

雷根平辨治肾病综合征之经验

张玲¹ 董盛² 王婷²

(1. 陕西中医药大学第一临床医学院, 陕西咸阳 712046; 2. 陕西中医药大学附属医院, 陕西咸阳 712000)

指导: 雷根平

摘要 肾病综合征是临床常见慢性肾脏病之一。雷根平教授凭借其丰富的中医临床经验, 总结出治疗肾病综合征“一个关键”“六大病机”“六法并治”的独特理念。“一个关键”即在辨治肾病综合征时以蛋白尿指征为关键, 并从蛋白尿入手提出肾虚、脾虚、水湿、瘀血、内热、肺郁之“六大病机”。肾病综合征病机虚实夹杂、相互关联、互为因果, 故雷师总结出补、培、固、通、清、宣的“六法并治”, 即补肾填精、培土制水、固涩精微、通利血脉、清热利湿、宣肺利气。雷师临证圆机活法, 六法并治, 故疗效显著。附验案1则以佐证。

关键词 肾病综合征; 雷根平; 蛋白尿; 中医药疗法; 名医经验

基金项目 陕西省名中医雷根平传承工作室建设项目(2019012); 陕西中医药大学学科创新团队建设项目(2019-YL04); 咸阳市科技创新团队项目(咸科发[2019]46号); 陕西教科文卫体系统职工(劳模)创新工作室项目(陕教科文卫体工字[2020]41号)

肾病综合征是一组以大量蛋白尿、低白蛋白血症、水肿、高脂血症为基本特征的肾脏疾病临床症候群^[1]。如疗效不佳, 病情持续进展, 将导致肾功能不断下降, 甚至发展为终末期肾脏病, 严重影响患者的生活质量, 威胁生命安全^[2]。目前西医治疗肾病综合征主要以利尿剂、激素类药物、免疫制剂及细胞毒类药物为主^[1], 虽可不同程度地改善临床症状, 缓解蛋白尿, 延缓病程, 但也存在激素抵抗、易复发等问题。随着中医药传承创新发展, 越来越多的医家开始采用中西医结合治疗肾病综合征, 借助中医辨治的独特优势, 提高疗效、减轻药物副作用^[3]。

雷根平教授为陕西省名中医, 从事肾脏病临床、教学、科研30余年, 有着丰富的慢性肾脏病及疑难杂症临床诊疗经验。其在前人辨治肾病综合征经验的基础上, 于临床实践中总结出“一个关键”“六大病机”“六法并治”的独特理念。雷师临证以蛋白尿指征为关键, 谨守脾虚、肾虚、水湿、瘀血、内热、肺郁六大病机, 提出补、培、固、通、清、宣六大治法, 六法并治, 临床疗效显著。笔者有幸跟随雷师学习, 获益匪浅, 现将其治疗肾病综合征之经验介绍如下, 以飨同道。

1 一个关键定证治

雷师将“大量蛋白尿”作为诊断肾病综合征的

关键条件, 水肿、低蛋白血症、高脂血症等症状均次生于大量蛋白尿。雷师强调, 肾病综合征患者蛋白尿症状短期内不易消失, 且反复出现, 即便其他症状已愈, 蛋白尿仍会存在。因此, 蛋白尿是判断肾病综合征转归愈后的关键要素之一, 且本病的病机分析与遣方用药均应重视刻诊时患者的蛋白尿情况。

2 六大病机分虚实

2.1 肾虚 肾为人体先天之本, 脏腑阴阳之根, 生命之源。《素问·六节藏象论》^{[4]54}曰:“肾者, 主蛰, 封藏之本, 精之处也。”“蛋白”可视为精微物质, 可归属于中医学“精气”“精微”范畴。精气宜藏不宜泻, 雷师认为, 肾病综合征的典型症状——蛋白尿可被理解为肾虚封藏功能失司, 致使肾精下泻, 蛋白从尿道而出。体内蛋白的持续丢失亦会进一步加重肾精亏虚, 累及肾阴。加之激素类药物、免疫制剂的长时间使用, 耗散肾气, 致使气阴两伤。故此类患者临床常表现出乏力懒言、腰膝酸软、五心烦热、潮热盗汗、头晕耳鸣、口干喜饮、舌质淡红或红等肾精不足、气阴两虚之证。

2.2 脾虚 雷师强调, 肾病综合征虽病本在肾, 但日久伤脾, 脾主运化功能失司, 故久病患者临床可见食后腹胀、纳差、面色萎黄、大便稀溏、舌淡苔白等脾虚之证。“脾土能制肾水, 所以封藏肾气也”, 若脾虚

