

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.20.017

临证心得

基于脏腑风湿病机学说论治慢性肾小球肾炎

刘童童, 占永立*

(中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053)

[摘要] 慢性肾小球肾炎 (CGN) 以风、寒、湿三邪侵袭内伏, 导致气血不畅, 水液化生障碍, 伏邪痹阻贯穿疾病始终为病机特点。从理论及临床两方面探讨脏腑风湿病机学说在 CGN 临床诊治中的具体内涵, 以中医辨证论治为指导, 结合八纲与脏腑辨证, 以扶正为基础, 以“透伏通痹”为基本治法, 从御风宣痹、利湿除痹、活血通痹、益肾蠲痹、散结消痹等方面论治 CGN。

[关键词] 慢性肾小球肾炎; 脏腑风湿; 伏邪; 痹; 透伏通痹

慢性肾小球肾炎 (chronic glomerulonephritis, CGN) 是由多种原因引起的肾小球固有细胞增殖、活化及肾小球细胞成分增多导致的肾小球滤过膜损坏、基底膜断裂, 从而形成血浆蛋白漏出、红细胞被挤压受损、水钠潴留、内分泌障碍等病理改变, 临床以蛋白尿、血尿、水肿、高血压并可伴有不同程度的肾功能减退为主要表现的一类疾病^[1]。CGN 属于中医学“水肿”“肾风”“肾劳”等范畴, 中医药治疗在减少蛋白尿、血尿, 减轻水肿, 保护肾功能等方面优势明显。本文基于 CGN 与中医学痹证外邪侵袭、经络痹阻、气血不畅病机极为相似的特点, 探讨脏腑风湿病机学说^[2]在 CGN 临床诊治中的具体应用, 以期 CGN 的治疗提供新思路。

1 CGN 脏腑风湿病机的内涵

脏腑风湿病机学说为全小林基于《素问·痹论篇》“风、寒、湿三气杂至, 合而为痹”的论述而提出, 该学说认为, 风、寒、湿邪侵袭, 因正气无力抗邪, 使邪伏于筋骨肌表, 若治之不当, 或反复感邪, 则邪气盘踞不去, 痹阻血脉, 导致机体气血运行受阻, 津液代谢停滞, 进而致使脏腑功能失调, 杂病丛生^[2]。CGN 的发病以风、寒、湿外邪侵袭为主要病因, 以邪气内伏为病机特点, 以伏邪痹阻为致病关键: 1) 风、寒、湿外邪侵袭为主要病因。《素问·风论篇》曰“以冬壬癸中于邪者为肾风”, “风者, 百病之长也”, 常兼他邪为病。

CGN 的发病多以风、寒、湿邪外侵为始动因素, 因先天禀赋不足, 或后天调摄失宜, 机体正气不足, 若遇外感风邪夹寒夹湿侵袭机体, 正气难以驱邪外出, 致脏腑司用受损, 水液失于气化, 蓄积泛滥肌表而成水肿, 精微失于封藏固摄, 外泄而成蛋白尿。2) 邪气内伏为基本病机特点。《伏邪新书》云“感六淫而不即病, 过后方发者, 总谓之曰伏邪。已发者而治不得法, 病情隐伏, 亦谓之曰伏邪。有初感治不得法, 正气内伤, 邪气内陷, 暂时假愈, 后仍作者, 亦谓之曰伏邪。有已治愈, 而未能除尽病根, 遗邪内伏, 后又复发, 亦谓之曰伏邪。”可见伏邪可由外感, 亦可内生。CGN 的发病因外感风、寒、湿之邪侵袭, 伏于机体, 内舍于肾, 每遇外邪引动而发者, 属外感伏邪; 或因机体脏腑功能失调, 致气血津液化生失常, 形成痰饮、湿浊、瘀毒等病理产物, 因正气无以运化, 致痰浊湿瘀毒内藏于机体, 每因正气见虚, 遂即发病者, 属内生伏邪。而伏邪无论内生外感, 皆以营卫为载体, 以机体正气亏虚为前提, 营卫不足, 则伏邪随营卫运行而至五脏六腑之络, 伏于肾络则病肾。3) 伏邪痹阻贯穿疾病始终。外感风、寒、湿之邪伏稽于肾, 易影响机体气血水液代谢, 加重内生伏邪的程度, 内生湿痰瘀浊毒之邪不去, 又可影响机体脏腑功能, 正气渐伤, 复更易感外邪, 若遇外邪引动, 则邪张病发, 而湿痰瘀浊毒内深, 因此, 外感伏邪与内生伏邪常共存一体, 互为因果, 相互影响, 内外伏邪胶搏, 则机体气血痹阻, 脏腑生化失

