

严冰治疗慢性肾炎经验初探

王素芹 严晓枫

(淮安市中医院, 江苏淮安 223001)

指导: 严冰

摘要 严冰主任中医师认为慢性肾炎本于肾而根于脾, 夹瘀阻络是其必然的病机特点, 提出“治宗脾肾”的观点, 并将活血化瘀贯穿治疗始终。附验案 2 则以佐证。

关键词 名医经验 慢性肾炎 活血化瘀 夹瘀阻络 健脾益肾 脾肾亏虚 严冰

中图分类号 R277.523 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)06-0020-03

严冰主任中医师是江苏省名中医, 从事中医临床和兼职带教工作 50 余年, 学验俱丰, 对中医临床疑难病和难治病的诊治颇多经验。现将严老治疗慢性肾炎的经验探析于兹, 以飨同道。

1 慢性肾炎本于脾而根于肾, 夹瘀阻络是其必然

慢性肾炎临床以水肿、蛋白尿、血尿、高血压为主要表现, 属中医“水肿”“尿血”“肾风”范畴。对于慢性肾炎的病机, 中医认为多与肺、脾肾功能障碍有关。严老宗《诸病源候论》“水肿无不由脾虚所为, 脾肾虚则水妄行, 盈溢皮肤而周身肿满”的理论, 提出慢性肾炎的病机本于脾而根于肾。

脾主运化、肾主蒸化, 因此, 慢性肾炎以肾为本, 以脾为制的机理是关键所在。脾虚则运化无权, 肾虚则气化乏源, 三焦之气因而闭塞, 决渎之能自废, 水液升降出入之机不利而成水害, 说明脾肾功能的失调是水肿的主要内在因素, 内虚则不耐邪侵, 气化功能因而失职, 导致水因气闭, 气因水壅而成水肿。脾虚失运, 运化水湿之力不降, 水因气滞, 又加速了水肿的形成。根据脾肾亏虚的程度, 水肿有或轻或重或不明显之别。脾主升降清浊, 转输精微, 肾司二便, 主开合, 脾肾亏虚, 转输失职, 封藏失司, 人体精微物质下泄, 随尿排泄出, 故尿中泡沫增多, 尿检可现蛋白尿, 或兼见红细胞, 或管型等。严老认为, 慢性肾炎病本在脾, 其根在肾, 毋庸置疑^{[1]166}。严老还提出慢性肾炎夹瘀阻络是其必然, 中医理论认为离经之血即是瘀血, 慢性肾炎血尿或尿隐血是常见的临床见证之一, 皆系离经之血, 属中医学“瘀血”范畴。慢性肾炎脾气虚弱, 脾虚失其统摄, 可致气虚血瘀; 脾虚后天输布水谷精微失健, 中

焦不能取汁变化为血, 肾虚肾精不充, 而血不生, 血不足则血流不畅, 微循环障碍, 则出现血虚血瘀, 和中医学“久病必虚, 久病夹瘀”理论相一致, 为历代医家所共识^[2-3]。另外, 中医借助现代检测手段, 对尿隐血的检出也佐证了中医的这一瘀血理论。研究亦表明慢性肾炎自始至终存在血液流变学的改变, 存在不同程度的高凝状态^[4-5]。以上论述, 虽致病的途径有异, 然皆属瘀血一宗。凡此皆为严老提出的“慢性肾炎夹瘀阻络是其必然”的瘀血理论提供了依据。毒素与瘀相结, 胶着缠绵, 则当辨证施治, 夹阳上扰、高血压者, 应在治本活血中佐以潜降、燮理阴阳, 增强微循环; 如病情迁延日久, 或因误治、失治等原因, 患者出现无尿、呕恶、心慌、气喘等急危重症, 严老称之为慢性肾炎的“变证”, 当治不离宗, 法随证变, 不在此论。