失运则升清无权、清浊不分，致谷气下流、精微下泄，进一步加重蛋白尿。同时，脾肾两脏互资互用，肾精下泄，亦会加重脾气虚衰。故雷师认为，肾精亏虚、脾气虚弱是导致肾病综合征经久难愈的重要原因。

2.3 水湿 肾病综合征患者临床表现除蛋白尿外，水肿亦为常见。现代医学认为，大量蛋白尿造成的低蛋白血症是引发血浆胶体渗透压下降，导致水肿的主要原因。“诸湿肿满，皆属于脾”，“肾者，胃之关，关门不利，故聚水而从其类也，上下溢于皮肤，故为跗肿。跗肿者，聚水而生病也”^{[4]B17}。水液的输布与排泄依赖于脾之运化和肾之蒸腾气化功能，若脾肾亏虚，则水津聚而成湿，积而成水。水湿犯溢肌肤则引起四肢、全身水肿，水湿内聚于胸腹则会出现腹大、脐肿，甚或胸水、腹水等症。

2.4 瘀血 “初病在气，久病在血”，肾病综合征多缠绵难愈，反复发作，久病必瘀。《血证论》^[5]曰：“血结亦病水，水结亦病血”，脾肾气虚无以制水，水湿停聚阻遏气机，气滞导致血行不畅，血脉瘀阻，形成瘀血。肾病综合征瘀血病机前期表现较为隐匿，常可见面色黧黑、唇甲青紫、舌质紫暗或有瘀点瘀斑等。“血不利，则为水”，长期瘀血亦可妨碍肾脏的气化功能，使体内水液代谢紊乱，进一步加重病情。肾病综合征患者瘀血病机与其低蛋白血症、血液浓缩，以及血流动力学改变导致的血液高凝状态易引起血栓栓塞等病理机制相吻合^[6]。

2.5 内热 水湿、瘀血既为病理产物，又是致病因素。若水湿、瘀血长期存在，郁而生内热，加之治疗肾病综合征往往会使用激素类药物，激素为助阳生热之药^[7]，长期使用易滋生内热。雷师指出，肾病综合征患者的内热往往与湿相合，形成湿热之证，故而临床可见烦躁口干、心烦梦多、消谷善饥等火热伤阴之象，亦可见颜面浮肿、口苦、小便不利、大便黏腻、舌质淡而尖红等湿热内蕴之证。种种表现与肾病综合征患者长期使用激素类药物后出现的燥热、满月脸、水牛背等“湿热”表现相符。

2.6 肺郁 雷师临证发现，肾病综合征患者若蛋白尿持续日久，则易患感冒或上呼吸道疾病等“表证”。而风寒引起的恶寒、发热、头痛、咳嗽、肢体酸痛和风湿引起的咽红肿痛、扁桃体肿大又进一步加重患者蛋白尿和水肿症状，形成恶性循环。《灵枢·百病始生》^[8]指出：“风雨寒热，不得虚，邪不能独伤人。”人体脾肾之气亏虚，损伤机体正气，则卫外不固，而风作为百病之长，挟寒、热、湿乘虚侵袭肺脏，致肺气郁闭，宣发肃降功能失常，精微不升反降，向下随尿液

流出，形成蛋白尿，进而加重水肿。此外，肺气郁闭，水湿之邪外不能汗出而越，内不能向下而泻，泛滥于表，故多见头面、眼睑浮肿，伴小便不利。

3 六法并治显疗效

3.1 补法 针对肾虚病机，雷师采用补肾填精之法，首选药味为地黄，取“精不足者，补之以味”之意。雷师受仲景运用地黄经验启发，在地黄的使用上有着独到见解，提出“但见舌红用生地”，即肾病综合征患者凡有舌质红表现时可使用生地黄以清热凉血、养阴生津。临证用量宜从小剂量开始，随着治疗进程，逐步增加剂量。有医家认为，肾病综合征患者肾阴虚常伴有湿热之证，大剂量使用地黄有滋腻碍胃之嫌，不利于水肿消退。雷师临证发现，当施以传统常规剂量地黄见效缓慢时，可尝试将剂量增至30~45 g，不仅无滋腻之碍，反而有出其不意的疗效。若患者兼有不喜食凉，且食凉后易出现腹胀、腹泻等中焦虚寒等症时，雷师将生地黄改为熟地黄；若中焦虚寒之象不显，可生地黄、熟地黄同用，同时配合山萸肉、山药、杜仲等补肾填精之品；肾病综合征患者至肾病中后期，往往阴损及阳，见畏寒、手足不温、腰膝冷痛等肾阳虚证表现，可酌加肉桂、附子等温阳之品；若兼有神疲乏力、腰膝酸困，且遇劳加重时，可加补骨脂、菟丝子、枸杞子、淫羊藿等鼓舞肾气。

