



中医辨治肾病经验

聂莉芳

聂莉芳



聂莉芳 / 主编

中国医药科技出版社

聂莉芳

中医辨治肾病经验

主 编 聂莉芳

编 委 刘 涛 邵 鑫 姚木铭



中国医药科技出版社

图书在版编目(CIP)数

聂莉芳中医辨治肾病经验/聂莉芳主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2018.1

ISBN 978-7-5067-9904-1

I. ①聂… II. ①聂… III. ①肾病(中医)-临床医学-经验-中国-现代 IV. R256.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第013184号

美术编辑 陈君杞

版式设计 张 璐

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010-62227 427 邮购: 010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 710×1000mm¹/₁₆

印张 14¹/₂

字数 245 千字

版次 2018 年 1 月第 1 版

印次 2018 年 1 月第 1 次印刷

印刷 三河市百盛印装有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-9904-1

定价 38.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换



根据近年来国内数个地区普通人群的慢性肾脏病的流行病学调查结果，其发病率为10%~13%。国际肾脏病协会曾统计，慢性肾衰竭在自然人群的发病率为98~198人/百万人口。据有关国家统计，慢性肾衰竭的5年生存率为70%~85%，10年生存率为35%~45%，因而慢性肾脏病在我国为常见病，且后期肾衰竭需要进行肾脏替代治疗，给患者和社会带来沉重的经济负担。

笔者通过数十年运用中医辨证论治为主治疗慢性肾脏病的临床实践，证实中医药有一定的优势及确切的疗效，不仅能减轻及消除患者的症状，同时能不同程度地改善患者的相关理化指标，如血尿、蛋白尿、血肌酐等，深受广大患者的欢迎。

数十年来两类肾脏病患者来我处求治于中医，一类患者是得病后惧怕服用激素等西药；另一类患者是服用了激素及免疫抑制剂等西药后副作用大，且疗效不理想，部分患者即使激素治疗有效然而难以撤停。基于广大患者的临床需求，我总结了自己近50年来中医治疗多种肾脏病的经验，并创制了系列经验方，取得了较好的疗效，于2016年年底出版了《聂莉芳肾病验案精选》。

中医学临床辨证论治的特色是强调“理、法、方、药”的一致性，即“法随证立，方从法出”。所以本书主要从肾脏病常见的临床表现、常见中医证候、常用中医治法、常见肾脏病的中医辨治经验、常用方剂及药物、调养要点及医论八个方面，系统地介绍笔者治疗多种肾脏疾病的经验。

希望本书能对中医临床工作者治疗慢性肾脏病有所帮助与借鉴。同时也对广大肾病患者了解相关的中医知识及如何配合生活调养有所裨益。

聂莉芳

2017年6月6日

中国中医科学院西苑医院



第一篇 肾脏病常见的临床表现	1
一、尿量减少	1
二、夜尿	1
三、尿频、尿急、尿涩痛	2
四、血尿	2
五、蛋白尿	3
六、水肿	3
七、腰痛	4
八、皮肤紫癜	4
九、肾性高血压	5
十、恶心、呕吐	5
十一、口中有尿味	6
十二、皮肤瘙痒	6
十三、面色萎黄，唇、甲苍白无华	7
十四、出血倾向	7
十五、抽搐	7
十六、大便干结	7
十七、尿毒症性心包炎	8
十八、胸闷憋气	8
十九、乏力	8
二十、咽喉肿痛	9
二十一、库欣综合征	9
第二篇 慢性肾脏病常见的中医证候	10
一、肝肾阴虚，血不归经	10
二、肝肾阴虚，肝阳上亢证	10
三、阴虚血热证	11
四、阴虚毒热证	11
五、肺肾阴虚证	11



六、肾阴虚证	11
七、气阴两虚证	11
八、气阴两虚，兼夹湿热证	11
九、气阴两虚，兼挟水停证	12
十、肺脾气虚证	12
十一、脾肾气虚，血不归经证	12
十二、阴虚水停证	12
十三、脾胃不和，水湿内停证	12
十四、阳虚水停证	12
十五、肺气不宣水停证	12
十六、血瘀水停证	13
十七、水湿上凌心肺证	13
十八、寒湿中阻证	13
十九、湿热中阻证	13
二十、下焦（膀胱）湿热证	13
二十一、肺卫风热证	13
二十二、毒热迫血妄行证	14
二十三、瘀血阻络证	14

