

张大宁教授应用“升清降浊”法治疗肾脏病的“理”与“效”

赵怡蕊 陈 磊 侯燕琳 指导老师:张大宁

(山西省中西医结合医院肾内科,太原,030013)

摘要 目的:探讨张大宁教授应用“升清降浊”法治疗肾脏病的渊源及疗效。方法:跟随张大宁教授出诊及聆听张大宁教授讲课,结合古今参考文献,收集门诊使用“升麻”治疗慢性肾脏病病历,观察其疗效。结果:张大宁教授应用“升清降浊”法治疗慢性肾脏病能够明显降低尿蛋白,减少血尿,改善肾功能。结论:张大宁教授应用“升清降浊”法治疗肾脏病“言之有理,行之有效”。

关键词 “升清降浊”法;肾脏病;@ 张大宁教授

The Origin and Efficacy of Professor Zhang Daning's Application of "Ascending Lucidity and Descending Turbidity" Theory in Treating Renal Diseases

Zhao Yirui, Chen Lei, Hou Yanlin, Instructor: Zhang Daning

(Shanxi Chinese and Western Medicine Hospital, Taiyuan 030013, China)

Abstract Objective: To discuss the origin and efficacy of Professor Zhang Daning's application of "ascending lucidity and descending turbidity" in the treatment of renal diseases. **Methods:** By following Prof. Zhang in clinical practice, listening to his lecture, and referring to ancient and modern literatures, collect cases of chronic renal diseases treated with rhizoma cimicifugae, and observe its efficacy.

Results: Prof. Zhang's application of "ascending lucidity and descending turbidity" effectively reduced urine protein and hematuria, and enhanced kidney function. **Conclusion:** Professor Zhang Daning's application of the theory "ascending lucidity and descending turbidity" has sufficient theoretical grounding and good clinical efficacy.

Key Words Ascending lucidity and descending turbidity theory; Renal diseases; @ Professor Zhang Daning

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.09.005

目前,名老中医学术思想及临证经验传承研究方兴未艾^[1],张大宁教授是我国著名肾病专家,他谙熟中医经典,通晓历代中医名著,从事中医医、教、研四十余载,潜心研究中医肾病,依据肾脏病的病因病机特点,继提出“补肾、活血、排毒”法为治疗肾病总体治疗原则^[2]后,又首创“升清降浊”特色疗法治疗慢性肾脏病,临床取效明显。张老常用“言之有理,行之有效”来形容此法,究竟该法应用于肾脏病的治疗理出何处,效力如何呢?现将张老言传所教整理如下。

1 慢性肾脏病病因病机

慢性肾脏疾病的病程冗长,病因病机错综复杂。一般讲,先天禀赋不足、感受外邪、劳倦内伤、饮食不节、久病正虚等都会直接或间接地导致或影响本病。从病机上讲,脾肾阳虚、肝肾阴虚、湿毒内停、肝风内动、气滞血瘀、邪陷心包等,都为临床常见。张大宁教授提出本病为本虚标实之证,以肾气衰败,肾虚血瘀为本;湿浊内阻、浊毒犯逆为标,即虚、瘀、湿、逆相互夹杂为其病机关键的观点。虚是以肾虚为本,有脾肾气(阳)虚、肝肾阴虚两种表现;湿有湿困、水湿之不同;逆证则有浊阴上逆和肝阳上亢之区别;而血瘀之证则

贯穿疾病发生发展的全过程。治疗上应以“补肾活血以治本、降逆排毒以治标”为总体治疗原则^[3]。近年来张大宁教授依据慢性肾脏病的病因病机,从经典出发,通过多年有效的临床实践经验,再次首创“升清降浊”特色疗法治疗慢性肾脏病。

