

## · 专家经验 ·

魏仲南主任医师治疗慢性肾衰竭  
思路及临证经验初探

石伟荣 吴 强 魏仲南

慢性肾衰竭是各种肾脏病进行性演变,引起肾单位和肾功能不可逆丧失,临床以代谢产物和毒素潴留、水电解质紊乱和酸碱平衡失调及内分泌紊乱为特征的综合征。魏仲南教授是国家优秀中医临床人才,是全国第六批老中医专家学术继承指导老师,福建省第二届名中医,曾任福建省中西医结合学会肾脏病分会主任委员,从事中西医肾病临床工作 30 余年,魏仲南教授治疗慢性肾衰竭经验丰富,现将其治疗该病的学术思想及经验介绍如下。

## 1 治病宗本,重视脾肾

慢性肾衰竭属中医学“关格”、“水肿”、“癃闭”、“虚劳”等范畴,本病多因肾病日久,损伤肾元,导致肾元亏虚,久则累及脾脏,脾肾两虚,脏腑气血化生不足,水液输布失常,湿浊蕴久乃为浊毒,本虚又易成受邪之器,感邪日久又进一步耗伤人体正气。脾肾亏虚与毒邪互结贯穿整个病程,亦是本病发生、发展的重要病理因素。肾乃先天之本,蕴元阴元阳,若先天禀赋不足或后天耗损,水液代谢障碍,湿浊内生,蕴于体内,或外邪久病入络致瘀;水湿、瘀血等病理因素日久可蕴结成毒。魏教授认为本病属正虚邪实、寒热错杂、虚实并见之证,病位主要在脾肾两脏<sup>[1]</sup>。脾肾两虚、浊毒内蕴为本病病机,针对病机提出健脾补肾、泄浊化瘀之治法,补虚治本同时不忘浊毒瘀血之标,标本兼顾,扶正祛邪。在临床治疗肾脏疾病过程中侧重顾护脾肾,重视水土相济,体现了中医学理论中“先天生后天,后天养先天”思想。《素问·六节脏象论篇》:“肾,主蛰,封藏之本,精之处也…脾者,仓禀之本,营之居也。”肾主藏精,仰赖后天脾胃水谷精微的充养,而脾脏亦必须倚仗肾阳之温煦以推动气血的化生,脾肾两脏在生理上相互为用、相互配合、相辅相成;在病理上,亦相互影

响,故临证多从脾肾论治以复其本。

## 2 临证经验

2.1 辨病与辨证相结合 慢性肾衰竭临床证型可有脾肾气虚、肝肾阴虚、气阴两虚、阴阳两虚之别,兼夹证亦有湿浊证、湿热证、血瘀证、浊毒证等之异,辨证是治疗的先决条件,是治疗疾病的主要依据,而证不能脱离病单独存在,临床应辨病与辨证有机结合,更好地反应疾病的演变规律,提高临床辨证的准确性,进而更好地指导临床处方用药<sup>[2]</sup>。

2.2 主张宏观与微观辨证相结合 整体观念是中医学的精髓,而见微知著、演绎、类比亦是中医学重要观察判断方法,在慢性肾衰竭的辨证过程中魏教授主张宏观与微观的有机结合,以提高临床辨证水平、辅助临床遣方用药。如其常参考西医学肾穿刺病理结果为中医辨证服务,将肾间质纤维化、肾小球硬化此类微观下表现归为中医学“积”范畴,为临床软坚散结等药物的运用提供依据,并认为肾脏病理所见炎症细胞浸润及组织增生、新月体形成表现可作为水湿、湿热证辨证依据,肾小球毛细血管内微血栓、毛细血管襻闭塞、基底膜断裂等表现可作为瘀血证辨证依据。将肾脏病理微观改变纳入中医辨证范畴,一方面可提高临床辨证水平和辨证准确性,另一方面可辅助临床遣方用药。

