

李顺民教授运用肾衰 1 号方治疗慢性肾衰思路及验案

杨 栋 李顺民 李雨彦

(广州中医药大学第四临床医学院, 深圳, 518033)

摘要 目的:介绍李顺民教授运用肾衰 1 号方治疗慢性肾衰的思路与验案。方法:通过总结目前医家对慢性肾衰的辨证分型,结合其病因病机认识,李顺民教授提出脾虚是本病的基本病机,主张从脾论治,并根据本病的病机及临床特点创制出肾衰 1 号方应用于临床。结果:2 例慢性肾衰患者应用肾衰 1 号方治疗后均取得较好临床疗效。结论:肾衰 1 号方是治疗慢性肾衰的一首有效方剂。

关键词 慢性肾衰;肾衰 1 号方;@ 李顺民;医案

Professor Li Shunmin's Thinking on Treating Chronic Renal Failure No. 1 Decoction for Renal Failure and Medical Cases Analysis

Yang Dong, Li Shunmin, Li Yuyan

(The Affiliated Shenzhen Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518033, China)

Abstract Objective: To introduce professor Li Shunmin's thinking and experience in treating chronic renal failure by using No. 1 decoction for renal failure. **Methods:** By summarizing the pattern differentiation of chronic renal failure, combined with its etiology and pathogenesis, professor Li Shunmin proposed that spleen deficiency was the basic pathogenesis of renal failure, and advocated treating kidney diseases from the spleen, and according to the pathogenesis and clinical features created No. 1 Decoction for renal failure in clinical application. **Results:** Two patients with chronic renal failure were treated with No. 1 decoction for renal failure, and good clinical results were achieved. **Conclusion:** No. 1 decoction for renal failure is an effective prescription for treating chronic renal failure.

Key Words Chronic renal failure; No. 1 decoction for renal failure; @ Li Shunmin; Proven cases

中图分类号:R256.5 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.12.045

慢性肾衰竭是各种慢性肾脏疾病发展至肾功能损伤所出现的一系列症状和代谢紊乱的临床综合征,主要表现为水、代谢产物潴留,酸碱及电解质平衡紊乱,全身多系统功能异常等。美国全国健康及营养状况调查(National Health and Nutrition Examination Surveys, NHANES) 2003—2006 年数据库的资料显示,CKD1-5 期的总体患病率达 14.2%^[1-2],而我国近年的显示我国成年人中慢性肾脏病的患病率为 10.8%^[3]。慢性肾衰竭由于发病率高、致残率高等特点,严重危害人类的健康与生命。慢性肾衰竭病情复杂,治疗棘手,进入到 CKD3 期以后现代医学缺乏有效的治疗方法,往往只能通过对症治疗和控制血压、血糖等危险因素,延缓其病情进展,不能有效改善其生命质量;越来越多研究表明,中医药在改善慢性肾衰竭患者生命质量以及延缓肾功能进展方面,有着现代医学不可比拟的优势^[4]。

慢性肾衰竭属中医关格、癃闭、肾劳、水肿、溺毒等范畴,其中医辨证分型方法很多,我国最早的统一辨证分型标准是 1987 年 9 月天津会议通过的“慢性肾衰竭中医辨证分型和疗效标准”,该标准将慢性肾衰竭分为脾肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气阴两虚、阴阳两虚 5 个正虚型以及外感、痰热、水气、湿浊、湿热、瘀血、风动、风燥 8 个邪实型^[5]。国家卫生部于 1993—2002 年颁布的《中药新药临床指导原则》,将慢性肾衰竭分为本虚(脾肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气阴两虚、气阳两虚及阴阳两虚)、邪实(湿浊、水气及血瘀)^[6]。有研究通过聚类分析方法及分期的中医症状及证候要素统计证实脾肾气虚、气阴两虚、脾肾阳虚、阴阳两虚为慢性肾衰竭临床主要虚证类型,血瘀贯穿疾病始终,而气阴两虚、湿热瘀阻,脾肾气虚、水气瘀阻,脾肾阳虚、湿浊瘀阻兼水气,阴阳两虚,湿浊瘀阻兼水气为临床常见四大复合证候类

基金项目:《天津市中医药研究院张大宁国医大师中医药防护肾脏疾病团队》项目(深圳“医疗卫生三名工程”深圳卫计委[2016]23 号);深圳市科创委项目(重 2014-125)——健脾益肾丸治疗慢性肾衰竭的临床研究

