

零距离面对病与证



病证结合，重视实验，创造自我，弘扬中医

——冯松杰临床验案152例

冯松杰◎著



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

零距离面对病与证

——冯松杰临床验案 152 例

LINGJULI MIANDUI BING YU ZHENG

冯松杰 著



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

零距离面对病与证：冯松杰临床验案 152 例 / 冯松杰著. —北京：人民军医出版社，2014.8

ISBN 978-7-5091-7588-0

I. ①零… II. ①冯… III. ①中医学—临床医学—经验—中国—现代
IV. ①R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 151095 号

策划编辑：王灵芳 文字编辑：岳改英 李 昆 责任审读：王三荣

出版发行：人民军医出版社 经销：新华书店

通信地址：北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编：100036

质量反馈电话：(010) 51927290；(010) 51927283

邮购电话：(010) 51927252

策划编辑电话：(010) 51927300—8751

网址：www.pmmp.com.cn

印、装：北京华正印刷有限公司

开本：710mm×1010mm 1/16

印张：12.25 字数：200 千字

版、印次：2014 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

印数：0001—3500

定价：25.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书，凡有缺、倒、脱页者，本社负责调换

自序

我出生于无锡东亭仓下。幼年时家境贫困。母亲几乎是文盲，但常常鼓励我要勤奋读书。小学三年级时，参加二十多所小学的数学竞赛，夺得第一名。校长高兴得跳了起来。由于时代所限，初高中学业不太顺利。即使这样，学校老师一直很重视对我的培养。

恢复高考后，我一举考进南京中医学院，从此投身于中医事业。我与中医有缘，甚至可以说有血缘关系。我祖父是近代的中医，英年早逝，家中留下一套《景岳全书》以及几本手抄的笔记。

大学毕业后我被分配到南京市大厂区医院中医科。中医科看各种杂病，我也用各种方法来治愈病人：小儿科急性扁桃体炎高热，我用牛黄解毒片通腑泄热，高热很快消退；有急性肾小球肾炎患者头面部水肿，我用发汗解表方治疗，水肿消退很快；对于偏头痛患者，我用萝卜汁滴鼻治愈；患者牙痛突然发作需要急症处理，我用烧成灰的露蜂房涂擦痛处，数分钟起止痛效果；遇到倒经患者，我用丝线结扎手指的方法；患者功能性子宫出血不止，西医治疗无效，我用活血化瘀方法；痔疮患者，我用荔枝草或艾叶、地龙、威灵仙等单验方煎水熏洗。

1985年，为了深造，我回母校读研究生。研究生在读期间，发表了第一篇学术论文——《从词义变化看〈内经〉成书时代》，根据我的研究，《内经》成书年代不应早于汉代。虽然与临床无直接关系，但却是我真正的独立研究和发现。没有发现，就不是真正的科学研究。对此，我至今仍感到骄傲。

研究生毕业后，我到江苏省中医院工作。最初在急诊室、大内科轮转。在这期间与以往大厂区医院中医科的工作大不相同，由纯中医过渡到中西医结合。但我仍十分注重中医辨证治疗，在实践中用中医药辨证治疗单纯性阑尾炎、麻痹性肠梗阻、上消化道出血等急危重症。

1993年，我作为访问学者公派到日本鹿儿岛大学医学部池田病院进修，在这里与日本医生共同讨论了许多医学难题。

2002年6月起，我作为援疆医生到新疆维吾尔自治区伊犁哈萨克自治州中医院工作。在那里我坚持以中医药为主，又成功地诊治了许多疑难病症。

当然，我在江苏省中医院肾内科任职，主要面对的是肾脏病患者与肾虚患者。

数十年里我潜心研究肾脏病尤其是慢性肾小球肾炎、肾病综合征、慢性肾功能不全，既蕴酿了我的学术思想、学术观点，也积累了我的临床经验。我认为中医药对慢性肾脏病有良好的疗效，但是必须讲究医术，辨证施治有术，辨病施治也有术。如果不讲究医术，就认为中医药如何如何有效，那是轻浮之举。肾虚与肾脏病不同，肾脏病是病，是西医认可的病；肾虚是体质不良，是西医不认可的病。中医诊治肾虚，学问博大精深。中医千百年来对如何诊治肾虚认识不一致，有学术争鸣，值得我们借鉴。

临床之外，我亦非常重视经验的积累。2004 年出版《冯松杰医学文集》。2010 年出版《松杰医论医话》。这一次人民军医出版社又出版了我的第三部医学著作——《零距离面对病与证》，这是我投身中医研究的成果之一，主要是我数十年来从事中医临床经验的客观记录。

