太阴阳明论》曰:“伤于风者,上先受之”^[7]。朱丹溪亦曰:“咽喉者一身总要”。故感受外邪后亦可从口鼻、进而过咽喉而入诱发疾病。《灵枢·经脉》中载:“足少阴之脉:起于小指之下,斜走足心……其直者,从肾,上贯肝、膈,入肺中,循喉咙,挟舌本”^[7]。可见“咽喉属肾所主”,其与肾脏通过肾经连属,邪毒由肾之经络,进犯于肾。故见咽喉受邪,循经至肾;肾脏受邪,循经至咽喉。《灵枢·经脉》云:“是主肾所生病者……。咽肿上气,嗑干及痛……”^[7]。《疡医大全》亦云:“凡喉痛者,皆少阴之病”^[10]。故临床上肾脏为病,可表现于咽喉,如若肾精不足,则咽喉可因失于阴精的濡养而咽喉干燥;亦可因肾阴不足,相火无制,虚火上炎,上攻咽喉而发病。

1.3 黏膜免疫异常与邪客咽喉密切相关 从现代医学理论而言,IgA 肾病常发生于上呼吸道、胃肠道以及泌尿系统等感染后,占教授认为黏膜免疫调节异常与 IgA 肾病发生、发展有一定的关联。IgA 肾病的发生正是源于 IgA 分子的异常及其在肾小球系膜区的沉积,尤以多聚 IgA1 为主。有关研究^[11]表明,感染诱发 IgA 肾病患者在抗原刺激下,黏膜相关淋巴组织中浆细胞产生 IgA,沉积在肾脏系膜区,进而出现的肾小球炎性反应,严重可形成新月体。其他研究^[12]表明:IgA 肾病患者扁桃体中分泌 IgA 的细胞明显增多,被认为是其主要黏膜引发位点。还有学者提出,参与黏膜免疫的细胞分子是中医卫气的重要组成基础^[13]。在黏膜相关组织中,黏膜免疫反应一旦发生,诱导分泌型 IgA 发生的 CD4⁺T 辅助细胞(T help cell,Th),Th2 的生成相对或绝对增加,进而诱导 IgA 糖基化异常,IgA 异常糖基化后易在肾小球系膜区沉积,从而加重肾小球对于 IgA 免疫复合物的炎性反应^[14]。另有研究发现,IgA 肾病中医证型与黏膜免疫异常间有一定关联,其中肺气亏虚、外感风热毒邪与黏膜免疫异常关系最为密切^[15]。由此可见,黏膜免疫功能紊乱是 IgA 肾病发生、发展的关键环节。占教授从调节黏膜免疫异常着手,寻找治疗 IgA 肾病关键靶点,提出中医从咽论治 IgA 肾病的思想,以期减少 IgA 肾病发生、延缓其病程进展,为 IgA 肾病的中医防治提供新思路、新方法。

2 病例详情

IgA 肾病现代医学治疗主要应用血管紧张素转化酶抑制剂(Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor,ACEI)/血管紧张素 II 受体拮抗剂(Angiotonin Receptor Blocker,ARB)、糖皮质激素及其他免疫抑制剂等,目的在于控制血压、减少蛋白尿,从而延缓 IgA 肾病的病程进展。中医从咽论治 IgA 肾病,在降低蛋白尿、保护肾功能、减轻药物不良反应等方面显示出一定的优势,相关临床和实验研究亦证实了从咽论治 IgA 肾病的临床疗效和初步机理。占教授应用益气清热法对 30 例气虚外感风热型 IgA 肾病患者治疗结果显示:益气清热解毒法可有效减少患者的中医症候积分、降低 24 h 蛋白尿定量、提高血浆白蛋白^[16]。实验研究结果证实:益气清热解毒法可明显减少实验大鼠肾小球系膜区内 IV 型胶原、纤维连接蛋白、层黏连蛋白等含量,其有一定抑制细胞外基质(Extracellular Matri,ECM)主要成分如 IV 型胶原的作用,从而延缓疾病的病程进展^[17]。

占教授认为 IgA 肾病从咽论治宜依据病情灵活选用方药,临床上大致分为肺气不足,热毒扰咽证;脾气虚弱,热邪客咽证;肾阴亏虚,余热留咽证 3 型。具体辨证论治如下。