2 升清降浊法的创立

张大宁教授“升清降浊”法核心思想源于李东垣“补中益气汤(《脾胃论》)”与“普济消毒饮(《东垣试效方》)”这两个名方的组方原则。“补中益气汤”是一补益方,通过调补脾胃之气,使脾胃恢复运化、升降的生理功能。本方配伍巧妙之处在于调补气血药(如黄芪、人参、甘草、白术、当归、陈皮)的基础上佐以小量升麻、柴胡,使得清阳之气上升,随之浊阴自然下降。一升一降顺应、调理脾胃之气,与君臣药共同强健脾胃之功能。张大宁教授认为“补中益气汤”治在黄芪、人参,定在升麻、柴胡。“普济消毒饮”则是一清热方,原治疗大头瘟,现多用于治疗腮腺炎。其病机主要是温热秽浊之气主在上焦,邪热熏蒸头面。本方的特色在于李东垣亦用了小量升麻、柴胡,由于秽浊之气在上焦,浊气在上,清气不得升,清浊混淆,方中在大堆清热

解毒药(黄芩、黄连、橘红、玄参、生甘草、牛蒡子、薄荷、连翘、马勃、僵蚕、板蓝根)的基础上佐以小量升麻、柴胡以升人体清气,向上来祛邪,这样辅佐能更好地清热解毒。与此同时,该降的浊气自然而降,使机体恢复正常功能。张大宁教授认为“普济消毒饮”治在清热解毒,定在升麻、柴胡。

张大宁教授说这两个名方有异曲同工之妙,都用了升清的药物——升麻、柴胡。两个功用不同的方子,为何李东垣都要用小量的升麻与柴胡呢?其共同机理在于机体升清降浊功能的紊乱,小量升清药佐以单纯的补益药和清热药,使清阳之气上升,浊阴之气下降,一升一降,动静结合,加快机体正常生理功能的恢复,疗效显著,这样精湛的用药方法被后代所称颂。张大宁教授结合李东垣两方经典,临证发微,首创“升清降浊”特色疗法应用于慢性肾脏病的治疗。“升清降浊”法与慢性肾脏病又是怎样结合的呢?

慢性肾脏病发展过程中除以肾为中心外涉及众多脏腑,脏腑之间相互依赖、密切合作、相互转化影响。随着病情的发展,脾肾衰败,三焦气化失司,饮食不能化生津液精微,反而转化为湿浊、水毒,由于升降开合失常,当升不升,当降不降,当藏不藏,当泄不泄,精微不摄而外漏,水湿不泄而潴留,瘀血阻于肾络,脏腑功能受损与浊邪弥漫壅阻互为因果,引发诸证。升清降浊功能失调的程度随着病情的进展愈发严重,故“升清降浊”法不仅可以应用于慢性肾脏病的治疗,而且还应贯穿治疗的始终,用一句话来形容此法,可谓“言之有理,行之有效”。现研究发现柴胡升阳而劫阴,易耗竭肾阴,谨慎起见不用于肾脏病的治疗。因此,根据肾脏病的轻重及单用升麻,升麻的剂量较李东垣两个方子要大,一般在 10~30 g 左右。通过升清阳,将精微物质上提,浊阴之物随之而降,恢复各脏腑的生理功能,加快肾脏病的治疗过程,提高疗效。

3 升清降浊法应用分析

慢性肾脏病升清降浊功能紊乱在临床上主要体现在血尿、蛋白尿、肾功能(肌酐清除率、血清肌酐和尿素氮)指标的变化,“升清降浊”特色疗法临床疗效的观察亦从这几个方面观察,现将这几个方面病机分析简述如下:

3.1 血尿 凡血液不循常道而渗溢于尿道中致使小便中混有血液甚至血块者均称为血尿。其病位在肾与膀胱。以脾肾气阴两虚最为多见,因脾不统血,血随气陷,加之肾虚封藏失职,血从小便而出;亦有肝肾阴虚,虚热内蕴,血失所藏而致尿血;肺胃风热毒邪壅盛,下通肾与膀胱,以致血络受伤出现尿血;心火炽盛,移热

