

程晓霞

主编 朱斌
审定 程晓霞



中医肾病临证经验



浙江

程晓霞中医肾病临证经验

主 编 朱 斌
编 委 毛黎明 王 军 李秋芬 殷佳珍
王微微 娄成利 杨 扬
审 定 程晓霞



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

程晓霞中医肾病临证经验 / 朱斌主编. —杭州:
浙江大学出版社, 2016.12
ISBN 978-7-308-16118-3

I. ①程… II. ①朱… III. ①肾病(中医)—临床医学—经验—中国—现代 IV. ①R256.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 189162 号

程晓霞中医肾病临证经验

朱 斌 主编

责任编辑 冯其华(zupfgh@zju.edu.cn)

责任校对 林允照 潘晶晶

封面设计 项梦怡

出版发行 浙江大学出版社

(杭州市天目山路148号 邮政编码310007)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排 版 浙江时代出版服务有限公司

印 刷 浙江省良渚印刷厂

开 本 710mm×1000mm 1/16

印 张 15.75

彩 插 2

字 数 280 千

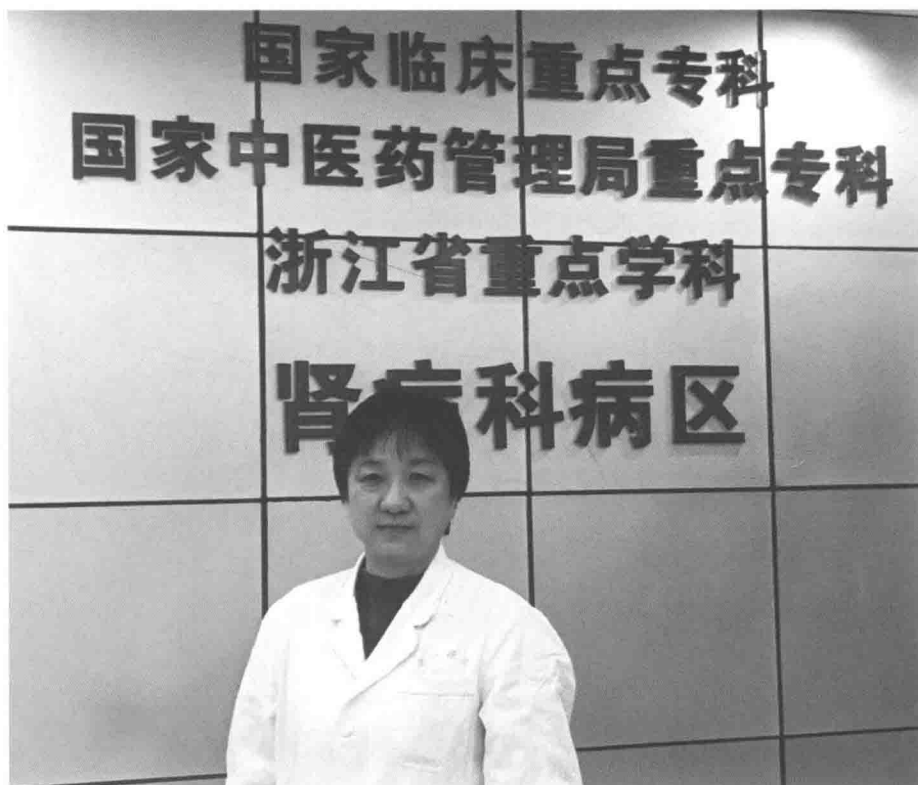
版 次 2016 年 12 月第 1 版 2016 年 12 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-308-16118-3

定 价 68.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行中心联系方式: (0571)88925591; <http://zjdxchs@tmall.com>



程晓霞 教授、主任医师、硕士生导师。浙江省名中医，第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医肾病临床工作30余年，作为杭州市中医院肾病科的主要创建者之一，见证和经历了杭州市中医院肾病科的创建和发展，在应用中医和中西医结合治疗各种肾病方面积累了丰富的临床经验，尤其在诊治疑难危重病例方面有着独到的经验和体会，取得了良好的临床疗效，深受众多省内外患者的信任，并享有较高的声誉。主持并完成多项课题，曾多次获浙江省科技进步奖二、三等奖，浙江省中医药科技创新奖一等奖，杭州市科技进步奖二、三等奖等奖项。在学术期刊上发表论文30余篇，主编或参编学术著作4部。先后被授予“浙江省劳动模范”“杭州市劳动模范”“杭州市有突出贡献的优秀科技工作者”等荣誉称号。



