

中医名家
临证验案

李培旭

肾病临证辑要

LIPEIXU

SHENBING

LINZHENG JIYAO

主审◎李培旭

主编◎唐桂军 华琼 郭泉滢

河南科学出版社
HENAN SCIENCE & TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

李培旭肾病临证辑要

主审 李培旭

主编 唐桂军 华 琼 郭泉滢

河南科学技术出版社

· 郑州 ·

图书在版编目(CIP)数据

李培旭肾病临证辑要/唐桂军,华琼,郭泉滢主
编. —郑州:河南科学技术出版社,2017.9
ISBN 978-7-5349-8872-1

I. ①李… II. ①唐… ②华… ③郭… III. ①肾病
(中医) — 中医临床 — 经验 — 中国 — 现代 IV. ①R256.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 178752 号

出版发行:河南科学技术出版社

地址:郑州市经五路 66 号 邮编:450002

电话:(0371)65788613 65788629

网址:www.hnstp.cn

策划编辑:邓 为

责任编辑:邓 为 王俪燕

责任校对:张娇娇

封面设计:张 伟

责任印制:朱 飞

印 刷:郑州环发印务有限公司

经 销:全国新华书店

幅面尺寸:170 mm × 240 mm 印张:19 彩插:4 字数:280 千字

版 次:2017 年 9 月第 1 版 2017 年 9 月第 1 次印刷

定 价:45.00 元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与出版社联系并调换。



编写人员名单

主 审 李培旭

主 编 唐桂军 华 琼 郭泉滢

副主编 李星锐 刘 蕊 于国俊

刘彦妍 程 新 王 娇

陈德庆

编 委(以姓氏笔画排序)

于国俊 王 娇 孔 征 付丽君

冯惠娟 任永朋 华 琼 刘 蕊

刘彦妍 李 蕾 李星锐 杨永枝

辛 亚 陈德庆 娄思娅 郭 慧

郭泉滢 唐桂军 程 新



中医学是中华民族的瑰宝,属于传统医学,讲究医道医术,重视用药之法,以治疗疾病、恢复健康、防病延寿为目标。在中医学的形成和发展的历史长河中,除了古代中医学家汲取了当时的儒学、道学、法学、阴阳学说、五行学说、兵法,以及天文、地理、历法等内容外,现代中医学者还汲取了一些西医的思路、方法和内容,从而形成了独特的中西结合体系。

中医和西医所说的“肾”,虽指的是同一器官,但对肾的生理特性认知,中医和西医却有较大差别。中医学认为肾藏精;肾主生长、发育和生殖;肾主骨、生髓,脑为髓海,齿为骨之余;肾主一身之阴阳,为人体水火之宅;肾为先天之本,生命之根;肾精生血;肾主水;肾主开阖;肾主纳气;肾开窍于耳及二阴;肾在志为恐;肾在液为唾;肾其华在发;肾为作强之官;肾应于冬,等等。而西医学则认为肾脏的生理功能包括生成尿液和排泄废物、调节体液和酸碱平衡、内分泌功能(调节血压、红细胞生成和骨骼生长)等。对同一器官生理特性之所以产生不同的认知,是因为中医、西医是从不同的角度、不同的方法来认知肾脏的,由于观察、认知的角度、方法不同,所以认知的结果就产生了差别。这就如同“横看成岭侧成峰,远近高低各不同”一样,也如同阳历和阴历计年。阳历源于西方,以地球绕太阳转一圈计年;而阴历源于我们中国,以月亮圆缺计年。阳历和阴历计年因观察的方法不同,所以计年的结果也不同。中医和西医也是这样,中医是从宏观、整体来认知肾脏;而西医则是从微观、局部来认知肾脏。所以中医、西医认知的肾脏生理特性不同。然而,中医、西医都是以研究人体的组织结构、生理病理、预防保健、诊断治疗等为主的学科,尽管其观察、认知的方法与结