3.2 培法 针对脾虚兼水湿病机，雷师采用培土制水法。培土制水法是基于五行生克理论，通过温脾阳、健脾利水以治疗水湿潴留的方法。雷师临证喜用黄芪，黄芪既能补脾益气，又能利水消肿。若患者气虚重而水肿不甚时，黄芪用量一般为15~60 g；对于水肿较甚者，雷师受《冷庐医话·肿》^[9]“四两黄芪加粳米治疗重度水肿”一案启发，认为须加大黄芪剂量方能起效，故此时用量达90~120 g，特殊情况时甚至用到200 g左右，同时配合茯苓、白术、泽泻、车前子等健脾利水化湿；若兼有少气懒言、肢体倦怠乏力、食欲下降等脾气虚弱证时，可用四君子汤、补中益气汤；若兼有不喜食凉、喜温喜按，甚或腹痛、腹泻、大便完谷不化等脾阳虚证时，可加桂枝、生姜、白芍、干姜、大枣、乌梅等温运脾阳。

3.3 固法 针对脾虚兼肾虚病机，雷师采用培补脾肾以治本，固涩精微以治标，标本兼治，方能疗效显著。临证时常用芡实、金樱子、益智仁、山萸肉等涩精固脱之品治疗肾气不固导致的尿浊、遗精、遗尿等。若肾气虚极，蛋白尿严重，酌加肾气丸、济生肾气汤助肾封藏；若蛋白尿日久，肾阴虚之证显著，

酌加牛膝、六味地黄丸增滋肾阴之功；若蛋白尿缠绵难消，可酌加莲须、桑螵蛸、鹿衔草等补肾固涩之品，既补先天之本，又增摄精之力，澄源塞流，减少蛋白尿。

3.4 通法 针对瘀血病机，雷师采用通利血脉之法，根据瘀血症之轻重遣方用药。若瘀血症状不典型，选用丹参、当归、川芎、益母草、合欢皮等活血化瘀，通利血脉；若出现面色黧黑、口唇青紫、舌质紫暗或有瘀点瘀斑等明显瘀血之象，选用桂枝茯苓丸以增祛瘀之功，此方功效缓和，无破血耗气之弊；若出现舌下脉络曲张、肌肤甲错、腹部青筋显露，或皮下紫斑、体内肿块固定不移等较为严重的瘀血症，可用虫类药如水蛭、土鳖虫、地龙等以通络破血逐瘀。

3.5 清法 针对内热与水湿相合，雷师采用清热利湿之法，清内热兼顾利湿。临证善用白花蛇舌草、土茯苓、车前草、泽兰等清热除湿之品。若患者内热日久，郁于肌肤，发为丘疹、痈肿、痤疮等，可加紫草、紫花地丁、合欢皮或药少力专的四妙勇安汤以清热解毒、消痈散结；若热邪侵袭下焦，灼伤阴津，表现为尿频、尿痛、小便灼热，可加金钱草、篇蓄、瞿麦、鱼腥草等清热利尿；若热邪入血分，致血热妄行，出现血尿，可加仙鹤草、大蓟、小蓟、蒲黄炭、三七等清热凉血止血。

3.6 宣法 针对肺郁病机，雷师提出宣肺利气之法，不论患者有无表证均可使用，取下病治上、提壶揭盖之意。“治上焦如羽，非轻不举”，雷师选用荆芥、生麻黄、升麻、薄荷、桔梗等轻清之药，且剂量偏小，一般使用6~10g，以达轻清去实之目的。