作者简介:杨栋(1974.07—),男,医学硕士,副主任中医师,研究方向:中医肾内科及血液净化,E-mail: ydong1111@126.com

通信作者:李顺民(1955.02—),男,医学博士,主任医师,二级教授,博士研究生导师,博士后合作导师,师从国医大师邓铁涛教授,享受国务院政府特殊津贴专家,全国第五批老中医药专家学术经验继承指导老师,广东省名中医,深圳市中医院肾病科学科带头人,研究方向:擅长治疗肾、胃、脑等内科疑难杂症,E-mail: zyylishunmin@126.com

型^[7-8]。目前大多医家遵循的是 2006 年中华中医药学会肾病分会发表《慢性肾衰竭的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)》及 2010 年国家中医药管理局医政司颁布的“慢性肾衰(慢性肾功能衰竭)诊疗方案”,将本病分为 3 个阶段:慢性肾衰竭早期、中期、晚期,并将慢性肾衰竭分为正虚诸证(脾肾气虚、脾肾阳虚、气阴两虚,肝肾阴虚、阴阳两虚);邪实诸证(湿浊、湿热、血瘀、湿毒)^[9-10]。李顺民教授通过多年临床观察发现,无论是脾肾气虚、气阴两虚、脾肾阳虚还是阴阳两虚都与脾、肾密切相关,即便是肝肾阴虚,亦与脾虚气血生化乏源有关。脾虚无力运化水湿,致湿浊、热毒、瘀血、水气等实邪结聚于内,浊邪壅滞,造成水肿、纳呆、腹胀、恶心呕吐、尿少、精神萎靡甚至昏迷等本虚标实之证。《素问·至真要大论篇》“诸湿肿满,皆属于脾”,盖脾主运化水液。若脾虚不能运化水湿,则可致水湿泛滥,而水湿内停又困脾,二者互为因果,加剧肾病的发生发展,因此李教授提出脾虚是本病的基本病机,主张从脾论治慢性肾衰竭,并根据慢性肾衰的病机及临床特点创制出肾衰 1 号方应用于临床^[11-12]。肾衰 1 号方主要由生黄芪、白术、肉苁蓉、豆蔻、丹参、大黄等 8 味药组成,方中重用生黄芪健脾补虚为君;白术健脾益气,肉苁蓉补肾阳、益精血为臣,豆蔻温中化湿行气,丹参活血补血,大黄祛瘀泻浊共为佐药,生黄芪与大黄合用,一升一降开启脾胃升降之枢,丹参与大黄合用,通腑泻浊,清解血分之毒。诸药合用,攻补兼施,共奏健脾益肾、活血化浊之功。李教授临床治疗慢性肾衰竭,往往在辨证的基础上执一方而治多证,常以肾衰 1 号方为基础加减治疗,如偏于脾虚、气虚,则加大黄芪、白术用量,或加党参健脾补气;偏于肾虚,则加大肉苁蓉用量,或加菟丝子、沙苑子加强补肾;偏于阴虚,则加熟地黄或生地黄养阴;偏于阳虚,则加干姜、附片扶阳;肾虚封藏不固,则加金樱子、沙苑子、莲须等收敛固摄;水肿明显,则加冬瓜皮、白茅根利水消肿,或加入五苓散、五皮饮因健脾利水;如外感湿浊,则加香薷或紫苏叶芳香化湿,并加入薏苡仁以健脾利湿;如湿热较重,则加四妙散加减以清热利湿。

1 验案一

患者,女,63 岁,门诊登记号:02954046。初诊时间:2017 年 2 月 14 日,主诉:尿检异常伴血肌酐升高 1 年。现病史:患者 2016 年 3 月体检查尿 PRO3+,血肌酐 319 $\mu\text{mol/L}$,外院诊断为“慢性肾炎综合征,慢性肾功能衰竭”,给予氨氯地平片 10 mg,2 次/d,