于小肠与膀胱致尿血;还有因湿热蕴结,瘀血阻络,水道不利所致的尿血。此皆有升清降浊功能紊乱,根据尿血之热、虚、瘀等病理变化,治疗以“泻火法”“补虚法”“止血法”为主,配以适量升麻,调理机体清浊升降之紊乱,使血尿得以快速有效地减轻。

3.2 尿蛋白 人体中的蛋白质属中医所说的精微,精微的丢失与脾肾两脏关系密切。肾为封藏之本,脾主统摄升清,肾失藏精或脾失升清、摄精,是导致蛋白尿的关键,综观各种肾病,脾肾虚损通常贯穿始终,因此脾肾功能失调是产生蛋白尿的基本病机,但风邪、湿热(毒)邪、瘀血等因素在蛋白尿的发生及病情加重的过程中有重要影响。故蛋白尿的形成机制常是气血阴阳的虚损、脏腑功能的失调、病邪的干扰交织在一起,表现为正虚邪实、虚实夹杂的证候。治疗以“补虚泄实”为主,在此基础上配以适量升麻,有助于精微物质上升,随之浊毒之物下降,不仅有效加快减少蛋白尿,临床其他症状亦随之好转。

3.3 肾功能 肾脏的基本功能是排泄代谢废物,调节和维持水、电解质、酸碱和渗透压平衡以及分泌内分泌激素。慢性肾功能受损主要是肾小球滤过率下降和肾脏其他功能受损。内生肌酐清除率(Ccr)、血清肌酐(Scr)、血尿素氮(BUN)的指标主要反映肾小球的滤过功能。当肾小球滤过功能受损超过 1/2 时,肾脏对内生肌酐、尿素的清除率下降,故肾功能检测 Ccr 降低,Scr、BUN 升高。

在慢性肾脏病的发展过程中,肾功能逐渐受损,体内水、电解质和酸碱平衡随之失调,严重者会因毒素贮留出现一系列全身中毒症状。从中医来讲,此时病机错综复杂,认为其属本虚标实,虚实夹杂之证,且涉及脏腑众多,随着病情的发展,正虚不复,可由虚致损,肾气亏虚可引起肾脏气化功能障碍,不能及时疏导、运输、运化水液及毒物,因而形成湿浊、湿热、瘀血、浊毒等邪毒^[4]。而根据疾病发展的不同阶段,其证型及所涉及脏腑亦有所不同。中医治疗以“补虚泄实”为主,在此基础上配以适量升麻,佐他药助精微物质上升,邪毒之物下降,利于整体疗效的较快提高,随之内生肌酐清除率(Ccr)提高、血清肌酐(Scr)、血尿素氮(BUN)的指标下降。

4 案例实举

例 1: 某,男,69 岁。医案编号:006Q055,初诊:2012 年 9 月 28 日初诊。发现肾功能异常 10 年,近日乏力腰酸明显。患者于 1998 年 7 月无明显诱因出现腹胀,颜面浮肿,伴恶心、呕吐。于当地某医院查尿常规 PRO: ++,BLD: + + + +,Scr:300 mmol/L,诊为