果不同,但其研究的对象同一,所以在其发展历程中总会相互渗透、相互结合,是殊途同归的。

肾脏病的中西医结合已有 50 多年的历史,但如何结合,这仍是当代医家研究的重要课题,而理论与临床仍是当今研究的两个主要方向。在理论研究方面可以继续深入探讨宏观与微观、整体与局部的内涵和实质;在临床研究方面应努力发掘中医药治疗肾脏病的有效方法以替代毒副作用大的西药,从而建立新的中西医结合肾脏病诊断、治疗标准,充分发挥中西医治疗肾脏病的优势和作用,推进中西医结合肾脏病事业的发展。

本人 2016 年编写出版的《李培旭肾病临证验方验案》,主要介绍多年来治疗肾脏病的验方验案,偏于临床经验、心得体会,以中医为主。2017 年同僚和学生编写的《李培旭肾病临证辑要》这本书,主要介绍肾脏病中西医概况、病因简析、发病机制、诊断要点、鉴别诊断、西医治疗、中医辨证、中医治疗、验案举隅、饮食调护、临证发挥等,偏于理论总结、辨治基础、中西医结合。

随着肾脏病的中西医结合研究不断引向深入、治疗手段不断丰富、治疗新药不断发掘,将迎来新的中西医结合肾脏病理论体系和诊断全面、疗效显著、毒副作用更小的新的诊治方法。

由于编写时间仓促,加之水平所限,书中可能会有疏漏,敬希同道斧正。

李培旭

丁酉年 2 月于河南省中医药研究院

第一章 原发性肾小球疾病/001

- 第一节 急性肾小球肾炎/001
- 第二节 急进性肾小球肾炎/010
- 第三节 慢性肾小球肾炎/018
- 第四节 肾病综合征/029
- 第五节 微小病变型肾病/045
- 第六节 系膜增生性肾小球肾炎/053
- 第七节 膜性肾病/062
- 第八节 局灶节段性肾小球硬化/070
- 第九节 IgA 肾病/079
- 第十节 隐匿性肾小球肾炎/086

第二章 继发性肾小球疾病/092

- 第一节 狼疮性肾炎/092
- 第二节 过敏性紫癜性肾炎/099
- 第三节 糖尿病肾病/110
- 第四节 高血压性肾损害/125
- 第五节 乙型肝炎相关性肾炎/135

第三章 小管间质性肾病/145

- 第一节 间质性肾炎/145
- 第二节 尿酸性肾病/153

第四章 尿路感染性疾病/166

- 第一节 尿路感染/166
- 第二节 急性肾盂肾炎/174

第三节 慢性肾盂肾炎/182

第四节 尿道综合征/193

第五节 前列腺炎/200

第五章 泌尿系统结石/208

第六章 囊肿性肾脏病/217

第一节 肾囊肿/217

第二节 多囊肾/228

第七章 肾衰竭/240

第一节 急性肾衰竭/240

第二节 慢性肾衰竭/252

第八章 其他常见肾病/273

第一节 左肾静脉压迫综合征/273

第二节 肾积水/278

第三节 梗阻性肾病/285

第四节 肾肿瘤/289

第一章 原发性肾小球疾病

第一节 急性肾小球肾炎

001

【疾病概况】 急性肾小球肾炎简称急性肾炎。急性起病,以血尿、水肿、蛋白尿、高血压或伴有少尿及氮质血症等为主要临床特征的一组常见疾病,常称为“急性肾炎综合征”。其中大多数为急性链球菌感染后肾小球肾炎,病程多在一年以内,表现为自发的恢复过程,通常临床所谓的急性肾炎即指此类而言。急性肾炎的主要病理变化为肾小球弥漫性毛细血管样和系膜区细胞增生,以及炎症细胞浸润。由于本病主要是以内皮细胞和系膜细胞增生为主,故病理上称为毛细血管内增生性肾小球肾炎。

本病两性均可发病,男女之比约为 2:1,多为 5~14 岁儿童,4 岁以下较少。而成年甚至老年人发生急性肾炎者也不少见,据报告,发病于 55 岁以上者占 12.2%。