4 验案举隅

贾某，男，26岁。2021年7月27日初诊。

主诉：反复水肿半年。患者于半年前无明显诱因出现双眼睑、全身水肿，于咸阳市中心医院住院诊断为肾病综合征，行肾穿刺活检示：免疫荧光检查现3个肾小球；免疫球蛋白(Ig)G(+++)、补体C3(+)呈颗粒状于毛细血管壁沉积；IgM、IgA、补体C1q、纤维蛋白相关抗原(FRA)呈阴性；镜下可见3条肾皮质，20个肾小球，系膜细胞及基质轻度增生，局灶节段加重，基底膜弥漫性增厚，节段性“钉突”形成，上皮下可见嗜复红蛋白沉积；肾小管局灶状萎缩(5%)，小管上皮细胞重度空泡及颗粒变性；少数刷状缘脱落；肾间质局灶水肿，伴少量淋巴及单核细胞浸润；小动脉管壁轻度增厚。检查结果符合I-II期膜性肾病伴肾小管损伤。经治疗后症状缓解，出院后长期口服强的松片和他克莫司维持治疗，

水肿减轻。4个月前患者自行停用西药，在外院中医治疗，水肿再次加重，遂来雷师处求诊。刻诊：双眼睑、颜面部肿胀，双下肢水肿，按压有凹陷，全身困乏无力，腰酸困痛，食纳欠佳，食凉后易腹胀腹泻，小便色黄，可见大量泡沫，夜尿1~2次，大便正常，舌质暗红边有齿痕、苔黄腻，脉沉弦。尿常规：隐血++，蛋白质+++；24h尿蛋白定量5412mg。西医诊断：肾病综合征(膜性肾病)；中医诊断：水肿(脾肾亏虚，湿瘀互结)。治法：培补脾肾，宣肺固精，兼通瘀清热利湿。方选芪地固肾方加减。处方：

黄芪120g，熟地黄30g，炒芡实30g，白花蛇舌草30g，麸炒苍术20g，紫草15g，桂枝15g，茯苓15g，桃仁15g，赤芍15g，牡丹皮15g，荆芥10g，生麻黄10g。7剂。每日1剂，免煎颗粒，每日2次冲服。

2021年8月3日二诊：患者双眼睑、颜面部肿胀程度减轻，晨起加重，双下肢水肿明显减轻。近期出现口干口苦、咽痛，全身困乏无力改善，仍感腰酸困痛，食纳差，小便泡沫减少，舌红、苔薄黄，脉弦。尿常规：潜血+，蛋白质+++。予初诊方加生石膏30g、金荞麦20g、玄参10g、麦冬10g、防风15g、麸炒白术15g。因患者需外地出差1月余，故带药35剂。

2021年9月14日三诊：患者双眼睑、颜面部仍有肿胀，双下肢水肿均明显减轻。口干口苦、咽痛消失，全身困乏无力明显改善，腰酸困痛缓解。1周前贪食寒凉后出现腹痛、腹泻，自行口服蒙脱石散缓解，现自觉腹痛、腹胀。小便泡沫减少，舌红、苔薄，脉弦滑。24h尿蛋白定量3722mg。予二诊方去金荞麦，加干姜10g、乌梅15g、细辛10g，28剂。

2021年10月12日四诊：患者双眼睑、颜面部仍肿胀，双下肢水肿、全身困乏无力、腰酸困痛消失，食欲不佳，小便泡沫明显减少，舌质暗红、苔薄，脉弦。24h尿蛋白定量1930mg。予初诊方加连翘15g、合欢皮50g、砂仁10g、焦山楂10g、炒麦芽10g、炒神曲10g，14剂。因患者已无特殊不适，嘱定期复诊，守方用药，巩固治疗。

2021年12月14日查24h尿蛋白定量924mg，2022年2月8日查24h尿蛋白定量640mg，2022年3月8日查24h尿蛋白定量306mg，2022年4月12日查尿常规：隐血-，尿蛋白+-。继以芪地固肾方为基础方随症加减，巩固疗效。