2.3 注重活血化瘀、祛湿泄浊排毒 慢性肾衰竭病程长,耗伤人体正气,影响气血运行,可致气滞血瘀、肾络瘀阻;疾病日久脾肾衰败,水谷精微、水湿运化无权,气血化生乏源,气血亏虚,因虚致瘀;同时湿浊内生,可聚成痰,留为饮,积为水,亦可伤阳滞气成瘀,浊毒内蕴,溺毒不得下泄而入血,故有临床血中毒素水平升高。魏教授临床注重活血化瘀、祛湿泄浊排毒法在此疾病过程中的运用,提倡丹参、牛膝、红花、赤芍、三七等活血化瘀之品,以大黄通腑泄浊、涤荡肠胃、推陈致新、泄浊排毒,并善用地肤子、白鲜皮、徐长卿、紫苏梗利湿祛邪。

2.4 突出软坚散结 魏教授认为慢性肾衰竭久病入络成瘀,络病邪伏,固留难驱,正衰邪重,肾小管

作者单位:福建中医药大学附属第二人民医院肾内科(福州 350001)

通讯作者:石伟荣, Tel: 0591-87878231, E-mail: 376225896@qq.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20180829.201

萎缩、肾小球硬化、肾间质纤维化几乎是所有肾脏病发展至终末期的共同途径和主要病理表现<sup>[3]</sup>, 此类表现可归属于中医学“癥瘕”范畴, 并认为癥积伏邪非一般活血化瘀药可驱之, 正如《景岳全书·积聚》曰:“无形之聚其散易, 有形之积其破难”, 需软坚散结消癥之法治之, 故常用醋鳖甲、炮山甲、三七、水蛭、丹参之品, 炮山甲、醋鳖甲均为甲壳类药物, 能软坚善散结积, 祛入络之留邪每有良效, 此类药物的运用对改善肾脏病理改变、延缓肾脏病进展上具有良好疗效。

**2.5 中西互参, 突出特色** 魏教授认为慢性肾衰竭不同阶段临床表现不一, 疾病轻重程度不同, 中西医在疾病治疗过程中应共同参与, 相互补充, 相互为用, 应充分发挥中医在治疗此疾病中的特色和优势, 同时注重西医在疾病过程中的积极作用, 尤其在急危救治阶段应充分利用西医学手段, 比如高钾血症的处理, 严重代谢性酸中毒的纠正, 高毒素水平透析治疗。现代医学检验指标应更好地为临床中医辨证服务, 如慢性肾衰竭原发病为糖尿病性肾病, 临床常完善凝血功能检查, 纳入瘀血证的辨证参考。超声下肾脏形态缩小、血流稀疏, 西医学所称肾脏萎缩, 可作为指导中医临床软坚散结方药运用的参考。基于我国国情及腹膜透析对残余肾功能保护优势, 魏教授推崇腹膜透析替代治疗在尿毒症人群中的运用, 且对腹膜透析后出现的超滤量减少, 结合中医辨证, 自拟“转化丸”加减改善腹膜功能、增加超滤量。

**2.6 重视未病先防、既病防变** 魏教授始终将未病先防、既病防变思想贯彻于慢性肾衰竭疾病的始终, 从健康宣教到慢性肾衰竭不同原发病的日常饮食调护均纳入治疗体系范围。临证发现, 慢性肾衰竭患者在饮食蛋白摄入量、饮水量、日常防护等方面存在诸多问题, 针对性的健康指导及相关知识的宣教对延缓疾病进展意义重大。定期举行公益讲座, 为肾病患者提供必要的居家保健、防护常识, 以达到防病保健的目的。

