

张之文教授治疗慢性肾病经验

冯全生

(成都中医药大学, 四川 成都 610075)

摘 要:总结张之文教授辨治慢性肾脏疾病注重标证的辨治思路和用药特色。提出慢性肾病的标常表现为瘀血、痰浊、水气和外邪,是导致疾病迁延,不断加重的根本。治疗以治标为先。传统的四诊必须借助于现代检查结果,注重微观辨证,病证结合。总结了相关治疗的用药经验。并举典型医案进行分析。

关键词:慢性肾病;辨治思路;名老中医经验;张之文

中图分类号: R249

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2007)12-2450-02

慢性肾脏病,如无症状性蛋白尿、单纯性血尿、慢性肾炎、IgA 肾病、隐匿性肾小球疾病、慢性肾功能衰竭等,病重日久往往危及生命,中医治疗可减轻症状,延缓肾的进行性损害,延长生命等。张之文教授为全国名老中医,四川省名中医,其对慢性肾脏病的中医治疗颇有心得,在消除蛋白尿、血尿和减轻水肿等方面,取得了较好的治疗效果。现将该方面治疗经验进行初步总结,以供临床工作者参考。

1 病变以瘀血 痰浊 水气 外邪为标

西医认为,肾脏是人体重要器官,对调节和维持人体环境的体液容量和成分有重要作用。其具有分泌尿液,排出代谢废物,调节体内水、电解质和酸碱平衡以及内分泌和分泌激素等功能。各种肾脏疾病的病因及累及部位、毁损程度不同,其表现亦各异,慢性肾脏病常有血尿、蛋白尿、浮肿,可伴有不同程度高血压、肾小球滤过率下降等表现。从慢性肾脏病的临床表现,总结老师的治疗经验分析,其病理主要责之于中医肾,与脾、肺等也密切相关。中医认为,肾为先天之本,藏真阴而寓真阳,只宜封藏,不宜耗泄,故历代从虚论治中医肾病。

根据老师的治疗经验,肾虚虽可导标实,但标实可加重肾虚,标不去,病难除,标才是导致疾病迁延,不断加重的根本。比如,进行性慢性肾功能衰竭,几乎是所有慢性肾脏病持续不愈的结局,其病变基本上是不可逆的。其本虚(脾

肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气阴两虚、阴阳俱虚多见)的治疗虽然很重要,但一般不能逆转其病机,尤其是进入终末尿毒症期,标证(如感染外邪、瘀血、痰浊、水气等)急而重,会增加残存肾单位的负荷,而加速病变的发展,耗竭本原,威胁患者的生命,故治标比治本尤急尤重。在标证得到控制,病情稳定后,才谈得上补虚治本。扶正治本能减少标证的发生。而慢性肾脏病的标常表现为瘀血、痰浊、水气和外感邪气。

瘀血可因虚而致,如气虚、阳虚、阴虚等;也可因实而成,如长期水湿不去、痰浊内阻等。久病入络,久病多瘀,慢性肾脏病的这种瘀多表现为络脉的瘀阻,腰者,肾之府,不通则痛,患者可见腰部刺痛,面色晦黯或黧黑,肤肌干枯脱屑,皮下瘀斑,唇甲紫黯,舌质黯,有瘀斑、瘀点,脉细涩等,现代医学检查,双肾缩小,血液黏稠度增高,肾脏病理中出现血管增厚、肾小球硬化和间质纤维化等。现代医学还证实免疫性炎症和肾血凝障碍为肾小球疾病两大发病机制。血络瘀阻,在一定情况下可导致出血,临床表现为血尿。

而痰浊可因肾虚气失司,或瘀血、水饮阻滞,水液输布不利而产生,也可病变及肺、脾而产生。痰与肾性高血压、高血脂和水肿具有相关性。浊指浊邪,其为人废液,需排除体外,若浊邪蓄积,可出现恶心呕吐,脘腹痞满等。浊邪包括西医所言之尿素、肌酐等。

降低机体过氧化反应、提高机体的抗氧化酶活性对于延缓端粒缩短、增加细胞寿命具有重要意义。

本课题组多年的研究证明,脾虚时自由基过氧化反应增强,机体清除自由基能力减弱,这与衰老时的变化类似。脾虚患者血浆过氧化物 LPO 含量显著高于无脾虚证者,而抗过氧化反应的超氧化物歧化酶 SOD 含量及其活性均明显低于无脾虚证者。脾气虚证、脾阳虚证和脾阴虚证血清及脑、肝、脾、肾等主要脏器的脂质过氧化物(LPO)含量升高、丙二醛(MDA)和共轭双烯(CD)的含量升高。在脾虚证与机体抗氧化酶关系的研究发现,上述脾虚三证血清抗氧化酶,包括谷胱甘肽过氧化物酶(SeGSH-Px)、铜锌超氧化物歧化酶(CuZn-SOD)、过氧化氢酶(CAT)活性下降。说明脾虚证机体过氧化反应增强,抗氧化系统功能降低。

