

何立群教授运用中医药治疗慢性肾脏病经验集锦

孙蓓蓓^{1,2} 何立群^{1,2}

(1 上海中医药大学,上海,200123; 2 上海中医药大学附属曙光医院肾内科,上海,200021)

摘要 慢性肾脏病目前是全球性的公共健康问题,但慢性肾脏病发病初期临床表现及体征较少,很容易被忽视,若未在早中期给予及时治疗,将很快进展至终末期肾病(ESRD)。现作者就何立群教授运用中医药治疗慢性肾脏病的临床思路及经验进行整理总结,并附验案1则,与诸同道共享。

关键词 中医药治疗;慢性肾脏病;经验;@ 何立群

Professor He Liqun's Experience in Treating Chronic Kidney Disease with Traditional Chinese Medicine

Sun Beibei^{1,2}, He Liqun^{1,2}

(1 Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200123, China; 2 Department of Nephrology, Shuguang Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200021, China)

Abstract Chronic kidney disease is currently a global public health problem, but the clinical manifestations and signs of chronic kidney disease are few in the early stages, and it is easy to be neglected. If it is not treated in the early and middle stages, it will soon progress to end-stage renal disease (ESRD). The author organized and summarized the clinical ideas and experiences of Professor He Liqun in the treatment of chronic kidney disease with traditional Chinese medicine, and attaching one case, sharing it with you.

Key Words Traditional Chinese medicine therapy; Chronic kidney disease; Experience; @ He Liqun

中图分类号: R256.5; R249.2/.7 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.05.009

何立群教授为上海中医药大学附属曙光医院肾内科主任医师,博士研究生导师,致力于研究慢性肾脏病30余载,集临床、科研于一身,临证思辨不拘泥于古法,而是博采众家之长,遣方用药也颇多传承与创新。笔者有幸跟随老师学习,获益颇丰,现就何老师运用中医药治疗慢性肾脏病的临床思路及经验进行整理总结,浅析一二,与诸同道共享。

慢性肾脏病(CKD)常由糖尿病、高血压、慢性肾炎等继发,根据其临床表现,可归纳到中医学“虚劳”“腰痛”“溺毒”“水肿”等疾病范畴,何教授认为本病虽病因病机错综复杂,但整个病程还是以“本虚标实”为主线,病久损及他脏,进而气血阴阳俱虚,五脏六腑俱伤。

1 常用治则治法

1.1 从脾论治 从脾论治的方法尤善于CKD慢性肾炎的患者,水肿是CKD最为常见的症状,慢性肾小球肾炎也属于中医学“水肿”的范畴。《景岳全书》中提到凡水肿等症,乃脾、肺、肾三脏相干之病,其本在肾,其制在脾,其标在肺。《素问》中也提到“诸湿肿满,皆属于脾”。可见肺脾肾三脏涉及了水

液代谢的整个过程。何教授运用海派名医童少伯学术思想^[1]并结合自身临床经验得出,慢性肾炎CKD1-2期患者病位在肾,但病本在脾,脾失运化,则不能助肾化水,不能散精于肺,脾不制水,泛滥肌表为肿。可见治脾在论治肺脾肾三脏中占有重要地位,这也与中医治病求本的观点相符合。从脾论治并不意味着单独治脾,而是以脾为“病本”,治疗时,在辨证论治、随症加减的基础上着重补益脾气,温补脾阳,同时兼以温肾,该治疗法则的精髓在于以甘温补脾为主,温化为佐,使壅滞之气得行,使脾土健旺,则水湿得化。何教授运用本法治疗CKD反复或持续水肿者,其效果屡见不鲜。临床常用中药如党参15~30g、白术15g益气健脾,陈皮9g理气健脾,黄芪30g大补元气,防己12g祛风利水,车前子30g利水消肿。另外,何教授还根据从脾论治的观点研制了健脾清化方、肾病1号方等方药,用于CKD兼有脾虚患者,每每收效显著^[2]。