本病属中医学“水肿”中的“风水”“阳水”和“血尿”范畴。人体水液之代谢,依靠肺气之通调,脾气之转输,肾气之开阖,从而使三焦发挥其决渎之职。本病病因为感受风邪、水湿、湿毒、湿热之邪,侵袭肌表,内伤于肺,肺失宣降;或内归于脾,脾失运化;下伤及肾,肾失开阖,则水道不利,而为水肿。在急性肾炎水肿阶段,主要病位在肺、脾,以肺气不宣为主。若血尿明显,多由湿热蕴结膀胱,热伤血络,脉络受损所致。若热盛动风,风火上扰清阳,则出现头晕头痛,甚至惊厥、神昏等邪犯心肝之证。脾气不升,肾气不足,精关不固,分清泌浊失职,则出现小便混浊(蛋白尿)。故本病

病位在肺、脾、肾三脏。

【病因简析】 在引起链球菌感染后肾炎中,最常见的病因是呼吸道感染,其次为皮肤感染。除链球菌外,其他细菌、病毒、霉菌、原虫等感染,也可引起急性肾炎,其临床表现与急性链球菌感染后肾炎相似。大部分患者有前驱感染史(咽部或皮肤),轻者可无感染史,链球菌感染后7~20天开始出现临床症状,此时原发感染灶的临床表现大部分已消失。急性肾炎的临床表现急性肾炎综合征,即血尿、蛋白尿、水肿和高血压。但其病情的轻重程度差别很大,轻者仅为亚临床型,严重者可表现为急性肾衰。急性肾炎可见于任何年龄,但以学龄儿童为多见,青年人次之,中老年人较少见。

现代医学认为,急性肾炎是一种通过抗原抗体免疫复合物引起的肾小球免疫炎症,其发病与链球菌、葡萄球菌等前驱感染有密切联系。其中链球菌感染后的急性肾炎最为常见,其他细菌如葡萄球菌、肺炎双球菌、伤寒杆菌等,以及病毒、立克次体、疟原虫、梅毒螺旋体等也可引起该病。根据国内统计, β 溶血性链球菌常致上呼吸道感染(常表现为扁桃体炎)、皮肤感染、猩红热等。大部分病例为免疫复合物型肾炎,即细菌体内的某些成分作为抗原,经过2~4周的时间,与体内产生的相应抗体结合,形成抗原-抗体免疫复合物,通过血液循环,沉积于肾小球内,当补体被激活后,炎症介质(多形核白细胞、单核细胞等)浸润,导致肾小球损伤而发病。病变主要在肾小球,而肾小管功能基本正常。急性肾炎的主要病理改变急性期为弥漫性毛细血管内增生性肾小球肾炎,电镜下可见典型的肾小球上皮细胞下驼峰样电子致密物呈圆顶形。另有不少学者观察到急性链球菌后肾炎患者肾小球早期呈增殖性炎症病变,至病变晚期,则多呈系膜病变及局灶性硬化,因此,认为这两种病理改变是病程发展不同阶段的表现。

【发病机制】 急性肾炎的病机主要可归纳为如下几点。

1. 风邪外袭、肺失通调 肺主皮毛,由于风邪外袭,风邪内舍于肺,肺失宣降,通调失司,以致风遏水阻,风水相搏,流溢肌肤,发为水肿。

2. 湿毒浸淫、内归肺脾 肺主皮毛,脾主肌肉,疮疡湿毒浸入肌肤,内

归肺脾,以致肺失通调,脾失健运,水湿内停,泛溢肌肤,而成水肿。

3. 风热内侵、下焦热盛 风热内侵,移热于下焦,损伤下焦脉络,迫血妄行,以致出现血尿;热扰下焦,肾与膀胱气化失司,水液内停,而成水肿。

4. 水湿浸渍、脾气困阻 久居潮湿之地,或冒雨涉水,水湿内侵,困阻脾气,脾失健运,水湿内停,泛于肌肤,发为水肿。

水肿的发生主要责之于肺、脾、肾三脏功能失常。在水肿初期,以肺失宣降,水道不利为主,以后波及肺、肾,以致三焦壅滞,水湿内停;在水肿消退后,主要责之于脾肾虚损。在小儿患者则以肾阴虚为常见。