第三篇 肾脏病的常用中医治法..... 15

一、补法	15
二、发汗解表法	16
三、解毒利咽法	16
四、利水退肿法	17
五、通淋法	18
六、调理脾胃法	18
七、通腑泄浊法	19
八、止血法	20
九、活血化瘀法	21
十、摄精法	21

第四篇 常见肾脏病的中医辨治经验..... 22

第一节 急性肾炎	22
----------------	----



第二节	慢性肾炎	25
第三节	隐匿性肾炎	27
第四节	原发性肾病综合征	31
第五节	慢性肾衰竭	37
第六节	IgA 肾病	43
第七节	狼疮性肾炎	48
第八节	乙型肝炎病毒相关肾炎	51
第九节	紫癜性肾炎	54
第十节	糖尿病肾病	58
第十一节	成人型多囊肾	63
第十二节	痛风肾	67
第十三节	尿路感染	70
第十四节	尿路结石	74
第五篇	常用方剂及运用经验	77
一、	聂莉芳经验方	77
二、	补益剂	100
三、	调理脾胃剂	113
四、	利水渗湿剂	124
五、	解表剂	128
六、	其他方剂	131
第六篇	常用药物及运用经验	142
一、	补益药	142
二、	调理脾胃药	162
三、	涩精药	167
四、	凉血止血药	170
五、	利水渗湿药	177
六、	清热利咽与解表药	183
七、	活血化瘀药	191
八、	其他中药	195



第七篇 肾脏病患者的调养要点	203
第一节 情志调养	203
第二节 饮食调养	205
第三节 其他生活调养要点	208
第八篇 医论	214
一、不主张大剂量使用黄芪	214
二、不同意将 IgA 肾病的中医病名定为“肾风”	214
三、治疗慢性肾脏病应慎用雷公藤	215
四、不主张用祛风类中药治疗慢性肾脏病	215
五、治疗慢性肾脏病应慎用附子	215
六、中医药治疗血尿有优势	216
七、不应滥用降压药	219
附录	220
一、聂莉芳已出版的肾病著作	220
二、聂莉芳曾主讲的电视讲座	220



第一篇 肾脏病常见的临床表现

一、尿量减少

正常成人每日尿量约为 1500ml。尿量减少是指 24 小时尿量少于 400ml。若全日尿量少于 100ml 者，西医学称为无尿或尿闭。一般情况下尿量减少会伴发水肿。因肾脏病的因素导致少尿或无尿多见于以下几种情况：

1. 肾前性因素 如心力衰竭、休克、脱水、重症肝病等。

2. 肾脏因素

(1) 如急性肾炎、慢性肾炎、肾衰竭均由于肾脏疾病导致肾小球滤过率及肾小球滤过面积下降而致尿量减少。

(2) 肾病综合征患者由于大量蛋白尿导致低蛋白血症，引起血浆胶体渗透压下降，水分从血管进入组织间隙，则有效循环血容量不足继致尿量减少。

中医学认为水液代谢与肺、脾、肾、膀胱、三焦诸脏腑均密切相关。“肺为水之上源”“脾主运化水湿”“肾主水”“膀胱为州都之官”“三焦为水道”。再者水液代谢的运行与气血亦有关系，“气行则水行”“血不利则为水”。因此尿量减少与水肿，其中医病机与上述脏腑功能失调相关。

虽然利尿药与输注白蛋白对肾脏病患者尿少水肿有一定的效果，然而部分患者无效，且有电解质紊乱的副作用。笔者在临床上根据患者水肿尿少的中医病机，运用中药配合食疗，能达到利尿消肿的效果，因此，认为中医治疗水肿的方法没有过时。

二、夜尿

正常情况下白天尿量应大于夜间尿量，正常人夜间从晚上 6 时至次日晨 6 时，排出的尿总量应少于全天总量的 1/2（白天与夜间尿量比例约为 2:1）。若夜间尿量超过全天的一半，且夜尿次数增多，尤其下半夜仍需起床排尿者则称为夜尿多。西医学认为当肾功能不全时，肾小管功能损害，浓缩尿液的能力减退，重吸收水分减少，致使夜间尿量增多，一般超过 750ml。值得注意的是，



