

邵朝弟运用归脾汤治疗肾病验案举隅

巴元明¹ 万君²

(1.湖北省中医院,湖北武汉 430061; 2.湖北中医药大学,湖北武汉 430061)

关键词 肾疾病 归脾汤 验案 名医经验

中图分类号 R277.520.93

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)02-0051-03

邵朝弟教授为湖北省中医院肾内科教授、主任医师,著名的中医肾脏病专家,全国名老中医,国家中医药管理局重点学科学术带头人。邵老勤耕杏林近 50 载,不断进行理论探索和临床实践,既继承经旨,又善于临床发挥,不拘泥于古,在历代医家治疗肾病的基础上结合自身长期的临床实践与研究,形成了独到的临床经验与学术思想,尤其擅用归脾汤治疗肾病。

归脾汤源于宋代严用和《济生方》^[1],方由人参、白术、黄芪、茯苓、酸枣仁、木香、龙眼肉、甘草等 8 味药组成,主治“思虑过度,劳伤心脾,健忘怔忡”。明代薛立斋《校注妇人良方》,在原方中增加了当归、远志两味药物,沿用至今^[2],现人参多以党参代替。方中以黄芪、党参、白术、甘草之甘温补脾益气;以酸枣仁、茯苓、远志宁心安神,龙眼肉、当归补血养心安神;用木香行气舒脾,使补气血之药补而不滞,更能发挥其补益之功。该方为心脾同治之方,重点在治脾;气血并补,重点补气,气为血之帅,气旺则血生。全方刚柔相济,佐使合宜,平正稳妥,不仅是中医药经典名方,也是临床补益剂的代表方,很受后世医家推崇,在临床各科中被广泛应用,疗效显著。现将邵教授运用归脾汤治疗肾病验案 4 则介绍如下,以飨同道。

1 慢性肾炎

顾某,女,36 岁。2015 年 9 月 23 日初诊。

主诉:反复尿血 2 年。患者 2 年前因感冒、咽痛后出现血尿,于外院就诊,诊断为“IgA 肾病”,予以对症治疗,感冒症状好转,仍有血尿。其后多处就诊,疗效不佳,血尿反复发作。刻诊:神疲乏力,纳差,夜尿 3 次,大便尚可,舌淡红、苔白,脉沉细。尿

检:尿隐血+++ ,尿蛋白+,红细胞 77.2 个/ μL 。西医诊断:慢性肾炎。中医诊断:尿血。辨证属脾肾亏虚、气不摄血。治宜健脾补肾、益气摄血。方用归脾汤加减。处方:

党参 15g,黄芪 30g,白术 10g,茯苓 15g,酸枣仁 15g,当归 10g,木香 10g,生地炭 15g,山药 15g,枣皮 15g。7 剂。常法煎服。

10 月 16 日二诊:患者诉服药后,精神体力明显好转,夜尿 1~2 次,纳食一般,舌淡红、苔薄白,脉细。尿检:尿隐血++。中药守上方加地榆炭 10g、槐角炭 10g、小蓟 15g、蒲黄炭 10g。14 剂。

11 月 2 日三诊:患者未诉特殊不适,舌淡红、苔薄白,脉细。尿检:尿隐血+-。中药守上方继续服用 14 剂。后继以上方加减治疗 2 月余,尿检均阴性。

按:《类证治裁》云:“诸血皆统于脾。”全身脏腑之气血需通过脾胃之升清降浊功能斡旋于其中,人之气血方行其道,久病中气不足,无力固涩血之运行,血不循经,顺势而下,发为尿血。故本案中以归脾汤健脾益气摄血为主方,加用山药、枣皮健脾补肾,后天养先天,先后天并补,使脾之统血、肾之封藏固涩之功更好地发挥作用。久病气虚血瘀,郁而化热,阴阳气血失调,故二诊时在扶正固本的基础上加用地榆炭、槐角炭、小蓟、蒲黄炭凉血活血止血,扶正与祛邪兼顾,寓攻于补中。

2 肾病综合征

杜某,男,30 岁。2015 年 1 月 7 日初诊。

主诉:发现蛋白尿近 15 年。患者 2000 年无明显诱因出现小便多泡沫,查尿蛋白+++ ,于外院诊断为“肾病综合征”,予以激素治疗约 1 年,其后尿检

基金项目:湖北省医学领军人才培养工程专项经费资助项目(鄂卫生计生发[2013]4 号)

转阴,激素逐渐减量至停药。2014年患者不慎受凉后,肾病综合征复发,查尿蛋白++,对症治疗后未见明显缓解,其后尿蛋白波动在+至++,现为求系统诊治,遂来就诊。刻诊:全身乏力,易疲劳,手足心多汗,腰部酸软,双下肢无水肿,纳食可,小便有泡沫,大便质稀,舌淡红、苔白、边有齿痕,脉细。尿检:尿蛋白+。西医诊断:肾病综合征。中医诊断:尿浊。辨证属脾肾亏虚,治宜健脾益气、补肾固精。方用归脾汤加减。处方:

党参 15g,黄芪 30g,白术 10g,茯苓 15g,酸枣仁 15g,当归 10g,木香 10g,浮小麦 15g。7剂。常法煎服。

1月14日二诊:患者诉仍易汗出、倦怠乏力、腰酸,但较前稍减轻,余无特殊不适,舌淡红、苔白,脉细。尿检:尿蛋白+。中药守上方加金樱子 15g、芡实 20g。14剂。

1月28日三诊:患者诉前症均减轻,舌淡红、苔薄白,脉细。尿检:尿蛋白+-。中药守上方继续服用14剂。后继以上方加减治疗2月余,尿检均阴性。

按:邵师指出,尿浊一证,多为脾肾亏损所致。肾为先天之本,脾为后天之本,两者相辅相成,共同完成精微物质的生化及封藏。脾虚不能升清,谷气下流,精微下注;肾虚封藏失司,肾气失固,精微下泄则形成蛋白尿。故本案中以归脾汤健脾益气、补肾固精为主方,初诊加用浮小麦补虚止汗,二诊中加用金樱子、芡实益肾健脾,收敛固摄,治疗上遵循“先天生后天,后天养先天”的理论基础,重视调补脾肾以治本。患者经上方治疗后,其营养状况及精神状态逐渐恢复,免疫功能亦有不同程度的改善,且此类患者经长期中医健脾益气治疗,脾胃气旺,正气充足,偶有感冒发热亦不易复发。

3 糖尿病肾病

吴某,女,53岁。2010年7月20日初诊。

主诉:间断口干多饮8年、双下肢水肿伴乏力1年。患者2002年无明显诱因出现口干多饮,于外院查血糖升高,诊断为2型糖尿病,予以口服格列本脲、二甲双胍降糖治疗,血糖控制欠佳。2009年患者无明显诱因出现双下肢水肿伴乏力,查尿蛋白++,24h尿蛋白定量250mg,诊断为“糖尿病肾病”,对症治疗后未见明显缓解,其后双下肢水肿反复发作,尿蛋白波动在+至++,现为求系统诊治,遂来就诊。刻诊:双下肢水肿,全身乏力,面色萎黄,食欲欠佳,

小便有泡沫,大便质稀,舌淡红、苔薄白,脉细。尿检:尿蛋白++。西医诊断:糖尿病肾病。中医诊断:水肿。辨证属脾虚水停。治宜健脾益气、利水消肿。方用归脾汤加减。处方:

党参 15g,黄芪 30g,白术 10g,茯苓 15g,酸枣仁 15g,当归 10g,木香 10g,猪苓 15g,芡实 20g,车前子 10g。7剂。常法煎服。西药降糖、护肾排毒等基础治疗暂不变。

7月27日二诊:服药后患者诉双下肢水肿较前减轻,精神体力好转,余无特殊不适,舌淡红、苔白,脉细。尿检:尿蛋白+。中药守上方加金樱子 15g。14剂。

8月10日三诊:患者未诉特殊不适,舌淡红、苔薄白,脉细。尿检:尿蛋白+-。中药守上方继续服用14剂。其后定期复查,继以上方加减巩固治疗3个月,患者双下肢水肿未再发,尿检转阴。

按:糖尿病肾病是糖尿病最常见的慢性并发症,是与糖代谢异常有关的肾小球硬化性疾病,以蛋白尿、水肿、肾功能不全等为主要临床表现。《圣济总录》中说:“消渴病久,肾气受伤,肾主水,肾气虚衰,气化失常,开阖不利,能为水肿。”脾气亏虚,升降失司,则水津失布,以致水湿停滞体内,泛于肌表则见水肿;水为阴邪,易伤阳气,日久肾阳亏虚,脾失温养,则水湿壅盛而水肿更甚。故邵师认为糖尿病肾病根本病机和始动环节在于“脾虚”,且在疾病发展的各个时期无论有无脾虚,都应该积极健脾,使气血生化有源,以充养后天之本,才能达到脾肾同治、治病求本的目的,即《内经》中所谓“有者求之,无者求之”^[3]。故临证治疗应着眼于“从脾论治”,通过“补脾气”可以降低血糖,减轻高血糖引起的肾小球高滤过状态,降低尿蛋白^[4]。

4 慢性肾衰竭之肾性贫血

张某,男,60岁。2013年9月13日初诊。

主诉:发现血肌酐升高1年。患者1年前因心肌缺血于外院治疗,查血肌酐升高至154 $\mu\text{mol/L}$,诊断为“慢性肾脏病3期”。予以护肾排毒等治疗后疗效不佳。其后于多处服中药治疗,血肌酐逐渐上升,最高达218 $\mu\text{mol/L}$ 。现为求系统诊治,遂来就诊。刻诊:全身乏力,易疲劳,偶有头晕,少气懒言,食欲下降,口唇色淡,腰部酸软,双下肢无水肿,大便质稀,舌淡红、苔薄,脉沉。尿检:尿蛋白++;肾功能:尿素氮17.7 mmol/L ,肌酐184 $\mu\text{mol/L}$;血常规:红细胞 $2.94 \times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白82 g/L 。西医诊断:(1)慢性肾脏病3