经补脾方药治疗后,上述变化明显改善。此次研究结果除再次证明脾虚证过氧化反应的关系外,还进一步证明了脾虚状态下,端粒长度的缩短与过氧化反应程度相一致。

脾虚证是导致衰老的主要原因,脾虚状态下机体内自由基异常增多,抗氧化能力明显下降,过氧化反应增强,导致过氧化损伤增强。而自由基可引起端粒 DNA 损伤,从而导致端粒的缩短。说明脾虚衰老状态下,自由基损伤增强,破坏染色体 DNA 的结构,影响端粒的长度及端粒酶的活性,端粒、氧化应激与脾虚衰老之间有一定的相关性。

参考文献

- [1] 丁朝建,刘琼,徐辉碧.氧化应激与端粒、端粒酶的关系[J].生命的化学,2004,24(2):168-169
- [2] 赵朝晖,陈晓春,朱元贵,等.人参皂苷 Rg1 延缓细胞衰老过程中端粒长度和端粒酶活性的变化[J].中国药理学通报,2005,21(1):61-65
- [3] 陈雷.应用模糊数学中模式识别方法进行脾虚大鼠模型评价研究[D].沈阳:辽宁中医学院,2004

收稿日期:2007-07-24

作者简介:冯全生(1971-),男,重庆人,副教授,博士,主要从事温病与感染病的研究。

水气则是导致慢性肾脏病水肿的主要原因。其产生与肾、脾、肺运化输布水液失常,以及瘀血、痰浊内阻有关。水为有形之邪,停于体内,导致气机阻滞,清浊升降失序,加重肾脏负担,导致病情迁延不去,水为阴邪,日久伤阳,阳虚加重水泛。水饮可上凌于心,出现心累气紧之候。

肾为五脏六腑之根本,故涉及中医肾的慢性肾脏病最易外感邪气,而邪气则成为病情复发和加重的重要诱因,因而,祛除外感,防止外感在慢性肾脏病的治疗中十分重要。

2 辨证须借助微观

中医传统诊病多从宏观认识疾病,而一些肾脏疾病外在临床表现不显著,依靠传统四诊难于收集阳性症状和体征,必须借助于现代实验室检查结果,如尿常规蛋白、红细胞检查,血肌酐、尿素氮,肾脏病理活检等,根据这些反映出来的病变情况确立中医治法方药,克服传统中医诊法的盲区,这就是微观辨证,在慢性肾脏病的辨治中必须借助的。

蛋白尿、血尿、血肌酐、尿素氮等异常升高以及水肿和少尿闭尿是慢性肾脏病常见的症状,辨病与辨证结合,应辨清病情标本虚实。如蛋白尿,大量临床资料表明,肾病综合征和持续性蛋白尿患者预后多不良,在局灶性肾小球硬化、膜增殖性肾小球肾炎、膜性肾病、IgA 肾病、糖尿病肾病和慢性肾移植排斥反应等病,蛋白尿是肾脏病进展和病死率增加的显著独特的决定因素,临床消除蛋白尿十分重要。蛋白尿的产生多责之于肾虚,由于肾虚失于固摄封藏,人体精微外泄而形成蛋白尿,但与瘀血、痰浊、水气等也密切相关,标实会诱发或加重蛋白尿。而血尿可因急性期热邪灼伤络脉而致,也可因病情日久,气虚不摄而成。对慢性肾脏病尿血,常伴血络瘀阻。对肾性高血压,多久病肾虚,阴不制阳,肝阳上亢,加之痰浊内阻而成,故多标实之候。而肾性贫血,多久病肾之精血亏虚所致。水肿、少尿、尿闭多水气为患,与肺、脾、肾水液输布失常密切相关,同时瘀血和痰浊也会加重水肿和少尿。正气不足,易感邪而多表现为咽部充血不适,为夹毒邪之象。

3 治疗以治标为先

由上述分析可看出,慢性肾脏病瘀血、痰浊、水气等为加重病情的重要病理,因此,无论是在急性发作期还是病情缓解期,都不应忽视标证治疗。

对瘀血,要化瘀通络,老师常用丹参、桃仁、水蛭等药物,现代研究提示,上述三药能减轻肾脏的损害,尤其是水蛭含有水蛭素、抗血栓素、类肝素等多种抗凝相关的生物活性物质,具有抗凝、降纤、溶栓、调脂等作用,可降低血液的高凝状态,改善局部及全身的微循环灌注,具有“化瘀”作用,治疗肾病综合征、慢性肾炎等慢性肾脏疾病有显著疗效。