2 慢性肾炎治宗脾肾, 活血化瘀贯穿始末

严老根据慢性肾炎本于肾而根于脾, 及夹瘀阻络是其必然的病机特点, 提出慢性肾炎治宗脾肾和活血化瘀贯穿始末的理论。慢性肾炎治疗抓住脾肾亏虚和瘀血阻络, 临床疗效较好。根据临床症状的特点严老将本病分为脾虚和肾虚两型^{[1]184}。严老说: 临床虽分两型, 一字之别, 有主次之分, 肾中寓脾, 脾中寓肾。脾虚的肾亦亏, 肾虚的脾亦虚, 两者相衡, 脾为重。两者在临床见证上虽有不同, 但有一点是共同的, 即用现代医学手段, 尿检都有不同程度的蛋白尿或尿隐血, 或红细胞或管型检出。在临床上脾虚型的主要表现: 面色萎黄苍白, 纳减, 便溏, 食后作胀, 神倦乏力欲睡, 或腰部酸痛, 或四肢不温, 或小便短少, 或见头面肢肿, 按之指印, 舌淡苔

基金项目: 江苏省中医药局课题(PY201511)

薄白滑、边有齿痕,脉沉细弱。治宜健脾益肾,活血化瘀。药选黄芪、党参、茯苓、山药、白术、葫芦巴、丹参、益母草、炙水蛭、仙鹤草、叶下珠、红花、紫珠草、泽泻、冬瓜皮、甘草等化裁。化裁法:气虚明显的重用黄芪;腹胀的加陈皮、砂仁;舌苔厚腻者加藿香、佩兰、苍术等;口苦黏腻者,加白花蛇舌草、藤梨根、黄柏等;有外感表现的加解表药物,急则治标,如荆芥、防风等;伴有腰酸怕冷的加附片、肉桂等;水肿者,加赤小豆、玉米须。

肾虚型的主要表现:面色不华,头昏重晦滞,腰膝酸软,畏寒肢冷,或身肿,或单见足胫水肿,或晨起眼睑浮肿,少尿或尿液反多,舌质淡胖苔薄白或少苔,脉沉细尺弱。治宜温肾健脾,活血化瘀。药选熟附片、肉桂、巴戟天、葫芦巴、淫羊藿、山萸肉、黄芪、党参、白术、山药、茯苓、丹参、地鳖虫、炙水蛭、仙鹤草、叶下珠、紫珠草、泽泻、土茯苓、赤芍、甘草等化裁。化裁法:伴心悸、气短者肉桂易桂枝,加紫石英;蛋白尿长期不消的加金樱子、芡实、诃子、莲子;阴虚阳亢见头昏头晕的加生地、夏枯草、枸杞子等;夹风、夹湿,易合并外感,药选荆、防、藿、佩之类;病情发展兼夹湿热者,治疗可佐清利湿热、化瘀泄浊之类,药选大黄、土茯苓、藤梨根之类,随证取用,则疗效较好。

3 病案举隅

案1.李某某,男,40岁。2013年9月10日初诊。

患者慢性肾炎反复发作10年,曾用激素治疗,1年多来服用黄葵胶囊治疗,平时查蛋白尿(+)~(++),BLD(—),肾功能正常。就诊时下肢微肿,面色萎黄无华,神疲乏力,脘腹胀满,纳谷不香,大便溏稀,间见腰膝酸疼。舌淡紫、苔薄边有齿痕,脉弦细。辨证属脾虚血瘀。治拟:健脾益气,活血化瘀。处方:

炙黄芪15g,党参15g,白术10g,茯苓15g,山药15g,陈皮10g,山萸肉10g,巴戟天10g,生地12g,芡实15g,泽泻12g,杜仲15g,土茯苓30g,丹参15g,红花10g,藤梨根20g,桂枝12g,甘草6g。5剂。水煎400mL,分早晚2次服用。

连服5剂后患者诉无不适。上方黄芪加量至30g,另加冬瓜皮15g、仙鹤草30g。是方又连服14剂,患者自觉症状减轻,渐而诸症次第消失。检查尿蛋白(+).后嘱患者门诊继诊,用上方加减治疗,蛋白尿(-)~(+),24h尿蛋白在1g以内。经上方治疗,共两月余,蛋白尿转阴。

