

· 名老中医学术传承 ·

国医大师张琪辨治肝肾综合征经验

陈明, 闫晓明, 潘洋

(黑龙江省中医药科学院, 黑龙江 哈尔滨 150036)

摘要: 总结国医大师张琪教授辨治肝肾综合征(HRS)的经验, 认为 HRS 为本虚标实之证, 与肝、脾、肾三脏功能失调密切相关, 正虚为本, 气滞、血瘀、湿热、邪毒为病机关键。临证当辨本虚标实, 审轻重缓急, 谨守病机, 分期论治。早期疏肝理气, 健脾和胃; 中期温阳健脾, 行气利水; 晚期肝、脾、肾三脏同治, 消补兼施。

关键词: 肝肾综合征; 辨治; 名医经验

中图分类号: R249

文献标志码: A

文章编号: 1672-0482(2022)12-1156-04

DOI: 10.14148/j.issn.1672-0482.2022.1156

引文格式: 陈明, 闫晓明, 潘洋. 国医大师张琪辨治肝肾综合征经验[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(12): 1156-1159.

National Medical Master Zhang Qi's Experience in Differentiating and Treating Hepatorenal Syndrome

CHEN Ming, YAN Xiao-ming, PAN Yang

(Heilongjiang Academy of Traditional Chinese medicine, Harbin 150036, China)

ABSTRACT: Through summarizing the experience of professor Zhang Qi, a master of Chinese medicine, in the treatment of hepatorenal syndrome(HRS), it is concluded that HRS is a disease of deficiency at the root and excess at the symptoms, which is closely related to the dysfunction of liver, spleen and kidney. In other words, the weakened body resistance, qi stagnation, blood stasis, damp heat, and pathogenic toxins are the key to the disease mechanism. Thus, we should differentiate the deficient and excess causes of the disease to set the treating priorities right. Besides, we should closely follow the mechanism of the disease to treat it in stages. For example, in the early stage, we should dredge the liver and regulate the qi, and strengthen the spleen and stomach; in the middle stage, we should warm the yang and strengthen the spleen, and promote the qi and water movement; in the late stage, we should treat the liver, spleen, and kidneys together, and combine the elimination and supplementation methods at the same time.

KEYWORDS: hepatorenal syndrome; differentiation and treatment; experience of famous doctors

肝肾综合征(HRS)是肝病发展至终末期时较常见的严重并发症, 主要表现为肝硬化失代偿期后出现进行性少尿、无尿、氮质血症、稀释性低血钠和低尿钠, 肾脏病理提示无器质性病变^[1]。研究发现, 与未发生 HRS 的肝硬化患者相比较, HRS 多与较高的住院死亡率(46%)、更长的住院时间和更高的住院费用相关^[2]。目前 HRS 的治疗除了一般治疗和替代疗法外, 肝移植是唯一确切的手段, 但肝移植手术费用高、风险大, 并不能成为常规治疗方案^[3]。

中医学并无肝肾综合征病名, 根据 HRS 临床症状表现, 结合病因病机可归属“单腹胀”“臌胀”“积聚”“水肿”“关格”“虚劳”等范畴。中医药治疗可

从多方面缓解症状, 延长 HRS 生存期, 改善预后^[4-5]。首届国医大师张琪教授为龙江张氏肾病流派学术带头人, 重视辨证与辨病结合, 审证求源, 认为 HRS 病机特点为本虚标实, 病位在肝、脾、肾, 形成三脏辨治的学术思想。现将张教授辨治 HRS 经验总结如下。

1 病机认识

1.1 与肝、脾、肾三脏密切相关

张教授认为 HRS 病机特点为本虚标实, 虚实夹杂, 与肝、脾、肾三脏功能失调关系最为密切。肝为藏血之脏, 主疏泄, 斡旋一身之气血津液, 调节气机升降。脾为气血生化之源, 水谷精微皆赖脾之运化。《杂病源流犀烛》谓:“臌胀……或由怒气伤肝, 渐蚀

