

李学铭运用消瘀泄浊饮治疗肾病的经验

鲁科达, 叶黎青, 陈红波, 马红珍

(浙江中医药大学附属第一医院肾内科, 浙江 杭州 310006)

摘 要: 全国名老中医李学铭从医近60载, 擅治肾病及内科杂症。经过多年临证实践自拟消瘀泄浊饮, 用于治疗慢性肾衰竭气虚夹瘀浊的病证。从该方的起源、组成、功用、临床运用加减及注意事项等方面全面介绍李老的经验方, 与世医分享。

关键词: 名医经验; 李学铭; 消瘀泄浊饮; 肾病

中图分类号: R692

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2011)08-1745-02

Li Xue-ming's Experience in Treating Kidney Disease by Xiaoyu Xiezhuo Yin

LU Ke-da, YE Li-qing, CHEN Hong-bo, MA Hong-zhen

(Department of Nephropathy, The First Affiliated Hospital of Zhejiang University of TCM, Hangzhou 310006, Zhejiang, China)

Abstract: One of national famous TCM doctors, Li Xueming who have been doctor for sixty years is good at treating kidney disease and internal medical diseases. Xiaoyu Xiezhuo Yin is his experience formula, which used in the treatment of chronic kidney deficiency disease of qi deficiency with blood stasis and turbidity syndrome. This paper gives a comprehensive introduction of this experience formula by its origin, composition, function, notes and modifications of clinical use.

Key words: famous doctor's experience; Li xueming; Xiaoyu Xiezhuo Yin; kidney disease

消瘀泄浊饮由李老自《医林改错》“补阳还五汤”化裁而来。全方由黄芪30g, 川牛膝12g, 桃仁12g, 地龙12g, 制军10g, 车前草20g组成。《素问·水热穴论篇》曰“肾者胃之关也, 关门不利, 故聚水而从其类也”。慢性肾脏病患者久病肾虚, 或阳虚, 或气虚, 阳不化气, 气不化水, 即关门不利而水湿内留, 郁而化浊, 加以久病多瘀, 瘀浊内阻为病。按此病机确立了以消瘀泄浊为主要作用的方药——消瘀泄浊饮。本方从王清任补阳还五汤化裁而来, 方中用大黄为君药, 《本经》曰: 大黄“主下瘀血, 血闭寒热, 破癥瘕积聚, 留饮宿食, 荡涤肠胃, 推陈致新, 通利水谷, 调中化食, 安和

五脏”。本方应用制大黄取其通利逐瘀、荡涤肠胃、清除邪浊之功。桃仁、牛膝活血祛瘀, 又可导浊毒下行, 且肾络之瘀邪为沉积日久之邪, 非一般活血化瘀之品所能及, 根据《内经》陈久淤积之邪当“去菀陈莖”以消之的治疗原则, 选择了善入经脉、性喜走窜、功擅搜剔通络的虫类药地龙, 意在推陈致新, 加大化瘀通络之功效, 三药合用共为臣药。王清任所谓“气既虚, 必不能达于血管, 血管无气, 必停留而瘀”。又如唐容川曰“凡治血必调气, 使气不为之病, 而为血之用, 斯得之矣。”故化瘀协同补气, 其效更彰。方中用生黄芪补气行血, 周行全身, 推动诸药之力, 并加大活血化

- [4] 刘波, 袁秉祥, 郭雄, 等. 天癸更年期胶囊对老年雌性大鼠骨骼代谢影响的实验研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(2): 135-139.
- [5] 夏东胜, 郭盛军, 郭志强, 等. 绝经后妇女骨质疏松程度与肾虚证型的关系[J]. 新中医, 2001, 33(9): 14-15.
- [6] Jules J, Ashley JW, Feng X. Selective targeting of RANK signaling pathways as new therapeutic strategies for osteoporosis[J]. Expert Opin Ther Targets, 2010, 14(9): 923-934.
- [7] Fricke O, Beccard R, Semler O, et al. N-terminal C-type natriuretic propeptide is associated with the endosteal apposition of bone in females with a persistent eating disorder[J]. Horm Res Paediatr, 2010, 74(3): 201-206.
- [8] 隋满妹, 解汝娟, 杜玄一, 等. 护骨素基因C1217T多态性与糖

- 皮质激素性骨质疏松症的相关关系[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2007, 8(5): 263-266.
- [9] Wilson DC, Marinov AD, Blair HC, et al. Follistatin-like protein 1 is a mesenchyme-derived inflammatory protein and may represent a biomarker for systemic-onset juvenile rheumatoid arthritis[J]. Arthritis Rheum, 2010, 62(8): 2510-2516.
- [10] Zhang X, Arnott JA, Rehman S, et al. Src is a major signaling component for CTGF induction by TGF-beta1 in osteoblasts[J]. J Cell Physiol, 2010, 224(3): 691-701.
- [11] Fritton JC, Kawashima Y, Mejia W, et al. The insulin-like growth factor-1 binding protein acid-labile subunit alters mesenchymal stromal cell fate[J]. J Biol Chem, 2010, 285(7): 4708-4714.
- [12] Giustina A, Mazziotti G, Canalis E. Growth hormone, insulin-like growth factors, and the skeleton[J]. Endocr Rev, 2008, 29(5): 535-559.
- [13] Perrini S, Natalicchio A, Laviola L, et al. Abnormalities of insulin-like growth factor-I signaling and impaired cell proliferation in osteoblasts from subjects with osteoporosis[J]. Endocrinology, 2008, 149(3): 1302-1313.