序

肾脏病是一种临床常见疾病,也是严重危害人类健康的重要疾病之一。患病后若未予重视,一旦发展至肾衰竭,亦即中医所称的溺毒、关格、癃闭等病症,这在过去会被认为患了“绝症”。水肿是肾脏病的常见症状之一,早在《中藏经》中就有“人中百病难疗者,莫过于水也”的记载。明代中医名著《景岳全书》在谈及“关格”时认为:“若患此者,阳自阳而阳中无阴,阴自阴而阴中无阳,上下痞隔,两顾勿能,补之不可,泻之又不可,是亦关格之证也,有死而已。”医学发展至今,虽然诊治水平已有很大提高,但对终末期肾脏病亦只能依赖透析、移植以维持生命。近年来,慢性肾脏病在全球范围的发病率呈逐步增长的趋势,且医疗费用昂贵,尤其是透析、移植的医疗费用更是不菲。因此,我们应在传承的基础上创新发展,为防控肾脏疾病的发生和进展作出努力。

程晓霞主任中医师在 30 多年的临床实践中积累了丰富的经验,她既重视传统中医学术的传承,又潜心中医治肾学术的创新,还关注西医学治肾的进展。她在临床上“衷中参西”,善于发挥两者优势,从而获得“中医好,西医好,中西医结合更好”的治疗效果。

例如,在 20 世纪 90 年代,对于临床表现为肾病综合征的原发性局灶节段性肾小球硬化症,大多数人认为激素治疗效果差,而以程医师为主的研究团队,采用中西医结合个体化治疗的方案,使临床缓解率达 53.3%,显效率为 26.6%,且不良反应减少,效果较对照组明显提高,并因此获得浙江省科学技术进步奖二等奖。又如,本书介绍的 1 例激素依赖型肾病综合征患者,在程医师初诊前,对激素虽然敏感,但每当激素减量或遇有感冒时,病情就反复,激素

连续应用 7 年,无法撤停。经程医师采用中西医结合、辨病与辨证结合治疗 2 年,然后停用激素,继续观察达 7 年,病情终获缓解,且一直保持稳定。前后两个 7 年,治疗效果迥然不同。因此,程医师一直深受患者的信任和爱戴。

我和程医师共事近 30 年,同在一个科室工作,见证了她的努力和成长。她在治疗技术方面精益求精,在学术发展方面成绩显著。程医师是浙江中医药大学硕士生导师、浙江省名中医、全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。此外,她还接受了浙江省中医药管理局关于建立“程晓霞名老中医工作室”的任务。《程晓霞中医肾病临证经验》一书由程医师的学术继承人将她的学术思想和临床经验经整理后编写而成,我有幸先睹为快,甚感欣慰。太史公有言:“人之所病病疾多,而医之所病病道少。”又言:“学究天人之际,通古今之变。”由此可见,“疾多”和“道少”的改善都需要科学进步和社会发展,都有赖于“通古今之变”。因此,中医药的发展与前途,关键在于“变”,这就要求我们重视和践行在传承基础上的创新发展,这应该是我们现代中医的责任与担当。我深切期望,中医药学术的发展,包括我们学科、程医师及其团队,以及众多继承者,都是创新者,都能“与时偕行”。在封稿付梓之时,将我先睹为快之感受表达出来,也是对程医师发自内心的祝贺,是为序。

王永钧

于甲午年初冬



前言

肾脏病是一种疑难病，病程较长，缠绵难愈，进展缓慢，治疗比较困难，患者必须坚持不懈地服药。即使已取得较好的疗效，仍需进行长时间的巩固治疗。流行病学调查表明，慢性肾脏病已经成为一种威胁全世界公共健康的主要疾病，这是公共卫生学专家和医学专家最近十几年来才认识到的客观事实。随着慢性肾脏病的不断进展，发生终末期肾病和心血管疾病的风险显著升高。相关临床研究发现，尿毒症患者心血管不良事件及动脉粥样硬化性心血管病的发生率较普通人群约高 20 倍。中医药在治疗肾脏疾病方面历史悠久，且以其效果稳定、毒副作用小等优点而受到广大患者的认可。古代中医典籍中没有“肾脏病”这样的名称，根据其临床表现和特点，属中医学“水肿”“腰痛”“虚劳”“癃闭”“溺毒”“关格”等范畴。中医药治疗肾脏病具有明显的优势。传统的中医辨证论治与现代医学的辨病思维模式相结合，在某些方面是对原有中医理论的继承和发扬，同时也为中西医疗法治疗肾脏疾病开辟了新的思路。