按：脾肾亏虚，不能运化和蒸腾水液，水湿停滞，加之肺郁不宣，水湿犯溢，故本案患者初诊时双眼睑、颜面部肿胀明显，伴有双下肢水肿；肾虚失养，故

腰酸困痛；肾虚不固，故尿中有泡沫；脾气衰弱，运化无权，不能腐熟，故食纳欠佳，食凉后易腹胀腹泻；脾失健运，化源不足，故困乏无力；肾气虚，无力鼓动血液运行，阻滞脉络，形成瘀血，瘀血、水湿郁而化热，更与激素和免疫制剂之阳热相合，故舌质暗红边有齿痕、苔黄腻，脉沉弦；湿热夹杂，从小便而出，故小便色黄。雷师治疗上紧扣病机，六法并用，选用自拟方芪地固肾方加减。该方化裁自沈金鳌《杂病源流犀烛》中参芪地黄汤，由黄芪、生地黄、芡实、白花蛇舌草、荆芥、丹参组成基本方。方中重用黄芪健脾升阳、利尿消肿，麸炒苍术加强健脾之功，二药合用以培土制水；熟地黄滋阴补肾填精，与黄芪合用健脾补肾、益气滋阴以治本；炒芡实固精防漏以治标，也可助黄芪益气培元。培、补、固是雷师根据多年诊治肾脏病之经验总结出的治疗蛋白尿三法^[10]。白花蛇舌草、紫草清热利湿；荆芥、生麻黄宣肺利气以利水下行；桂枝、茯苓、桃仁、赤芍、牡丹皮取桂枝茯苓丸之意，活血化瘀、通利血脉，与黄芪相伍，有“气行则血行”之功用。诸药合用，切合病机，补中有清、清中有补，使补而不腻、清而不过。二诊时患者症状缓解，然湿热内蕴，津液不能上承，故出现口干口苦，热邪炽盛故而咽痛，加生石膏、金荞麦、防风加强清解之力，以清热凉血、解毒利咽止痛，玄参、麦冬滋阴生津；患者食纳仍差，加一味麸炒白术健脾助运，培育脾土。三诊时患者水肿、腰痛、乏力等症状已明显减轻，食凉后损伤脾阳，致中焦虚寒出现腹痛、腹泻，雷师虑金荞麦寒凉之性加重脾阳损伤，故去之，加干姜、乌梅、细辛温运助阳、温中散寒。四诊时患者仅有食欲不佳，水肿等症已消失，亦无新发症状，故雷师在初诊方基础上加连翘、合欢皮增强通达血脉之力，消散久病之瘀血，砂仁、焦山楂、炒麦芽、炒神曲化湿健脾开胃。纵观整个治疗过程，可以看出雷师时时关注尿蛋白变化，以肾病综合征六大病机变化为基础，六法并治贯穿始终，循序渐进，故能取得显著疗效。

5 结语

综上，雷师以蛋白尿为关键入手，提出肾病综合征肾虚、脾虚的虚证病机，水湿、瘀血、内热、肺郁的实证病机，合为六大病机。六大病机中脾肾亏虚是根本病机，脾肾亏虚致水湿停滞、瘀血内阻、肺气郁闭，而内热又继发于水湿、瘀血病机。水湿、瘀血、内热之间互为因果，相干为病。反之水湿、瘀血、内热、肺郁亦会加重脾肾亏虚，如此便形成虚实并见、虚实夹杂之病机。针对六大病机又总结出补、培、固、通、

清、宣之治疗六法，临证时需圆机活法，六法并用，相互配合。同时，用药之轻重需结合临床症状之偏颇以做权衡。

参考文献

- [1] WADA T, ISHIMOTO T, NAKAYA I, et al. A digest of the evidence-based clinical practice guideline for nephrotic syndrome 2020[J]. Clin Exp Nephrol, 2021, 25 (12): 1277.
- [2] 卿山林, 何敬东, 任波. 微小病变型肾病综合征合并急性肾损伤患者临床及病理特征分析[J]. 临床误诊误治, 2020, 33 (9): 82.
- [3] 陈佳. 肾病综合征中医治疗的研究进展[J]. 中国当代医药, 2022, 29 (20): 40.
- [4] 佚名. 素问[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1996.
- [5] 唐容川. 血证论[M]. 金香兰, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 15.
- [6] 徐卿, 万建新. 肾病综合征血栓栓塞的危险因素分析[J]. 临床肾脏病杂志, 2018, 18 (12): 765.
- [7] 温成平, 谢志军. 激素不同使用阶段的中医证候诊断和治疗指南[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35 (9): 4536.
- [8] 佚名. 灵枢经[M]. 戴铭, 金勇, 员晓云, 点校. 南宁: 广西科学技术出版社, 2016: 11.
- [9] 陆以湜. 冷庐医话[M]. 吕志连, 点校. 北京: 中医古籍出版社, 1999: 107.
- [10] 雷根平. 黄芪: 益气 利水 托疮[N]. 中国中医药报, 2017-12-06 (1).

第一作者: 张玲 (1992—), 女, 硕士研究生在读, 研究方向: 内科常见病的诊疗。

通讯作者: 雷根平, 医学硕士, 主任医师, 教授, 硕士研究生导师。leigenping2006@163.com

修回日期: 2022-09-23

编辑: 傅如海 蔡强