2.1 肺气不足,热毒扰咽证 主症:神疲乏力,易汗出,时有外感,口干,咽部红肿疼痛,肉眼或镜下血尿,不同程度泡沫尿,舌质淡红,苔薄白或薄黄,脉细弱或细数。

中医治则:益气固表,清热解毒。

方药:玉屏风散合银翘散加减。药用生黄芪 12 g、生白术 12 g、防风 9 g、金银花 15 g、连翘 15 g、山栀子 12 g、薄荷 6 g、牛蒡子 6 g、淡豆豉 6 g、小蓟 15 g、芦根 15 g、白茅根 30 g、炙甘草 6 g。

验案举例:患者,女,20 岁,2016 年 1 月 18 日初诊。主诉:神疲乏力 1 年,加重伴咽痛、肉眼尿血 2 d。患者 1 年前无明显诱因出现周身乏力、腰痛,小便泡沫多,当地医院查尿常规:PRO 2+,RBC 226.5/μL。临床诊断为慢性肾小球肾炎,肾活检病理诊断为局灶增生性 IgA 肾病。长期服用缬沙坦片治疗,24 h 尿蛋白定量维持在 0.6~1.3 g,肾功能正常。2 d 前不慎感冒至我院就诊,初诊症见:低热、神疲乏力,自汗,平素易感冒,咽喉肿痛,纳眠可,肉眼血尿,尿中泡沫多,大便偏干,双下肢轻度水肿,舌质偏红,苔薄黄,脉细略数。既往扁桃体炎反复发作 2 年。查体:体温:37.8℃,血压:105/70 mm Hg,咽部充血,双侧扁桃体 I 度肿大。尿常规:PRO 2+,RBC

217.5/ μL 。24 h 尿蛋白定量:1.5 g/24 h。血常规+CRP:Hb 135 g/L,WBC $5.7 \times 10^9/\text{L}$,RBC $4.3 \times 10^{12}/\text{L}$,PLT $211 \times 10^9/\text{L}$,LY% 32.8%,NEU% 59.3%,CRP 3.24 mg/L。血生化:ALT 11 u/L,AST 18 u/L,ALB 37.6 g/L,SCr $68 \mu\text{mol}/\text{L}$,UA $321 \mu\text{mol}/\text{L}$ 。中医诊断为肾风,辨证为肺气亏虚,外感风热,热伤血络。中医急则治标,先以清热解毒、凉血止血为法。方以银翘散合小蓟饮子加减。处方:金银花 15 g、连翘 15 g、山栀子 12 g、生石膏 30 g、薄荷 6 g、牛蒡子 6 g、淡豆豉 6 g、小蓟 15 g、炒蒲黄 12 g、芦根 15 g、白茅根 30 g、淡竹叶 6 g、车前草 15 g、滑石 15 g、炙甘草 6 g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

2016 年 1 月 25 日二诊:患者用药后体温正常,咽喉肿痛明显好转,腰痛、神疲乏力均较前缓解,自汗较前好转,肉眼血尿消失,尿黄,大便仍偏干,双下肢水肿较前减轻,舌质偏红,苔薄黄,脉细滑。复查尿常规:PRO 1+,RBC 35.5/ μL 。24 h 尿蛋白定量:0.9 g/24 h。见效守方加减,上方减生石膏、炒蒲黄、滑石,加火麻仁 30 g 以润肠通便。14 剂,每日 1 剂,水煎服。

2016 年 2 月 8 日三诊:患者服药 2 周后,神疲乏力、腰痛明显缓解,仍易汗出,稍感咽干痛,纳可,双下肢水肿消失,小便淡黄,大便正常,1 次/d,舌质淡红,苔薄略黄,脉细。复查尿常规:PRO 1+,RBC 27.5/ μL 。24 h 尿蛋白定量:0.36 g/24 h。血生化:ALB 39.6 g/L,SCr $52 \mu\text{mol}/\text{L}$,CRP 0.7 mg/L。中医辨证属肺气不足,热毒扰咽;治则以益气固表,清热解毒利咽为法,扶正祛邪,标本兼治。方以玉屏风散合银翘散加减。处方:生黄芪 12 g、生白术 12 g、防风 9 g、金银花 15 g、连翘 15 g、山栀子 12 g、薄荷 6 g、牛蒡子 6 g、淡豆豉 6 g、芦根 15 g、炙甘草 6 g。28 剂,每日 1 剂,水煎服。此后长期门诊随诊,病情平稳。

