

夏翔治疗慢性肾炎临证一得

李 波

(上海市奉贤区中医院, 上海市奉贤区南桥镇江海路 338 号, 201400)

关键词 慢性肾炎/中医药疗法; 名老中医经验; @ 夏翔

夏翔教授为上海交通大学附属瑞金医院中医科主任、主任医师、研究生导师, 现任上海中医药研究院中医肾病研究所顾问。先生从事临床已 40 余年, 学验俱丰。其临证疗疾注重发病之本, 强调固护元阳、培补脾肾, 遣药善用黄芪、黄精双补元气, 以擅治疑难杂症效果明显闻名沪中杏林。笔者有幸拜先生为师, 在跟师侍诊、临证抄方的过程中屡见老师运用治慢性肾炎方为主辨证化裁治疗各类慢性肾病效如桴鼓, 待自亲临实践, 也常仿导师处方用意, 收效显著。

夏翔“治慢性肾炎方”药物组成: 生黄芪、熟黄精、生地黄、淫羊藿、炒杜仲、川续断、桑寄生、鹿衔草、六月雪、牡丹皮、粉葛根、姜陈皮、大枣、炙甘草。功能主治: 健脾补肾, 泻浊活血。适于慢性肾炎(脾肾两亏兼湿浊瘀阻), 症见腰酸乏力、蛋白尿、精神不佳、食欲不振, 苔白腻、脉沉细等。

慢性肾炎是一种慢性顽固性疾病, 西医治疗效果往往不能令人满意。中医中药对于慢性肾炎疗效较佳, 特别是防止病情进展及恶化具有重要的作用。慢性肾炎属于中医“阴水”“肾水”“虚劳”“眩晕”“腰痛”等病的范畴。夏老认为该类疾病的病理关键在正虚, 以脾肾亏损为主。因慢性肾炎是全身气化功能障碍的一种表现, 涉及的脏腑较多, 其病位虽有肺、脾、肾、三焦之不同, 然脾肾虚弱是其病机关键, 是病理基础。盖脾位中州, 主运化、升清阳, 若脾失健运致水湿内停, 泛溢肌肤而为水肿; 脾气虚弱, 清阳不升, 精微下注, 酿成

湿浊而成蛋白尿, 即所谓“中气不足, 溲便为之变”。脾为后天之本, 主运化水谷精微, 为生化之源, “中焦受气取汁, 变化而赤是为血”。脾虚气血不足, 生化之源匮乏, 颜面四肢失其濡养则易见面色萎黄、苍白无华、倦怠无力等虚劳征象。蛋白属于人体精微物质, 大量丢失必损阴精, 导致脾之气阴两虚益甚。肾主封藏, 受五脏六腑之精而藏之, 肾气足则精气内固。慢性肾炎病程日久, 势必耗伤肾气, 肾气亏虚, 精关不固, 更易致蛋白精微失守而下泄尿中, 而精微遗泄日久, 更耗肾之阴阳使之愈虚。故临证中脾肾虚弱致病者相应多见, 乃由脾虚而后天之本不充, 日久及肾, 肾虚温煦滋养失职, 必及脾气匮乏。二者常相互为患, 在本病的各个阶段中可能有所侧重但不可截然分开。夏老强调: 脾肾虚弱贯穿慢性肾炎的整个病程, 掌握这一病机关键, 有利于提高临床疗效。

虽然脾肾虚弱在慢性肾炎病机演变中起着重要作用, 但邪气留滞对该病的影响亦不容忽视。夏老认为: 就邪气而言, 最主要的有水湿、湿热、瘀血, 此三者是慢性肾炎的主要病理产物。慢性肾炎患者常有浮肿、头晕、倦怠、脘痞恶心、纳呆便溏, 苔厚浊或滑润、脉沉缓等水湿、湿浊内蕴之象, 且常有寒化、热化之势。素体阳气不足者, 常从阴化寒而成寒湿之候, 素体阳盛者, 多从阳化热而成湿热之证, 且兼具湿热者最为常见, 其原因可能在于: 一是慢性肾炎病程长, 湿郁日久易从热化而成湿热之证; 二是慢性肾炎易反复合并呼吸道感染, 所谓感染, 其临床表现相当于中医的湿热或热毒为患; 三是某些患者久服肾上腺皮质激素等每有助湿化