血尿的常见原因为热伤血络,肾阴虚火旺,或热毒实火内流,损伤肾络,而致尿血。此外,阴虚血少,血行不畅,瘀血阻络,血不循经,也是尿血的常见原因之一。急性肾炎恢复期,若尿血反复发作,也要考虑到脾肾气虚、气不摄血的问题。

急性肾炎蛋白尿主要原因为风热毒邪内侵,或湿热壅滞,下扰于肾,以致肾失封藏,精气下泄;或由脾气虚弱,清气不升,精微下泄;或肾阴亏虚,肾不藏精,精气不固。在急性肾炎初期以风热毒邪内侵,或湿热壅滞,下扰于肾为主;中后期则多与脾肾亏虚有关。

【诊断要点】 具有典型临床症状的急性肾炎不难诊断,于链球菌感染后1~3周,出现血尿、蛋白尿、少尿、水肿、高血压等急性肾炎综合征,有关链球菌培养及血清学检查阳性,血清补体下降等,可在临床确诊本病。临床表现不典型者,需根据尿液检查及血清补体动态改变做出诊断,血清补体测定可作为评价急性肾炎的第一线检测,因90%急性链球菌感染后肾小球肾炎均有低补体血症。

【鉴别诊断】 诊断急性肾炎需与以下疾病鉴别。

1. 全身感染性发热疾病 各种感染引起发热时,肾血流量及肾小球通透性可增加。可能出现一过性蛋白尿,此种改变发生于高热、感染的早期,退热后尿液恢复正常,不出现急性肾炎综合征的其他症状。

2. 以急性肾炎综合征为表现的多种原发性肾小球疾病

(1) 系膜毛细血管性肾炎起病过程与本病相似,但低补体血症持续时

间较长,且此病无自愈倾向,将大量蛋白尿与持续低补体血症结合起来考虑有助于诊断。肾活检可明确诊断。

(2)急性肾炎起病可似急性肾炎,但症状较重,呈进行性少尿、无尿,急骤发展的肾功衰竭,肾活检可及时确诊。

(3)IgA 肾病多于急性上呼吸道感染后 1~3 天出现血尿,或伴蛋白尿,血清补体正常,血 IgA 水平可升高,病情易反复发作。

3. 慢性肾小球肾炎急性发作 此类患儿既往可能有肾脏病史和类似发作,常感染后迅速发病,而无潜伏期,常伴有贫血、持续高血压及肾功能不全。B 超检查示两肾脏缩小。

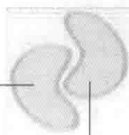
4. 全身系统性疾病 系统性红斑狼疮肾炎、过敏性紫癜肾炎可出现急性肾炎综合征,这两种疾病多出现明显的皮肤病损,同时多有关节酸痛及关节炎症状。前者血中狼疮细胞及抗 DNA 抗体阳性,后者束臂试验阳性。因此,只要详细询问病史及进行有关检查就可做出正确诊断。

【西医治疗】 急性肾炎无特效药治疗,以对症治疗为主,主要环节为预防和治疗水、钠潴留,控制循环血容量,从而可减轻症状、预防致死性并发症,以及防止各种加重肾脏病的因素,促进病肾组织学及功能上的修复。

1. 一般治疗

(1)休息:急性起病后应卧床休息,直至肉眼血尿、少尿、水肿、高血压和氮质血症等消失,然后逐渐进行室内活动。禁止过度劳累及从事剧烈活动,通常需要 2~3 周,一般 2~3 个月可逐渐恢复轻工作。但如病情反复,应继续休息。