控制血压,并口服开同、金水宝、尿毒清等保肾治疗,血肌酐进行性升高,2 月 8 日外院复查血肌酐 1 097 $\mu\text{mol/L}$,尿 PRO3+,BLD+,为求中医治疗遂至我院门诊求治,刻诊:疲劳乏力,怕冷,晨起偶有恶心,口腔黏腻感,纳差,眠可,小便量少,大便日 1 次,成形。既往有高血压病史 10 余年,长期口服氨氯地平片控制血压,平时血压维持在 160~180/80~95 mmHg 左右。查体:Bp 166/92 mmHg,双下肢轻度水肿,舌胖,有裂纹,苔薄白,脉细滑。辅助检查:2017-02-14 我院查血常规:HB 90 g/L, HCT 27.3%。Cr 1 114 $\mu\text{mol/L}$, BUN 32.7 mmol/L, UA 502 $\mu\text{mol/L}$, CysC 5.95 mg/L。西医诊断:1)慢性肾炎综合征,慢性肾脏病 5 期,肾虚贫血;2)高血压 3 级(极高危)。中医诊断:肾衰病(脾肾两虚);治以健脾益肾,活血泻浊为法,方以肾衰 1 号方加减,方药:黄芪 30 g、山药 20 g、白术 20 g、酒苁蓉 15 g、豆蔻 10 g、丹参 15 g、大黄 15 g、炙甘草 5 g、紫苏叶 15 g、冬瓜皮 30 g。14 剂,日 1 剂,水煎分 2 次服。同时改口服硝苯地平控释片 30 mg/d 控制血压,予重组人促红素注射液 5 000 IU 皮下注射,1 次/周以改善贫血。患者服药 1 周后复查 Cr 1 005 $\mu\text{mol/L}$, BUN 27.0 mmol/L, UA 478 $\mu\text{mol/L}$, CysC 5.98 mg/L。2017-02-28 二诊:仍怕冷,疲劳乏力,晨起偶有恶心,口腔黏腻感,纳差,双下肢轻度水肿,眠可,小便量少,大便烂,日 4 次,舌胖,有裂纹,苔薄白,脉细滑。中药前方黄芪、冬瓜皮各加至 50 g,去豆蔻、紫苏叶,加芡实 30 g,荆芥穗 10 g。14 剂,煎服方法同前。2017-03-15 三诊:疲劳乏力减轻,晨起咽部不适,有痰,大黄减至 10 g 后大便日 2~3 次,烂,胃纳改善,双下肢无明显水肿,舌胖,有裂纹,苔薄白,脉细。2017-03-13 复查 Cr 937 $\mu\text{mol/L}$, BUN 28.1 mmol/L, UA 526 $\mu\text{mol/L}$ 。中药前方山药加至 30 g,肉苁蓉减至 10 g,去荆芥穗,加紫苏叶 15 g,陈皮 10 g,炒牛蒡子 15 g。14 剂,煎服方法同前。2017-03-28 四诊:自觉精神、体力均好很多,咽部不适改善,睡眠时流口水,双下肢不肿,大便 2 次/d,成形,舌淡,苔薄白,脉弦细。2017-03-27 复查 BUN 32.1 mmol/L, Cr 776 $\mu\text{mol/L}$, UA 555 $\mu\text{mol/L}$ 。中药前方山药减至 20 g,大黄加至 15 g,冬瓜皮加至 60 g,去紫苏叶、陈皮、炒牛蒡子,加荆芥穗 10 g。

按:一般认为中医中药治疗对慢性肾功能衰竭早、中期有较好疗效^[13-14],当患者进入到尿毒症期时疗效相对较差,同时口服中药存在导致高钾血症和加重水肿、心力衰竭等风险,因此,到了尿毒症期中

西医普遍观点认为不适宜继续口服中药汤剂治疗,需进行肾移植、血液透析或腹膜透析等肾脏替代治疗。本例患者就诊前血肌酐进行性升高,就诊时血肌酐已至 $1\,114\ \mu\text{mol/L}$,外院建议其维持血液透析治疗,患者因拒绝血透而到我院门诊求治,李教授通过加减肾衰1号方治疗6周,患者疲劳乏力、下肢水肿等症状明显减轻,精神、体力也明显改善,生命质量得到显著提高,同时,血肌酐也逐步下降至 $\text{Cr}\ 776\ \mu\text{mol/L}$,取得了很好的疗效,提示中医中药只要运用得当,对慢性肾脏病终末期一样有效,也提示肾衰1号方为治疗慢性肾功能衰竭的一首安全、有效方剂。