“肾功能衰竭”,予以爱西特、雷公藤等治疗。于2000年初慕名来张老门诊治疗,8年中坚持服用院内制剂及中药治疗,肾功能恢复正常(自2003年),至今肾功能指数正常,为巩固疗效于今日再来。现症见乏力,腰酸,纳可,偶有恶心,舌淡暗,苔白,脉沉细。实验室报告:血BUN 7.61 mmol/L,Scr 118 μ mol/L,UA 377 mmol/L。既往慢性肾炎病史。从其乏力腰酸、时恶心及舌脉分析,本案为肾虚血瘀湿浊内蕴之证。患者慢性肾脏病史多年,久病必虚,久病入络,因虚致瘀,而为肾虚血瘀之证。肾虚气化不利,脾虚运化无权,水湿不运,湿浊内蕴,终为肾虚血瘀,浊邪内阻之症候。舌暗脉沉细为肾虚血瘀之象。中医诊断:肾劳(肾虚血瘀湿浊内蕴);西医诊断:慢性肾功能衰竭。治法:补益脾肾,活血化瘀,利湿化浊,方拟肾衰方加减。处方:生黄芪120 g,升麻60 g,土茯苓30 g,荠菜花30 g,丹参30 g,川芎60 g,三棱30 g,莪术30 g,黄芪炭30 g,车前子30 g,车前草30 g,大黄30 g,大黄炭60 g,五灵脂30 g,蒲黄炭30 g,海藻炭30 g,茵陈60 g,半枝莲60 g,白术30 g,补骨脂30 g,大腹皮30 g,覆盆子60 g,仙茅30 g,淫羊藿30 g。10剂。水煎服,每次服300 mL,2次/d,3日1剂。嘱饮食清淡,优质低蛋白饮食为宜,禁食海鲜、羊肉、辛辣刺激制品。

二诊:(2012年10月25日)服药后患者于2012年10月25日复诊,乏力、腰酸缓减,偶有恶心,血BUN 6.95 mmol/L,Scr 112 μ mol/L,PRO:++ ,BLD:++ 症状及其他理化指标均有改善,故守方治疗。

三诊:(2013年4月16日)患者守方治疗半年再来,精神佳,乏力、腰酸不明显,但睡眠欠佳,时有心慌,舌暗苔白,脉细弦。复查血Scr 96 μ mol/L BUN 6.25 mmol/L,PRO:++ ,BLD:++。以原方加远志、生龙骨、生牡蛎各30 g以养心安神,重镇潜阳。

按:慢性肾衰是多种肾脏疾患的后期表现,属中医学“关格”“肾劳”“水肿”等病症的范畴。张大宁教授认为“脾肾衰败、湿毒潴留、瘀血阻络”是本病病机之关键,以“补肾活血、降逆排毒”为基本治疗大法,张大宁教授配以升清降浊法,将适量升麻加入大剂量生黄芪及丹参、川芎、三棱、五灵脂、蒲黄炭、黄芪炭、茵陈、半枝莲等为主药组成的“肾衰方”中,并以其为基本方临证加减,临床取得很好临床疗效。本案患者曾于2000年查Scr:300 mmol/L,服张大宁方药后,肾功能指标恢复正常,多年来,患者守方加减,坚持用药至今,肾功能指标基本正常。

例2:某,男性,49岁,医案编号:62608,初诊日期:2012年8月20日。患者曾于2002年12月底因腰痛

于当地医院查尿常规示BLD3+,未见肉眼血尿。血压正常110/80 mmHg,诊为“慢性肾炎”予“肾炎康复片”治疗,未见明显好转。右肾囊肿史7年。现症:腰酸、纳可、寐安、二便调、舌质红、苔黄腻、脉弦细。实验室化验:尿常规:BLD3+,LEU(+),RBC1~2/HP。尿相差镜检:RBC 75200/mL(均为肾小球性),WBC 20400/mL。双肾B超:1)右肾单纯性囊肿,2)前列腺左右叶增大。肾功能:均正常。中医诊断:腰痛;西医诊断:慢性肾小球肾炎。治法:补肾滋阴,清热止血。方药:1)中药汤剂,处方:生芪90 g、升麻30 g、土茯苓30 g、荠菜花30 g、半枝莲60 g、女贞子30 g、墨旱莲30 g、生地炭30 g、杜仲炭30 g、金樱子30 g、败酱草60 g、苈麻根60 g、蒲公英60 g、黄芩60 g、生甘草30 g、仙鹤草60 g、仙茅3 g、淫羊藿30 g、车前子30 g、车前草30 g。10剂。水煎服,每次服300 mL,2次/d,3日1剂。嘱饮食清淡,优质低蛋白饮食为宜,禁食海鲜、羊肉、辛辣刺激制品。2)补肾扶正胶囊,2粒/次,3次/d。

