

• 论著 •
• 中医药治疗肾病研究 •

国医大师邹燕勤教授从脾肾论治糖尿病肾病

严倩华, 邹燕勤*

(南京中医药大学附属医院, 江苏 南京 210029)

摘要: 国医大师邹燕勤教授认为糖尿病肾病的核心病机是脾肾亏虚为本, 湿瘀阻络为标, 强调糖尿病肾病发生、发展与脾肾关系最为密切, 湿、瘀贯穿病程始终。临证时在危险分层的基础上进行辨证论治, 能有效降低蛋白尿, 延缓肾功能进展, 提高患者的生存质量。

关键词: 糖尿病肾病; 国医大师; 邹燕勤; 学术思想

中图分类号: R259.872 文献标志码: A 文章编号: 1672-0482(2018)02-0109-03

DOI: 10.14148/j.issn.1672-0482.2018.0109

The Treatment of Diabetic Nephropathy by National Chinese Medicine Master Zou Yanqin from Spleen and Kidney

YAN Qian-hua, ZOU Yan-qin*

(Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210029, China)

ABSTRACT: National Chinese medicine master Zou Yanqin believes that the core pathogenesis of diabetic nephropathy (DN) is "deficiency of the spleen and kidney is taken as the root, dampness and blood stasis obstructing the meridians and collaterals is taken as the superficial causes". Professor Zou emphasizes that DN occurrence and development are most closely related with spleen and kidney, dampness and blood stasis are throughout the whole course of the disease. Clinically, Zou makes differentiation and treatment on the basis of risk stratification, which can effectively reduce proteinuria, delay the progression of renal function and improve patients' life quality.

KEY WORDS: diabetic nephropathy; national Chinese medicine master; Zou Yanqin; academic thinking

邹燕勤教授是南京中医药大学附属医院主任医师, 博士生导师, 第三批国医大师。邹教授从事中医临床、教学和科研工作 55 载, 对糖尿病肾病的诊治积累了丰富的临床经验。本文就邹燕勤教授治疗糖尿病肾病的学术思想展开阐述, 为糖尿病肾病的防治提供一些思路, 供同道参考。

1 脾肾亏虚为本, 湿瘀阻络为标

糖尿病肾病早期多归属“消渴”“水肿”“尿浊”范畴, 合并肾功能不全时, 则归属于“关格”“肾劳”等范畴。本病病因主要为禀赋不足、外感六淫、饮食不节、情志失调、劳逸过度等, 病机特点本虚标实、虚实夹杂。病位与五脏均有关, 但主要与肺、脾、肾相关, 尤其以肾为主。邹教授继承其父学术思想认为五脏之伤, 穷必伤肾, 脾肾亏虚是糖尿病肾病发病的先决

条件, 湿瘀阻络贯穿病程始终^[1]。

1.1 脾肾亏虚为本

脾胃为后天之本、气血生化之源; 肾为先天之本, 生命之根。脾肾二脏在生理上相互资助, 相互充养, 在病理上也相互影响, 互为因果。《素问》云“诸湿肿满, 皆属于脾。”^[1]张景岳亦认为“脾虚则土不制水而反克。”^[2]脾失健运, 土不制水, 致使湿邪留恋, 湿聚为水, 泛滥肌肤, 而成水肿。脾病及肾, 肾虚则肾之蒸腾气化失司, 水液蒸腾失司下输膀胱, 膀胱输布不及, 亦可形成水肿。蛋白质乃水谷之精微, 由脾所化生, 为肾所封藏, 若脾肾亏虚, 则肾之开阖失司、封藏失职, 脾运不健, 不能升清, 则谷气下流, 精微下泄, 出现蛋白尿。

1.2 湿瘀阻络为标

收稿日期: 2017-11-30

基金项目: 江苏省中管局科技项目 (YB2017017)

作者简介: 严倩华 (1985—), 女, 主治医师。* 通信作者: 邹燕勤, 女, 教授, 国医大师, 主要从事中西医结合治疗代谢性疾病及肾病研究, E-mail: yqh20051019@126.com

脾肾气虚、湿邪遏阻气机,外感湿热邪毒或湿热郁而化热,造成血行不畅,肾络不通。糖尿病随着病情的发展,血瘀证呈上升趋势,这与中医“久病必瘀”的传统理论一致。糖尿病肾病病程中瘀血病理贯穿始终,早期患者虽然临床瘀血征象不明显,但血液流变学已发生改变^[3]。