对痰和浊邪,要化痰排浊,患者伴眩晕、体胖、尿少、水肿、脉弦,为痰饮内盛,三焦气机郁滞,通调失常,应宣展气机,泄化痰湿,可遵循叶天士用温胆汤之走泄,而温化痰饮;若血中肌酐、尿素氮高,浊邪难出,患者苔腻舌白,可入藿香、佩兰、石韦等芳化、渗泄浊邪;也可根据病情和患者体质选用大黄等配伍或保留灌肠解毒降浊,以促进尿毒浊邪的排除,金·刘河间治疗水肿、气促、小便不利,创制倒换散(生大黄、荆芥)。水湿浊邪本应从前阴排泄,若通过利尿而仍不通利,则以大黄通腑,荆芥宣肺(肺合大肠相表里),一切污垢浊邪,尽从肠腑而去。其排浊途径前后倒换,故名

倒换散,其作用无异于现代灌肠解毒降浊。《本草纲目·大黄》记载其具有“利水肿,利大小肠”的作用,现代研究显示大黄对治疗慢性肾功衰有积极意义。

若镜下血尿或肉眼血尿,常入白茅根、马齿苋等凉血止血,其剂量可用至 50~60g 并通因通用,加入活血利尿的泽兰。久病肾虚,最易感邪,常表现为咽部充血,咽喉不适,可伍入牛蒡子解毒利咽,现代研究显示,该药及其提取物可有效降低糖尿病大鼠尿微量白蛋白及 24h 尿蛋白、内生肌酐清除率,降低 DN 大鼠的血糖水平,减少尿蛋白的排泄率,从而保护肾功能。湿浊较重还可加入石韦。对水肿、少尿,甚至无尿患者,要肺、脾、肾同治,升清降浊,调畅气机,宣上、畅中、渗下并举。同时,在治水气之时,不忘通络和化痰浊的运用。

以上治疗皆体现了治标之道。由于慢性肾脏疾病肾虚久病,故老师喜以参芪地黄汤为基础,随证增入上述药物,若患者呈阴虚之象,则易以麦味地黄汤,尤其是对于疾病有所缓解,异常指标有所下降情况下,治标与补肾并举。

4 病案举例

曾某,女,35 岁,公务员。药物过敏史:无。就诊时间:2004 年 4 月 7 日。腰痛尿血近 2 年。近 2 年前,反复腰痛尿血,开始未引起重视,后症状加重于 2003 年 9 月前往华西检查并住院,诊断为 IgA 肾病(轻微病变型)。出院后病情未多大改善,以后曾求治于中医,但效果不佳,一直反复少许肉眼血尿或镜下血尿,服西药效果也不佳,以上具体治疗情况不详。现尿血,腰痛,疲乏,经常易感冒。既往史:无特殊。体格检查:困倦面容,眼睑略淡,舌正常,脉缓。辅助检查:华西医院 2003 年 9 月 25 日病理诊断报告:肾穿常规染色切片见 10~16 个小球,2~3 个小球灶性系膜增生,另见 2 个小球废弃,余小球大致正常。局灶性小管萎缩,间质炎症细胞浸润,个别小管腔内可见蛋白管型。IF C3 及 IgA,小球灶性系膜(+),且 IgA 毛细血管壁节段性(+);IgG 及 IgM:小球小管均(-)。考虑:符合早期 IgA 肾病(轻微病变型)。华西医院 3 月 10 日及 31 日小便常规均:尿隐血(2+),红细胞(+)。

中医诊断:石水,气阴两虚,肾虚血瘀。西医诊断: IgA 肾病(轻微病变型)。

辨证分析:患者为青年女性,禀赋不足,腰为肾之府,肾司二便,肾气亏虚,气不摄血,因此出现尿血,腰痛,疲乏,困倦面容;气虚不能生血,因而眼睑略淡;脉缓亦为气虚之象。治疗:补肾活血,凉血止血,益气养阴。参芪地黄汤加减:生地 15g 山茱萸 10g 山药 15g 丹皮 15g 白茅根 30g 旱莲草 30g 云苓 20g 泽泻 20g 黄芪 50g 三七(粉,冲服) 10g 甘草 3g 3~6 剂。二诊:2004 年 4 月 12 日,诸症同前,继续守法治疗。太子参 20g 黄芪 50g 生地 15g 山茱萸 10g 怀山药 15g 丹皮 15g 云苓 15g 泽泻 15g 三七(粉,冲服) 10g 白茅根 30g 旱莲草 30g 丹参 15g 红泽兰 15g 甘草 3g 5~6 剂。

以后守法调理,治疗总计 2 月余。华西医院 2004 年 6 月 7 日小便常规检查:尿隐血(阴性),红细胞 0~3 HP,指标已正常。

按 此病人外在表现仅有脉缓、乏力等,光从传统四诊难于辨清疾病,结合现代检查,镜下血尿,病变在肾脏。本案病情反复发作,虽以虚为本,然治疗不能忽视血瘀之标,化瘀通络,适当辅以止血为治疗要着。