(2)饮食:一般饮食原则以低盐、高维生素、高热量饮食为主,蛋白入量保持每日 40~70g(约每千克体重 1g)。有水肿及高血压者,应用无盐或低盐饮食,直到利尿开始。水肿甚,严重少尿者,限制液体入量,量出定入(以尿量加不显性失水计)。对于患者少尿严重,持续时间长而发生氮质血症,肾功能不全者,此时应限制蛋白质摄入,仅予优质高蛋白饮食为主(含必需氨基酸的蛋白质,如牛奶、鸡蛋、鱼肉、瘦猪肉等),成人大约每日



20g, 小儿以 0.5g/kg 计, 以达到既减轻肾脏排泄氮质的负担又保证一定营养的目的, 还可能促进非蛋白氮的利用, 以减轻氮质血症, 且同时要限制高钾食物的摄入。少数患者蛋白尿严重, 出现肾病综合征时, 则应增加蛋白质的摄入量以补充蛋白质的丢失。

2. 治疗感染灶

(1) 链球菌感染(上呼吸道感染、咽炎、扁桃体炎、皮肤感染等)必须彻底清除, 使用青霉素(过敏者改用红霉素)7~10日, 不宜长期用抗生素预防。在选用抗生素时, 应避免肾毒性药物。

(2) 扁桃体切除术对急性肾炎的病程发展无肯定效果。对于急性肾炎迁延3个月至半年以上, 或病情常有反复而且扁桃体病灶明显者, 可以考虑做扁桃体切除术。手术时机以肾炎病情相对稳定, 无临床症状及体征, 尿蛋白少于(+), 尿沉渣红细胞少于10个/HP以及扁桃体无急性炎症时为宜。术前、术后抗生素应用不得少于2周。

3. 对症治疗

(1) 利尿: 经控制水、盐入量后, 水肿仍明显者, 应加用利尿剂。噻嗪类利尿剂作用于远端肾小管, 可使滤过钠的3%~5%排出, 但当 $GFR < 25\text{mL}/(\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2)$ 时, 噻嗪类常不能产生排尿效果, 此时常需强有力的襻利尿剂如呋塞米等。此外, 还可应用各种血管解痉药, 以达利尿目的。如利尿合剂(20%葡萄糖注射液 200mL + 普鲁卡因 0.5g + 维生素 C 3g + 咖啡因 0.25g + 氨茶碱 0.25g) 静脉滴注。通过利尿达到消肿、降压、预防心脏并发症的目的。

(2) 降压: 积极而稳步地控制血压对于增加肾血流量, 改善肾功能, 预防心、脑并发症是很必要的。高血压一般可随利尿消肿而解除。必要时可选用钙离子拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)等。对发生高血压脑病需紧急降压者, 可选用静脉滴注硝普钠, 本药可使张力血管和容量血管扩张且不增加心肌工作量, 故对严重高血压伴心功能不全肺水肿者尤宜。

(3) 高钾血症的治疗: 通过限制含钾高饮食的摄入, 应用排钾利尿剂

均可防止高钾血症的发生。而对于尿量极少,导致严重高钾血症,尤其是急性肾衰时,则应及时运用透析疗法以超滤脱水,缓解病情。

(4)控制心力衰竭:急性肾炎时因水、钠潴留,高血容量所致的循环充血状态,与真正心肌收缩力不足、泵衰竭患者虽症状上相似,但发病机制不一,故本症治疗重点应放在矫正水、钠潴留,恢复血容量,而不是应用加强心肌收缩力的洋地黄类药物,即主要措施为利尿、降压。必要时可应用酚妥拉明或硝普钠静脉滴注,以减轻心脏前后负荷。如限钠利尿仍不能控制心力衰竭时,可应用血液滤过脱水治疗。

【中医辨证】 中医理论认为,本病急性期有风寒证、风热证、热毒证、湿热证及寒湿证;恢复期有阴虚邪恋、气虚邪恋,可根据病史、水肿及全身症状加以辨证施治,急性期的治疗原则以祛邪为旨,宜宣肺利水,清热凉血,解毒利湿;恢复期则以扶正兼祛邪为安。具体分证论治。