2 健脾补肾,标本兼治

2.1 脾肾相济,从脾论治

脾胃为气机升降之枢,人体营养与药物的敷布、转输,人体清、浊的升、降都有赖于脾胃中焦之枢的功能。补肾养阴之品大多滋腻碍胃助湿,若脾胃之气虚弱,则虚不受补反增其害,故健脾是治疗肾病不容忽视的重要环节。固护中气与维护肾气一样重要。邹教授常云:“补肾必健脾”,“得胃气则生,无胃气则死”。糖尿病肾病患者早期易发生脾失健运、胃失和降,而失去升清降浊之功能。饮食不能化生精微反而转为湿浊,当升不升,当降不降,精微不摄而漏出,水浊不泄而滞留。脾胃功能盛衰为肾脏病变进退之枢机,补肾必用调脾胃药物,脾胃调和病邪易退。在调理脾胃时邹教授用药强调以下几点^[4]:①调补脾胃之气:因糖尿病肾病患者日久脾胃气虚证候居多,常用参苓白术散加减。②调畅中焦气机:气虚者常气滞,故调畅气机非常重要,补气方宜加陈皮、佛手、砂仁或枳壳等。③注意顺应脾胃的特性:脾宜升则健,胃以降则和,脾喜燥恶湿,胃喜润恶燥。故治疗中若见脾虚湿困为主者,宜运脾化湿,以藿香正气散加减治疗。

2.2 活血和络,运行血气

仲景云:“血不利则为水”。《素问·调经论》云:“孙络水溢,则络有留血”^[1]。糖尿病肾病以蛋白尿、水肿为主要临床表现。古人治疗水肿,通过开鬼门、洁净府、去宛陈莖等方法,从肺、脾、肾着眼,鲜有从活血和络来施治的。邹教授认为“久病必和络”,提出用活血和络法治疗糖尿病肾病的论点。络脉具有行气血的功能,“肾络”作为络脉的一部分,是肾中最细小的部分,肾络的通畅与瘀血形成相关。现代医学认为肾小球硬化、肾间质纤维化、血管内微血栓形成等均与肾络不通密切相关。常用活血和络药物如桃仁、红花、当归、赤芍、丹参、三七、怀牛膝、川芎、鸡血藤、续断、桑枝、丝瓜络等。久病者常需在辨证论治的基础上配合常用破瘀、逐瘀的虫类药,如水蛭、全蝎、地龙、蜈蚣等。

《素问·调经论》云:“五脏之道,皆出于经隧,以

行血气。血气不和,百病乃变化而生,是故守经隧焉。”^[1]《丹溪心法》云:“气血冲和,百病不生。”^[5]邹教授认为补行宣降,重在气化。五脏之中肾气乃根本,但与五脏相关。在运行气血时邹教授用药强调以下几点^[4]:①补气:补肾气以固根本;补脾气以养先天;补肺气以生肾气;补心气以济肾水。如重用生黄芪 30~50 g,俾肺气旺,金水相生,上源清则下流畅。②行气:无论水肿或轻或重,在气在血,属阴属阳,治疗总以气化为先,气行则水行湿化,气行则血畅。临证多采用木香、生姜皮、大腹皮行气,加强利水之功;通过行气以活血,常用川芎、苏木、香附、郁金。③宣气:主要针对肺气失宣而言。肺气失宣,水失通调,则水肿矣,临证多采用紫菀、杏仁、紫苏等药宣通肺气。④降气:水湿泛滥,上逆清窍,肺气不利者,治当急降肺气以调水道。此外,胃气上逆者,则以旋复花、代赭石、砂仁等药物以降逆和胃。⑤化气:人体正常生理功能靠脏腑气机的升降出入来完成,一身的气机又依赖于肾气的气化推动得以正常运行。“阳化气,阴成形”,“无阳则阴无以化”,邹教授极为重视肾气的气化功能,肾气衰惫,无力化气,多在辨证方中配入肉桂 3 g,以温阳化气。