二诊日期:2012年10月25日。仍腰酸,无肉眼血尿,大便1次/日,舌淡暗苔白脉沉细。化验:尿常规:BLD2+,RBC3.4/HP。尿相差镜检:RBC 52000/mL,均为肾小球性;WBC7400/mL。治疗:1)汤剂3日1剂,煎服法同前。药物组成如下:生芪90g、升麻30 g、车前子30 g、车前草30 g、土茯苓30 g、荠菜花30 g、半枝莲60 g、女贞子30 g、墨旱莲30 g、生地炭30 g、杜仲炭30 g、金樱子30 g、败酱草60 g、苈麻根60 g、蒲公英60 g、黄芩60 g、生甘草30 g、仙鹤草60 g、茅根30 g、寄生30 g、川断30 g、煅牡蛎30 g。2)补肾扶正胶囊2粒/次,3次/日。

三诊日期:2013年1月10日。腰酸有所好转,余无不适,舌质红苔白,脉细沉。化验:尿常规:BLO1+,RBC1~3/HP。尿相差镜检:RBC 32000/mL,均为肾小球性;WBC2000/mL。治疗:从三诊的化验来看,尿相差镜检红细胞数目逐步减少,症状要有所减轻,病情向愈。仍宗前法治疗。1)中药汤剂:3日1剂,煎服法同前。药物组成如下:生芪90g、升麻30 g、车前子30 g、车前草30 g、土茯苓30 g、荠菜花30 g、半枝莲60 g、女贞子30 g、墨旱莲30 g、生地炭30 g、杜仲炭30 g、金樱子30 g、败酱草60 g、苈麻根60 g、蒲公英60 g、黄芩60 g、生甘草30 g、仙鹤草60 g、寄生30 g、芡实60g、陈皮30 g。2)补肾扶正胶囊2粒/次,3次/日。

四诊日期:2013年3月5日。右侧腰部仍有酸胀感,余无不适,大便1次/日,舌质红苔白脉沉细。化验:尿常规:BLO1+,RBC0~1/HP。尿相差镜检:RBC 12000/mL,均为肾小球性;WBC2000/mL。治疗:1)中

药汤剂,3 日 1 剂,煎服法同前。药物组成如下:生芪 90g、升麻 30 g、车前子 30 g、车前草 30 g、土茯苓 30 g、荠菜花 30 g、半枝莲 60 g、女贞子 30 g、墨旱莲 30 g、生地炭 30 g、杜仲炭 30 g、金樱子 30 g、败酱草 60 g、苈麻根 60 g、蒲公英 60 g、黄芩 60 g、生甘草 30 g、仙鹤草 90 g、寄生 30 g、芡实 30 g、淫羊藿 30 g。2) 补肾扶正胶囊,2 粒/次,3 次/d。

五诊日期:2013 年 4 月 3 日。时有腰酸,但不明显,舌质红苔薄白,脉沉细。化验:尿常规:BLD ± RBC (-)。尿相差镜检:RBC 6900/mL,均为肾小球性;WBC1200/mL。

通过五诊的系统治疗,患者临床化验基本正常,临床治疗痊愈。患者表示可否更换剂型不服汤剂。张大宁教授认为该患者已经临床治愈,可以把汤剂变换为中药丸剂口服,并加大中药胶囊的用量,以巩固疗效。治疗:1) 中药炼为丸,9 g/丸,2 丸/次,3 次/日。药物组成如下:生芪 120 g、升麻 30 g、车前子 30 g、车前草 30 g、土茯苓 30 g、荠菜花 30 g、半枝莲 60 g、女贞子 60 g、墨旱莲 60 g、生地炭 60 g、杜仲炭 60 g、败酱草 90 g、蒲公英 90 g、黄芩 60 g、苈麻根 60 g、生甘草 30 g、仙鹤草 90 g、仙茅 30 g、寄生 30 g、淫羊藿 30 g、茜草 60 g、覆盆子 90 g、白花蛇舌草 30 g。2) 补肾扶正胶囊,3 粒/次,3 次/日。