对于肝肾阴虚者, 常以活血化瘀药配合知柏地黄汤、一贯煎、左归丸加减。患者某, 男, 70 岁, 主诉: 腹痛, 便行不畅 3 月余, 症见: 左下腹痛, 如针刺, 痛有定处, 夜间痛剧, 排便不畅, 质稀, 不成形, 形瘦色萎黄, 舌体瘦, 脉弦滑, 电子结肠镜下可见乙状结肠距肛缘约 30cm 处有一菜花样肿物, 约占肠肿物 2/3, 表面糜烂, 广基, 病理为结肠癌, 中医辨证为气滞血瘀, 瘀凝毒聚, 治宜补益正气, 理气化瘀, 方药: 炙黄芪 15g, 生白芍 15g, 党参 15g, 当归 12g, 延胡索 12g, 川楝子 12g, 半夏 9g, 乳香 6g, 红花 6g, 赤芍 12g, 桃仁 12g, 香附 12g, 服

上方 10 剂, 左下腹痛减轻, 排便通畅, 余症均减轻。

综上所述, 活血化瘀法在老年脾胃病的防治中应用广泛, 为老年脾胃病的治疗开拓了一个新的领域, 也大大提高了老年脾胃病的治疗效果。《寿世新编》也指出: “其老弱者, 汗之则阳气泄, 吐之则胃气逆, 下之则元气脱, 立致不可救, 此养老之大忌也。”活血化瘀遣方用药要准、精、轻, 刚柔相济, 时时顾护胃气, 以恢复脾胃纳化与升降、协调脏腑功能为关键, 妄不可一味攻伐。

(2008-06-19 收稿)

热之弊。一般而言,水湿内停易于辨识,湿热内蕴极易忽略。而湿热内蕴对此病的恢复和发展有着重要影响。由于湿与热合,胶结难解,常使病情缠绵难愈,故临床应仔细辨识。其中大多尿液颜色较为重要,尿液混浊、色黄赤者多为湿热所致,苔黄腻、脉滑等亦为湿热之征。而瘀血作为慢性肾炎的主要病理产物早已引起广大学者的注意和重视,因久病入络,病久及血,气虚无力则血行不畅;以及湿热内停、血行滞涩,往往显现瘀血之候,临床常见面色灰黯、舌质紫黯、可有瘀斑瘀点、脉弦等。夏师指出:湿、瘀常为慢性肾炎加重病情的主要因素之一,分辨治之,对提高疗效大有裨益。

综上所述,慢性肾炎病程迁延日久,病机错综复杂,每现虚实并见、寒热夹杂之候。因正虚易留邪,邪留易伤正,故虚实寒热交互并见,是慢性肾炎不易短期内恢复的主要原因。业师认为:本病在其演变过程中,虽有以本虚为主,有以邪实为甚,然本虚标实、虚实并见、寒热错杂是其病机演变的基本特征,此特征决定了慢性肾炎病势缠绵、症候多变、难以速愈。因此,临床要明辨虚实的轻重、寒热的甚微、湿瘀的有无,以进一步确定治疗大法,方能准确遣方用药。论其治法,重在

