

## • 专家经验 •

## 聂莉芳教授治疗慢性肾脏病验案分析

张晶晶 聂莉芳

聂莉芳教授从事肾脏病中医临床工作 30 余年,积累了丰富的临床经验,是国家中医药管理局第四批和第五批名老中医,亦是中国中医科学院西苑医院肾病科学科带头人。因就读聂老师的博士生,有幸随师侍诊,聆听师训,获益匪浅,现将 3 则有效病例总结如下。

## 1 慢性肾衰竭验案

河北某男,42 岁。患者 2013 年初因恶心呕吐于北京某西医院检查发现血肌酐 700  $\mu\text{mol/L}$ ,西医诊断慢性肾衰竭,建议其行动静脉内瘘成形术,准备透析,患者拒绝。同年 7 月 4 日患者为求中医药诊治至聂师处初诊。查血肌酐 716  $\mu\text{mol/L}$ ,尿酸 595.5  $\mu\text{mol/L}$ ,血红蛋白 105 g/L。症见:神疲乏力,恶心呕吐,纳差,口干不欲饮,咳嗽有痰,眠安,大便调。舌淡边有齿痕,苔薄黄腻。脉沉细无力。中医辨证:脾胃气虚,胃失和降,兼以肺内蕴热。拟益气养胃,降逆化浊,兼清肺热法。予香砂六君子汤加减。处方由广木香 6 g,砂仁、白术、五味子、当归各 10 g,陈皮、姜半夏各 5 g,茯苓、丹参、太子参各 20 g,冬葵子、黄芩各 15 g,鸡内金、竹叶、麦冬、竹茹各 12 g,银花、鱼腥草各 30 g,黄连 3 g 组成。水煎服,每日 1 剂。并嘱患者戒烟酒,完全素食。

同年 8 月 5 日复诊,查血肌酐 295  $\mu\text{mol/L}$ ,尿酸 513.7  $\mu\text{mol/L}$ 。患者诸症明显减轻。患者坚持中医药治疗,定期复诊,聂师一直以本方加减化裁,血肌酐逐渐下降,患者一直坚持全日工作,疗效显著。2014 年 1 月 15 日复查血肌酐 169  $\mu\text{mol/L}$ ,尿酸 359.8  $\mu\text{mol/L}$ 。同年 4 月 27 日复查血肌酐 155  $\mu\text{mol/L}$ ,尿酸 357.5  $\mu\text{mol/L}$ 。10 月 26 日复查血肌酐 152  $\mu\text{mol/L}$ ,尿酸 336.1  $\mu\text{mol/L}$ 。2015 年 1 月 24 日复查血肌酐 141  $\mu\text{mol/L}$ ,尿酸 330.5  $\mu\text{mol/L}$ 。患者已无不适。目前仍在继续治疗中。

按:中医学虽无“慢性肾衰竭”的名词,但古代文

献中的“癃闭”、“肾风”、“关格”所描述的病症,与慢性肾衰竭患者的临床表现是很相似的。通过对病名的整理,聂师认为慢性肾衰竭的中医病名以关格较为恰当,因它集中地突出了慢性肾衰竭终末期,正虚至极、枢机不利、气机升降失司、三焦壅塞这一病理转机所反映的临床特点。肾衰竭的患者由于肾之气化功能失职,“下关”则不得小便,致使浊阴不能从下窍而出,湿浊上干脾胃,胃失和降则现呕恶纳呆治之症,亦即“上格”之表现。治疗当和胃降逆以救“后天之本”。聂师针对该类患者运用调理脾胃法给予治疗,均取得较好效果。本案例选用的香砂六君子汤出自《时方歌括》,在四君子汤健脾养胃基础上增木香、砂仁、半夏及陈皮理气化痰、和胃降逆之品组合而成。聂师在临床上应用该方较广泛,适宜于慢性肾衰竭患者出现呕恶频繁、纳呆者。若患者痰盛,宜用法半夏;若呕吐较盛,宜用姜半夏,用量 3~9 g。该患者证属脾胃虚弱,兼夹寒湿,使用该方可补中益气兼以理气降逆。聂师认为关格病临床表现错综复杂,常在香砂六君子汤中加用苏叶、黄连、竹茹等兼以清化湿热;配伍生脉散以针对患者的心慌、心悸之症。中焦阴阳平衡,气血运行畅通,不但症状可明显缓解,指标亦可下降。

## 2 过敏性紫癜性肾炎验案

河北某男,45 岁。2014 年 5 月,患者无明显诱因出现双下肢皮肤紫癜,遍及上肢及胸腹部,查尿蛋白 +,尿红细胞 44.6/HP,血肌酐 64  $\mu\text{mol/L}$ ,24 h 尿蛋白定量最高至 1.79 g,血浆白蛋白正常,当地医院诊断为“紫癜性肾炎”,未行肾穿刺,当地医院给予口服激素(4 片/次,每日 3 次)及环孢素 A(4 片/次,每日 2 次)治疗。因想停用激素,患者于 2014 年 6 月 23 日至聂师处寻求中医治疗。就诊时仍口服激素 4 片每日 3 次及环孢素 A 4 片每日 2 次,查尿蛋白 ++,尿红细胞 5~7/HP,血肌酐 81  $\mu\text{mol/L}$ 。症见:自觉颜面部浮肿,身已无紫癜,乏力,口干,夜尿 2 次,夜眠差,怕热,自汗。舌淡暗,苔薄,脉滑涩。辨证为脾肾亏虚,气阴两虚,予经验方紫癜肾 I 号方加减。

处方由当归 6 g,乌梅、地龙、紫草各 10 g,炒栀子、黄芩、淡竹叶各 12 g,太子参、生地黄、炒枣仁、浮小麦、苦地丁各 15 g,生黄芪、芡实、银花、白芍、银柴胡、夜交