按:单纯性血尿为表现的原发性隐匿性肾炎,中医属“血证”范畴,多见于儿童和青壮年。其特点是病情

缠绵、反复发作。现代医学对于本病仅仅能够预防和治疗感染及避免使用损害肾脏药物,而没有有效治疗的药物或手段。中医药对于本病的治疗效果明显,充分体现了自身的优势。张大宁教授通过多年对血尿的临床研究,认为单纯性血尿的中医病机是肾虚血热妄行,其中肾虚以肝肾阴虚为主。治疗若在补肾滋阴,清热止血的基础上加入适量升麻,辅佐诸药升降归属,治疗血尿效果更加。方中生芪、仙茅、淫羊藿、补脾肾之阳,女贞子、墨旱莲、覆盆子滋肝肾之阴,肾阴阳双调扶正为本,有助于调节机体的免疫力,提高抗病力。蒲公英、黄芩、败酱草、半枝莲清热凉血,土茯苓、荠菜花、苈麻根、生甘草、清热止血、生地炭、杜仲炭属于炭类止血并且有滋阴清热之效。升麻的加入使清阳之气上升,浊阴之气下降,辅佐诸要补益祛邪,有效减少血尿。

参考文献

- [1] 李振吉,贺兴东,王思成,等. 名老中医临床经验、学术思想传承研究的战略思考[J]. 世界中医药,2012,7(1):1-4.
- [2] 张大宁,补肾活血法与肾脏疾病[M]. 北京:华文出版社,2005:67-68.
- [3] 张勉之,李树茂,何璇. 张大宁名老中医学术思想及思辨特点研究报告[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2012,13(8):662-665.
- [4] 张勉之. 补肾活血法在慢性肾脏病中的应用[J]. 创新技术,2010,2:18-19.

(2013-08-15 收稿)

(上接第 1005 页)

- 细胞补体 C3 表达的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2007,8(3):131-134.
- [9] 朱晓玲,王永钧,杨汝春,等. 复方积雪草有效组分干预肾小管上皮细胞 Toll 样受体 4 表达的实验研究[J]. 中国临床药理学与治疗学,2009,14(2):171-174.
- [10] 秦卫松,刘志红,曾彩虹,等. 雷公藤甲素对 Heymann 肾炎模型足细胞病变的影响[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2007,16(2):101-109.
- [11] 俞东容,杨汝春,林宜,等. 防己黄芪汤对阿霉素肾病大鼠蛋白尿及足细胞病变的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2009,10(4):295-298.
- [12] 李均,李莹莹. 虎杖及其有效成分虎杖苷对肾缺血再灌注损伤的保护作用[J]. 环球中医药,2010,3(4):249-252.
- [13] 王永钧,殷佳珍. 辨证分型治疗 39 例慢性肾小球肾炎 CKD3 期的临

床分析[J]. 浙江中医药大学学报,2009,33(5):678-680,685.

- [14] 王永钧,陈洪宇,周柳沙,等. 从虚、瘀、风湿论治 IgA 肾病 123 例临床分析—附 69 例 5 型辨治及 65 例本虚为主辨治的疗效对照[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2008,9(10):879-882.
- [15] Cho Me, Smith DC, Branton MH, et al. Pirfenidone slows renal function decline in patients with focal segmental glomerulosclerosis[J]. Clin J Am Soc Nephrol,2007,2:906-913.
- [16] 王永炎,张天,李迪臣,等. 临床中医内科学[M]. 北京:北京出版社,1040.
- [17] 王永钧. 慢性原发性肾小球疾病的风湿证候[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2007,8(12):683-685.
- [18] 《血管紧张素转换酶抑制剂在肾脏病中正确应用》专家协会组. 血管紧张素转换酶抑制剂在肾脏病中正确应用的专家共识[J]. 中华肾脏病杂志,2006,22(1):57-58.

(2013-09-22 收稿)