扶正祛邪,强调标本兼顾,切忌一味扶正或只顾攻邪,以免犯虚虚实实之戒。故常在健脾益肾、扶助正气的基礎上輔以泄濁利濕、活血化癥而取得良好療效。在其治慢性腎炎經驗方中,重用黃芪為補氣聖藥,專司益氣培本;黃精、生地黄滋陰補腎;淫羊藿、杜仲溫補腎陽;續斷、桑寄生固腎強腰;牡丹皮、六月雪涼血化癥、清熱解毒;鹿含草益腎補虛、和血通絡;葛根升陽助氣;陳皮理氣和中;大棗、甘草和營健脾。諸藥合用:黃芪配黃精益腎攝精、扶正固本;伍生地黄涼血固腎;配淫羊藿、杜仲、續斷、桑寄生補腎益元;妙在伍葛根益氣升陽、暢化氣機,取“大氣一轉,其氣乃散”之意;配陳皮、大棗、甘草理氣和胃、健脾促運,防“胃氣一敗,百藥難施”;伍牡丹皮、鹿銜草、六月雪以增溫通化癥、活血解毒之力。同時,黃精配杜仲補腎固澀,續斷伍杜仲益腎降壓、消中寓補、一舉兩得。綜觀全方,補中有通、益而不壅、補消兼施,體現了“陰不足陽無所秘、陰精盛陽方能藏”“氣機疏通則氣化通調”“扶正不留邪”等治療慢性腎炎精當之處。業師指出,以此為基本方,再據症酌情加味化裁,同時注意生活節制、飲食調節、心理疏導等,方可取得良好療效。

(2008-09-18 收稿)

补阳还五汤配合针灸治疗脑梗塞 138 例

刘 永 乐

(内蒙古乌拉特前旗中蒙医院内科,014400)

关键词 脑梗塞/中医药及针灸结合疗法

脑梗塞,属于中医的“中风”范畴。笔者于2006年5月~2008年6月在临床采用补阳还五汤配合针灸治疗脑梗塞138例取得满意疗效,现总结如下。

1 临床资料

138例均为诊断明确的脑梗塞患者。其中男78例,女60例;年龄42~85岁;病程最长者6个月。

2 治疗方法

口服补阳还五汤加味。处方:黄芪60~200g,赤芍10g,川芎15g,当归尾12g,地龙6g,桃仁6g,红花10g,葛根30g,水蛭3~5g,鸡血藤30g,牛膝20g。随证加减:以上肢不遂为主者,加桑枝30g、姜黄10g;下肢不遂较重者加桑寄生30g、怀牛膝20~30g、杜仲10g;大便秘结加大黄6~10g,元明粉6g(分冲);兼有语言不利加郁金10~15g,远志10g,石菖蒲10~20g,木蝴蝶10g;见人易哭易悲者加石菖蒲10g,合欢花6~10g,天竺黄10g;口舌歪斜加全蝎3g,僵蚕6g,白附子6g;阴虚舌红少津者加龟甲15g(先煎),麦冬10g,玄参15g,减黄芪至60g;纳呆者加藿香10g(后下),佩兰10g(后下)。

针刺治疗取穴以手足阳明经、手足少阳经为主。取患侧上肢:肩髃、曲池、手三里、合谷,可轮换取:肩髃、臂臑、肘髃、外关。

下肢取穴:环跳、风市、阳陵泉、足三里、昆仑,可轮换取:秩边、解溪、太冲。每日1次,10天为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 按1987年7月国家中医药管理局主张试行的《中风病中医诊断、疗效评定标准》进行积分和疗效判定。临床疗效判定标准:1)基本痊愈:症状、体征基本消失,生活能自理,能做一般性工作;2)显效:肌力提高2级或2级以上,生活部分自理;3)有效:偏瘫、失语好转,生活不能自理;4)无效:治疗前后无明显变化。

3.2 治疗结果 138例中痊愈38例,显效80例,有效15例,无效5例,总有效率96.38%。

4 讨论

补阳还五汤常用于脑梗塞属气虚血瘀的治疗。以半身不遂、口眼歪斜、苔白脉缓或脉细无力为证治要点。方中重用黄芪大补脾胃之元气,使气旺以促血行,祛瘀而不伤正;配当归尾活血祛瘀而不伤血;赤芍、川芎、桃仁、红花助归尾活血祛瘀;地龙通经活络。诸药合用,使气旺血行,瘀去络通。笔者在长期的医疗实践中观察到使用本方时需久服缓治,疗效方显,其中黄芪的剂量尽量不少于120g,效果不显再逐渐增加。

(2008-10-06 收稿)