【中医治疗】

1. 急性期

(1)风寒证:表现水肿自眼睑开始迅速波及全身,以头面部肿势为著。皮色光亮,尿少色赤,微恶风寒或伴发热。骨节酸痛,鼻塞咳嗽。或有气短,舌淡苔薄白,脉浮紧。治则主方:疏风散寒,通阳利水。麻黄汤合五苓散加减。

方药运用常用药:麻黄、杏仁、防风、桂枝、茯苓、猪苓、泽泻、白术、车前子等。咳嗽气短,加葶苈子、苏子、射干、桑白皮等;外寒证明显、骨节酸楚疼痛,加羌活、苏叶;血压升高明显,去麻黄,加钩藤、牛膝、夏枯草;风寒兼有郁热,可用越婢加术汤合四苓散加减。

(2)风热证:表现突然头面眼睑水肿。发热,汗出,口干或渴,咽喉肿痛,尿少而赤,舌质红,苔薄黄,脉滑数或浮数。治则主方:疏风清热,利水消肿。银翘散合越婢汤加减。

方药运用常用药:金银花、连翘、牛蒡子、桔梗、白茅根、车前草、生麻黄、生石膏、泽泻、甘草等。咽红咽痛明显,加板蓝根、山豆根、黄芩;高热口渴,重用生石膏加芦根;头痛加钩藤、菊花;心烦加栀子;水肿较重加四苓散

以利水消肿;血尿严重加大小蓟、茜草、仙鹤草以凉血止血。

(3)热毒证:表现全身水肿,尿少色赤,皮肤疮毒或咽喉肿烂,口苦口渴,心烦,或有发热,大便秘结,舌红苔黄。脉滑数或浮数。本证多因皮肤疮毒痈肿或咽喉红肿、腐烂、化脓而发,以全身肿、小便短赤、大便秘结、口苦口渴、心烦、舌红苔黄为特点。治则主方:清热解毒,利湿清肿。五味消毒饮加减。

方药运用常用药:金银花、野菊花、紫花地丁、蒲公英、白花蛇舌草、黄芩、白茅根、玉米须、土茯苓等。水肿明显加浮萍、猪苓、车前草清热利湿;血尿重者加小蓟饮子以凉血止血;疮毒糜烂加苦参、黄连、苍术;皮肤湿疹加苦参、白鲜皮、地肤子;大便秘结加生大黄;口苦心烦加龙胆草、栀子;咽喉肿烂加山豆根、马勃。

(4)湿热证:本证常见于病程中期、晚期,水肿减轻或消退之后,也可见于水肿持续阶段。以血尿、头身困重、脘闷纳呆、口苦口黏、大便不爽、舌红苔黄腻为特点。治则主方:清热利湿,凉血止血。黄芩滑石汤合小蓟饮子加减。

方药运用常用药:黄芩、滑石、猪苓、白蔻仁、小蓟、炒蒲黄、淡竹叶、当归、栀子。小便赤涩加入白花蛇舌草、石韦、金钱草;头痛眩晕,加钩藤、菊花;皮肤疮毒去白蔻仁,加蒲公英、紫花地丁;口苦口黏,加茵陈、龙胆草。

(5)寒湿证:表现全身水肿,以肢体及腰以下肿为著,伴身重困倦,脘闷纳呆,小便短少混浊。舌淡苔白腻,脉沉缓。

本证多见于素体虚弱或久居水湿环境者。以腰以下肿甚,身困纳呆等湿困脾土症状为特点。治则主方:通阳利水,渗湿消肿。五苓散合五皮饮加减。

方药运用常用药:白术、桂枝、茯苓皮、猪苓、泽泻、桑白皮、大腹皮、陈皮、生姜皮等。上半身肿甚而咳喘,加麻黄、杏仁、苏子宣肺平喘;脘闷腹胀,去桑白皮,加厚朴、川椒、防己;身寒肢冷、脉沉迟,加附子、干姜。

2. 恢复期(症状消失,仅尿检异常)