按语:本例年轻女性 IgA 肾病患者,平素易感冒,自汗,反复扁桃体发炎,咽部红肿疼痛,中医辨证属肺气不足,热毒扰咽证。但本次发病时以咽喉部症状突出,并出现肉眼血尿。因此急性发作期治疗以咽喉部为主,遂先用清热解毒药攻之,如金银花宣散风热,清解血毒,有“顿解毒邪”之功;连翘、山栀子清热解毒,散结消肿;薄荷、牛蒡子等为清热利咽之要药,共解外感风热之毒。但患者本质为肺气不足,攻逐之余不忘护正,故后期兼以固护肺卫,中医治则以益气固表,清热解毒利咽为法,其中黄芪性

甘,微温,益气固表之要药,生白术健脾益气,防风祛风解表,诸药合用,共奏益气固表之功,安内攘外并用,有效扼制 IgA 肾病的发生、发展。

2.2 脾气虚弱,热邪客咽证 主症:神疲乏力,腹胀、纳差,偶尔肠鸣,咽部红肿疼痛,小便有泡沫,大便稀溏或正常,舌质淡,苔薄白,脉细或细滑。

中医治则:健脾益气,清热解毒。

方药:参苓白术散合五味消毒饮加减。药用党参 15 g、生白术 15 g、茯苓 15 g、砂仁 6 g、桔梗 6 g、白扁豆 12 g、山药 15 g、薏苡仁 9 g、莲子肉 9 g、金银花 15 g、蒲公英 15 g、紫花地丁 15 g、野菊花 12 g、甘草 6 g。

验案举例:患者,男,66 岁。2017 年 1 月 2 日初诊。主诉:发现泡沫尿 1 月余。患者 1 月余前无明显诱因发现小便泡沫多,外院查血常规:Hb 139 g/L,WBC $4.7 \times 10^9/\text{L}$,RBC $4.6 \times 10^{12}/\text{L}$,PLT $229 \times 10^9/\text{L}$,LY% 29.7%,NEU% 59.1%。尿常规:PRO 3+,RBC 37.7/ μL 。24 h 尿蛋白定量:2.9 g/24 h。血生化:SCr $59 \mu\text{mol}/\text{L}$,UA $328 \mu\text{mol}/\text{L}$,ALB 41.5 g/L。免疫学指标均正常。肾活检病理诊断为轻度系膜增生性 IgA 肾病。予口服厄贝沙坦片 150 mg 1 次/d,2 周后复查 24 h 尿蛋白定量:1.9 g/24 h。为求中医进一步治疗转诊至我院。初诊时症见:神疲乏力,咽干、咽痛,腹部胀满,肠鸣,纳差,眠可,小便泡沫多,大便质稀不成形,2~3 次/d,舌质淡红,苔稍黄腻,脉细滑。患者平素易感冒。查体:体温:36.7 $^{\circ}\text{C}$,血压:130/78 mm Hg,咽部明显充血,双侧扁桃体无肿大,双下肢不肿。中医诊断为慢肾风,辨证为脾气虚弱,热邪结咽。治以健脾益气、寒热平调,解毒利咽为法。处方:党参 15 g,生白术 15 g,茯苓 12 g,干姜 6 g,半夏 9 g,黄芩 9 g,黄连 6 g,金银花 15 g,蒲公英 15 g,野菊花 12 g,大枣 3 枚,甘草 6 g。14 剂,每日 1 剂,水煎服。

2017 年 1 月 16 日二诊:患者服药后自觉神疲乏力、腹部胀满、肠鸣、便秘等症均明显好转,纳食较前有所增加,仍咽干、咽痛,小便泡沫较多,舌质偏红,苔黄略腻,脉细滑。复查尿常规:PRO 1+,RBC 28/ μL 。24 h 尿蛋白定量:1.2 g/24 h。患者脾气亏虚、寒热错杂症状缓解,但热毒结咽症状仍较明显,故上方去干姜,加紫花地丁 15 g、车前草 15 g,增强清热解毒利湿之功。14 剂,每日 1 剂,水煎服。