我向来主张写有价值的书。书必须有内容，对读者有启发，能提高医生的认识水平，能提高医生的思维能力，能提高医生的临床医疗水平。但愿《零距离面对病与证》也能成为有价值的书。

研究中医包括理论与临床研究两部分，理论与临床不能分离。研究理论是为了提高临床水平，研究临床有助于理论探讨。我一向注意将理论与临床相辅相成，《松杰医论医话》属于理论研究，《零距离面对病与证》属于临床研究。读者如有兴趣，可将这两本书参照阅读。

仲景在《伤寒论》序中曾说：“怪当今居世之士，曾不留神医药，精究方术，……但竞逐荣势，企踵权豪，孜孜汲汲，唯名利是务”“各承家技，始终顺旧”。医圣倡导我们要“勤求古训，博采众方”，以达到“见病知源”“尽愈诸病”的境地。我从来就不敢遗忘仲景的教诲，务实求真，虚心学习，学习古代各家，也学习现代各家；学习正统的中医，也学习民间的中医。但光满足于学习别人的经验还不够，自己还必须有所创新。

中医作为数千年来积累的中国文化的一部分，可谓是国粹中的国粹。我为有机会研究国粹感到自豪。继承国粹、发扬国粹，义不容辞。我为此已经奋斗了数十年，并且还要努力奋斗下去！来日苦短。要做的事实在太多了！“多少事，从来急……”刻不容缓啊！

以上聊表数言，不当之处，请读者批评指教。

冯松杰 书于南京
2014 年春

目 录

肾病验案 (60 例) 1

慢性肾小球肾炎 1

系膜增殖性肾小球肾炎 17

局灶节段性肾小球硬化 20

肾病综合征 25

紫癜性肾炎 34

狼疮性肾炎 38

急性肾衰竭 43

慢性肾衰竭 46

尿毒症并发严重贫血 57

尿毒症并发精神失常 59

尿毒症并发脚气 59

尿毒症并发急性胆囊炎、胆管炎 61

尿毒症并发皮肤瘙痒症 62

尿毒症并发眼底出血 63

尿毒症并发视网膜炎 64

急性肾盂肾炎 65

慢性肾盂肾炎急性发作 66

尿血 67

肾结石 69

肾积水 73

痛风 75

尿酸性肾病 78

海绵肾 81

高血压病肾损害 82

干燥综合征合并肾气虚证 83

其他内科验案 (58 例) 85

支气管哮喘 85

支气管炎 88

睡眠呼吸暂停综合征 90

悬饮 91

三度房室传导阻滞 93

上消化道出血 94

贲门失弛缓症 95

胆囊炎胆结石肾囊肿 96

胆囊炎胆结石伴十二指肠间质瘤 97

血吸虫病肝硬化 98

慢性浅表萎缩性胃炎 100

真菌性食管炎 101

胆石症 102

中毒性肝病 103

慢性非特异性溃疡性结肠炎 105

蛔厥 106

糖尿病 107

自发性低血糖 108

甲状腺功能亢进 109

痛风 111

特发性水肿 113



夜尿增多	114	尿潴留	156
遗尿	116	带状疱疹	157
盗汗	117	冻疮	158
嗜睡	118	强直性脊柱炎	159
肥胖症	119	痔疮	161
消瘦	120	妇科验案(8例)	163
头痛	122	痛经	163
失眠	124	月经量多	165
郁病	128	代偿性月经	165
精神分裂症(失败案)	129	闭经	166
老年性舞蹈病	131	先兆流产	167
上肢震颤	132	妊娠恶阻	168
急性感染性多发性神经根炎	133	功能性子宫出血	169
酒精中毒性肝炎、胃扭转、 家族性震颤	135	儿科验案(1例)	170
传染性单核细胞增多症	137	婴儿急性支气管炎	170
长期低热	138	皮肤、五官科及男科杂病验案 (16例)	172
夏季热	139	斑秃	172
不明原因发热	140	黄褐斑	173
肺癌	142	湿疹	174
晚期肝癌(失败案)	143	银屑病	176
胃癌	144	耳鸣	179
直肠癌	146	听力减退	179
膀胱癌	147	过敏性鼻炎	181
鼻咽癌	148	急性扁桃体炎	182
阳虚重证	149	三叉神经痛	183
真寒假热证	151	牙痛	185
外科验案(9例)	153	复发性口疮	185
急性阑尾炎	153	男性不育症	186
肠梗阻	155		

肾病验案（60例）

慢性肾小球肾炎

病例 1

患者李某，女，40岁。2006年9月7日初诊。半年前出现蛋白尿、血尿，在徐州某医院诊断为慢性肾小球肾炎，服用中药近百剂（常用药物有黄芪、生地黄、山药、山茱萸、僵蚕、车前草、白茅根、土茯苓、忍冬藤等），疗效不明显。曾患过乙型病毒性肝炎。