收稿日期: 2022-07-05

基金项目: 黑龙江省自然科学基金(LH2021H070); 第二批黑龙江省中医临床优秀人才项目(黑中医药教函[2022]28号); 全国名老中医药专家学术经验继承工作指导教师首批省级学术经验继承人项目; 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号)

第一作者: 陈明, 男, 副主任医师, E-mail: chenming.6410@126.com

通信作者: 潘洋, 女, 主任医师, 主要从事中医肝胆脾胃病的临床研究, E-mail: panyang58@163.com

其脾,脾虚之极,故阴阳不复……其腹胀大。”^[6]情志所伤、酒食不节、外感邪毒等,均可致肝气郁结,脾胃受损。肝失疏泄,脾失健运,津液不能输布,水停于腹中。

肾主藏精及调节水液,《素问·上古天真论》曰:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之”^[7]。肝肾精血相生,乙癸同源,均化源于脾胃运化之水谷精微。肝脾久病及肾,致使肾精失于滋养,肾虚则气化失常,关门不利;肾火虚衰,无力温煦脾阳,水湿无以蒸化,致阳虚水盛。正如《医门法律》曰:“肾者,胃之关也,肾司开阖,肾气从阳则开,阳太盛则关门大开,水直下而为消,肾气从阴则阖,阴太盛则关门常阖,水不通为肿。”^[8]因此,张教授认为HRS发病可责之于肝、脾、肾三脏功能失调,气机升降失司,水液运行失常,从而导致水肿、少尿、无尿等症。

1.2 气滞、血瘀、湿热、邪毒为病机关键

气能行津,气行则水行,《丹溪心法》云:“气顺则一身之津液亦随气而顺矣”^[9]。肝气郁结,气行不畅,水液输布失常,引发水肿诸证。脾肾亏虚,气虚运血无力,血行瘀滞,正如《医门法律》言:“胀病亦不外水裹、气结、血瘀”^[8]。失治、误治、病程迁延难愈,日久脾胃亏虚,内生痰湿,阻滞络脉。肝气郁结,脾失健运,水湿内停郁而化热,出现湿热中阻诸证;或外感湿热疫毒,邪气内蕴伤肝,累及脾胃,湿性黏腻,缠绵不去,日久阻于中焦,正如《临证指南医案》云:“湿热无行,入肺为喘,乘脾为胀……布散三焦”^[10]。张教授认为气机失于调畅,瘀血内阻;津血同源,血瘀而致津液运行不畅生痰,痰瘀互结,相互转化,互为因果,变证百出,脏腑功能失调,最终造成虚实夹杂之证。切合《格致余论》所言:“清浊相混,隧道阻塞,气化浊血瘀郁而为热,热留为湿,湿热相生,遂成胀满。”^[11]《诸病源候论》云:“此有水毒气结聚于内,令腹渐大,动摇有声。”^[12]气、血、水积聚体内,故有“无虚不成积,无瘀不成积,无损不成积”及“瘀为积之体,虚为积之根,毒为积之因”之说。^[13]此外,感受湿热疫毒等导致肝络瘀阻,损及肾脏,三焦水道不通,气机不畅,气化不利,邪毒无处下泄,从而形成HRS。

2 辨证论治

2.1 辨本虚标实,审轻重缓急

张教授认为HRS病情虚实夹杂,复杂多变,故治疗不能固守一方一药,需多法合参,兼顾疏肝理气,健脾补肾,清热解毒,活血化瘀。临证当遵循

《证治准绳》中“治主当缓,治客当急”^[14]的治疗原则,辨标本缓急,当以水饮、痰湿、浊毒、瘀血等标实为主要表现,病情紧急时,应以治标祛邪为先,治以清热利湿,祛痰解毒,活血化瘀。若口苦咽干,五心烦热,尿黄赤,巩膜黄染等,可酌加清热解毒之品。慎用峻剂攻下,易损伤正气,且水下后腹胀一时宽松,药后旋又水聚而腹胀如故。待标证缓解,再培本固元,循疏肝健脾补肾之则,兼以清热利湿,解毒活血等法。且患者久病日耗,气血不足,一味攻下易引起正气更虚,需掌握消补兼施之大法,正邪兼顾方能取效。同时治本不能过于峻补,易虚不受补,反伤正气,应缓缓补之,维系阴阳。