1.2 从肝论治 何教授在治疗CKD时,还擅于从肝论治。乙癸同源、精血互滋,肝血得养则肾精得滋;虚实补泻、疏养相合、从肝治风、肝肾同治,效甚

基金项目:上海市名老中医学术经验研究工作室(SHGZS-2017027)

作者简介:孙蓓蓓(1990.02—),女,博士研究生在读,医师,研究方向:中医药防治慢性肾脏病,E-mail:sunbeibei_wyp@163.com

通信作者:何立群(1959.08—),男,博士,主任医师,教授,博士研究生导师,研究方向:中医药防治慢性肾脏疾病,Tel:(021)53821650,E-mail:heliqun59@163.com

佳^[3]。何教授指出,治疗 CKD 无论虚实,勿忘治肝。CKD 患者常伴有“肝郁”,因气机不畅或肝木乘脾,可表现为情绪抑郁、胸闷不适、头晕、呕恶、纳差、便溏等,此类“肝郁”均为实证,若攻伐太过易伤肝阴,药效不足则又病难去,故应补泄共用,养肝疏肝相结合,而常用治肝之组方恰好以刚柔并济多见。何老师临证惯用一贯煎加减,若遇肝用不疏者则加川楝子疏肝理气;遇肝郁甚者则加广郁金、延胡索调理肝经气血,除一贯煎外,还善用枸杞子、白芍、当归等滋养肝血。需要注意的是 CKD 者慎用柴胡,柴胡虽能疏肝,但易升动肝阳、耗伤肝阴。何老师临床还常用淫羊藿、肉苁蓉、菟丝子、杜仲、潼蒺藜等柔润补肾之药,少用干姜、附子、肉桂等刚燥补肾之药,唯恐刚燥类药物助热化火伐肝肾之阴。

CKD 常因感受风邪病情加重或复发,且 CKD 蛋白尿较多或经久不消的患者也是由于风邪所致,而肝为风木之脏,治风先需治肝,以风药为主。《温病条辨》中有记载“肝主疏泄,风湿相为胜负,风胜则湿行,湿凝则风息,而失其疏泄之能”,提示了调整肝疏泄功能对治疗风湿邪气意义重大。何师在治疗 CKD 水肿、蛋白尿时,常以治肝为主,兼以清利湿热、调补肾阴,以风药调节肝用,平衡肝之疏泄,则肾开阖有度,肾风可去。临床常用四蚕汤(蝉蜕、蚕茧壳、蚕沙、白僵蚕)治疗内外之风,或投以防风、荆芥炭、豨莶草等,其中防风能祛风胜湿、升脾阳之气;荆芥炭祛风理血,能治肝经之风,又有收敛之性,针对顽固性蛋白尿者效尤佳;豨莶草归肝肾经,祛风湿,酒制可补肝肾。另外,组方中常加用牛蒡子来平补肝气以防补泄太过。

1.3 从肺论治 何教授认为 CKD 慢性肾炎的主要病位在肾,病本在脾,与肺密切相关。肺属金,肾属水,金水相生;肺为水之上源可通调水道,肾为水之下源主水液代谢,可见肺肾在水液代谢方面确实相辅相成。若肺失宣降,水道不通,外溢肌肤则为水肿;肺失治节,三焦气化失常,水道不通,可为小便不利;肺朝百脉,助心行血,肺气虚弱,气血不能上行头目,则出现眩晕、高血压等;再从五行规律着眼,肺为肾之母,外邪伤肺,母病及子,肾失封藏,精微外泄,可出现蛋白尿,若肾气亏虚,摄血无能,可出现血尿。何教授总结童少伯治病经验并结合自身临证经验提出 CKD 慢性肾炎从肺论治的治法九则^[4],如辛温宣肺利尿法、固表祛邪利尿法、辛凉肃肺利尿法、宣肺清热利尿法、清热解毒法、泻肺理气法、滋养肺肾法、疏风宣肺法和益气温阳利尿法。临床常选用清热解