2 验案二

患者,女,56岁,门诊登记号:02825329。初诊时间:2016年10月18日,主诉:发现多囊肾20年,血肌酐升高4年余。现病史:患者20年前因解肉眼血尿到当地医院就诊,诊断为“多囊肾”,4年前曾行“手术减压”治疗,术前查血肌酐 $111\ \mu\text{mol/L}$,术后复查血肌酐 $135\ \mu\text{mol/L}$,术后长期口服黄葵胶囊、尿毒清颗粒、开同维持治疗,血肌酐逐渐升高至 $508\ \mu\text{mol/L}$,现身痒,口苦,恶心,下肢抽筋,疲劳,乏力,精神较差,健忘,眼干涩,视物模糊,纳差,眠多梦,大便1次/1~3d,大便干结,夜尿1~3次。有多囊肾家族史。查体:腹部膨隆,腹软,可扪及增大肾脏,双肾区无叩击痛,双下肢无明显水肿,舌淡红,苔薄白,脉细缓。辅助检查:2016年9月16日外院抽血查血常规:HB $73\ \text{g/L}$,HCT 23%。 $\text{Cr}\ 508\ \mu\text{mol/L}$,BUN $19.6\ \text{mmol/L}$,UA $451.5\ \mu\text{mol/L}$ 。西医诊断:1)多囊肾;2)慢性肾脏病4期,肾性贫血。中医诊断:肾衰病(脾肾两虚);治以健脾益肾,活血泻浊为法,方以肾衰1号方加减,方药:黄芪30g、白术10g、酒苁蓉15g、豆蔻10g、丹参15g、大黄10g、炙甘草5g、山药20g、紫苏叶15g、冬瓜皮30g。7剂,日1剂,水煎分2次服。患者服药1周后自觉疲倦、乏力及纳差等症状改善,停药3天于2016年10月29日在外院复查 $\text{Cr}\ 571\ \mu\text{mol/L}$,BUN $15.86\ \text{mmol/L}$,UA $409.9\ \mu\text{mol/L}$ 。从2016年11月22日开始每4周定期复诊,每次均以肾衰1号方为基础方,随证加减1~3味药,患者病情稳定,疲劳乏力、身痒、口苦、眼干涩、眠差等症状逐渐消失,2017年1月11日于外院复查 $\text{Cr}\ 438.3\ \mu\text{mol/L}$,BUN $18.6\ \text{mmol/L}$,UA $360\ \mu\text{mol/L}$ 。

按:现代医学一般认为多囊肾目前尚无特效药物治疗,患者一旦进入CKD3期以后,其病程是无法逆转的,血肌酐只会越来越高,本病案在治疗初期患

者血肌酐一度由 $508\ \mu\text{mol/L}$ 升至 $571\ \mu\text{mol/L}$,但李教授坚持运用肾衰1号方加减治疗,患者症状、体质得以改善的同时,血肌酐也逐步下降至 $438.3\ \mu\text{mol/L}$ 。李教授认为慢性肾衰的发展往往是一个长期渐变的过程,故其治疗也非旦夕可功,其过程应是长期而持续的,因此,他常告诫患者要树立信心,坚持治疗,不要因血肌酐暂时的升高而失去信心,也不要因血肌酐下降而放松警惕不去治疗;我们医生更不能因患者的检验结果波动而随意换方,坚持治病求本,扶正祛邪的原则,只有做到有方有守才能获得较好的疗效。

3 小结

通过上述2则验案我们可以看出,肾衰1号方是治疗慢性肾衰的一首有效方剂,无论原发病是慢性肾炎、还是多囊肾,无论在CKD早期,还是在CKD4-5期,只要辨证准确,用药加减得当,灵活应用肾衰1号方均可取得理想疗效。

参考文献

- [1] United States Renal Data System. USRDS 2010 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States [R]. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD 2010.
- [2] Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate [J]. Ann Intern Med, 2009, 150 (9): 604-612.
- [3] Zhang L, Wang L, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey [J]. Lancet, 2012, 379 (9818): 815-822.
- [4] 傅晓骏, 王国华. 中医治疗慢性肾炎蛋白尿的研究进展 [J]. 中医临床研究, 2013, 5 (22): 120-121.
- [5] 刘宏伟. 慢性肾衰中医辨证分型和疗效判定标准—全国中医肾衰研讨会讨论通过 (1987年9月天津) [J]. 中医药信息, 1991, 8 (2): 27-28.
- [6] CFDA. 中药新药临床研究指导原则 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 167-168.
- [7] 刘旭生, 黄丽娟. 慢性肾衰竭中医证候分布规律探讨 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2007, 8 (4): 219-221.
- [8] 刘变玲, 孙霏, 李靖, 等. 451例慢性肾脏病患者分期的中医症状及证候要素初探 [J]. 中医药信息, 2012, 29 (1): 14-17.
- [9] 中华中医药学会肾病分会. 慢性肾衰竭的诊断、辨证分型及疗效评定 (试行方案) [J]. 上海中医药杂志, 2006, 40 (8): 8-9.
- [10] 慢性肾衰 (慢性肾功能衰竭) 诊疗方案 [S]. 北京: 国家中医药管理局医政司, 2010.
- [11] 杨栋, 杨曙东. 李顺民教授从脾论治肾病经验 [J]. 新中医, 2014, 46 (6): 22-23.
- [12] 韦弦, 李顺民. 李顺民从脾论治五脏病医案4则 [J]. 新中医, 2016, 48 (12): 145-146.
- [13] 吴昱. 中医治疗慢性肾功能衰竭研究进展 [J]. 国医论坛, 2004, 19 (6): 50-52.
- [14] 周铭. 糖尿病肾病中医临床研究进展 [J]. 河北中医, 2001, 23 (10): 799-800.