### 3 验案举例

萧某, 男, 1946 年 8 月出生, 汉族, 福建省闽侯县人。2015 年 6 月 11 日初诊, 主诉: 反复腰酸、疲乏 1 年余。现病史: 1 年于前无明显诱因出现腰酸、疲乏, 伴间断肉眼血尿, 就诊当地医院, 查尿常规: 尿蛋白 +, 尿潜血 2 +; 肾功能: 血肌酐 160  $\mu\text{mol/L}$ , 尿素氮 8.6 mmol/L; 泌尿系超声示: 双肾形态缩小。诊断: 慢性肾衰竭, 予贝前列素钠改善肾循环、缬沙坦降压、胰岛素降糖及中成药尿毒清颗粒等治疗后症状反复,

监测血肌酐进行性升高, 1 天前复查血肌酐升至 356  $\mu\text{mol/L}$ , 今为求进一步中西医结合治疗转诊我院, 刻下: 倦怠乏力, 腰酸, 偶排肉眼血尿, 咳嗽, 无痰, 咽喉不适, 纳差, 寐安, 尿量可, 大便调。体格检查: T: 36.3  $^{\circ}\text{C}$ , P: 72 次/分, R: 18 次/分, BP: 152/86 mmHg, 神志清楚, 面色欠华, 舌淡胖苔黄厚, 脉细滑, 心率 72 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊未闻及病理性杂音, 双肺呼吸音清, 未闻及明显干湿性啰音, 腹平坦, 全腹无压痛、反跳痛, 双下肢无浮肿, 病理征未引出。既往 2 型糖尿病病史 9 年, 门冬胰岛素注射液降糖治疗, 自诉血糖控制可; 高血压病病史 5 年, 血压最高 182/90 mmHg, 目前口服氨氯地平(络活喜) 5 mg, 每日 1 次控制血压, 血压控制在 140/80 mmHg 左右。辅助检查血肌酐 356  $\mu\text{mol/L}$ , 尿素氮 12.35 mmol/L, 尿酸 553.1 mmol/L, B 超提示双肾形态缩小; 平素偶感疲乏、腰酸, 近日咳嗽、咽喉不适, 尿量可, 大便 2 ~ 3 日一行, 舌淡胖苔厚黄, 脉细滑, 诊断: 慢性肾衰竭, 证属脾肾气虚、湿毒内蕴, 治宜健脾益肾、利湿祛毒, 以自拟方补肾祛毒汤加减, 嘱饮食上应重视优质低蛋白饮食, 具体方药如下: 寄生 15 g 杜仲 15 g 生地黄 15 g 山药 15 g 醋鳖甲<sup>(先煎)</sup> 27 g 土茯苓 30 g 牛膝 15 g 紫苏叶 9 g 法半夏 9 g 桃仁 9 g 党参 15 g 桑叶 9 g 桔梗 9 g 大黄 3 g。2015 年 6 月 19 日复诊诉已无疲乏、腰酸感, 偶有头晕, 大便每日 1 ~ 2 次, 复查生化: 血肌酐 302  $\mu\text{mol/L}$ , 尿酸 443 mmol/L, 尿素氮 8.8 mmol/L。舌淡红苔薄黄, 脉弦细。于前方基础上去桑叶、桔梗, 加天麻 9 g。2015 年 7 月 2 日复诊, 患者未诉明显不适, 复查生化: 血肌酐 236.4  $\mu\text{mol/L}$ , 尿素氮 9.7 mmol/L, 尿酸 481 mmol/L。舌淡红苔根黄, 脉细弦, 于二诊方基础上加黄芪加强健脾之功。此后间断坚持补肾祛毒汤加减治疗, 血肌酐稳定在 200  $\mu\text{mol/L}$  左右。