查体：体温 37℃，血压 136/80mmHg。精神正常，营养中等。皮肤无黄染，浅表淋巴结未触及。咽部无充血，扁桃体不肿大。心肺听诊无异常。腹部平坦，腹肌紧张，肝区无叩击痛。双下肢无水肿。尿常规：蛋白（++），红细胞（+），白细胞 11 个/HP。血常规：红细胞 $3.67 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 116g/L，白细胞 $5.9 \times 10^9/L$ ，血小板 $158 \times 10^9/L$ 。血生化：谷丙转氨酶 22U/L，白蛋白 51g/L，球蛋白 36g/L，白蛋白/球蛋白 1.41，碱性磷酸酶 74U/L， γ -谷氨酰转肽酶 56U/L，血糖 5.3mmol/L，尿素氮 4.8mmol/L，肌酐 104 μ mol/L，尿酸 265 μ mol/L。乙肝病毒抗原抗体检查：HBsAg（+），HBsAg（-），HBeAg（+），HBsAb（+），HBcAb（+）。乙肝病毒 DNA（+）。

证候：蛋白尿迁延不愈，或有血尿，小溲短赤有灼热感，口中干苦，食欲正常，大便干结如栗，2~3 天一行，不胖不瘦，腹肌紧张，无痛感，唇赤，舌红边无齿痕，苔黄，脉弦滑。

病机：湿热邪盛。



治法：清热利湿解毒。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，制大黄 12g，金银花 15g，车前草 15g，石韦 60g，叶下珠 15g，白茅根 15g，薏苡仁 15g，茯苓 15g，炙甘草 3g。14 剂。每日 1 剂，水煎服。同时服用黄葵胶囊，每日 3 次，每次 5 粒。

2006 年 9 月 21 日二诊。症治无变化。原方 28 剂。每日 1 剂，水煎服。黄葵胶囊服法同前。

2006 年 10 月 31 日三诊。无明显不适，仍溲赤，大便干结，舌红苔黄，脉弦数。尿常规：蛋白(++)，红细胞 6 个/HP，白细胞 3 个/HP。血常规：红细胞 $4.0 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 142g/L，白细胞 $4.3 \times 10^9/L$ ，血小板 $216 \times 10^9/L$ 。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，制大黄 15g，石韦 75g，金银花 30g，车前草 15g，白茅根 30g，叶下珠 15g，泽泻 15g，茯苓 15g，炙甘草 3g。14 剂。每日 1 剂，水煎服。予雷公藤多苷片，每日 3 次，每次 3 片。

2006 年 12 月 4 日四诊。因家中盖房子，未能及时复诊。耽误服药，且过度疲劳。刻诊小溲黄赤灼热，大便干结，口渴不欲多饮，偶有腰酸，休息即可缓解，舌红苔薄黄，脉弦滑数。尿常规：蛋白(++)，红细胞 3 个/HP，白细胞 1 个/HP，上皮细胞(+)。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，法半夏 10g，青陈皮(各) 5g，赤白芍(各) 12g，车前草 60g，石韦 60g，猪茯苓(各) 15g，薏苡仁 15g，枳壳 12g，炙甘草 3g。30 剂。每日 1 剂，水煎服。续予雷公藤多苷片，每日 3 次，每次 3 片。嘱注意休息，避免劳累。

2007 年 2 月 7 日五诊。无明显不适，食欲良好，大便好转，口不渴，舌淡红苔薄白，脉滑。尿常规：蛋白(-)，红细胞少许。血常规：红细胞 $4.21 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 142g/L，白细胞 $4.2 \times 10^9/L$ ，血小板 $195 \times 10^9/L$ 。血生化：谷丙转氨酶 36U/L，白蛋白 54g/L，球蛋白 29g/L，白蛋白/球蛋白 1.86，碱性磷酸酶 43U/L， γ -谷氨酰转肽酶 29U/L，血糖 5.9mmol/L，尿素氮 6.9mmol/L，肌酐 75 μ mol/L，尿酸 312 μ mol/L。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，法半夏 10g，车前草 15g，石韦 45g，制大黄 10g，叶下珠 15g，茯苓 15g，炙甘草 3g。15 剂。每日 1 剂，水煎服。

此后以上方为主坚持间歇服中药汤剂。2007 年复诊 10 次。2008 年复诊 5 次。2009 年复诊 4 次。疗效巩固，蛋白尿、血尿未再复发。每年查肝肾功能 1~2 次，