* 通讯作者: 496147354@qq.com

常,发为难治,故 CGN 的发病符合脏腑风湿病机学说的特点。

2 CGN 从脏腑风湿论治的临床依据

CGN 的临床表现与脏腑风湿的致病特点相似,具体体现在以下 4 个方面: 1) 外邪侵袭的临床表现: CGN 临床常见的蛋白尿、水肿,皆因风扰于脾肾,使脾失升清,肾失封藏,水液气化受阻,则蛋白精微物质不固,水液滞于皮肤,停于胸腹而成;肾性血尿则多因外邪入里化热,灼于肾络,使血溢出乃成; CGN 之高血压乃因风入于肝,内外风互为引动而发;外邪侵袭,导致脏腑功能失调,正气不足,故而 CGN 常遇劳加重。2) 伏邪致病的临床表现: CGN 起病较为隐匿,多数 CGN 在病变早期没有任何症状,实为伏邪内入,暗损正气的过程; CGN 病程缠绵,反复不愈,预后多样,多因伏邪稽留与机体正气相峙相争。3) 伏邪痹阻的病理特征: CGN 患者多面色无华,舌质暗,脉细涩或细滑,实验室检查可见血液流变学及血脂异常,如全血黏度增高、血沉加快、红细胞聚集指数增高、血脂异常等高黏滞、高聚集、高浓缩状态,皆与内外伏邪两相搏结,痹阻经脉,致气血流行不通,壅塞留滞有关。4) CGN 的肾组织活检病理特点与脏腑风湿病机特点吻合: CGN 多是由于补体 C3 下降引起的以免疫介导炎症为主的循环免疫复合物或原位免疫复合物沉积导致肾小球细胞增生,肾小球基底膜增厚,系膜基质增多,甚至肾小球毛细血管毛玻璃样变性为主的病理改变^[3]。中医微观辨证认为,肾小球细胞的增生、免疫复合物的沉积及新月体的形成,与中医学“外感风湿、蕴热成毒”有关^[4];肾小球的硬化及肾间质的纤维化多与中医学“痰、湿、瘀、浊、毒”的致病特点相似^[5];免疫复合物在肾小球基底膜的沉积可导致肾小球毛细血管袢管腔狭窄或闭塞,属中医学“肾络瘀阻”的范畴^[6]。

3 从脏腑风湿论治 CGN 的临床实践

伏邪发病的关键为正邪相衡的动静变化,正气盛则邪静而内伏,正气虚则邪动而外发,故 CGN 的治疗总以扶正祛邪为基本原则。CGN 的病机特点为本虚标实,虚实夹杂,而虚实标本有主次之分,故治当兼顾,结合八纲与脏腑辨证,本虚者,当健脾益肾,兼以调和脾肺心肝;标实者,则治以祛风散邪,清热利湿,化痰散结,活血化瘀。针对伏邪痹阻贯穿始终的病理特征,CGN 的基本治法

应在扶正的基础上,重视透散伏邪、通痹活络,而根据所伏之邪不同,透伏通痹又有宣、除、通、蠲、消等法之不同,临床 CGN 常用的透伏通痹方法如下。

3.1 御风宣痹法

常用药物如荆芥、防风、前胡、白芷等,主要用于素体气虚,风邪夹寒夹湿侵袭,正气无力驱邪,使外邪痹阻于肾者。临床症见眩晕、耳鸣、血压升高、自汗,舌质淡暗,脉弦细。风邪外袭机体,因正气不足,卫气无以固表,风邪易深伏于内,内外风同气相求,互为引动,故见眩晕、耳鸣、血压升高;风性开泄,扰乱气机,三焦气化不利,脏腑功能失调,致气血津液运行乖滞,无力鼓动外邪,邪遂伏于气血经络之中,遇感而发,愈发愈深。治当以益气散风为主。《脾胃论·分经随病制方》云“肝肾之病同一治,为俱在下焦,非风药行经不可也。”风药不仅可散在表之风邪,又能透在里之伏邪。赵绍琴教授治疗 CGN 善用荆芥、防风、白芷等风药,认为 CGN 多因外邪侵袭深入血分,致络脉瘀阻,故应以凉血化瘀为基础,兼用风药,并认为风药可透散营血中之伏热,又善宣肺气而通利水道,不仅能宣畅气机,还可通行药力,引药入肾经^[7]。叶传蕙认为,风邪在 CGN 起病中具有重要意义,风邪鼓动,易使三焦气化不利,风气盘踞不散,日久入络,而致络脉瘀痹,故以祛风解表为主,强调内外风合治,外风宜祛,内风宜搜,兼以活血而治^[8]。