程晓霞教授自 1983 年入职杭州市中医院以来，见证和经历了杭州市中医院肾病科的创建和发展，并为之付出了辛勤的汗水和努力。她立志于中医临床工作，积极探索肾脏病的中医中药治疗。经过 30 多年的临床实践，她总结出采用中医中药及中西医结合治疗内科及慢性肾脏病，尤其是糖尿病肾病、IgA 肾病、肾病综合征、慢性肾衰竭等疾病的独特的诊疗方法。在临床上，程教授强调中医的整体观，主张辨病与辨证相结合，倡导个体化治疗，重视中医宏观与微观的互参，由此取得了显著的疗效，并深受众多患者的信任。

在注重临床疗效的同时，程教授还积极开展中医药的相关研究，且在中医

药及中西医结合的现代化研究方面建树颇丰。例如,研制复方黄芪首乌合剂、黄芪金樱子合剂及抗氧化合剂用于治疗慢性肾脏病;采用中西医结合个体化治疗的方案治疗原发性局灶节段性肾小球硬化症,疗效达 79.9%,且无明显副作用,显著好于对照组;从虚、从瘀、从风湿三个环节中西医结合治疗 IgA 肾病,总缓解率达 80.4%。此外,程教授还开展了中医药单体治疗肾脏病的基础研究,如虫草提取物多毛孢菌菌粉保护肾小管间质疾病的机制研究;汉防己甲素干预马兜铃酸肾病以保护肾小管的研究等。

为了继承和发扬程教授的临床及学术经验,我们整理编写了《程晓霞中医肾病临证经验》一书。本书所载内容系程师 30 余年的部分验案、学术论文及科研成果。全书分三个部分,第一部分为辨病与辨证,第二部分为临床与实验研究,第三部分为基础研究。本书所有资料由“程晓霞名老中医工作室”成员共同收集、系统整理,并经程教授亲自审阅。本书可作为各级临床医生、护士、在校医学生等的专业参考书。

由于时间仓促和水平有限,书中难免有疏漏和不当之处,敬请各位同仁批评指正。

编 者

2016 年 8 月



目 录

第一部分 辨病与辨证

IgA 肾病	(003)
原发性局灶节段性肾小球硬化	(015)
激素依赖型肾病综合征	(020)
过敏性紫癜性肾炎	(024)
糖尿病肾病	(029)
狼疮性肾炎	(035)
膜性肾病	(043)
痛 风	(051)
后天性肾缺如	(055)
老年慢性肾衰竭	(061)
高血压性肾损害	(064)
慢性间质性肾炎	(068)
新月体性肾炎	(070)
梗阻性肾病	(076)

第二部分 临床与实验研究

慢性原发性肾小球疾病 127 例舌象分析	(081)
海螵蛸散治疗慢性肾衰竭高磷血症 30 例	(085)

中药抗氧化剂治疗慢性肾小球肾炎临床观察·····	(087)
黄芪金樱子饮治疗慢性肾小球疾病气阴两虚证 60 例·····	(091)
抗氧化剂防治大鼠膜性肾病的实验研究·····	(094)
中药配合西医疗法治疗非 IgA 系膜增生性肾小球肾炎 140 例临床分析 ·····	(99)
肾小球性血尿的中医辨治·····	(104)
原发性局灶节段性肾小球硬化的中西医结合个体化治疗的疗效观察 ·····	(108)
伊贝沙坦对大鼠单侧输尿管结扎致肾损伤的保护作用·····	(117)
中西医结合治疗显微镜下多动脉炎伴急性肾衰竭·····	(121)
益肾调经方防治雷公藤多苷致慢性肾小球疾病女性患者性腺衰退的临床 观察·····	(127)
复方积雪草对 FSGS 模型小鼠肾组织内细胞因子表达的调控作用·····	(131)
不同干预方案治疗增生硬化型 IgA 肾病的临床观察·····	(137)
益气补肾方联合雷公藤多苷对糖尿病肾病大鼠 Nephron 和 Podocin 表达 的调控作用·····	(141)
益气补肾中药与雷公藤多苷联合缬沙坦治疗脾肾气虚型糖尿病肾病 的随机对照研究·····	(149)