均无明显异常。

2007 年 3 月雷公藤多苷片减至每日 3 次, 每次 3 片。2007 年 5 月出现闭经, 后虽服用逍遥丸、血塞通胶囊, 未能恢复。2007 年 7 月血常规示白细胞减少至 $3.4 \times 10^9/L$ 。中药汤剂中加用茜草 60g。2007 年 10 月雷公藤多苷片减量, 每日 3 次, 每次 2 片。此后血常规恢复正常。2010 年以后不再服药。随访至今平安无事。

临证心悟: 患者曾患有乙型病毒性肝炎, 小三阳 (+), 乙肝病毒 DNA (+), 又患慢性肾小球肾炎, 蛋白尿、血尿持续不能消退, 医生一般都出于谨慎, 不再考虑用激素, 也不再考虑用雷公藤制剂, 我也不例外。

我先是辨证施治, 综合中等量蛋白尿、小溲短赤灼热、大便干结、不胖不瘦、腹肌紧张、食欲正常、腰痠乏力、舌边无齿痕、脉弦滑等辨证信息, 确定为湿热邪盛证, 用柴苓汤为主方治疗, 不料服用 42 剂也未能见效。鉴于患者体力未减, 食欲正常, 肝功能正常, 我决心在辨证施治的基础上, 重用雷公藤。

1 个月 after, 蛋白尿依然无变化。我了解患者的工作生活情况以及复诊时间, 发现患者家中有事而过度疲劳, 未能及时复诊, 中断服药, 这必然会影响治疗效果。因此对患者给予了有关指导, 从初诊到五诊, 共坚持了 5 个月的时间, 终于取得了显著效果, 蛋白尿、血尿完全消失, 且观察随访 5 年未复发。

该患者虽然曾患乙型病毒性肝炎, 但长期使用雷公藤多苷片并未出现肝损害。推测是因为我重视辨证施治, 而且准确地选用柴苓汤化裁加大黄组合成方。柴苓汤与 大黄既能防治肾炎又能防治肝炎, 实在是一箭双雕!

病例 2

患者方某, 男, 13 岁。2008 年 4 月 12 日初诊。患慢性肾小球肾炎 6 年。未行肾穿刺。用激素治疗有效, 但减量后易复发。半月前泼尼松减至 10mg, 病情再次复发, 面浮肢肿, 伴大量蛋白尿。此次改投江苏省中医院门诊。

查体: 血压 126/70mmHg。体重 60kg。腹部及双下肢大腿皮肤见紫纹。浅表淋巴结未触及。满月脸, 脸色潮红, 多痤疮。咽扁桃体 I 度肿大。心肺听诊无异常。腹壁脂肪肥厚, 腹部移动性浊音(±)。双下肢轻度水肿。尿常规: 蛋白(+++), 红细胞(+), 白细胞 6 个/HP。血常规: 红细胞 $5.89 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 170g/L, 白细胞 $13.2 \times 10^9/L$, 血小板 $314 \times 10^9/L$ 。血生化: 谷丙转氨酶 20U/L, 白蛋白 32g/L, 球蛋白 28g/L, 白蛋白/球蛋白 1.14, 碱性磷酸酶 110U/L, 总胆红素 15mmol/L,



血糖 6.6mmol/L, 尿素氮 8.9mmol/L, 肌酐 $61\mu\text{mol/L}$, 尿酸 $438\mu\text{mol/L}$, 胆固醇 8.3mmol/L , 三酰甘油 2.6mmol/L 。

证候: 下肢水肿, 伴大量蛋白尿, 口渴不欲多饮, 纳可, 大便干结, 面部烘热, 唇色紫红, 舌淡红苔黄腻, 脉濡数。

病机: 湿热邪盛。

治法: 清化湿热。

处方: 牡丹皮 10g, 栀子 5g, 柴胡 10g, 赤白芍 (各) 15g, 车前草 15g, 石韦 45g, 金银花 15g, 半枝莲 15g, 蒲公英 15g, 泽泻 15g, 猪茯苓 (各) 15g, 丹参 15g, 制大黄 (10g), 炙甘草 3g。14 剂。每日 1 剂, 水煎服。同时服用黄葵胶囊, 每日 3 次, 每次 5 粒。嘱停药泼尼松。

2008 年 4 月 26 日二诊。病情无明显变化。尿常规: 蛋白 (+++), 红细胞 17 个/HP。前方去金银花, 加叶下珠 15g。14 剂。每日 1 剂, 水煎服。加用雷公藤多苷片, 每日 3 次, 每次 3 片。黄葵胶囊继续服用, 剂量同上。

2008 年 5 月 10 日三诊。下肢水肿不明显。舌淡红, 苔黄腻, 脉濡数。尿常规: 蛋白 (-), 红细胞 2 个/HP, 白细胞 1 个/HP。继续服用中药, 大法不变。