3.2 利湿除痹法

常用药物如雷公藤、青风藤、防己、威灵仙、秦艽等,主要用于风邪夹湿外袭,或内生之湿与外感之邪相合引起的肾脏风湿痹阻。临床症见身体困重、肢倦乏力、面色如油,舌质暗,脉细滑。风邪夹寒夹湿,袭扰于肾,风、寒、湿三邪相合胶着难除,使气血凝滞不行,故见身体困重、肢倦乏力,日久不愈而成经络痹阻,则肾之封藏不用,气化失司,气血津液生化乏源。治风寒湿痹,单清利易伤阳,单温散则易助湿生热,当以祛风散寒除湿为要。1977 年黎磊石院士首次提出将雷公藤作为免疫抑制剂引入 CGN 的治疗^[9],之后祛风除湿类药物治疗 CGN 逐渐被重视。王永钧^[10]认为,CGN 的主要病机为风湿内扰,蛋白尿与水肿皆因风湿而生,故提出从“风湿扰肾”论治 CGN,临证可选用防己黄芪汤加减治疗 CGN。赵纪生认为,风湿二邪是 CGN 发病及迁延不愈的重要病因,故以青

风藤、威灵仙、徐长卿、羌活等祛风除湿药为主，兼顾健脾补肾，活血化瘀治疗 CGN^[11]。胡伟新等^[12]研究发现，雷公藤多苷可以改善肾病综合征患者的蛋白尿，尤其以系膜增生性肾小球肾炎疗效最好。邱赛红等^[13]研究发现，青藤碱能够使家兔肾炎模型的尿蛋白和血肌酐水平明显降低，并且具有保护肾功能的作用。邹新蓉等^[14]研究发现，威灵仙提取物可以抑制糖尿病肾病引起的损伤。

3.3 活血通痹法

常用药物如僵蚕、蝉蜕、地龙、穿山甲、乌梢蛇等，主要用于瘀血日久痹阻于肾。临床症见面色黧黑、肌肤甲错、口唇紫暗，舌质暗，脉弦或涩。《医林改错》有“痹症有瘀血”之说，故不仅风、寒、湿可以杂合为痹，瘀血亦可痹阻经脉，导致气血津液流行不通，肾之司用失职。治当以活血化瘀为主。赵玉庸认为，“肾络瘀阻”为 CGN 的共有病机，故选用虫类通络药物为主，组成“肾络通”经验方，在临床应用中取得满意疗效^[15]。实验研究^[16]亦显示，化瘀通络法可以改善大鼠肾脏病理结构，抑制缩血管物质和炎性介质的分泌，抑制细胞外基质的异常分泌，可以从多种途径减轻高血糖、血管紧张素诱导的细胞损伤。

3.4 益肾蠲痹法

常用药物如龟甲、熟地黄、淫羊藿等，主要用于脾肾亏虚，运化与气化功能失调，气血津液滞留而痹肾。临床症见乏力、头昏、腰膝酸软、面色晦暗，舌质淡暗，脉弦细。“蠲”即治愈的意思。CGN 的病机特点为本虚标实，因脾肾亏虚，机体升清固精无权，故见乏力头昏，腰膝酸软，久虚必有津血瘀痹。治疗当以健脾益肾扶正为主，兼以益气活血。沈自尹等^[17]研究发现，淫羊藿及其提取物具有激发下丘脑-垂体-肾上腺轴、多类促生长因子，提高干细胞活力的作用。骆继杰认为，CGN 的基本病机为本虚标实，而肾虚为本虚之根，故以补肾法为基础，以六味地黄汤加益母草、黄芪、半边莲等为主，可紧扣病机^[18]。