毒药,如金银花、连翘、蒲公英等和疏风宣肺药,如蝉蜕、荆芥等,清热解毒药具有解热抗炎的作用,可减少免疫复合物的生成,从而减轻肾脏病理损害;疏风宣肺药可降低毛细血管通透性,抑制变态反应。所以在治疗期间,即使患者无明显外感症状,也应加入黄芪、桔梗等宣肺固肺之品。合理应用从肺论治的方法可有效减少患者蛋白尿、血尿,减轻患者血压高、水肿等症状。

1.4 从瘀论治 CKD 属于沉痾久病,因久病必虚,虚久则瘀,故最终因正气虚衰,脾肾失职,导致湿、瘀、浊、毒壅滞体内,发为本病。何教授通过大样本临床试验并结合患者肾脏病理结果发现血瘀证贯穿 CKD 整个病程,且无论是气虚、阳虚、阴虚、气阴两虚或阴阳两虚,最终均可引起气血阻滞,瘀血内生;或因湿、瘀、热、毒互结,久酿成瘀。故在 CKD 的全程治疗中,即使患者无明显血瘀证的表现也应该适量使用活血化瘀药物。疾病早期以活血逐瘀为主,药常用桃仁、红花、川芎等,血瘀甚者可加地龙、水蛭等,疾病后期以养血活血为主,药常投丹参、当归等。瘀血伴热证者可加赤芍、粉牡丹皮,伴寒证者可加淫羊藿、鸡血藤,伴血虚者可加当归、赤芍,伴气郁者可加郁金、延胡索,若患者腰膝酸软明显,可加用牛膝、杜仲、川续断,若患者大量蛋白尿可加用鬼箭羽,若患者血尿明显可加用小蓟、白茅根等。何老师立足于从瘀论治的理念,又经过不断的临证和思考,研制了中药方剂抗纤灵颗粒(丹参、桃仁、当归、牛膝、大黄等),并经临床试验、和动物实验验证了该药物可明确改善肾脏血流动力学、抑制肾脏纤维化、减少蛋白尿的作用,最终可延缓肾功能恶化^[5]。

2 擅用大方

大方的由来可以追溯到《黄帝内经》时期,书中记载“君一臣三佐九,制之大也”,目前认为药物组成超过 15 味即可称之为大方。何教授认为 CKD 病因病机繁杂,大致可概括为“虚、实、瘀、毒”,以本虚标实为主要特点,病情易受外界因素影响,诸多因素互相纠结,最终形成多病理因素共存、多脏腑受损共存的难缠病症。在治疗过程中,若仅从一证考虑用药,则病情重而药不足,病重药轻,往往不能药到病除,必须大方、重剂才能复气血、安五脏。而大方的优点就是多种理法互相糅合,多种药物互相配伍,具备多元化、多靶点的作用。何老师应用大方治疗 CKD,经常数法并用,如补益脾肾、理气行血、清热化湿、通腑泄浊等兼施^[6],药物总数常在 20~30 味左右,该治法有效针对了疾病的各个病因“对症下

药”,协调有序,多证兼顾,可调整脏腑功能,延缓疾病发展,提高临床疗效。但大方的药物组成不是简单的多味中药累加,仍需遵循中医的理法配伍原则,以一组功效相近的药物表现出的功效来形成君臣佐使,组成大方。何老师的大方基本上是由两部分组成,第一部分是专病专方,因CKD主要还是以脾肾亏虚为主,故基础方需围绕补益脾肾,疾病早期常以补益脾肾结合活血化瘀为主,疾病后期常以补益脾肾结合化浊解毒为主,常用药物如党参、黄芪、白术、牛膝、杜仲、川续断等;第二部分为随症加减,如尿蛋白较多者加蝉蜕、蚕茧壳,血尿较多者加荠菜花、茜草,夜尿较多者加益智仁、金樱子等。