2008 年 8 月 29 日六诊。病情平善, 面色好转, 舌淡红苔薄白, 脉细。尿常规 (-)。血常规: 红细胞 $5.2 \times 10^{12}/\text{L}$, 血红蛋白 148g/L , 白细胞 $8.6 \times 10^9/\text{L}$, 血小板 $241 \times 10^9/\text{L}$ 。血生化: 谷丙转氨酶 28U/L , 白蛋白 36g/L , 球蛋白 29g/L , 白蛋白/球蛋白 1.24, 碱性磷酸酶 96U/L , 总胆红素 18mmol/L , 血糖 5.8mmol/L , 尿素氮 7.2mmol/L , 肌酐 $93\mu\text{mol/L}$, 尿酸 $418\mu\text{mol/L}$, 胆固醇 6.5mmol/L , 三酰甘油 3.1mmol/L 。

处方: 柴胡 10g, 黄芩 10g, 法半夏 10g, 石韦 45g, 泽泻 15g, 猪茯苓 (各) 15g, 制大黄 10g, 炙甘草 3g。14 剂。隔日 1 剂, 水煎服。雷公藤多苷片减量, 每日 3 次, 每次 2 片。

2009 年 7 月 1 日十二诊。最近家属发现患者后颈部皮肤变黑, 极为紧张。患者已服用雷公藤多苷片 14 个月, 是否由此引起皮肤恶性病变? 我亲自陪同患者找我院皮肤科主任闵仲生诊查。闵主任诊断为假性黑棘皮病, 预后良好。患者在用雷公藤多苷片治疗 1 年半后停药。随访多年病情无复发。2012 年已考上大学。

临证心悟: 本例患者 13 岁, 小儿科患者。出于谨慎考虑, 起始辨证施治。二诊时蛋白尿依然存在, 家属着急, 我便加用中草药制剂雷公藤。仅隔 2 周, 蛋白



尿骤然转阴，疗效之快，不亚于激素！此后病情平善。1 年后后颈部皮肤色素沉着，有人怀疑是雷公藤多苷片引起皮肤恶性病变。我对雷公藤研究多年（从文献到临床），认为这种可能性不大。皮肤科闵仲生主任发表意见，也认为与雷公藤多苷片使用毫无关系。

假性黑棘皮病，又称特发性黑棘皮病，不伴有恶性肿瘤、内分泌疾病或先天性遗传。其色素沉着好发于后颈部，持续一段时间可自行消退。发病机制尚不清楚。

病例 3

患者王某，女，52 岁。2009 年 9 月 12 日初诊。患慢性肾小球肾炎 3 年。肾穿刺病理诊断为微小病变型肾病。用激素治疗有效，但易复发。今年 7 月复发，诱因不明。不愿再用激素。在当地医院曾服肾炎康复片月余。

查体：血压 146mmHg。精神一般，营养中等。咽扁桃体不肿大。心肺听诊无异常。腹部平坦，腹肌较紧张。双下肢轻度凹陷性水肿（+）。尿常规：蛋白（+++），红细胞（+），白细胞 10 个/HP。血常规：红细胞 $5.02 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 143g/L，白细胞 $8.1 \times 10^9/L$ ，血小板 $208 \times 10^9/L$ 。血生化：谷丙转氨酶 32U/L，总蛋白 68g/L，白蛋白 40g/L，球蛋白 28g/L，白蛋白/球蛋白 1.42，血糖 6.7mmol/L，尿素氮 4.7mmol/L，肌酐 94 μ mol/L，尿酸 416 μ mol/L，二氧化碳结合力 27mmol/L，胆固醇 6.7mmol/L，24 小时尿蛋白定量 3.8g。

证候：下肢水肿，按之凹陷隐约可见，无腰痛，食欲正常，胃无不适，大便干结，2~3 天一行，肌肉结实，体力过人，口不渴，舌淡红边无齿痕，苔薄黄，脉滑。

病机：湿热邪盛。

治法：清利湿热。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，石韦 60g，猪茯苓（各）15g，金银花 15g，车前草 15g，半枝莲 15g，薏苡仁 15g，制大黄 10g，蜀羊泉 15g，丹参 12g，牡丹皮 12g，炙甘草 3g。7 剂。每日 1 剂，水煎服。

2009 年 9 月 16 日二诊。病情无变化。尿常规：蛋白（+++），红细胞 17 个/HP。前方石韦加至 100g。14 剂。每日 1 剂，水煎服。加用雷公藤多苷片，每日 3 次，每次 4 片。