第三部分 基础研究

发酵冬虫夏草菌粉对肾小管间质损伤的保护作用及机制研究·····	(157)
汉防己甲素防治马兜铃酸致肾小管上皮细胞损伤的实验研究·····	(176)
IgA 肾病独立危险因素——蛋白尿的三环治疗及机制研究·····	(190)
复方黄芪首乌汤对代谢综合征大鼠胰岛素抵抗和肾损害的干预作用及 其机制的研究·····	(216)

附 录

本书部分专业名词列表·····	(238)
药对·····	(243)

程晓霞中医肾病临证经验 | 第一部分

辨病与辨证

IgA 肾病

IgA 肾病系在肾小球系膜区以 IgA 沉积为特征的一组肾小球疾病,临床上多数以血尿为主要临床表现,或伴有蛋白尿甚至大量蛋白尿,或呈肾病综合征,少数患者有急性肾炎综合征。IgA 肾病病理与临床表现差异很大,其中 20%~40% 患者病情呈进行性发展,在经历 5~25 年后,最终导致终末期肾衰竭。IgA 肾病发病率呈增长趋势,且病情进展不完全是一种良性过程。

IgA 肾病的免疫病理是 IgA 在系膜区、系膜旁区呈弥漫性或节段性分布。除 IgA 沉积外,多数病例可伴有其他免疫球蛋白和补体成分的沉积。部分患者的毛细血管壁可有 IgA 沉积。 C_3 沉积经常合并存在,而 C_{1q} 和 C_4 的沉积则较少或缺如。因此,诊断 IgA 肾病必须排除狼疮性肾炎、过敏性紫癜性肾炎、肝硬化性肾脏损害等会导致肾小球系膜区 IgA 沉积的继发性 IgA 肾病。

IgA 肾病的临床分型(按照南京军区南京总医院的分型方法)有反复发作性肉眼血尿型、无症状性尿检异常型、大量蛋白尿/肾病综合征型、高血压型、血管炎型和慢性肾衰竭型六型。IgA 肾病的临床、病理及中医证候表现呈多样性,且目前尚无理想的根治方法,中医根据其临床表现属于“尿血”“腰痛”“虚劳”“水肿”等范畴进行治疗。程晓霞教授采用辨证论治;辨证与辨病相结合;宏观四诊与微观辨证相结合,重视肾脏局部瘀血证和微癥积;中医与西医相结合等综合方法治疗 IgA 肾病,取得了很好的临床效果。

一、本虚标实、虚实夹杂,辨证论治是治疗的根本

IgA 肾病患者往往起病隐匿,或病史较长,一经发现,多数病况已不属于早期阶段,常常处于虚中有实、虚实夹杂的状态。程教授认为:IgA 肾病患者的本虚以脾肾气虚、气阴两虚为主;标实则以外感、湿热、瘀血为主。在诊治 IgA 肾病的过程中,须明辨标本的轻重,如外感风热毒邪,侵及肺卫;或湿热、

湿浊之邪下注膀胱或肠胃,且来势凶猛者,应以治标为先,正如《金匱要略》言“夫病痼疾,加以卒病,当先治其卒病,后乃治其痼疾也”。当然亦有本急宜先治其本,或标本具急应标本同治的。而且,IgA 肾病的转归与标证的及时治疗与否及本虚的程度有密切的关联。