此期为正气渐虚,余邪留恋阶段,尤其是恢复早期常以湿热留恋为主。

多数人主张以驱邪为主,芳香化热、清热利尿是主要治则。阴虚邪恋,滋阴补肾,兼清余热,知柏地黄汤合二至丸加减。气虚邪恋,健脾化湿,参苓白术散加减。

【验案举隅】

风热案

王某某,男,13岁。2011年6月7日初诊。

主诉:眼睑水肿3天。

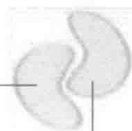
患者18天前发热、咽痛、咳嗽。在当地医院就诊,诊断为上呼吸道感染,给予头孢氨苄胶囊、急支糖浆等药物治疗,病情缓解。2周后突发眼睑水肿,继而全身水肿。来诊时,全身水肿,口干,咽痛,小便短赤,舌尖红,苔薄黄,脉浮数。查血压:146/82mmHg。实验室检查:血清抗链球菌溶血素“O”:+。尿常规检查:潜血(++),蛋白(++),红细胞35个/HP。补体 C_3 :0.62g/L, C_4 :0.12g/L。西医诊断:急性肾小球肾炎。中医诊断:水肿。中医辨证:风热袭肺,水湿泛滥。中医病机:风热袭肺,波及于肾,肺失宣降,肾失主水、封藏,水道不畅,水液停聚。治则:轻清宣上,解毒利水。方用自拟急肾宣解汤加减。

处方:桑叶10g,杏仁6g,桔梗6g,牛蒡子10g,金银花10g,连翘10g,鱼腥草(后下)20g,芦根10g,冬瓜皮20g,玉米须20g。

用法:凉水浸泡1h,连续煎煮2次,每次煮沸后小火煎20min,第一煎煎至15min加后下药,合并2次滤液300~400mL,分2次温服(早、晚饭后1~2h服用),每日1剂。

医嘱:1.低盐饮食。

2.忌食发物类食物,如辣椒、韭菜、洋葱、生葱、生蒜、生姜、鸡肉、羊肉、牛肉、狗肉,以及海鲜类食物等。



2011年6月14日二诊:上方服用7剂,水肿明显好转,咽痛减轻,小便转清。尿常规检查:蛋白(+),红细胞10个/HP,继以透热解毒合调补气阴法治之。

处方:蝉蜕6g,桑叶10g,金银花10g,连翘10g,鱼腥草(后下)20g,太子参10g,麦冬6g,生地黄6g,怀山药15g,炙甘草6g。

用法:凉水浸泡1h,连续煎煮2次,每次煮沸后小火煎30min。第一煎煎至25min加后下药,合并2次滤液300~400mL,分2次温服(早、晚饭后1~2h服用),每日1剂。

009

2011年6月28日三诊:上方随症加减服用2周,身体无明显不适。查血压:126/70mmHg。实验室检查:尿常规,血常规,补体C₃、C₄均未见异常。

【饮食调护】 ①锻炼身体,增强体质;②预防上呼吸道感染(咽炎、扁桃体炎等);③注意皮肤清洁,防止皮肤感染;④一旦发生链球菌感染,应采用有效抗菌药物迅速加以控制;⑤急性水肿应适当限盐,以每日1~2g为宜;⑥避风寒,调情志,忌肥甘。

【临证发挥】

1. 急肾解毒汤

组成:鱼腥草(后下)50g,蒲公英30g,白花蛇舌草30g,黄柏15g,炒苍术10g,生薏苡仁30g,玉米须30g。用法:同本节风热案二诊处方用法。功效:清热解毒,祛湿消肿。主治:急性肾小球肾炎。证系毒热伤肾,水湿泛滥。临床表现为头面、四肢水肿,皮肤绷紧明亮,口干口苦,尿常规检查有蛋白尿、血尿,舌质红,苔黄或黄腻,脉数或滑数。

2. 急肾汗利汤

组成:炙麻黄10g,紫苏叶15g,玉米须30g,连翘15g,桑白皮20g,泽泻10g,云苓20g。用法:同本节风热案二诊处方用法。功效:发汗解表,利水