按语: 此患者自 2015 年以来, 长期门诊间断口服中药治疗, 汤药以补肾祛毒汤加减, 血肌酐从初诊的 356  $\mu\text{mol/L}$  降至 200  $\mu\text{mol/L}$  左右, 改善了患者疲乏、腰酸等临床症状, 延缓了患者肾脏病进展, 改善肾功能。患者系中老年男性, 年过半百, 肾气亏虚, 因肾主水, 肾气亏虚不能化气行水, 故出现水湿内停, 故有腰酸不适, 影响及脾, 导致脾气亏虚, 故而有疲乏无力, 蕴久而化瘀成毒。证属本虚标实, 治宜健脾补肾、泄浊解毒、活血化瘀, 方以补肾祛毒汤加减, 方中桑寄生味甘、性平, 归肝肾二经; 杜仲味苦、甘, 性平, 归肝肾二经; 生地黄, 味甘、苦, 性寒, 可滋阴补肾, 上三药共奏补肾之功; 党参、茯苓、山药健脾补

中;当归、丹参、牛膝、桃仁活血化瘀;大黄通腑泻浊;醋鳖甲消癥散结;土茯苓、味甘淡,性平,解毒除湿,能入络,搜剔湿热之蕴毒。全方共奏健脾补肾、泄浊解毒、活血化瘀之功。

#### 4 结语

流行病学调查提示慢性肾衰竭患病率高<sup>[4]</sup>,而进展到终末期尿毒症透析治疗或者肾移植需要投入大量的财力、人力。临床实践证明中医药在干预慢性肾衰竭过程中具有多靶点、多途径的优势,在延缓肾衰进展及进入透析时间方面已得到充分的肯定<sup>[5]</sup>。魏仲南教授经过多年的临床实践在治疗本病上积累了丰富的经验,在本病的病机认识上认为脾肾虚损是本,瘀血、浊毒等为标,治疗以健脾补肾、活血化瘀、通腑泻浊、消癥散结为基本大法,推崇标本兼顾,攻补兼施,自拟补肾祛毒汤 20 余年的临床运用显示出良好的疗效,并通过基础研究工作进一步证实了本方的疗效及对改善肾脏病理的优势<sup>[6,7]</sup>。临床治疗过程中除了药物治疗以外,还应注重日常饮食搭配摄入、精神调摄及健康教育对本病的影响,力图通过多途径干预疾病的进展,提高患者的生活质量及延缓进入透析时间。

#### 参 考 文 献

- [1] 魏仲南,倪秀琴,吴强,等. 补肾祛毒汤治疗慢性肾衰竭 120 例临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(3): 320-321.
- [2] 朱淑瑜,魏仲南,吴强. 补肾祛毒汤治疗早中期慢性肾衰竭的临床研究[J]. 光明中医, 2015(11): 2320-2322.
- [3] 魏仲南,吴斌璇,唐娟. 对比研究补肾祛毒汤治疗脾肾气虚型慢性肾衰的疗效[J]. 中华中医药学刊, 2014(11): 2684-2686.
- [4] 张路霞,王海燕. 中国慢性肾脏病的现状及挑战——来自中国慢性肾脏病流行病学调查的启示[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(7): 497-498.
- [5] 王丽芳,郝丛莉. 中医药治疗慢性肾衰竭概况[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(7): 116-118.
- [6] 魏仲南,石伟荣. 补肾祛毒汤对肾衰竭大鼠 TGF- $\beta$ 1/Smads 信号转导通路的影响[J]. 福建中医药, 2014(3): 52-54.
- [7] 魏仲南,朱淑瑜,杜锐格. 补肾祛毒汤对腺嘌呤肾衰竭大鼠肾脏 TGF- $\beta$ 1、HGF 表达的干预作用[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2012, 13(4): 326-328.

(收稿: 2018-06-13 在线: 2018-09-28)

责任编辑: 赵芳芳

### 中国中西医结合杂志社微信公共账号已开通

中国中西医结合杂志社已经开通微信公共账号,可通过扫描右方二维码或者搜索微信订阅号“中国中西医结合杂志社”加关注。本杂志社将通过微信不定期发送《中国中西医结合杂志》、*Chinese Journal of Integrative Medicine* 的热点文章信息,同时可查看两本期刊的全文信息,欢迎广大读者订阅。