夜尿强调的是夜间排尿总量，而不是夜间排尿次数。所以发现自己夜尿量明显增加时，应该检查血肌酐是否正常。

正常人由于在睡前饮水较多，可出现夜尿量增加。再者因睡眠较差频繁如厕，可出现夜尿次数增加。上述两种情况均属于生理性范畴。

中医学认为夜尿多属于肾气不足，气化无权，关门失司。

三、尿频、尿急、尿涩痛

尿频是指排尿次数增多，频繁排尿。尿急是指憋不住尿，尿意一来即需排尿。尿涩痛是指排尿不畅且有疼痛感。

西医学将尿频、尿急、尿痛通称为尿路刺激征。其为慢性尿路感染及尿道综合征的主要临床表现。

对于“尿频、尿急、尿涩痛”的症状，中医病名称为“淋证”，取其“小便淋漓涩痛”之意。不是现代医学所称的“淋病”，切不可混为一谈。

关于“淋证”的分类，据中医文献所载有“五淋”“七淋”“八淋”三种分类方法。笔者认为《诸病源候论》的“七淋”说较为全面且实用价值高。这“七淋”指的是气淋、血淋、膏淋、石淋、劳淋、寒淋、热淋七种。

淋证的中医病机有实证和虚证之分。一般发病急骤，病程短者属于实证；若病程迁延缠绵则多为虚证或虚中夹实证。实证者多因膀胱湿热壅盛；虚证多见于肝肾阴虚与气阴两虚。

四、血尿

血尿是西医学的名词。正常人尿沉渣镜检每高倍视野红细胞 <3 个。若尿沉渣每高倍视野红细胞 >3 个则为血尿。血尿可分为镜下血尿和肉眼血尿。镜下血尿是指肉眼观察不到，仅在光学显微镜下发现红细胞数目增多，故称为镜下血尿。镜下血尿容易被患者忽视，多在常规体检时才发现。肉眼血尿是指能够被肉眼观察到，此时1L尿液中出血量超过了1ml。随出血量多少的不同，小便呈淡红色、鲜红色或茶褐色。

通过尿液红细胞形态学检查，可以了解到血尿是属于肾小球性血尿还是非肾小球性血尿。肾小球性血尿是指红细胞从肾小球漏出，呈现较多的变形性红细胞，此见于多种肾脏疾病如IgA肾病等。非肾小球性血尿是指红细胞不是来自于肾小球，红细胞基本不变形，常见于尿路结石及尿路感染等多种原因导致的尿路损伤性出血。

血尿属于中医学“尿血”和“血淋”的范畴。中医学的“尿血”是指小便



中混有血液或伴有血块夹杂而下，尿时没有疼痛的感觉。“血淋”的临床表现特点为小便短涩，滴沥刺痛，欲出未尽，小便拘急，或痛引腰腹，小便红赤或夹有血块。所以中医学通常以血尿不伴疼痛为尿血；以血尿伴有疼痛者为血淋。

血尿和血淋的中医病机有虚实之分，实证主要为膀胱有热，热伤血络。正如《素问·气厥论篇》所说：“胞移热于膀胱，则癃、溺血。”，《金匱要略·五脏风寒积聚病》篇：“热在下焦者，则尿血，亦令淋闭不通。”血尿的虚证与脾肾虚弱统血固精失职，血不归经密切相关。血淋的虚证常兼夹邪实，多见于脾肾虚弱兼夹湿热。实证多急性起病，虚证多病程缠绵。