IgA 肾病以蛋白尿伴或不伴血尿为主要临床表现,可伴有乏力、纳食减少、腰际酸楚、耳鸣不聪,或伴口干、便干、手足心热,此与脾肾两脏虚弱、脾不健运、肾失封藏有关;若疾病进一步发展,损及肾阳,可出现肢肿面浮、夜尿清长等。程教授在几十年的临床诊治过程中积累了丰富的经验,认为 IgA 肾病的发病过程是从气阴两虚→脾肾气虚→脾肾阳虚发展的过程,中医病机的演变,亦预示着疾病从轻至重的发展。中医辨证论治强调病机,注重疾病的动态变化。故在临证过程中,应牢牢掌握 IgA 肾病病机变化,或气阴双补,或健脾固肾。《素问·标本病传记》曰:“知标本者,万举万当,不知标本者,是谓妄行。”气阴两虚证宜益气养阴、固肾涩精,方药用黄芪、当归、生地黄、川芎、杭白芍、女贞子、旱莲草、淮山药、芡实、金樱子。脾肾气虚证宜益气固肾,方药用黄芪、茯苓、党参、炒白术、菟丝子、金樱子、潼蒺藜、桑螵蛸、仙灵脾。脾肾阳证拟温阳健脾,方药用淡附片、干姜、仙灵脾、菟丝子、芡实、金樱子等。标实者应以治标为先。风热伤络证可疏风散热、清上治下,下焦湿热证宜清热利湿、和血宁络。瘀血证可处下方:赤芍、川芎、当归、柴胡、丹参、鸡血藤、地龙、红花、桃仁、虎杖等。若辨证论治用药后红细胞、蛋白尿未能转阴,则须结合辨病治疗。临床上以血尿为主的 IgA 肾病辨病加用白芍总苷片,或(和)三七总苷,或(和)茜草制剂,或(和)川芎制剂,或(和)海藻制剂;以蛋白尿为主的 IgA 肾病加用雷公藤制剂,或火把花根片;呈虚证者加用冬虫夏草制剂;伴肾功能不全者加用大黄制剂,或(和)冬虫夏草制剂。

二、宏观四诊与微观辨证相结合,重视肾脏局部瘀血证和微癥积

IgA 肾病最常见的瘀血证为腰部刺痛、血尿。若以“离经之血便是瘀”“久病必瘀”的理论来指导辨证,将持续血尿(包括镜下血尿)、病程持续半年以上者也视为瘀血,则瘀血证患者比例就有所增加;再进一步采用现代科学技术如检测甲皱微循环、血液黏度等进行肾活检病理分析,从微观角度诊断“瘀血”,可发现多数 IgA 肾病患者存有瘀血证候。临床实践认为,IgA 肾病更应重视发生在肾脏局部的瘀血证和微癥积,因为这些局部瘀血潜藏于至阴、至深之处,不借用肾穿活检极易疏漏,而且这些肾脏局部瘀血证和微癥积往往是 IgA 肾病疾病转重的关键征象。肾病理检查提供的形态学改变,包括肾小球

系膜细胞、基质增生,肾小球球囊粘连,肾小球节段或球性硬化,细胞纤维性新月体形成,毛细血管管腔闭塞、塌陷、僵硬,肾小血管血栓形成,间质纤维化等被认为是一种肾内的微癥积。肾脏局部瘀血证和微癥积治疗除加用调畅血行、通和脉络的活血中药(如丹参、鸡血藤、川芎、虎杖)外,关键在于早期使用逐瘀、消癥中药,如三棱、莪术、桃仁、海藻、积雪草、制大黄等。IgA 肾病的瘀血证候需要宏观四诊与微观辨证相结合确立,才能进一步有效地指导临床用药。

三、中西合参,各取所长

部分 IgA 肾病在起病或在慢性病程中出现肾功能急剧恶化、恶性高血压,或呈肾病综合征表现的大量蛋白尿等临床症状,单纯应用中药难以奏效,若不及时控制病情,肾功能将会出现不可逆性进展,甚至危及患者生命。此时宜结合微观辨证依据,采取中西医结合治疗,将中药与激素、细胞毒性药物及 ACEI/ARB 联合使用,旨在加强其抗炎、抑制免疫反应、延缓肾小球硬化、减少肾间质纤维化的作用。部分患者在慢性病变的基础上伴有一些活动性病变,或肾功能短期内进展较快,此时加用免疫抑制剂治疗,对于延缓肾功能的进展具有积极的意义。但是,西药同时又有抑制免疫、增加感染,或引起肝功能异常、骨髓抑制等不良反应,故在应用过程中酌情结合患者临床证型的阴阳转化规律,分阶段辨证用药,以增加疗效,减少不良反应,取得“增效减毒”的效果。例如,有些患者在使用激素后出现阴虚内热的征象,程教授喜用养阴清热之中药(生地黄、北沙参、麦冬、玉竹等)治疗;而有些患者出现湿热内蕴、苔黄腻,程教授常用藿香、扁豆衣、薏苡仁、蒲公英、黄芩等以清化湿热;有些患者出现失眠或心烦等,程教授往往在方中加入养心安神之剂,能缓解患者上述症状。综上可知,中药的使用不但能为免疫抑制剂起到“增效减毒”“保驾护航”的作用,而且能缩短免疫抑制剂的使用时间或减小剂量。例如,对于 IgA 肾病表现为肾病综合征的患者,中药的使用能缩短激素起效的时间,减少使用免疫抑制剂的患者的并发症,在一定程度上缩短了疾病的病程,使病情能尽快得到缓解。