期;(2)肾性贫血。中医诊断:虚劳。辨证属脾肾亏虚。治宜健脾益气生血。方用归脾汤加减。处方:

党参 15g,黄芪 30g,白术 10g,茯苓 15g,酸枣仁 15g,当归 10g,木香 10g,萆薢 15g,怀牛膝 15g,制大黄 5g。7剂。常法煎服。

9月20日二诊:患者诉乏力、腰酸等症状减轻,夜眠欠佳,余无特殊不适,舌淡红、苔白,脉细。尿检:尿蛋白+。中药守上方加夜交藤 15g、合欢皮 15g。14剂。

10月4日三诊:患者诉上述诸证均明显好转,未诉特殊不适,舌淡红、苔薄白,脉细。尿检:尿蛋白+;肾功能:尿素氮 14.5mmol/L,肌酐 134 μ mol/L;血常规:红细胞 3.42 $\times 10^{12}$ /L,血红蛋白 92g/L。中药守上方继续服用 14剂。其后定期复查,继续服药巩固治疗半年,病情稳定并逐渐好转。

按:肾性贫血系慢性肾衰竭常见并发症之一,是构成慢性肾衰竭患者生命的重要威胁。《灵枢·决气》指出:“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血。”脾胃乃水谷之海,气血生化之源,而肾病日久,必会累及后天脾胃失职。中医学认为:肾主骨藏精,为先天之本;脾主运化水谷精微,为后天之本。脾需肾阳温煦,方可运化水谷,化生气血;肾精亦赖脾所运化之水谷精微予以滋养,故肾病血虚治当守此两脏。且自古有虚不受补之说,中药汤剂需要经脾胃吸收方可发挥作用,本案中以归脾汤健脾益气,气旺血生为主方,初诊加用萆薢、制大黄利湿祛浊降肌酐,怀牛膝补肝肾、强筋骨、活血通经,二诊加用夜交藤、合欢皮养血安神。诸药合用,以中医气血阴阳辨证施治,有目的地针对肾性贫血的诸多成因,进行调节阴阳、补肾健脾、养血滋阴、

祛邪扶正、攻补兼施等,从而达到治疗慢性肾衰竭所致肾性贫血之目的^[5]。

5 结语

“邪之所凑,其气必虚”、“肾常不足”,故本虚是肾脏病发病的基础,且肾病多由他脏病久不愈累及肾而来,久病必虚。《景岳全书·脾胃》曰:“水谷之海本赖先天为之主,而精血之海又赖后天为之资。故人之自生至老,凡先天之不足者,但得后天培养之力,则补天之功,亦可居其强半。”故邵师临床用药重视养“后天”以充“先天”,以归脾汤为主方,健脾以化生气血,先后天并补,从而保证肾气的充沛,使其闭藏之功更好地发挥作用,同时根据患者症状随症加减,所加药物必求精简,既能治疗兼症,又不与主方相悖,全方配伍严谨,疗效显著。

参考文献

- [1] 张颖颖.归脾汤出处探源[J].四川中医,2009,27(1):125.
- [2] 杨纯新.对归脾汤的再研究[J].中国医药科学,2012,2(17):95.
- [3] 纪璇,王耀光.从脾论治糖尿病肾病探讨[J].四川中医,2012,30(11):32.
- [4] 刘丽宁.健脾补肾化痰降浊法治疗糖尿病肾病机理探讨[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(7):14.
- [5] 姜桂芹,韩学忠.归脾汤加减治疗慢性肾衰竭贫血的临床体会[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(4):231.

第一作者:巴元明(1961—),男,教授,主任医师,博士研究生导师。从事中医药防治肾脏疾病研究。

通讯作者:万君,硕士研究生。465648563@qq.com

收稿日期:2015-11-24

编辑:傅如海

文末参考文献著录规则之文献类型和标识代码

根据国家标准 GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》中的文末参考文献著录格式,应在题名后注明“文献类型标识”,各类文献类型对应的标识代码如下:

普通图书:M;会议录:C;汇编:G;报纸:N;期刊:J;学位论文:D;报告:R;标准:S;专利:P;数据库:DB;计算机程序:CP;电子公告:EB;档案:A;舆图:CM;数据集:DS;其他:Z。

举例:

(普通图书) 黄亚博.新世纪江苏省中医药学科发展报告[M].南京:江苏科学技术出版社,2012:前言

(标准) 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:201.

(期刊) 谈勇,胡荣魁,夏桂成.国医大师调治复发性流产经验探赜[J].江苏中医药,2015,47(9):1.

(报纸) 周蔓仪.109项中医药团体标准发布[N].中国中医药报,2015-11-27(1).

(学位论文) 毕承明.肺癌证治规律文献研究[D].南京:南京中医药大学,2015.

更多参考文献著录规则及举例见本刊网站(www.jstem.cn)首页下载专区。