五、蛋白尿

蛋白尿是西医学的名词，是多种肾脏疾病的最常见临床表现。正常人24小时尿蛋白定量应 $<0.3\text{g}$ 。蛋白尿的检查有定性和定量之分，24小时尿蛋白定量的检查尤为重要和精确。肾脏病患者应每月检查1次24小时尿蛋白定量。24小时尿蛋白定量 $<1.0\text{g}$ 为轻度蛋白尿，24小时尿蛋白定量 $>3.5\text{g}$ 为大量蛋白尿，24小时尿蛋白定量为 $1.0\sim 3.5\text{g}$ 为中度蛋白尿。蛋白尿患者常伴发水肿，许多患者是因为出现水肿后而检查出蛋白尿。因而对于没有水肿的患者容易忽视蛋白尿的检查，所以平时或体检时应注意检查尿液。这样对早期发现和治疗肾脏病十分重要。

虽然中医古典医籍中没有蛋白尿的名词，但是蛋白质为人体精微物质不应外泄，中医理论认为“脾主升清”“肾主藏精”是指人体的精微物质与脾、肾的统摄功能有关。因而蛋白尿的中医病机是由于脾肾虚损，升清固精无权所致，所以蛋白尿的中医病名为“虚损”。

六、水肿

水肿是肾脏病中常见的症状，是由于体内水液运行失常而潴留所致，外溢肌肤则引起头面、眼睑、四肢水肿，内聚于胸腹则出现胸腔积液、腹水，甚至出现全身水肿。水肿有轻、中、重度之分。

肾性水肿分肾病型水肿与肾炎型水肿两类。临床上如果只将水肿确定为肾性水肿是不够的，还应进一步确定是肾病型水肿还是肾炎型水肿。肾病型水肿的相关指标主要有24小时尿蛋白定量应 $\geq 3.5\text{g}$ ，以及血浆白蛋白 $<30\text{g/L}$ 。非肾病型水肿的肾性水肿即为肾炎型水肿。

水肿是中医学的病证名，在《内经》中称为“水病”。《金匱要略》称为“水气病”。《丹溪心法》将其证候分为“阴水”“阳水”。后人一般称“水肿”或“浮



肿”。其病因不外乎内因和外因两个方面：外因多为风寒、风热、湿邪或皮肤疮毒等；内因多为饮食劳倦、房劳过度或素体虚弱等致正气亏虚。中医病机为肺失宣发肃降、脾失运化输布、肾失温化开合、三焦失于通调；与此同时气、血、水三者的协调关系亦紊乱，以致水液代谢障碍，继之水湿停聚体内及四肢胸腹而发为水肿。

七、腰痛

腰痛是患者自觉腰部酸痛或胀痛，可为单侧性或双侧性，多持续存在，可见于多种疾病。腰痛是慢性肾脏病的常见症状，多为酸痛或钝痛，主要是由于肾实质的病变，使肾包膜的张力增高，牵扯感觉神经末梢所致。肾脏有了病变不一定都引起腰痛，甚至部分严重的肾脏病变也没有明显腰痛的症状。因而腰痛虽然是肾脏病的一个常见症状，但不是必见症状。

泌尿系结石患者，严重时表现为肾绞痛，多呈阵发性、疼痛如刀割，部位多在腰腹或腹部，且常放射至下腹部、腹股沟、大腿内侧等。

中医学认为“腰为肾之府”，说明腰痛与中医学肾的关系非常密切。肾虚无以濡养筋脉则腰部常酸软而痛。其中又可分为肾阴虚、肾阳虚以及肾气阴两虚诸证型，临床观察到腰痛以肾气阴两虚型最为多见。另外，因感受寒湿、感受湿热或气滞血瘀，经脉受阻，气血运行不畅，亦可发生腰痛。

八、皮肤紫癜

皮肤紫癜是紫癜性肾炎的必见症状，可发生在肾损害之前或者之后。紫癜为出血性斑点，稍高于皮肤，可有痒感，出现的部位多在四肢远端、臀部及下腹部，呈对称性分布，一般1~2周后渐渐消退，常可分批出现。

紫癜性肾炎的发病以儿童及青少年居多，男性多于女性，好发于寒冷季节。紫癜性肾炎的临床表现主要有肾外表现和肾受累表现。肾外表现以皮肤紫癜、关节疼痛、腹痛为其特点。约2/3的患者可伴发关节肿痛，多发生在踝关节，偶发生在腕和手指关节。约1/4的患者可伴发腹部绞痛、腹泻，腹痛常位于脐周、腹下区及全腹部。甚至还可出现呕血、黑便等胃肠道出血症状。肾受累表现有血尿、蛋白尿，部分患者可出现肾病综合征和肾功能不全。