【医案举例】

医案一 患者:邵某某,女,45岁。患者2008年前出现夜尿增多,就诊前3个月自觉头晕,测血压偏高,最高达230/120mmHg。服用降压药治疗,平时血压控制在130/80mmHg。1周前尿常规检查:尿蛋白(+++),红细胞3~

5/HP,血肌酐 $127\mu\text{mol/L}$ 。双肾B超检查:左肾 $9.2\text{cm}\times 5.0\text{cm}\times 4.0\text{cm}$,实质厚 1.1cm ;右肾 $9.0\text{cm}\times 4.2\text{cm}\times 4.0\text{cm}$,实质厚 1.1cm 。遂入我院行肾穿刺活检,病理提示:IgA肾病(增生硬化型)。24小时尿蛋白定量 2.42g 。予以泼尼松龙 25mg/d ;环磷酰胺针 0.6g/3周 ,静脉注射。同时予补钙、护胃、降压、纠正贫血等对症支持治疗。

首次门诊 2013年10月21日。患者自诉感乏力,时有汗出,纳寐一般,二便同前。舌质淡红,苔薄,脉沉细。复查尿蛋白(++) ,红细胞 $7\sim 8/\text{HP}$ 。患者证属脾肾气虚、瘀浊内停,治以健脾益肾、活血化瘀。

处方:黄芪 20g ,炒党参 20g ,丹参 30g ,冬凌草 20g ,莪术 15g ,川芎 30g ,桃仁 6g ,茯苓 20g ,炒薏苡仁 30g ,山药 30g ,金樱子 10g ,黄精 20g ,巴戟天 10g ,鸡血藤 20g ,大枣 15g ,糯稻根 12g 。

嘱患者泼尼松龙减至 15mg/d ,续用环磷酰胺(累计用量为 3.8g)。

第二次门诊 2013年11月11日。患者自诉乏力、汗出较前好转,纳寐可,大便每日 $1\sim 2$ 次。舌质淡红,苔薄,脉沉细。复查血肌酐 $106\mu\text{mol/L}$,尿蛋白(++) ,红细胞 $5\sim 7/\text{HP}$ 。肝功能正常。效不更方,守方续用。

第三次门诊 2013年12月28日。患者自诉汗出情况基本好转,胃纳佳,夜寐安。舌质淡,苔薄,脉沉细。复查24小时尿蛋白定量为 1.23g 。

处方:黄芪 20g ,当归 10g ,丹参 30g ,莪术 15g ,冬凌草 20g ,茯苓 12g ,炒薏苡仁 20g ,桃仁 10g ,山茱萸 6g ,芡实 10g ,鸡血藤 20g ,川断 15g ,狗脊 15g ,仙灵脾 10g ,巴戟天 6g 。

随访情况:以后患者继续服用上述中药,环磷酰胺总量达 6.0g 后停用,泼尼松龙 10mg/d 。截至2014年9月15日,患者24小时尿蛋白定量为 0.27g ;肾功能检查:血肌酐 $106\mu\text{mol/L}$,尿素氮 7.3mmol/L ;患者无明显乏力,无夜尿频多,纳寐尚可,二便调畅。维持原方案治疗。

医案二 患者:周某某,女,45岁。患者半年前因体检发现尿常规异常(具体不详),行肾穿刺活检,病理提示:IgA肾病(增生硬化型)。当时血肌酐 $180\mu\text{mol/L}$,尿素氮 12.2mmol/L ,尿酸 $322\mu\text{mol/L}$,尿蛋白(++) ,红细胞(++) (65%异形)。曾在当地医院治疗,效果不明显,故来我院就诊。