3 擅用药对

何老师治疗CKD,在组方用药、辨证论治的同时,尤擅运用药对,根据中药的四气五味仔细推敲、配伍严谨,用于方药之中,大幅度提升了整副方药的临床疗效。如覆盆子配伍益智仁,取两者补涩同体之性,共奏补肾固涩之功,可用于CKD夜尿频数者;如潼、白蒺藜配伍,两味药一疏肝一养肝,共用则疏养相合,可用于CKD肝郁者;如枸杞子配伍菟丝子,两药均可平补肝肾,滋而不腻,可用于CKD肾精不足者;如桑叶配伍桑白皮,取桑叶祛风、桑白皮利水之意,共用则风来水走,水肿可去;如藿香梗配伍紫苏梗,取紫苏梗顺一身之气、藿香梗芳香辛散之效,并用则行气功效加倍,且肺胃同治、作用平和,可用于CKD食欲不振者;如紫苏叶配伍浮萍,两味药均可宣散,但一性温一性寒,并用则寒热制约,药性趋于平和但宣散之力加倍,有醍醐揭盖之功,可用于CKD小便不利、水肿见表证者;再如知母配黄柏,既可去火又不伤阴液,可用于减轻糖皮质激素的不良反应;如荆芥配防风炭,防风走气分,荆芥炭走血分,两药合用,可祛气分、血分之风邪,可用于慢性肾炎风邪伏络,血尿、蛋白尿不消者;如牛蒡子配玄参,两药均可解毒利咽,合用则效用倍增,可用于CKD外感风热所致的咽喉红肿疼痛者;再如南、北沙参配伍,滋润清降之力增强,可用于CKD干咳口渴者;苍、白术配伍,燥湿健脾之力增强,可用于CKD脾虚显著者;赤、白芍配伍,养阴不敛邪,祛邪不伤正,可用于CKD血虚兼有疼痛者。

4 验案

某,女,34岁,乏力伴泡沫尿7年。7年前因发现尿中泡沫就诊,查尿常规:蛋白3+,血肌酐 $120\mu\text{mol/L}$,期间具体治疗不详,2017年11月27日于我院初诊。患者泡沫尿多,腰酸乏力,情绪低落,

畏寒,双下肢水肿,纳差,寐可,夜尿3~4次,大便调。舌淡红,苔黄腻,脉沉细。查尿常规:蛋白1+,红细胞2+,肾功能:血肌酐 $99\mu\text{mol/L}$,尿素 10.2mmol/L ,肾小球滤过率 $55.68\text{mL}/(\text{min}\times 1.73\text{m}^2)$,24h尿蛋白定量1.186g,西医诊断:CKD 3期,中医诊断:肾衰病,中医辨证:脾肾亏虚,湿浊蕴结,治以补肾健脾,化湿泄浊。处方如下:党参30g、黄芪30g、赤芍15g、白芍15g、当归15g、制大黄9g、川牛膝15g、丹参15g、生蒲黄15g、陈皮9g、佛手12g、蝉蜕6g、蚕茧壳9g、白茅根30g、小蓟30g、荠菜花15g、芡实30g、覆盆子15g、制香附15g、广郁金15g、菟丝子15g、肉苁蓉15g、车前子30g,水煎服,每日1剂,早晚各1次。服用28帖。

按:本病程变化主线围绕本虚标实,其中以脾肾不足为主,兼瘀血贯穿全程,病久虚实瘀浊互结,损伤正气,最终伤及脏腑根本,发为此病。故以肾病2号方(党参、黄芪、赤白芍、当归、制大黄)为底方配伍丹参、牛膝、生蒲黄,既可治本健脾补肾,又可治标活血化瘀。再加郁金、香附行气解郁;车前子利水泄浊;加菟丝子、肉苁蓉温补肾阳,改善畏寒腰酸;白茅根、小蓟、荠菜花凉血止血,消除尿中红细胞;陈皮、佛手健脾理气,改善食欲;芡实、覆盆子固精,减少夜尿;蝉蜕、蚕茧壳治疗内外之风,减少蛋白尿。整副方药层次分明,配伍严谨,诸药合用,共奏温补脾肾,化湿泄浊之功效。