2009 年 9 月 30 日三诊。水肿已消退。别无不适，舌淡红苔薄黄，脉滑。尿常规：蛋白（—），红细胞 5 个/HP，白细胞 4 个/HP。血常规：红细胞 $5.12 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 130g/L，白细胞 $6.7 \times 10^9/L$ ，血小板 $264 \times 10^9/L$ 。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，石韦 45g，猪茯苓（各）15g，车前草 15g，薏苡仁 15g，制大黄 10g，丹参 12g，炙甘草 3g。21 剂。每日 1 剂，水煎服。雷公藤多苷片减量，每日 3 次，每次 3 片。此后每月复诊 1 次。

2009 年 12 月 12 日六诊。尿常规（—）。血常规无异常。肝功能：谷丙转氨酶 40U/L，白蛋白 43g/L，球蛋白 26g/L，白蛋白/球蛋白 1.65， γ -谷氨酰转肽酶 48U/L，碱性磷酸酶 85U/L。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，制大黄 10g，车前草 15g，石韦 30g，丹参 12g，茯苓 15g，泽泻 15g，炙甘草 3g。30 剂。隔日 1 剂，水煎服。雷公藤多苷片减量，每日 3 次，每次 2 片。

2010 年患者复诊 3 次，尿检无异常。间断服用以上中药汤剂近百剂。雷公藤多苷片继续减量，每日 2 次，每次 2 片。

以后电话随访 2 年余，病情未复发。

临证心悟：病理诊断为微小病变的慢性肾小球肾炎，好发于儿童。本例患者 52 岁，诊断为本病，临床并不多见。本病无论用激素治疗还是用中医药治疗都容易见效。但用激素治疗一旦减量或停药，极易复发。本例患者用中医药治疗仅半月，水肿蛋白尿就迅速消退。且在以后 3 年中未再复发，足见中医药治疗本病的优势。中医治疗慢性肾小球肾炎重视辨证，特别要重视虚实辨证。正如国医大师郭子光所说：“辨治蛋白尿，重在虚与实”。

本例患者病变属于湿热邪实证。何以见得？患者大量蛋白尿病程较短，仅 1 个多月；无腰膝疼痛、神疲乏力、食少便溏等症状；家属说虽然患病 3 年，患者从未停止干农活，体力充沛；此外，肌肉发达、腹肌紧张、舌边无齿痕、脉滑等体征是可以观察出是湿热邪实。也许有中医同仁要问，肌肉发达、腹肌紧张用来诊断湿热邪实证，出处在哪一本教科书呢？教科书上确实没有，不过是我的临床经验。

病例 4

患者朱某，女，53 岁。2011 年 4 月 15 日初诊。患慢性肾小球肾炎 1 年半。



在南京军区总医院诊断为“激素依赖型肾病综合征”。现泼尼松减量至每日服10mg，病情复发，出现蛋白尿伴下肢水肿。不愿意再用大剂量激素，求治于中医。

查体：血压 142/76mmHg。精神一般，营养中等，活动自如，反应灵活。心肺听诊无异常。腹部平坦。双下肢轻度水肿。尿常规：蛋白（+++），红细胞 13个/HP，白细胞 5个/HP。血常规：红细胞 $3.94 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 149g/L，白细胞 $7.9 \times 10^9/L$ ，血小板 $241 \times 10^9/L$ 。血生化：谷丙转氨酶 27U/L，白蛋白 35.9g/L，血糖 4.2mmol/L，尿素氮 6.7mmol/L，肌酐 129 μ mol/L，尿酸 318 μ mol/L。

证候：下肢水肿隐约可见，劳累后腰痛，大量蛋白尿，胃纳一般，大便成形，日行1次，口微渴，不欲饮，舌淡红苔薄黄，脉细带数。

病机：湿热留恋，兼有肾虚。

治法：清利湿热益肾。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，法半夏 10g，猪茯苓（各）15g，泽泻 15g，石韦 45g，车前草 15g，生地黄 15g，杜仲 12g，续断 12g，炙甘草 3g。21剂。每日1剂，水煎服。黄葵胶囊每日3次，每次5粒。

2011年5月6日二诊。下肢无水肿，胃无不适，纳可，大便正常。尿常规：蛋白（-），红细胞 5个/HP，白细胞 2个/HP。初战告捷，上方续服，嘱每3周复诊1次。

2011年6月17日四诊。病情平善。无水肿。食欲正常精神好。偶有腰痛。测血压 128/80mmHg。尿常规：蛋白（-），红细胞 6个/HP，白细胞 4个/HP。血常规：红细胞 $4.1 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 135g/L，白细胞 $6.5 \times 10^9/L$ ，血小板 $216 \times 10^9/L$ 。血生化：谷丙转氨酶 39U/L，白蛋白 40.1g/L，白蛋白/球蛋白 1.8，血糖 5.3mmol/L，尿素氮 4.8mmol/L，肌酐 107 μ mol/L，尿酸 372 μ mol/L。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，法半夏 10g，猪茯苓（各）15g，泽泻 15g，薏苡仁 15g，山药 15g，生地黄 12g，太子参 15g，白术 12g，杜仲 10g，续断 10g，炙甘草 3g。15剂。隔2日1剂，水煎服。雷公藤多苷片、黄葵胶囊续服不变，用量同前。嘱患者每月复诊1次。病情稳定。治疗1年后停服中药汤剂，续服雷公藤与黄葵胶囊。嘱患者每半年复诊1次。随访2年尚未复发。