中医学并无紫癜性肾炎的名词，但从该病的主要临床表现来看，可从“斑疹”“肌衄”“葡萄疫”等。所谓“肌衄”，正如《张氏医通》所说：“血从毛孔出者为肌衄”；所谓“葡萄疫”，正如《外科正宗》所云“葡萄疫，其患多见于小儿，感受四时不正之气，郁于皮肤不散，结成大小青紫斑点，色弱葡萄，发



在遍身头面。”

中医学认为出血证是由于各种原因而导致血液不循脉道而离经妄行。“肺主皮毛”，紫癜性肾炎初起发病时，起病急骤，因于风热壅肺，血热妄行，发于皮毛，是为实证。久病多虚，责之脾肾虚损，统摄无权，血溢脉外，泛于肌肤；亦有因肝肾阴虚，虚热内生，伤及血络者。

九、肾性高血压

肾性高血压是因肾脏疾病而引起的高血压，是最常见的继发性高血压之一，占成人高血压的5%~10%，其主要临床表现为头晕、头痛、头重等，部分人群无明显症状。肾性高血压又可细分为肾血管性高血压及肾实质性高血压，肾血管性高血压是因肾动脉狭窄导致的肾缺血而引起的。肾实质性高血压是因单侧或双侧肾实质疾病所引起的。

肾性高血压与肾功能状态有关，随着肾功能的减退，患者伴有高血压的比例也随之增加，肾衰竭后期80%以上患者伴有不同程度的高血压。

肾性高血压因常见头目眩晕的症状，所以中医病症名可归属于“眩晕”范畴。其中医病机多与肝肾阴虚，肝阳上亢及痰浊内阻，清阳不升有关。正如《灵枢·海论》云：“髓海不足，则脑转耳鸣”，《素问·至真要大论》所论：“诸风掉眩，皆属于肝”。再者慢性肾衰竭患者因下关而浊阴不降，人体气机升降相因，浊阴不降则清阳不升，清阳之气不能上荣头目亦可见头目眩晕，正如《灵枢·口问》所论：“故上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩”。

十、恶心、呕吐

恶心、呕吐是消化功能失调的表现，也是肾病综合征患者及肾衰竭患者的常见症状。

1. 肾病综合征的患者由于从尿中丢失大量蛋白，以致低蛋白血症，继之患者出现肢体水肿及胃肠道水肿。由于水湿内阻于肠胃，导致消化功能失调，而现恶心、呕吐或腹泻。

中医学认为“脾主运化水湿”，但反过来水湿内停也能困阻脾土。以致胃失和降，脾不升清，从而出现恶心、呕吐或腹泻的症状。

2. 慢性肾衰竭的患者由于尿素在胃肠道被细菌的尿素酶分解为氨后，刺激胃肠道黏膜产生炎症或溃疡；再者尿毒症毒素特别是中分子物质影响胃肠道细胞代谢，导致细胞水肿消化道功能失调；同时也影响到胃泌素的排泄和失活，



形成高胃泌素低胃酸的情况等因素，均可导致消化功能失调，从而患者出现恶心、呕吐等症状。

为什么慢性肾衰竭患者晨起时恶心、呕吐症状加重？这是因为肾衰竭时尿的浓缩功能减退，以致患者夜尿量多，水分在夜间大量丢失而使血液浓缩，晨起血肌酐值相对升高故症状加重。同时消化系统症状的轻重，与肾功能毁损的程度及血肌酐数值的高低呈正相关性。

中医学认为这是关格病的“上格”现象，其中医病机是由于肾气衰惫，气化无权，二便失司，遂致浊邪内停，上干脾胃，胃失和降。再结合患者有肾性贫血、血肌酐升高等指标判断是慢性肾衰竭。

十一、口中有尿味

慢性肾衰竭患者常觉口腔里有一种异味，如“氨味”“尿味”“化肥味”“臭味”等。而且口中异味的程度与血肌酐值的高低有一定相关性。

为什么口中有异味？是因为患者肾衰竭时体内的毒素，如尿素氮等不能正常从尿中排出，遂蓄积于体内。而肠道中细菌的尿素酶将尿素氮分解为氨，刺激胃肠道黏膜，故从口腔散发出一种异臭味，俗称“尿味”。