2.2 谨守病机,分期论治

2.2.1 早期疏肝理气,健脾和胃 早期患者多表现为面色萎黄,乏力,腹胀满,便溏,尿少,舌质淡红,脉弦。张教授认为此期多因肝气郁结,气机不畅。脾运赖肝之疏泄,肝郁则脾运不健,日久横逆乘脾,终致肝脾失调,脾虚肝郁。治疗上张教授根据“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”^[15]之理论,自拟“慢肝复康汤”治疗。方药组成:柴胡15~20g,白芍20~30g,枳实15g,甘草15g,白术15g,茯苓20g。方中柴胡为疏肝之要药,可条达肝气;白芍平抑肝阳,养血柔肝;柴胡、白芍合用,一疏一柔,疏而不燥,柔而不滞;枳实行气,甘草和中缓中;肝郁脾虚,当健脾益气,以白术、茯苓培土抑木,重在保护脾胃。

2.2.2 中期温阳健脾,行气利水 中期患者如表现为面色萎黄,腹部胀满,大便次数多,量少或便溏,尿量减少,手不温,舌苔白腻或舌质淡,脉弦细。张教授认为证属脾虚气滞水停,当治以健脾行气利水,攻补兼施,选用自拟方“加味茯苓导水汤”治疗。方药组成:白术25g,茯苓30g,猪苓20g,泽泻20g,广木香10g,木瓜15g,槟榔20g,砂仁10g,紫苏15g,陈皮15g,枳壳15g,党参20g,甘草10g。方中取“四苓散”之意,以白术、茯苓、猪苓、泽泻利水;广木香、槟榔、紫苏、枳壳行气,气行则水行;砂仁、陈皮健脾行气,燥湿除胀;木瓜舒筋活络,健脾化湿;党参、白术、茯苓、甘草“四君子”兼益气健脾之效,助脾运化。若见手足寒或畏寒肢冷,可酌加附子、桂枝助阳化气。

中期患者表现为腹部满胀,口苦口干,恶心,不欲饮食,尿量少而色黄,大便溏而黏秽,五心烦热,头昏沉,舌质红,苔黄腻,脉滑数。此为脾失运化,肝郁化热之象,皆因木郁土虚,湿热内阻。辨证属肝郁脾

虚胃热,水蓄热结。《素问·阴阳应象大论》云:“中满者,泻之于内。”^[7]治以健脾疏肝,行气活血,清热利湿解毒,选用“中满分消丸”加减治疗。方药组成:黄芩 15 g,黄连 15 g,砂仁 10 g,枳实 15 g,厚朴 15 g,半夏 15 g,陈皮 15 g,知母 15 g,泽泻 15 g,干姜 15 g,姜黄 15 g,党参 15 g,白术 15 g,茯苓 15 g,猪苓 15 g,甘草 15 g。此方集辛散、苦泻、淡渗利水之法于一方,黄芩、黄连苦寒清热,加干姜、厚朴、枳实、砂仁,乃辛开苦降温脾;半夏、陈皮和胃化湿,利脾胃之枢机;猪苓、泽泻、茯苓利水;党参、白术、茯苓、甘草健脾利湿;知母泄热滋阴;姜黄疏肝活血,以防脾虚肝旺。诸药合用,共奏健脾和胃,清化湿热,利水行气之效,使湿热得除,升降和顺。