二诊:2017年12月27日复诊,患者畏寒、水肿减轻,泡沫尿较之前稍减少,夜尿1~2次,但仍有腰酸乏力,纳差,舌淡红,苔黄腻,脉沉细。复查尿常规:蛋白1+,红细胞1+,肾功能:血肌酐 $107\mu\text{mol/L}$,尿素 9.7mmol/L ,肾小球滤过率 $53.16\text{mL}/(\text{min}\times 1.73\text{m}^2)$,24h尿蛋白定量0.78g。调整方药:上方去菟丝子、肉苁蓉,加杜仲15g、川续断15g。水煎服,每日1剂,早晚各1次。服用31剂。按:患者服用上方诸症状明显好转,但仍有腰酸乏力,故去菟丝子、肉苁蓉,改为温补肾阳之力更足的杜仲、川续断。

三诊:2018年1月30日复诊,患者病情稳定,复查尿常规:蛋白1+,红细胞1+,上方继服31剂。按:患者服药后病情稳定,故效不更方。

四诊:2018年3月4日复诊,患者诉泡沫尿明显减少,双下肢水肿基本消退,食欲较之前改善,夜尿1~2次,但腰酸乏力仍有,大便秘结,舌淡红,苔薄黄,脉沉细。复查尿常规:蛋白弱阳,红细胞1~3个/HP,肾功能:血肌酐 $98\mu\text{mol/L}$,尿素 5.9mmol/L ,肾小球滤过率 $61.77\text{mL}/(\text{min}\times 1.73\text{m}^2)$,24h

尿蛋白定量 0.44 g,调整方药:上方去生蒲黄、陈皮、佛手、小蓟、荠菜花、覆盆子,加白术 15 g、防风 12 g、菟丝子 15 g、淫羊藿 15 g、火麻仁 15 g、枳实 15 g。水煎服,每日 1 剂,早晚各 1 次。服用 31 剂。按:患者诸症状改善明显,且尿蛋白、尿红细胞显著减少,但仍有腰酸乏力,故加用菟丝子、淫羊藿加强温补肾阳之效力;加白术、防风固表;加火麻仁、枳实改善便秘。服药 31 剂后患者诸证好转,复查尿常规(-),病情稳定,随访至今,近期复查,尿常规:蛋白-,红细胞 0~1 个/HP,肾功能:肌酐 104 $\mu\text{mol/L}$,尿素 7.3 mmol/L,肾小球滤过率 57 mL/(min $\times$ 1.73 m^2),24 h 尿蛋白定量 0.2 g(2018.09.17 查)。

5 讨论

CKD 目前是全球性的公共健康问题,国内成年人 CKD 的患病率呈现逐年增长的趋势,但 CKD 发病初期临床表现及体征较少,很容易被忽视,若未在早中期得到及时治疗,将很快进展至终末期肾病(ESRD)。中医药在治疗 CKD 方面的主要优势在于中医药能减轻患者临床症状、保护残余肾功能、延缓疾病进展。到目前为止,众多的临床试验也验证了中医药确实对肾脏具有保护作用,且安全性良好^[7]。

中医药关于 CKD 病因病机的研究可谓是百家争鸣,但基本还是围绕以脾肾亏虚为本,兼杂各种标实之证,如瘀血、痰湿、水湿、湿热、浊毒等。诱发或加重疾病的病因常见外感、内伤、七情、饮食、劳倦等。随着疾病进展,本虚之象愈来愈重,损及他脏,最终导致气血阴阳俱虚、五脏六腑俱损,而标实之证互相蕴结,酿久可化热化瘀化浊化毒,“毒”入血分,则加重气血阴阳、五脏六腑的损伤,进而引起全身代谢紊乱,病情恶化。中医治疗 CKD,由于疾病所处阶段不同故病机不尽相同,则治法也略有差异。何老师认为疾病早期,本虚主要以脾肾气虚为主,标实主要以水湿痰浊为主,故治疗运用健脾益气补肾,化湿泄浊为多。中期,本虚主要以气阴两虚为主,标实主要以水湿痰浊、瘀血为主,故治疗运用益气养阴,活血化瘀为多。后期,本虚主要以阴阳两虚为主,标实主要以浊毒内蕴为主,故治疗多运用滋阴温阳,泄热解毒。瘀血贯穿于疾病发展的始终,故应合理辨证,适当运用活血化瘀法。