案2.王某某,男,45岁。2014年4月5日初诊。

患者有慢性肾炎史2年,以蛋白尿、血尿为主,水肿不明显,2012年查尿常规:蛋白尿(+++),隐血

(++)。就诊时下肢微肿,腰腿酸疼,怕冷,周身无力,精神差,大便夹有完谷,尿频,纳谷一般,寐尚好。舌质淡、苔腻微黄,脉沉弦细尺弱。辨证属肾虚血瘀,摄纳无权,精微下泄。治拟:益肾固精,活血化瘀。处方:

熟附片10g,山萸肉15g,巴戟天15g,金樱子12g,山药30g,炙黄芪20g,党参15g,白术10g,茯苓15g,藤梨根20g,叶下珠15g,生地12g,杜仲10g,地鳖虫10g,丹参10g,苡仁15g,土茯苓30g,甘草5g。7剂。水煎400mL,分早晚2次服用。

7剂后患者来诊,查尿常规:蛋白尿(++),隐血(++).余无不适,舌质淡红、苔薄黄腻,脉沉弦细。上方加:藿佩各10g、泽兰10g、芡实15g、丹皮15g、仙鹤草30g、紫珠草15g。又服14剂,服药后舌苔转薄,精神转好,腰酸减轻,大便正常。后尿检尿蛋白(+)-~(++),继用上方加减,治疗3个月,诸症消失,未见反复,多次尿检:蛋白尿(+)-或(-),上方制小其剂,巩固用药,病情平稳。

4 体会

严老提出的慢性肾炎“治宗脾肾”的理论得到了中医学和现代医学相同的验证,无疑是正确的,而在处方用药方面又有独宗。严老将慢性肾炎分脾虚型和肾虚型论治。案1患者以肢体微肿,面色萎黄无华,乏力神疲、大便稀溏为主症,辨证属于脾虚型,治以健脾益气为主,配合活血化瘀。就脾虚型而言,有四味药必用,即黄芪、党参、山药、茯苓。这四味药合而补脾之气,升脾之阳,健脾渗湿,养血利水,其中黄芪、党参、山药三味皆入脾肺经,还能起到培土生金、增强肺气通调的功能,杜绝水汪成灾。而案2患者以下肢微肿,腰酸,怕冷无力,尿频为主症,辨证属于肾虚型,在肾虚型里,此四味药全盘搬来,一味不少,何也?因脾阳得健,则肾阳得复,先天全赖后天的呵护,故而用药更倾向于健脾,可谓用心良苦也。

从临床观察严老治慢性肾炎,活血化瘀贯穿始末。但对于活血化瘀药的应用,多有分寸,用药注意顾护气血,因久用活血之药易耗血伤阴,故治慢性肾炎,临床选择活血化瘀药,草本类宜少用,如桃仁、红花、刘寄奴等。严老说丹参例外,丹参微寒,活血化瘀,《本草纲目》谓其能“破宿血,生新血”。世有“丹参一味功胜四物”之语,虽不切,但亦有因,丹参苦非大苦,寒非大寒,入经心(包)肝,心主血,肝藏血,严老说临床观察,丹参活血不耗血,因非大苦,亦不燥血,故治慢性肾炎当先,不无道理。配用或单用血肉有情之品如地鳖虫、炙水蛭等,活血又不耗血,两相兼顾妙哉!

治慢性肾炎止血当防有留瘀之弊。严老每用仙鹤草,仙鹤草味苦涩,性平,收敛止血,解毒补虚,能止诸种出血,无论寒热虚实,皆可应用,尤其对慢性肾炎以虚为主的病证尤为合拍,既能收敛止血,又能补虚强体。《方剂学》中记载的常用量,煎服 6~12g,而严老常用量为每剂 30g,获效满意,未见停瘀之征,值得效法。

2 个案例在健脾益肾、活血化瘀的基础上,根据具体情况,灵活变通。患者久病脾肾气虚,一例侧重于脾,一例侧重于肾,但都夹有水湿之征,日久蕴湿成热。故方中均加用清利湿热之味,如藤梨根、土茯苓等。案 1 水湿之征较著,故兼用泽泻、冬瓜皮淡渗清利;案 2 湿热之征较著,故加大清利湿热力度,加用藿佩、丹皮、紫珠草等清热凉血化湿。补虚兼顾祛邪,故收效较好。