3.5 散结消痹法

常用药物如三棱、莪术、贝母、鳖甲等，主要用于伏邪痹阻日久化热，煎津灼液成痰，结聚于肾。临床症见胸闷脘痞，肌肤肿硬，舌质紫暗、苔腻，脉弦滑。《诸病源候论》曰“诸痰者，此由血脉壅塞、饮水结聚不散，故成痰也。”气虚、气滞、瘀血、外邪皆可使津液停滞，津血不行遂成痰瘀，痰瘀互结阻滞于肾，形成积聚，故可见肌肤

肿硬，舌质紫暗。治当以活血化瘀、散结通痹为主。吴康衡认为，肺失通调、脾失健运、肾失气化导致水湿凝滞而为痰，而痰具有阻滞气血运行、聚散无常、常易形成痰瘀互结、留为顽固宿根的特性，故临证以三棱、莪术、王不留行、白芥子、瓦楞子等药为主拟制软坚散结胶囊治疗膜性肾病，可明显缓解尿蛋白流失，改善血浆蛋白，提高肾功能^[19]。实验研究^[20]亦表明，莪术可降低成纤维细胞的活性从而延缓肾间质纤维化进程。

4 小结

综上所述，CGN 的病机特点是风、寒、湿三邪侵袭内伏，导致气血不畅，痰、湿、瘀、浊、毒痹阻贯穿疾病始终。CGN 的治疗以扶正为主，临证应重视“透伏通痹”之法的运用。然而近年来有研究表明，雷公藤、青风藤、广防己等药物有不同程度的肾毒性和肝损害^[21]，提示应用此类药物时应当慎重，不能大量或长期应用，应以中医辨证论治思想为指导，以四气五味理论为基础佐制配伍应用，有是证方可用是药，做到“有故无殒，亦无殒也”。

参考文献

- [1] 谌贻璞. 肾内科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 49.
- [2] 全小林, 刘文科, 田佳星. 论脏腑风湿[J]. 中医杂志, 2013, 54(7): 547-550.
- [3] 陈杰, 周桥. 病理学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 330-334.
- [4] 程小红, 于小勇, 毛加荣. IgA 肾病的病理改变与中医微观辨证[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15(2): 185-186.
- [5] 李跃进, 鲁盈. 从方法论层面探讨肾小球疾病微观辨证思路[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(1): 189-191.
- [6] 丁英钧, 蔡冀民, 潘莉, 等. 慢性肾脏病“肾络瘀阻”共有病机学说及临床意义[J]. 时珍国医国药, 2011, 22(3): 690-691.
- [7] 张家玮. 运用赵绍琴凉血化瘀法治疗慢性肾小球肾炎的体会[J]. 河南中医, 1999, 19(1): 34-35, 40.
- [8] 郭立中, 刘玉宁, 杜婧, 叶传蕙. 从风论治肾炎蛋白尿的经验[J]. 中国医药学报, 2001, 16(3): 48-50.
- [9] 黎磊石, 刘志红. 应用雷公藤治疗肾炎二十五载的体会[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2003, 12(3): 246-247.
- [10] 王永钧. 论肾风病的现代观[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2015, 16(2): 95-98.

(下转第 1793 页)

资格考试结果分析反馈工作结合,进一步丰富考试结果采集的信息,拓展分析维度,建立涵盖试题、考生、院校等各个环节的考试综合分析报告,为医师注册提供更加有价值的参考依据。

3.5 强化实践技能考试的中医属性

实践技能考试是医师能力考核的重要组成部分。通常情况下,对实践技能考试的关注更多的是在“动作技能”上,即认为实践技能考试就是动手操作的考试,而中医医师资格实践技能“三站式”考试设置及考查内容已经明确,其不仅涵盖“动作技能”。技能本身就包含技术和能力,指个体运用已有的知识经验,通过练习而形成的智力动作方式和肢体动作方式的复杂系统^[13]。中医学是临床实践性很强的医学,其人才培养质量中的技能目标主要是由临床技能、沟通技能、信息管理等组成^{[12][18]}。能力是完成一项目标或任务所体现出来的综合素质,理论知识和技能均是能力的基础,能力表现为知识内化与技能表达。因此,中医医师资格实践技能考试应是考查技术、能力在实践中的应用,可称之为“智慧”技能,更注重“能力”的考核。