2017 年 1 月 30 日三诊:患者服药 2 周后咽干、咽痛均好转,纳眠正常,小便泡沫明显减少,大便调,1 次/d,舌质淡红,苔略腻,脉细滑。中医辨证脾气

不足,热邪客咽。中医治则健脾益气,清热解毒利咽。药用党参15g、生白术15g、茯苓15g、砂仁6g、陈皮12g、香附12g、半夏6g、金银花15g、蒲公英15g、紫花地丁15g、野菊花12g、炙甘草6g。上方加减治疗3个月,监测24h尿蛋白定量波动在0.6~0.9g之间,病情稳定。

按语:本例为老年男性IgA肾病患者,首诊时患者除小便泡沫多外,伴神疲乏力,咽干痛,腹部胀满,肠鸣,大便稀溏为主证,证属中医脾气虚弱、寒热错杂、热毒客咽,治疗标本兼顾,选方以四君子汤健脾益气,半夏泻心汤平调寒热,五味消毒饮清热解毒,3方加减共奏健脾益气、寒热平调、解毒利咽之功。后病情不断变化,但基本病机为仍脾气虚弱,尤以热毒客咽症状较为明显,因此,在清热解毒利咽的基础上,依病情变化辨证论治是取效关键。

2.3 肾阴亏虚,余热留咽证 主症:腰膝酸痛,头晕耳鸣,口干咽燥,五心烦热,潮热盗汗,大便秘结,血尿时轻时重,小便泡沫时多时少,舌质红,少苔,脉细数。

中医治则:滋阴降火,清热利咽。

方药:知柏地黄汤合升降散加减。药用知母9g、黄柏9g、茯苓9g、熟地黄24g、泽泻9g、牡丹皮9g、山药12g、山茱萸12g、白僵蚕6g、姜黄9g、蝉蜕3g、大黄12g、连翘10g、金银花10g、小蓟15g、炙甘草6g。

验案举例:患者,男,37岁。2017年2月6日初诊。主诉:间断发热伴肉眼血尿2周。患者2周前劳累后出现发热(体温最高38.4℃),次日出现肉眼血尿。于我院门诊查血常规:Hb 131g/L, WBC $7.7 \times 10^9/L$, RBC $4.1 \times 10^{12}/L$, PLT $219 \times 10^9/L$, LY% 22.6%, NEU% 69.1%。尿常规:PRO 3+, WBC 28.0/ μL , RBC 251/ μL 。24h尿蛋白定量:3.4g/24h。血生化:SCr 62 $\mu mol/L$, UA 377 $\mu mol/L$, ALB 43.6g/L, CRP 10.2mg/L。肾活检病理诊断为系膜增生性IgA肾病。初诊症见:间断发热,少汗,稍感恶寒,头晕耳鸣,咽喉肿痛,咳嗽,咯黄痰,腰膝酸痛,五心烦热,纳眠可,大便秘结,1次/2~3d,肉眼血尿,小便泡沫多,双下肢轻度水肿,舌红,苔黄腻,脉滑数。9年前行双侧扁桃体切除术。查体:体温:37.9℃,血压:150/80mmHg。咽部充血明显,未见双侧扁桃体,双下肢轻度可凹性水肿。中医诊断为肾风,辨证为阴虚火旺、外感风热。中医急则治其标,先以辛凉宣肺、清热化痰、解毒利咽为法。处方以麻杏石甘汤合升降散加减。药用:生麻黄9g、杏仁9g、生石膏30g、白僵蚕6g、姜

黄9g、蝉蜕3g、生大黄12g、连翘15g、金银花15g、仙鹤草15g、小蓟15g、玄参15g、炙甘草6g。7剂,每日1剂,水煎服。

2017年2月13日二诊:患者自诉服药后第3天汗出,恶寒、发热。咳嗽等症缓解,肉眼血尿基本消失,尿中泡沫较前减少,但仍腰酸痛,咽喉肿痛,头晕耳鸣,口干、口苦,五心烦热,大便干结,双下肢不肿,舌质红,苔薄黄,脉滑略数。中医辨证为邪在少阳,热毒客咽,肾阴亏虚。治疗仍以祛邪为主,中医治则以和解少阳、清热利咽为法。方以小柴胡汤合升降散加减,处方:柴胡24g、太子参9g、黄芩9g、半夏9g、白僵蚕6g、姜黄9g、蝉蜕3g、生大黄15g、连翘15g、金银花15g、小蓟15g、生姜9g、大枣3枚、炙甘草6g。14剂,每日1剂,水煎服。