临证心悟：诊断肾病综合征至少需要大量蛋白尿与低蛋白血症这2项，我始终未见到本患者有低蛋白血症的检查报告，故存疑。所谓慢性肾小球肾炎“激素依赖型”，就是用激素治疗虽然效果很好，但减量到一定阶段，容易反跳，本例属



实。患者不愿意再加大激素用量，改看中医。中医如何？疗效极佳。仅间隔 3 周，二诊时水肿消退，蛋白尿阴转。且随访 2 年无复发。由于患者来自安徽明光，离南京不算太远，我将复诊间隔时间先后定为 3 周、1 个月、3 个月。最初中药汤剂每日服 1 剂，后来隔日服 1 剂，1 年后停服中药汤剂，单服中成药。

病例 5

患者徐某，女，38 岁。2011 年 9 月 17 日初诊。患慢性肾小球肾炎 1 年余，蛋白尿迁延不愈。未行肾穿刺。在我院曾服益肾清利剂中药剂及黄葵胶囊，因胃中不适而中断。

查体：血压 90/70mmHg。精神欠佳，形体偏瘦，营养较差。心肺听诊无异常，腹软，无压痛。双下肢水肿不明显。尿常规：蛋白（++），红细胞 5 个/HP，白细胞 2 个/HP。血常规：红细胞 $3.64 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 106g/L，白细胞 $6.9 \times 10^9/L$ ，血小板 $189 \times 10^9/L$ 。

证候：神倦乏力，而黄少华，体型消瘦，声低气怯，纳少，稍进肉食则腰痛，大便色黄质溏，日行 2~3 次，无脓血，睡眠不实，易醒，月经量少，舌边隐约可见齿痕，苔薄白，脉细弱。

病机：脾气虚弱，气不摄精。

治法：益气健脾渗湿。

处方：太子参 30g，炙黄芪 60g，白术 15g，茯苓 15g，山药 30g，芡实 12g，熟薏苡仁 15g，白扁豆 15g，鸡内金 10g，干姜 2g，砂仁（后下）2g，枳壳 10g，炙甘草 3g，大枣 15g。21 剂。每日 1 剂，水煎服。

2011 年 10 月 29 日二诊。感觉精力增强，食欲好转，胃纳较多，大便干溏不一，舌苔薄白，脉细弱。尿常规：蛋白（+），红细胞 2 个/HP。原方 21 剂。每日 1 剂，水煎服。

2011 年 12 月 10 日三诊。纳可，进肉食腰痛已不明显，大便基本成形，舌苔薄白，脉细。尿常规（-）。原方去干姜，加陈皮 3g。21 剂。隔日 1 剂，水煎服。

2012 年 2 月 10 日三诊。无明显不适。尿常规：蛋白（++），红细胞 1 个/HP，白细胞 3 个/HP。

临证心悟：慢性肾小球肾炎脾虚证临床较少见，但不能忽略。本例患者患病后曾找他医服益肾清利剂中药汤剂及黄葵胶囊，方药与证候不相符，因此不仅无



效而且胃中不适。

本例患者从证候来看一派虚象，纳少便溏且舌苔薄白，脉细弱，脾气虚弱证诊断无误。特别值得一提的是，患者虽然有时腰痛，却好发在进食肉类时，且稍进一点肉食即腰痛，这是脾虚而不是肾虚。临床医生常常一听腰痛就判断肾虚，这是诊查不细致的缘故。

从本例患者治疗来看，仅服中药汤剂，以参苓白术散为主方。分析处方中药物，四君子汤加炙黄芪，配伍较多食药两用、药性平和的山药、芡实、薏苡仁、白扁豆、大枣等，佐以少许鸡内金、干姜、砂仁等行气消食药。看起来平平常常的方药，治疗慢性肾小球肾炎效果却很好，既改善了证候，又消除了蛋白尿。