2.2.3 晚期肝脾肾同治,消补兼施 病情日久迁延不愈、体质虚弱等,进一步伤及脾肾阳气,肝体阴而用阳,肝肾同源,气血生化之源不足,最终导致肝脾肾三脏功能失调,尤以脾虚、肝郁贯穿其始终,兼以气滞、血瘀、痰浊、湿热蕴毒等证互见。患者多表现为体力衰惫,周身浮肿,腹部胀满,五心烦热,心悸气短,腰酸膝软,少尿,舌红少苔,脉细数。张教授认为此期应以“补而勿壅、消而勿伤”为原则,治以益气健脾,补肾柔肝,活血化瘀,清热利湿解毒,选用自拟方“软肝化瘀煎”加减。方药组成:柴胡 15 g,白芍 20~30 g,青皮 15 g,郁金 10 g,人参 15 g,白术 20 g,茯苓 20 g,黄芪 30 g,山茱萸 15 g,枸杞 15 g,炙鳖甲 30 g,茵陈 30 g,虎杖 15 g,黄连 10 g,蒲公英 30 g。全方消补兼施,以人参、黄芪补气;茯苓、白术健脾;白芍柔肝;山茱萸、枸杞补肾。重用炙鳖甲软坚散结,辅以青皮、郁金、柴胡行气活血化瘀;同时酌加茵陈、虎杖、黄连、蒲公英等清热解毒之品。

3 验案举例

张某,男,28岁,2011年4月14日初诊。主诉:双下肢浮肿,脘腹胀满。有乙肝病史10年,肝硬化4月余。刻下:双下肢浮肿,脘腹胀满,乏力,腹壁青筋暴露,尿少,尿黄,舌胖大,苔滑,脉沉。尿常规检查:尿蛋白+++、胆红素+,尿胆原+。肝功能检查:乳酸脱氢酶(LDH)345 U·L⁻¹,谷丙转氨酶(ALT)365 U·L⁻¹,谷草转氨酶(AST)503 U·L⁻¹,谷氨酰转肽酶(GGT)192 U·L⁻¹,总蛋白(TP)49.0 g·L⁻¹,白蛋白(ALB)23.1 g·L⁻¹。肾功能检查:血肌酐(CR)431 μmol·L⁻¹。超声检查:腹腔积液,右侧胸腔积液。西医诊断:肝肾综合征。中医诊断:臌胀(肝郁脾虚,气滞血瘀,湿热蕴毒)。治法:健脾疏肝,行气

活血,清热利湿解毒。处方:黄连 15 g,黄芩 15 g,砂仁(后下)15 g,厚朴 20 g,枳实 15 g,陈皮 15 g,半夏 15 g,姜黄 15 g,干姜 10 g,茯苓 30 g,猪苓 20 g,党参 20 g,白术 20 g,五味子 15 g,茵陈 15 g,蒲公英 30 g,连翘 20 g,金银花 30 g,白花蛇舌草 30 g,甘草 15 g。14剂,水煎,日1剂,早晚2次分服。

二诊:2011年4月28日。腹胀明显减轻,双下肢浮肿减轻,饮食量增多,尿量较前增多,仍感乏力,舌红。尿常规检查:尿蛋白+++、隐血+++。肝功能检查:ALT 46 U·L⁻¹,AST 73 U·L⁻¹,GGT 128 U·L⁻¹,ALB 24.1 U·L⁻¹。肾功能检查:CR 325 μmol·L⁻¹。前方去半夏、姜黄、干姜、五味子、茵陈,加黄芪 30 g,石莲子 20 g,薏苡仁 20 g,芡实 15 g,金樱子 15 g。21剂,水煎,日1剂,早晚2次分服。

三诊:2011年5月25日。患者症状明显改善,肾功能检查:CR 维持在 300~350 μmol·L⁻¹。此后依前方加减治疗1年余。

按:本案患者因外感湿热毒邪留恋日久,肝气失于条达,脾为湿热所困,升降失调。木郁土虚,湿热中阻,日久气血不畅,瘀血内阻,故而表现为肝脾肾亏虚、湿热内壅之候。临证应消补兼施,治以健脾疏肝,行气活血,清热利湿解毒。方中黄连、黄芩清热,茵陈利湿,配伍连翘、金银花、白花蛇舌草、蒲公英解毒;党参、白术、陈皮、茯苓、甘草、猪苓补中益气,健脾渗湿;砂仁、半夏健脾化湿;干姜温脾化湿,与芩、连辛开苦降,寒温并用,并防芩、连苦寒伤脾;姜黄疏肝活血,以防脾虚肝旺;厚朴、枳实除气滞化水湿;五味子补肾宁心。二诊患者症状及肝肾功能检查结果明显改善,但仍有乏力感,守前方加黄芪补气健脾,石莲子补脾益肾涩精,薏苡仁健脾利水渗湿,水陆二仙丹(芡实、金樱子)健脾益肾,益气固本而不碍邪,活血化瘀而不伤正。此案全方不用峻下逐水药,意在培本固元,虽属沉疴,但辨证用药准确,自然效如桴鼓。