综上,经过 20 年的努力,中医医师资格考试已经形成了理论和技能量化及规范化的考核方式,一定程度上也能够体现考生的人文素养,对试题试卷的评价也越来越客观、合理,逐渐成为反馈中医药教育教学效果的有力证据之一。但在新形势下,全民健康已经上升为国家优先发展的战略,中医医师资格考试也应坚持现实性和前瞻性相统一的改革原则,科学引导医师培养模式、医师队伍建设和医师

管理制度,未来应该也有能力发挥出更重要的作用。

参考文献

- [1] 吴家睿. 建立在系统生物学基础上的精准医学[J]. 生命科学 2015 27(5):558-563.
- [2] 刘德培. 人民共建共享“大健康”[J]. 中国卫生 2016, 25(10):26-27.
- [3] 蔡青青,蔡芳川. 21 世纪大健康的理念及其时代特征[J]. 体育科学研究 2003 7(3):53-55.
- [4] 张伯礼,李振吉. 中国中医药重大理论传承创新典藏[M]. 北京:中国中医药出版社 2018.
- [5] 王震. 现代中医师岗位胜任力研究[D]. 南京:南京中医药大学 2017.
- [6] 莫远明,黄江华. AI+IP+TT 视野下的数字出版融合发展研究[J]. 出版广角 2018 26(1):23-25.
- [7] 金征宇. 前景与挑战:当医学影像遇见人工智能[J]. 协和医学杂志 2018 9(1):2-4.
- [8] 张伯礼. 优秀中医人要有悟性和人文底蕴[N]. 城市快报 2010-06-04(4).
- [9] BOYATZIS RE. A competent manager: a model for effective performance [M]. New York: John Willey and Sons, 1982: 58.
- [10] PRICE PB, LEWIS EG, LOUGHMILLER GC, et al. Attributes of a good practicing physician [J]. J Med Educ 1971, 46(3):229-237.
- [11] 孙宝志,李建国,王启明. 中国临床医生岗位胜任力模型构建与应用[M]. 北京:人民卫生出版社 2015:208.
- [12] 张伯礼,王启明,卢国慧,等. 新时代中医药高等教育发展战略研究[M]. 北京:人民卫生出版社 2018.
- [13] 车文博. 心理咨询大百科全书[M]. 杭州:浙江科学技术出版社 2001:989.

(收稿日期:2019-05-30;修回日期:2019-06-09)

[编辑:崔京艳]

(上接第 1786 页)

- [11] 刘英. 赵纪生教授从风湿论治慢性肾脏病的临床经验研究[D]. 南京:南京中医药大学 2015.
- [12] 胡伟新,唐政,姚小丹,等. 双倍剂量雷公藤多甙治疗原发性肾病综合征的近期疗效[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志 1997 6(3):10-14.
- [13] 邱赛红,陈莉萍,高顺国,等. 青藤碱对家兔 C-BSA 肾炎模型影响的实验研究[J]. 中药新药与临床药理 2001, 12(1):15-18.
- [14] 邹新蓉,王长江,王小琴. 威灵仙提取物对糖尿病肾病大鼠的作用[J]. 中国实验方剂学杂志 2015 21(16):152-156.
- [15] 刘童童,丁英钧. 赵玉庸治疗膜性肾病经验[J]. 中华中医药杂志 2016 31(10):4064-4066.
- [16] 王亚利,赵玉庸,陈志强. 肾络通对大鼠系膜细胞外基质分泌及转化生长因子 $\beta 1$ 表达的影响[J]. 中国中药

杂志 2005 30(3):201.

- [17] 沈自尹,黄建华,吴斌,等. 淫羊藿激活内源性干细胞及其机制研究[J]. 中国中西医结合杂志 2009 29(3):251-254.
- [18] 易无庸,杨栋. 骆继杰教授论治难治性肾病综合征[J]. 中国中西医结合肾病杂志 2009 10(3):192-193.
- [19] 罗勤. 吴康衡教授治疗膜性肾病的学术思想及临床实践[J]. 中国中西医结合肾病杂志 2010 11(8):667-668.
- [20] 刘迟,郭刚,胡仲仪. 莜术对单侧输尿管梗阻大鼠肾间质纤维化的影响[J]. 上海中医药杂志 2006 40(12):71-73.
- [21] 冯雪,方赛男,高雨鑫,等. 中药肾毒性国内外研究现状[J]. 中国中药杂志 2018 43(3):417-424.

(收稿日期:2018-12-27;修回日期:2019-04-16)

[编辑:侯建春]