这里引用清代孟河医派代表人物费伯雄在《医醇膳义》中所说的话：“秦有良医，曰和曰缓。彼其望色辨候，洞见膏肓，非所谓神灵诡异者欤！”“天下无神奇之法，只有平淡之法。平淡之极，乃为神奇。否则炫异标新，用违其度，欲求近效，反速危亡，不和不缓故也。”

病例 6

患者张某，男，15岁。2012年6月16日初诊。今年3月底突然出现下肢水肿伴大量蛋白尿，当地医院诊断为“肾病综合征”，予激素疗法，每天服用泼尼松60mg，疗程已有70天，水肿消退，但蛋白尿依然，泼尼松是否减量，医生难以把握，乃到我院门诊。

查体：体重51kg，血压120/80mmHg。精神无异常，营养中等。浅表淋巴结未触及。满月脸，面色潮红。咽扁桃体不肿大。心肺听诊无异常。腹部平坦，无压痛。双下肢无水肿。腹部及双下肢大腿部皮肤见紫纹。另外发现“肾炎甲”。尿常规：蛋白（++）。血常规：白细胞 $21.75 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞87.6%，红细胞 $5.78 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白167g/L，血小板 $248 \times 10^9/L$ 。血生化：谷丙转氨酶41U/L，白蛋白38g/L，白蛋白/球蛋白1.3，总胆红素14.7mmol/L，血糖7.2mmol/L，尿素氮5.2mmol/L，肌酐67.5 μ mol/L。

证候：大量蛋白尿持续数月，伴面部升火，扪之灼热，目赤口渴，消谷善饥，大便干结，1~2天一行，小溲短赤，无腰痛，难入睡，下肢皮肤有紫纹，舌红无齿痕，苔黄腻，脉滑数。

病机：湿热邪盛，夹有瘀血。



治法：清热利湿，活血化瘀。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，石韦 60g，金银花 15g，车前草 15g，制大黄 10g，叶下珠 15g，蒲公英 15g，丹参 12g，牡丹皮 12g，泽泻 15g，猪茯苓（各）15g，葛根 15g，炙甘草 3g。14 剂。每日 1 剂，水煎服。同时服用雷公藤多苷片，每日 3 次，每次 2 片，服用血塞通胶囊，每日 2 次，每次 2 粒。嘱泼尼松减量，每天服用 50mg。

2012 年 6 月 30 日二诊。消谷善饥、口渴已减轻，睡眠好转。面红目赤无变化。舌苔黄腻，脉滑数。尿常规：蛋白（±），红细胞 11 个/HP，白细胞 2 个/HP。血常规：白细胞 $12.33 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 170g/L，血小板 $181 \times 10^9/L$ 。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，石韦 45g，金银花 15g，车前草 15g，制大黄 10g，牡丹皮 10g，叶下珠 15g，猪苓、茯苓各 15g，炙甘草 3g。14 剂。每日 1 剂，水煎服。雷公藤多苷片、血塞通胶囊服法同上。泼尼松减量，每天服用 40mg。

2012 年 7 月 13 日三诊。家属代诉病情，食欲正常，大便成条状，无明显不适。在当地医院查尿常规、血常规、肾功能均无异常。中药处方不变，隔日 1 剂。泼尼松减量，每天服用 30mg。

2012 年 8 月 11 日四诊。面红目赤明显减轻，口不渴，纳食、大便无异常，小溲黄赤，睡眠良好，舌苔薄黄腻，脉滑。尿常规（—）。血常规：白细胞 $9.53 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 152g/L，血小板 $169 \times 10^9/L$ 。

处方：柴胡 10g，黄芩 10g，石韦 30g，车前草 15g，制大黄 10g，猪苓、茯苓各 15g，泽泻 15g，薏苡仁 15g，丹参 12g，炙甘草 3g。14 剂。隔日 1 剂，水煎服。雷公藤多苷片、血塞通胶囊服法同上。泼尼松减量，每天服用 25mg。

2012 年 9 月 7 日五诊。病情平善，偶见溏便。暂时调整治法，益气健脾。

处方：太子参 20g，白术 12g，猪苓、茯苓各 15g，山药 15g，白扁豆 12g，熟薏苡仁 15g，泽泻 15g，芡实 12g，柴胡 5g，白芍 10g，炙甘草 3g。14 剂。隔日 1 剂，水煎服。雷公藤多苷片，血塞通胶囊服法同上。泼尼松减量，每天服用 20mg。

2012 年 12 月 8 日七诊。患者服用中药汤剂半年，疗效巩固。嘱暂停服中药汤剂。改服我院自制中成药健肾片，同时继续服用雷公藤多苷片与血塞通胶囊。完全停药泼尼松。嘱隔 3~6 个月到我院复诊。

临证心悟：本例患者由我的老患者介绍而来。曾服用过大剂量泼尼松 2 个多