中医学认为“肾主气化”，能使“浊阴出下窍”，即人体的糟粕废物从大小便排出。倘若肾气衰惫，气化无权，浊阴则逆而上行，故出现口中有尿味。

十二、皮肤瘙痒

慢性肾衰竭患者常有皮肤瘙痒的症状，甚者瘙痒难忍，烦躁不安，影响睡眠。其原因如下：

1. 氮质代谢产物潴留对皮肤的刺激，以及皮脂腺及汗腺萎缩致使皮肤干燥而引起的瘙痒。
2. 由尿毒症神经病变引起的瘙痒，属于神经性皮肤瘙痒症。这种皮肤瘙痒经透析治疗无效。
3. 与甲状旁腺功能亢进有关。

“痒”可归属于中医学“风病”范畴。《素问·至真要大论》云：“诸风掉眩，皆属于肝”，认为与肝风内动有关。笔者认为该症当为血虚风燥所致。慢性肾衰竭病程迁延，久则耗伤精血，或瘀血内结，而新血又化生障碍。津枯血少，肌肤失于濡养，血燥而生风，故见皮肤干燥或肌肤甲错。



十三、面色萎黄，唇、甲苍白无华

面色萎黄，唇、甲苍白无华是肾性贫血的表现。肾性贫血与肾实质损害致促红细胞生成素减少、血中尿毒症毒素缩短红细胞寿命及各种出血倾向引起血液丢失等综合因素有关。而且贫血的轻重与患者的肾功能损害程度呈正相关性。

中医学认为面色萎黄，唇、甲苍白无华是血虚的表现。其中医病机与肾虚导致血虚，以及肾衰竭时患者呕恶、纳呆致使脾胃化生气血不足等密切相关。

十四、出血倾向

尿毒症患者临床上有鼻、牙龈、胃肠道等出血，皮肤瘀斑，以及妇女月经过多等症状，西医学称之为“出血倾向”。此时检查患者的血小板数一般正常，然而其凝血时间却明显延长。这是因为尿毒症毒素对造血系统的严重损害，血小板数量虽然不少，但凝血功能出现了障碍，其黏附性和凝聚性却降低，加之毛细血管脆性增加。

上述出血倾向可归属于中医学“出血证”的范畴。其中医病机主要与久病致脾肾衰败，脾不统血，肾失封藏，血液离经妄行有关。

十五、抽搐

抽搐是尿毒症患者的临床表现之一，严重时可引起呼吸、心跳骤停。尿毒症患者出现抽搐主要与低钙血症有关。生理状态下在肾脏合成的1,25-二羟胆骨化醇主要增加肠道对钙的吸收。肾衰竭时其合成减少，以致肠道对钙的吸收降低，从而形成低钙血症。由于血钙降低，神经肌肉的兴奋性增加，因而出现抽搐。

《素问·至真要大论》曰：“诸风掉眩，皆属于肝”，中医学将动摇不定的症状，如抽搐、眩晕等取类比为“风”，“风”有外风和内风之分。尿毒症的抽搐属于“内风”的范畴，其中医病机为肝肾阴虚，虚风内动。

十六、大便干结

尿毒症患者大便干结的情况较为常见，有的甚至大便数日不下，随之恶心、呕吐、口中尿味加重。

体内的氮质代谢产物75%从尿中排泄，25%从大便中排泄。尿毒症时氮质代谢产物从尿中排泄障碍，倘若大便干结，那么从肠道排泄氮质代谢产物这一途径也被阻塞，氮质代谢产物蓄积体内增加，因而恶心、呕吐及口中尿味加重。