收稿日期: 2011-03-27

基金项目: 国家“十一五”科技支撑计划资助项目(2007BAI10B01-034); 浙江省中医药管理局资助项目(2009YB004)

作者简介: 鲁科达(1978-), 男, 浙江余姚人, 主治医师, 博士, 研究方向: 免疫肾脏病研究。

瘀之功,用为佐药。车前草利水通淋,导浊下行,是为使药。诸药合用,达到瘀祛络通、水行浊泄的良好效果,在临床上广泛应用于慢性肾衰竭气虚夹瘀的病证。症见病程较长,腰酸乏力,大便欠畅,脉弦细、细涩;舌质正常或者偏淡,苔薄白或薄腻等。

李老治疗慢性肾衰以泄浊消瘀佐和中补虚为大法,消瘀泄浊饮用于肾气亏虚,瘀浊内阻而湿热不重者。临床上常用于各类原发性和继发性肾脏疾病引起的肾功能不全,表现为气虚夹瘀的病证。临床上则灵活运用,多有化裁,如和中加陈皮、竹茹;苔腻加姜半夏、浙贝;苔黄腻加姜半夏、川连、瓜蒌皮;便干不畅加麻仁或番泻、枳壳。补虚加灵芝、绞股兰、丹参。

本方主要为“气虚夹瘀”证而设,临床上非“气虚夹瘀”者则非本方所宜。临床应用本方时,尤需注意大黄的剂量,从3~10g不等,按大便溏干、内热轻重及真气不足之情况分别处理。如服药后大便转溏日2~3次以上,则大黄剂量宜适当减少。

案1 慢性肾衰竭脾肾虚弱夹瘀浊,消瘀泄浊饮加减治之。

周某,女,47岁,2009年6月20日初诊。患者2年前余前无明显诱因下出现腰酸、乏力,至当地医院就诊发现血肌酐升高,B超提示双肾缩小,诊断为“慢性肾炎,慢性肾功能不全”,未行肾组织活检。在多家医院门诊治疗,效果欠著,血肌酐呈缓慢进行性升高。今来我院门诊,诉双下肢微肿,纳差,舌淡、苔薄腻、脉细弦,查尿酸 $327\mu\text{mol/L}$,肌酐 $335\mu\text{mol/L}$ (正常上限 $133\mu\text{mol/L}$),尿Pro $3+$,RBC $2+/\text{HP}$ 。中医诊断:肾痹,属脾肾虚弱夹瘀浊证,治以和中补虚、祛瘀泄浊。方用“消瘀泄浊饮”加味,处方:黄芪30g,川牛膝12g,地龙12g,桃仁12g,制军15g,车前草15g,陈皮6g,淡竹茹20g,灵芝15g,猫爪草15g,藤梨根50g,乌药10g。

复诊:2009年7月4日,患者药后,腰酸、乏力明显减轻,双下肢浮肿消失,守方治疗。1月后复查肌酐 $278\mu\text{mol/L}$ 。

案2 腰痛脾肾亏虚证,治以益气健脾化瘀。

应某,男,45岁,2009年2月21日初诊。患者于4年前因腰酸痛、乏力,至当地医院就诊,发现有蛋白尿,肾功能不全,当时蛋白尿最多 $2+$,血肌酐最高 $128\mu\text{mol/L}$ (正常上限 $95\mu\text{mol/L}$)。迄今症状未缓解,肌酐不降,今来我院门诊就诊,诉大便溏,日一二行,舌黯淡,苔薄,查血肌酐 $120\mu\text{mol/L}$,尿Pro $+$ 。中医诊断:腰痛,属脾肾亏虚证,治以益气健脾化瘀。方用“消瘀泄浊饮”合加味四君子汤加减。处方:黄芪30g,淮山药30g,炒党参12g,白术30g,茯苓12g,甘草6g,益智仁12g,石见穿30g,防风12g,陈皮6g,制军3g,车前草20g。

2009年4月4日二诊:大便成形,腰酸,乏力。脾运已复,瘀浊未消,方用“消瘀泄浊饮”合参芪地黄汤加减。处方:炒党参12g,黄芪30g,当归10g,红花6g,制军5g,车前草20g,生地15g,萸肉12g,山药30g,益智仁12g,石见穿30g,鬼箭羽20g,防风12g。