参考文献:

- [1] BIGGINS SW, ANGELI P, GARCIA-TSAO G, et al. Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the American association for the study of liver diseases[J]. Hepatology, 2021, 74(2): 1014-1048.
- [2] SUNEJA M, TANG F, CAVANAUGH JE, et al. Population based trends in the incidence of hospital admission for the diagnosis of hepatorenal syndrome: 1998-2011[J]. Int J Nephrol, 2016, 2016: 8419719.

- [3] 韦华柱,石清兰,吴金玉,等. 中西医结合治疗肝肾综合征的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(5): 14-16.
WEI HZ, SHI QL, WU JY, et al. Research progress of traditional Chinese and western medicine in the treatment of hepatorenal syndrome[J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2022, 36(5): 14-16.
- [4] 宋敬茹,孙明瑜. 肝肾综合征的中西医治疗研究进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36(11): 2561-2564.
SONG JR, SUN MY. Research advances in integrated traditional Chinese and western medicine therapy for hepatorenal syndrome[J]. J Clin Hepatol, 2020, 36(11): 2561-2564.
- [5] 梁家琦,刘汶. 肝肾综合征的中西医结合诊治[J]. 临床肝胆病杂志, 2022, 38(9): 1974-1979.
LIANG JQ, LIU W. Integrated traditional Chinese and western medicine diagnosis and treatment of hepatorenal syndrome[J]. J Clin Hepatol, 2022, 38(9): 1974-1979.
- [6] 沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 北京:中国中医药出版社, 1994: 67.
SHEN JA. Wondrous Lantern for Peering into the Origin and Development of Miscellaneous Diseases[M]. Beijing: China traditional Chinese medicine press, 1994: 67.
- [7] 黄帝内经素问[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012: 4, 32.
The Yellow Emperor's Inner Classic: Basic Questions[M]. Beijing: People's medical publishing house, 2012: 4, 32.
- [8] 喻昌. 医门法律[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2019: 45, 342.
YU C. Precepts for Physicians[M]. Beijing: China medical science and technology press, 2019: 45, 342.
- [9] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社, 1997: 115.
ZHU ZH. Teachings of Dan-xi[M]. Shenyang: Liaoning science and technology press, 1997: 115.
- [10] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006: 56.
YE TS. Case Records as a Guide to Clinical Practice[M]. Beijing: People's medical publishing house, 2006: 56.
- [11] 朱震亨. 格致余论[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 33.
ZHU ZH. Further Discourses on the Acquisition of Knowledge through Profound Study[M]. Beijing: People's medical publishing house, 2005: 33.
- [12] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京:人民卫生出版社, 2017: 485.
CAO YF. General Treatise on the Causes and Symptoms of Diseases[M]. Beijing: People's medical publishing house, 2017: 485.
- [13] 聂广,张赤志,唐智敏,等. 拓展王伯祥教授“肝络瘀阻”学说构建中医肝病分期辨证体系[J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32(9): 773-779, 786.
NIE G, ZHANG CZ, TANG ZM, et al. Expanding professor Wang Boxiang's theory of "Stasis of Liver Collateral" and constructing stage syndrome differentiation system of liver disease in traditional Chinese medicine[J]. Chin J Integr Tradit West Med Liver Dis, 2022, 32(9): 773-779, 786.
- [14] 王肯堂. 证治准绳[M]. 北京:人民卫生出版社, 2014: 159.
WANG KT. Standards for Diagnosis and Treatment[M]. Beijing: People's medical publishing house, 2014: 159.
- [15] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 3.
ZHANG ZJ. Essentials from the Golden Cabinet[M]. Beijing: People's medical publishing house, 2005: 3.

(编辑:祁晓霞)