2017年2月27日三诊:服药2周复诊时患者诉口干、口苦、咽喉肿痛、腰膝酸痛较前进一步缓解,仍五心烦热,偶有头晕,耳鸣好转,无头痛,无发热,纳眠可,大便调,日1行。舌质偏红,苔薄黄,脉细滑。复查尿常规:PRO 1+, RBC 29/ μL , 24h尿蛋白定量:0.9g/24h。中医辨证为阴虚火旺,余热留咽。治宜滋阴降火、清热利咽。方以知柏地黄汤合升降散加减,药用:知母9g、黄柏9g、茯苓9g、熟地黄24g、泽泻9g、牡丹皮9g、山药12g、山茱萸12g、白僵蚕6g、姜黄9g、蝉蜕3g、酒大黄9g、连翘10g、金银花10g、小蓟15g、仙鹤草15g、炙甘草6g。28剂,每日1剂,水煎服。后门诊随诊,肾功能正常,24h尿蛋白定量维持在0.5~1.0g/d。

按语:本例青年男性IgA肾病患者,虽然其中医基本病机为肾阴亏虚、阴虚火旺、余热留咽,但在急性发作期患者往往伴外感风热等诱因,此时当急则治其标,以解表清热、解毒利咽为主,待患者火热之邪渐消,再加强滋补肾阴药物以滋阴降火,驱邪护正双管齐下,保持病情稳定。

3 讨论

遗传易感因素是IgA肾病的发病基础,黏膜感染是IgA肾病发病的主要诱因,IgA肾病常发生于上呼吸道感染、胃肠道感染及泌尿系统感染等。占教授认为外邪在IgA肾病发病中占有重要作用,咽喉为肺卫之门户,肺肾互为母子,肺、肾、咽经脉相属。占教授从咽论治IgA肾病的思路,在治疗上既可未病先防,又能达既病防变之功,验之于临床,取得较好的疗效,但从咽论治并非一成不变,临床应根据病情变化灵活选方用药。

(下接第1010页)

创面敷料包扎良好,干燥无渗出、肿胀。9 d 后患者全部创面愈合。告愈。按:本案为浅度烫伤。烧烫伤治疗的最终目的是创面愈合,防止感染,减少功能损害。因此,在治疗过程中保护创面,预防继发感染,减轻局部疼痛不适,加快上皮修复至关重要。此病属于中医学“水火烫伤病”。本病中患儿不慎被热水烫伤,系强热直接作用于患儿体表肌肤,致受伤局部热毒蕴结,气滞血瘀,脉络损伤。热毒蕴结则发红;气滞血瘀则疼痛;脉络损伤则局部津布失常,溢于脉外,积于皮间,可见水疱、肿胀。现代研究表明复方紫草油可减轻局部水肿及抑制炎症反应,参与组织修复,促进创面愈合,防止细菌的生长。同时,作为油剂,可润滑创面且无刺激,止痛效果佳,特别适用于轻浅的小面积烧烫伤患者^[16]。

3 小结

马控全教授运用紫草油治疗的病种虽各有不同,但其证皆属血热蕴肤证。基于中医异病同治之理,临证凡见皮肤潮红、灼热,或红斑、斑丘疹,或皮肤病糜烂结痂渗液不多,伴瘙痒,以皮炎表现为前者,皆可外用复方紫草油。马教授根据中医整体观念和辨证论治思想,诊治见解独到,准确地辨证出此类疾病的病因病机,灵活用药,在临床上均取得显著疗效。

参考文献

[1] 王娜,饶飞燕. 吴祖兰治疗面部皮炎经验浅谈[J]. 四川中医, 2019,37(1):6-7.
 [2] 章莉,高宜云,顾科峰,等. 复方紫草油对湿疹模型小鼠血清 IL-2、