综上所述,严老对慢性肾炎的治疗紧抓一个“虚”字,强调一个“瘀”字,非常切合临床实际,选药配伍从细微处着眼,不失为中医临床家的独

有思维,真谓匠心良苦,匠心巧运,值得效法镜鉴。

参考文献

- [1] 严冰.严冰中医文集[M].北京:中医古籍出版社,2012.
- [2] 李建省,戴思来,孙红旭.试述慢性肾小球肾炎的证治规律[J].甘肃中医学院学报,2006,23(2):7.
- [3] 刘彩香,郭立中.周仲瑛教授从瘀热论治慢性肾炎经验[J].中国中西医结合肾病杂志,2008,9(2):98.
- [4] 朱辟疆,周逊,赵华.慢性肾小球疾病高凝血症的研究[J].浙江中西医结合杂志,2000,10(12):714.
- [5] 占永力,周静媛,霍保民,等.慢性肾炎辨证分型与凝血、纤溶的关系及其临床意义[J].贵阳中医学院学报,1993,15(1):61.

第一作者:王素芹(1976—),女,博士研究生,副主任医师,研究方向为慢性肾衰竭的中西医结合治疗。627969717@qq.com

收稿日期:2016-11-24

编辑:傅如海

(上接第 19 页)

按语:本例患者为肺癌脑转移,肺癌病灶经手术切除,但脑转移病灶却因颅内占位效应导致患者出现不适,影响生活质量。患者已行脑部放射治疗,但放疗后仍出现下肢乏力、恶心等症状,最后求治于中医。刘老全程采用中医药治疗,以扶正祛邪为基本原则,临证变通。初期患者实证为主,在扶正抑瘤的同时加全蝎、蜈蚣、僵蚕等以毒攻毒、祛风通络,配合大黄、芒硝以通下泻上。并根据患者症状变化随症加减。后患者病情逐渐好转,脑水肿缓解,方剂中去大黄、芒硝,避免攻下太过。脑瘤病人放疗后,肾精不足、脑髓不满等情况更为严重,治疗当以“扶正固本”为法则,用药中当加强补肾健脾,着重先天之本的应用,加用桑葚、续断、补骨脂等药物,从而达到长期控制肿瘤之目的。

刘伟胜教授认为中医诊疗的精髓在于辨证论治,脑瘤为本虚标实的疾病,发病之根本因正气亏虚、邪毒盘踞于脑所致,治疗上当以扶正祛邪为本,佐以息风、祛痰、化瘀为法对症治疗。刘教授认为脑瘤应以综合治疗为主,根据病情及患者状态选择治疗方案,改善患者生活质量,减少痛苦,以期达到带瘤生存的目的。

参考文献

- [1] 梁军,于洪升,安永恒.临床肿瘤学简明教程[M].北京:科学出版社,2005:431.
- [2] 谢才军,张志强,韩富,等.脑肿瘤患者生存质量研究进展[J].新中医,2014,46(7):201.
- [3] 李柳宁.刘伟胜从医 50 年临证集萃[M].北京:人民卫生出版社,2012:41.
- [4] 刘志萍,孙莉,路向新,等.中医学情志与肿瘤发生的相关性[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(53):184.
- [5] 刘鹏,李柳宁,刘伟胜.刘伟胜“补肾培元”法治晚期肺癌的证治探讨[J].江苏中医药,2015,47(9):19.
- [6] 钟毅,周红,伍耀衡,等.刘伟胜教授运用全蝎、蜈蚣治疗恶性肿瘤经验[J].新中医,2001,33(7):7.
- [7] 刘鹏,蔡佩玲,李柳宁,等.探微刘伟胜应用“对药”在恶性肿瘤的证治经验[J].辽宁中医杂志,2016(8):1612.
- [8] 王婧,蒋燕,李鹤.中医“以毒攻毒法”在恶性肿瘤治疗中的运用[J].北京中医药大学学报,2011,34(8):136.
- [9] 邓宏,徐凯.鼻咽癌放疗后毒副反应的中医药治疗[J].中国肿瘤,2002,11(6):337.

第一作者:陈奕祺(1990—),女,硕士研究生,研究方向为中医药治疗恶性肿瘤。13631412173@139.com

收稿日期:2016-11-27

编辑:傅如海