首次门诊 2012年9月11日。24小时尿蛋白定量 1.23g ,肾小球滤过率(GFR) 40.7ml/min ,血肌酐 $179\mu\text{mol/L}$ 。患者自诉乏力,夜尿频多,每晚 $4\sim 5$ 次,时有下肢麻木感。舌质淡,苔薄白,边有齿痕,脉沉缓。患者证属脾肾气虚、瘀浊内停,治当补肾健脾、活血化瘀。

处方:黄芪 30g ,炒党参 20g ,丹参 30g ,川芎 30g ,冬凌草 20g ,桃仁 6g ,虎

杖 15g,茯苓 12g,薏苡仁 20g,淮山药 20g,制首乌 20g,黄精 20g,巴戟天 6g,红花 3g,丝瓜络 10g,桑枝 15g,金樱子 10g。

第二次门诊 2012 年 9 月 25 日。复查肾功能:血肌酐 $121\mu\text{mol/L}$,尿素氮 8.6mmol/L ,尿酸 $356\mu\text{mol/L}$,尿蛋白(+),红细胞 3/HP。患者自诉乏力情况有所好转,夜尿 2~3 次,下肢麻木情况亦明显减轻。舌质淡,苔薄,脉沉缓。效不更方,守方续服。

第三次门诊 2012 年 10 月 22 日。复查尿蛋白(+~ -),红细胞 4/HP。患者自诉乏力、双下肢情况基本好转,但近日夜寐欠安,带下量多,色略黄,每天排便 2 次,夜尿 2 次。舌红,但舌根部苔薄黄,脉细缓。

处方:黄芪 20g,炒党参 20g,当归 10g,丹参 30g,莪术 15g,川芎 30g,桑枝 15g,冬凌草 20g,黄柏 6g,凤尾草 30g,茯苓 12g,炒薏苡仁 20g,桃仁 6g,首乌藤 30g,合欢皮 10g,川断 15g。

随访情况:截至 2013 年 2 月 5 日,患者 24 小时尿蛋白定量为 0.18g,GFR 41.1ml/min ,尿蛋白(-),红细胞(-)。肾功能检查:血肌酐 $114\mu\text{mol/L}$,尿素氮 7.5mmol/L ,尿酸 $259\mu\text{mol/L}$ 。患者纳寐均可,每天排便 1~2 次,夜尿 1~2 次。治疗方案同前,继予中药随症加减。

医案三 患者:徐某某,男,43 岁。患者尿常规异常 17 年,发现血肌酐升高伴血压增高 9 个月,于 2013 年 7 月在我院行肾穿刺活检,诊断为 IgA 肾病(系膜增生伴球性及节段性硬化、新月体形成)。查 24 小时尿蛋白定量为 1.45g,血肌酐 $200\mu\text{mol/L}$,GFR 31.2ml/min 。尿常规检查:尿蛋白(++),红细胞(++)。患者 2 个月前曾因发热、咳嗽,外院摄肺部 CT 后考虑“肺结核”并伴 T 细胞斑点试验(T cell enzymelinked immunospot, T-SPOT)阳性。现口服苯磺酸氨氯地平片,1 片/d。

首次门诊 2013 年 9 月 13 日。患者自诉腰酸,乏力。苔薄,舌淡红,脉细弦。拟益气补肾、逐瘀固摄方。

处方:黄芪 30g,丹参 30g,赤白芍各 20g,莪术 15g,鸡血藤 20g,仙鹤草 30g,茯苓 20g,怀山药 20g,芡实 10g,金樱子 10g,川断 15g,仙灵脾 10g。

并配以雷公藤多苷片,1 片/次,3 次/d。

第二次门诊 2013 年 10 月 18 日。复查肾功能:血肌酐 $179\mu\text{mol/L}$,24 小时尿蛋白定量 0.8g。嘱上述方案续进。

第三次门诊 2013 年 12 月 14 日。复查肾功能:血肌酐 $143\mu\text{mol/L}$,24 小时尿蛋白定量 0.69g,谷丙转氨酶 50U/L。患者自诉夜寐欠佳,夜尿 1 次。拟上方加入首乌藤 30g、垂盆草 30g。