作者单位:中国中医科学院西苑医院肾病科(北京 100091)

通讯作者:聂莉芳, Tel: 13810259197, E-mail: jingjing\_rain@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20170519.155

藤、金樱子各 20 g,冬瓜皮、小蓟各 30 g 组成。每日 1 剂,水煎服。同时建议立刻停用环孢素 A,将激素每半月减 1 片。

服药 1 个月后复诊,自诉乏力好转,复查尿蛋白 ++,24 h 尿蛋白定量为 0.81 g,尿红细胞 10~13/HP,因患者诉口干明显,在上方基础上加用生石膏 30 g,诉关节疼痛,加用秦艽 15 g;睡眠明显好转,去炒枣仁及夜交藤;用黄芩炭易黄芩以增强止血之功。2014 年 9 月复诊查尿蛋白 +,尿红细胞 4~8/HP,24 h 尿蛋白定量 0.5 g。诉水肿消退,故去方中冬瓜皮;仍有关节疼痛,将秦艽加量至 20 g,加用补骨脂 12 g。此后每月复诊,2015 年 3 月 30 日复查 24 h 尿蛋白定量 0.3 g,尿蛋白 +,尿红细胞 7~10/HP。2015 年 5 月 4 日复查尿蛋白 +,尿红细胞 8~12/HP,24 h 尿蛋白定量 0.4 g。目前仍在随诊中。

按:西医治疗紫癜性肾炎常给予激素加免疫抑制剂,有些患者因无法耐受西药的不良反应而中断治疗。或者西药治疗一段时间后效果不甚理想,给患者造成了较大的心理负担。聂师经多年临床实践证明,单纯中医药治疗紫癜性肾炎的疗效确实令人满意。其治疗经验:在临床上将其分为四型<sup>[1]</sup>,(1)毒热迫血妄行型,该型见于本病急性初发阶段,病程较短,治以清热解毒,凉血化斑为法,方予五味消毒饮(《医宗金鉴》)合犀角地黄汤(《千金药方》)加减。若伴有咽喉肿痛者,加牛蒡子;若伴有腹痛便血者,加白芍、生甘草、地榆炭;若伴有有关节痛者,加秦艽、薏苡仁。(2)阴虚血热型,治宜养阴凉血,方予自拟方紫癜肾 2 号方:二至丸合过敏煎加减。(3)脾肺肾气虚型,治宜补气摄血固精,若以肺肾气虚为主者,方予玉屏风散(《丹溪心法》)加减;若以脾肾气虚为主者,方以香砂六君子汤(《时方歌括》)加减。(4)气阴两虚型,治宜益气养阴,方予自拟方紫癜肾 1 号方。聂师治疗本病时强调主要抓住截断诱发因素、改变患者的过敏体质、注意儿童患者稚阴之体的特点、辨识肾脏受累表现的侧重面、分清急性期与迁延期的治疗重心,结合患者个体的证候动态变化、坚持长期治疗等几个环节,从而达到控制紫癜复发、减轻或治愈肾脏病变的目的。

### 3 肾病综合征—乙型肝炎病毒相关性肾炎案

辽宁某女,57 岁。患者 2005 年因全身水肿至当地医院查:尿蛋白(++++) ,24 h 尿蛋白定量 2.9 g。血压最高达 190/120 mmHg,肾功能正常,予对症治疗,水肿消退,血压控制稳定,未用激素。同年 12 月患者来我处住院治疗,当时查 24 h 尿蛋白定量 3.2 g,无血尿,肾功能及血压均正常,行肾穿刺提示:乙型肝炎病毒相关性肾炎。症见:腰酸乏力,夜眠差,心悸耳鸣,全身轻度水肿,尿量偏少,纳可,舌淡,苔薄白水滑,脉沉细无力。辨证为心肾气阴两虚。予参芪地黄汤合生脉饮加减。

处方由太子参、鸡血藤、夏枯草 15 g,白术、陈皮、五味子、灵芝 10 g,当归、川牛膝、怀牛膝、天麻、炒枣仁、菟丝子、金樱子、白芍、川断、芡实、生黄芪、银花、杜仲、青风藤、何首乌、薏苡仁各 20 g,紫河车 3 g,半枝莲、沙苑子、麦冬各 12 g 组成,每日 1 剂,水煎服。1 个月后出院,此后患者定期复查,尿蛋白逐渐减少。2009 年复查尿检阴性。随访至今未复发,肾功及血压正常。

按:对于伴有慢性乙型肝炎的肾病患者,西医治疗往往局限性很大,激素及免疫抑制剂的使用非常慎重,患者治疗的手段很局限。很多患者会寻求中医药治疗,若辨证准确,往往会达到很好的效果。该患者虽为乙肝相关性肾炎,但仍属于肾病综合征范围,参照肾病综合征的辨治。该患者辨证为心肾气阴两虚,聂师常使用参芪地黄汤加麦冬、五味子等,以合生脉饮之义。但强调临证还应仔细辨证每一位患者究竟是属于气阴两虚偏于气虚、偏于阴虚还是气阴两虚并重,据此选择不同剂量的相应药物,如此方能药证结合。乙型肝炎病毒相关性膜性肾病则常配伍五味消毒饮或加半枝莲、半边莲、白花蛇舌草等进行治疗,以强调清热解毒。方中夏枯草配伍当归、白芍,夏枯草清肝散瘀;当归、白芍养血补血,三者伍用有解肝郁、养肝血之功效。

### 参 考 文 献

- [1] 聂莉芳主编. 血尿名医妙治[M]. 北京:人民军医出版社,2014:4.

(收稿:2016-02-22 修回:2017-05-06)

责任编辑:赵芳芳