TNF- α 水平的影响[J]. 浙江中西医结合杂志,2016,26(9):798-800.
 [3] 夏纯,戴明,游冬阁,等. 复方紫草油临床应用探讨[J]. 世界中医药,2016,11(9):1895-1896,1900.
 [4] 王飞,杨巧巧,刘黎宏. 失禁相关性皮炎发生现状及其影响因素的研究进展[J]. 解放军护理杂志,2014,31(8):34-36.
 [5] 张小静. 面部皮炎的中医治疗[J]. 中医研究,2012,25(10):36-37.
 [6] 欧阳净,陈勇川,戴青. 复方紫草油的质量标准改进研究[J]. 中国药房,2011,22(43):4091-4092.
 [7] 裴宪武,王坤正,宋金辉,等. 复方紫草油促进实验兔创面碱性成纤维细胞生长因子及其基因的表达和组织学变化[J]. 中国中药杂志,2006,31(4):336-339.
 [8] 彭浩,罗成群. 复方紫草油对烧伤创面一氧化氮、内皮素、丙二醛含量的影响[J]. 中国现代医学杂志,2002,12(9):17-19.
 [9] 崔树德. 中药大全[M]. 哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,1988:255.
 [10] 黄晓敏,廖玲军,曾松荣,等. 梅花冰片 3 种剂型体外抗菌活性研究[J]. 江西中医学院学报,2005,17(1):63-65.
 [11] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:394-398.
 [12] 张明海,聂元梅,荚琳琳. 坏疽性带状疱疹 16 例临床分析[J]. 中国皮肤性病杂志,2018,33(9):1029-1031.
 [13] 陈丽华,刘文静. 紫草油联合泡沫敷料治疗 II ~ III 期压疮临床疗效观察[J]. 实用医技杂志,2016,23(2):190-191.
 [14] 王艳亭,刘冰冰. 复方紫草油治疗难愈性压疮 67 例临床疗效观察[J]. 中国全科医学,2004,7(21):1613-1614.
 [15] 钟声,宋志强. 接触性皮炎的发病机制研究进展[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2015,31(1):29-31.
 [16] 张静,冯琴喜,夏清平,等. 复方紫草油的烫伤治疗作用及其机制研究[J]. 医学综述,2012,18(22):3863-3865.

(2019-03-12 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 1005 页)

参考文献

[1] Lemley KV, Lafayette RA, Derby G, et al. Prediction of early progression in recently diagnosed IgA Nephropathy[J]. Nephrol Dial, 2008, 23(1):213-222.
 [2] 李明,余学清. IgA 肾病全基因组关联分析研究[J]. 中国实用内科杂志,2014,34(3):220-222.
 [3] 李振吉,王永炎. 中医经典必读[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:37.
 [4] 刘旻,赵启亮,刘贵颖,等. 从“邪伏肺络、因瘀致虚”析特发性肺纤维化[J]. 世界中医药,2016,11(8):1559-1561.
 [5] 冒慧敏,杨丽平,占永立. 外邪在 Ig 肾病发病中的作用[J]. 中西医结合肾病杂志,2013,14(10):935-936.
 [6] 李滢. 身经通考[M]. 北京:中医古籍出版社,2006:81.
 [7] 傅景华. 中医四部经典[M]. 北京:中医古籍出版社,1996:36,121,135.
 [8] 郑梅润,郭君双. 重楼玉钥[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:34.
 [9] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011:13-14.

[10] 顾世澄. 疡医大全[M]. 北京:中国中医药出版社,1996:181.
 [11] 吴限,何伟春,方奕,等. 中医“从咽论治”联合西药治疗 IgA 肾病的临床研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2013,14(9):805-807.
 [12] Suzuki Y, Suzuki H, Sato D, et al. Reevaluation of the Mucosa-Bone Marrow Axis in IgA Nephropathy with Animal Models[J]. Advances in Oto-Rhino-Laryngology, 2011, 72(1):64-67.
 [13] 陈柏君,杨梅,许琰,等. 浅议肺主气与黏膜免疫的关系[J]. 南京中医药大学学报,2014,30(3):210-212.
 [14] 俞雨生. IgA 肾病临床及其发病机制的新观点[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2006,15(1):60-65.
 [15] 黄赛花,郑宝林,余俊文,等. IgA 肾病中医辨证与 T 细胞亚群、TNF- α 水平相关性研究[J]. 首都医药,2007,14(18):44-45.
 [16] 占永立,戴希文. 益气活血、清热解毒法为主治疗慢性肾炎 30 例临床观察[J]. 中医杂志,2003,44(12):922-924.
 [17] 占永立,戴希文,李秀英,等. 益气清热膏对阿霉素肾病大鼠的肾脏保护作用[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2003,4(3):135-138.

(2019-02-14 收稿 责任编辑:杨阳)