鉴于此，尿毒症患者要保持大便通畅，使氮质代谢产物得以从肠道排出，



随之诸症才能有所减轻。一般尿毒症患者大便以1日2次为宜。

中医学认为“六腑以通为用”，大便干结主要是大肠传导失职。慢性肾衰竭患者的大便干结，其中医病机与气虚推动无权及血虚津枯肠燥密切相关。

十七、尿毒症性心包炎

尿毒症性心包炎在慢性肾衰竭患者的发生率为40%~50%。心包炎的发生机制与代谢产物刺激心包膜相关。患者的临床症状为胸憋气短，30%~60%患者有胸痛，多数伴有低热。检查时可听到广泛粗糙的心包摩擦音。可做胸部X线检查和超声波检查协助诊断。

尿毒症性心包炎其中医病机为水凌心肺，胸阳闭阻。20世纪80年代中期笔者曾救治一例女性尿毒症性心包炎患者，运用生脉饮、苓桂术甘汤、葶苈大枣泻肺汤合方化裁，取得了明显效果。

十八、胸闷憋气

胸闷憋气是尿毒症晚期的一个常见症状，患者非常痛苦，夜间不能平卧，憋气加重，有时吸氧也无济于事，它是预后不良的重要征兆。一般尿毒症患者有如下几种情况可以引起胸闷憋气。

1. 严重贫血时血红蛋白可降至30~40g/L，由于携氧不足，患者胸闷憋气，输血后胸闷憋气可以明显改善。

2. 尿毒症心包炎时，尤其是出现心包填塞时，胸闷憋气加重，夜间根本不能平卧，透析后心包炎可以消失。

3. 尿毒症患者肺部感染时，一方面肺通气功能受限，另一方面可诱发心力衰竭，这两方面因素的综合作用可致胸闷憋气。患者的感染可从血象、体温、上呼吸道症状、X线胸片等方面查知。积极抗感染后，胸闷憋气可明显改善。

4. 尿毒症患者出现心力衰竭，尤其是急性左心衰竭时，胸闷憋气急性发作且程度较重。常见的诱发因素是肺部感染，另外输液过快过多也可诱发，因而针对有关因素积极处理，并配合强心措施，胸闷憋气可得以缓解。

上述的几方面因素有时并非单独出现，而是几种因素综合作用，当细心分辨。

胸闷憋气的中医病机与气血俱虚，胸阳闭阻，气虚血瘀，痰浊壅塞等密切相关。

十九、乏力

乏力是患者自觉肢体疲乏无力，程度有轻、中、重之分。是多种肾脏疾病



患者的常见主诉。尤其是糖尿病肾病及慢性肾衰竭患者更为常见。

《素问·通评虚实论》说：“精气夺则虚”。中医学认为乏力是气虚的表现，慢性肾脏病患者出现的乏力，其中医病机以肺、脾、肾气虚为主。肺气虚卫外不固则易感冒，脾气虚则神疲乏力而纳少，肾气虚则腰膝失养而腰膝酸软。

二十、咽喉肿痛

咽喉肿痛即咽喉部红肿热痛，部分患者常有扁桃体炎。咽喉部的炎症是肾脏疾病的诱发及加重因素，必须重视及积极治疗。

咽喉是肺、胃的门户，肾、心、脾、肝诸经络与之相连。其中医病机多见于风热表证，肺胃毒邪壅塞，以及肝肾阴虚，虚火上炎。虽然西医的抗生素对控制咽喉肿痛有一定的效果，然而中医的解毒利咽法也能显示较好的疗效。对于慢性肾脏病患者平素易发咽喉肿痛者，笔者常在辨证处方中加入利咽解毒之品，这对于预防感冒，减少诱发有一定的作用。这也是中医治未病的特色。

二十一、库欣综合征

库欣综合征的主要表现为满月脸、痤疮、面色潮红、向心性肥胖等。肾病综合征患者大量激素使用后常出现库欣综合征，属于激素的副作用。

可从几个方面来辨别库欣综合征：

1. 向心性肥胖，呈现出向心性肥胖，即躯干肥而四肢瘦；
2. 满月脸，面如满月，且红润多脂；
3. 水牛背，背部是“水牛背”模样，腹部悬垂。

另外还有糖代谢障碍，表现为高血糖；心血管病变，表现为高血压；神经精神障碍：病人易出现不同程度的激动，烦躁，失眠，抑郁，妄想等神经精神的改变。

国内多数学者认为库欣综合征的中医病机为肝肾阴虚，肝阳上亢。