三诊服上方治疗2月余,复查血肌酐 $98\mu\text{mol/L}$,尿Pro $+$,继用消瘀泄浊饮合加味四君子汤加减。处方:黄芪30g,淮山药30g,炒党参12g,白术30g,茯苓12g,防风12g,陈皮6g,蝉衣12g,藿香12g,米仁30g,当归10g,红花6g,制军5g,车前草20g。2008年7月4日复查血肌酐 $78\mu\text{mol/L}$,尿Pro $(-)$ 。

案3 肾痹湿热内盛,治予以清热燥湿泄浊化瘀

陈某,男,17岁,2009年8月29日初诊。患者2年前出现腰酸乏力,至当地医院就诊,发现血肌酐升高,后至上海、浙江等多家医院就诊,服中药及西药治疗,血肌酐未明显下降。今来我院门诊,查血肌酐 $237\mu\text{mol/L}$ (正常上限 $110\mu\text{mol/L}$)述口干,乏力,纳欠佳。舌偏红,苔薄腻,脉细。证属溺毒湿毒内盛型,治以清热燥湿,泄浊化瘀,方以消瘀泄浊饮合黄连温胆汤加减。处方:黄芪30g,牛膝12g,桃仁12g,地龙12g,制军8g,车前草20g,川连3g,陈皮6g,淡竹茹20g,姜半夏12g,苏梗10g,藿香10g。

2009年10月31日二诊,仍有口干乏力,舌红,脉细数。方以当归六黄汤加减,处方:黄芪30g,制军12g,车前草20g,川连3g,陈皮6g,淡竹茹20g,当归12g,生地12g,熟地8g,红花6g,佩兰12g,芦根30g,灵芝12g。

2009年12月5日三诊,口干乏力较前明显好转,复查血肌酐 $210\mu\text{mol/L}$ (正常上限 $110\mu\text{mol/L}$)。以消瘀泄浊饮加味治疗,处方:黄芪30g,川牛膝12g,桃仁12g,地龙10g,制军12g,车前草20g,陈皮6g,淡竹茹20g,灵芝15g,猫爪草15g,藤梨根60g,党参12g,当归12g。

案4 肾痹气虚血亏,瘀浊内阻治予补益气血,行瘀泄浊。

徐某,50岁,2008年10月22日初诊,1年前体检查尿pro $2+$,RBC $1+/\text{HP}$,血肌酐 $500\mu\text{mol/L}$,血压 $130/70\text{mmHg}$,外院肾组织活检示:节段硬化性肾小球肾炎,予开同等治疗。目前乏力,胃纳欠丰,恶心,大便干结,苔薄腻,脉沉细。证属肾痹气虚血亏,瘀浊内阻,治以补益气血,行瘀泄浊,方以消瘀泄浊饮合加味温胆汤加减。处方:黄芪30g,川牛膝12g,桃仁12g,地龙12g,当归10g,炒党参12g,白芥子10g,干姜3g,川连3g,陈皮10g,淡竹茹20g,车前草30g,制军8g。二诊时无恶心,大便仍干结,3日一行,苔腻,脉沉细。上方去白芥子、干姜、川连、当归、炒党参,加泻叶1.5g,灵芝15g,猫爪草15g,佩兰12g。2008年11月19日三诊时乏力减轻,胃纳好转,大便每日一行,苔薄腻,脉沉细,血肌酐降至 $401\mu\text{mol/L}$ 。

案5 肾痹肾虚挟瘀证,治以补气益肾、泄浊消瘀

汤某,男,35岁,2007年12月1日初诊。患者于2006年5月中旬体检发现血肌酐增高,当时未作进一步检查治疗,至次年3月再次体检,血肌酐轻度增高伴尿蛋白 $+$,血压 $142/90\text{mmHg}$ 。除服用降血压药物以外,仍未作进一步检查与治疗。延至2007年11月,自觉乏力明显,腰酸隐痛,入住温州市某三甲医院,诊断为“慢性肾炎,肾功能不全”,予科素亚、络活喜、苏打片、保肾康片等治疗,乏力腰酸等症状无明显改善,遂来本院门诊。当时血肌酐 $120\mu\text{mol/L}$,尿蛋白 $+$,尿蛋白定量 $0.43\text{g}/\text{天}$,B超检查双肾偏小,皮质薄。诊得舌苔薄白,脉弦。四诊合参,诊为肾痹之候,证属肾虚挟瘀,治以补肾化瘀为主。方以消瘀泄浊饮加减:生黄芪30g,制军3g,车前草15g,炒党参12g,麦冬10g,生地15g,制萸肉12g,炒淮山药30g,丹皮12g,炙当归10g,红花10g,灵芝15g,猫爪草15g。14剂。水煎,每日1剂,分2次温服。上方出入服药近2月,2008年1月26日二诊:复查血肌酐 $118\mu\text{mol/L}$,尿素氮 7.18mmol/L ,尿常规正常,血压已控制在正常范围。大便软溏,仍感乏力,腰膝酸软,苔薄白,脉细弦。四诊合参辨证为脾肾气虚,瘀瘀内郁,继续以消瘀泄浊饮加减,后多次复查尿常规与血肌酐均正常。