本患者就诊前已有长达 7 年的泡沫尿病史,且于我院初诊时 24 h 尿蛋白定量多达 1.186 g。蛋白尿从中医学来讲可以认为是精微物质外泄所致,而精微外泄主要是由肾失封藏引起,若蛋白尿经久不

消则易造成肾失所养,肾体受损,进一步加重病情恶化,发展为慢性肾衰竭。何老师认为针对肾功能受损且蛋白尿较多的 CKD 患者治疗应首重治“源”,即温补脾肾,故采用肾病 2 号方打底,脾肾之气得复,则精微疏布正常不得外泄,再加以祛内外风之蝉蜕、蚕茧壳,及配伍适量的活血化瘀药物,大幅度减少了该患者尿蛋白。然后再根据患者表现出的夜尿频数、食欲不振、尿中红细胞较多等症状相应的配伍芡实、覆盆子、陈皮、佛手、白茅根、小蓟、荠菜花等药物。整个组方层次分明,配伍严谨,诸药合用,共奏温补脾肾,化湿泄浊之功效。患者二诊时,蛋白尿已明显减少,诸症状也较初诊时减轻,故维持目前治疗思路不变,仍以温补脾肾为主,兼以化浊去湿,但考虑患者腰酸乏力不减,故去菟丝子、肉苁蓉,改为温补之力更大的杜仲、川续断。患者三诊时病情较为稳定,无明显不适,故效不更方。待患者四诊时,临床诸症状已经明显改善,24 h 蛋白尿定量减至 0.44 g,尿中红细胞减少,肾小球滤过率有所上升,这说明目前以健脾温肾、化湿泄浊为主兼以对症治疗的方案对患者是疗效显著的,可明显减轻患者临床症状、减少尿蛋白、尿红细胞、保护肾功能。患者今年 9 月份复查血、尿指标提示目前肾功能稳定,尿蛋白少量,尿中无红细胞,综合来看,患者病情稳定,脾肾之气逐渐恢复,所谓正气存内,邪不可干。何教授治疗本例患者,及时把握患者当前的病情状态,并预判病情进一步发展趋势,在治病求“源”的基础上联合对症治疗,从整体出发,恢复脏腑功能,正气复则可抵御邪,从而改善患者生命质量。

参考文献

- [1]何立群,孙峰俐.海派名医童少伯从脾论治慢性肾炎经验之我见[J].中国中西医结合肾病杂志,2013,14(11):941-943.
- [2]健脾清化方治疗慢性肾脏病(3期)脾虚湿热型患者的临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2016,31(10):4333-4337.
- [3]余柯娜,麻志恒,钟利平,等.何立群从肝论治慢性肾病经验拾萃[J].中华中医药杂志,2016,31(1):120-123.
- [4]曹玉梅,曹秀娟,黄瑞华,等.黄芪注射液联合阿托伐他汀治疗早期糖尿病肾病的临床效果[J].中国医药,2016,11(4):543-546.
- [5]麻志恒,施志琴,张汉新,等.抗纤灵汤治疗血瘀型慢性肾功能衰竭 34 例临床观察[J].甘肃中医药大学学报,2017,34(6):44-47.
- [6]陈琨,李祥炜,张昕贤,等.何立群教授治疗慢性肾脏病略[J].中华中医药杂志,2015,30(3):758-760.
- [7]余柯娜,倪兆慧,汪年松,等.健脾清化方治疗脾虚湿热型慢性肾脏病 3 期的多中心随机对照临床观察[J].中国医学科学院学报,2016,38(6):686-695.