2.3 淡渗利水,轻药重投忌攻逐

《圣济总录》云:“消渴病多转变”^[6],”消渴日久,肾气受损,肾主水,肾气虚寒,气化失常,开阖不利,水液聚集于体内而为水肿”^[6]。可见糖尿病肾病极易发生水肿。“开鬼门,洁净府,去宛陈莖”是治疗水肿的原则。邹教授鲜用攻逐之法,而喜用淡渗利水之法。淡渗利水的作用平缓,但作用持久,能起到缓消其水的作用。对于肿势明显者,邹教授采用轻药重投法,即作用轻缓之淡渗药物投以重剂,常可获肿退水消之效。如茯苓皮 50 g,生薏苡仁 30 g,猪苓 40 g,玉米须 30 g,葫芦瓢 50 g 等。邹教授认为糖尿病日久,脾肾俱虚,故利水应防伤正,忌峻猛攻逐利水之品,宜淡渗利水,轻药重投,缓缓图之。切不可攻逐过猛,克伐脾胃之气。

邹教授指出将尿蛋白排泄率与肾小球滤过率二者结合,建立糖尿病肾病“二维”危险分层法,可提高对患者肾脏预后及生存预后的预测能力。临床上应根据危险分层采取不同治法,中危者以扶正为主,重在维护肾气、保护胃气,以后天脾胃充养先天之肾,提出“补肾必用健脾”,反对使用败伤胃气之方药;高危以上者以扶正祛邪为主,重在活血和络、运行血气,对于久病入络,从血分求治,提出“久病必和络”,

可以取得良好的临床疗效。

3 验案举例

孙某某,男,56岁,2016年6月16日初诊。糖尿病史20年,蛋白尿5年。就诊时患者腰酸痛,神疲乏力,双下肢凹陷性水肿,双眼视物模糊,口干欲饮,纳食欠佳,小便泡沫多,日间尿少,夜尿频4~5次,量少,夜寐多梦,大便日行1次,质干结,舌淡,苔薄黄,脉细。辅助检查:糖化血红蛋白6.6%,空腹血糖6.7 mmol/L,血肌酐89 μ mmol/L,胱抑素C1.1 mg/L,血尿素氮10.03 mmol/L,尿微量白蛋白肌酐比值(ACR)298 mg/g。辨为脾肾气虚,湿瘀阻络证;治以健脾补肾,活血和络;处方:生黄芪30 g,太子参15 g,炒白术15 g,生薏苡仁30 g,续断15 g,槲寄生15 g,制狗脊20 g,杜仲20 g,怀牛膝20 g,丹参15 g,川芎10 g,茯苓皮50 g,地龙10 g,全蝎3 g,水蛭3 g,黄蜀葵花30 g,石韦20 g,六月雪20 g,车前子(包)30 g,合欢皮30 g,首乌藤30 g,鬼箭羽20 g。7剂,常法煎服,每日1剂。另服院内制剂健肾片,1次4片,每日3次;甲花片,1次4片,每日3次。

2016年7月10日二诊:服药后神疲乏力较前好转,腰酸不显,纳食改善,日间排尿增加,大便日行1次,如羊屎状,夜寐尚可,双下肢轻度水肿。复查尿ACR135 mg/g,血肌酐85 μ mmol/L,胱抑素C0.95 mg/L。原方:加制大黄10 g,火麻仁15 g,柏子仁15 g,猫爪草20 g。

2016年8月21日三诊:服药后精神可,腰酸不显,双下肢水肿不显,复查尿ACR60 mg/g,血肌酐78 μ mmol/L,胱抑素C0.85 mg/L,加用赤芍15 g,女贞子20 g,旱莲草20 g。

按:本案的医治过程中充分体现了邹教授临证诊治过程中首先辨证分层,依证候明治法,按治法定处方的治疗思路。①邹教授根据患者尿ACR及肾小球滤过率水平进行危险分层,明确病情处于中危阶段,辨此患者为本虚标实证,即脾肾气虚、瘀血阻络,中危者以扶正为主,故总的治则定为健脾补肾、活血和络、淡渗利水。②本病例所应用的处方中,以生黄芪、炒白术、生薏苡仁补益脾气,续断、桑寄生、杜仲、制狗脊、女贞子益肾养阴,怀牛膝补肾活血、引药下行,茯苓皮淡渗利水消肿;以丹参、川芎活血和络,石韦清热利湿减少蛋白尿,制大黄、车前子、六月雪等通利二便,使湿浊有去路;邹教授考虑该患者病程长,在辨证论治的基础上加用破瘀、逐瘀的小剂量虫类药(水蛭、全蝎、地龙、蜈蚣)。全方用药平和,补气而不温燥,养阴而不滋腻,淡渗而不伤气阴,药虽轻缓,但轻药重投,仍取水退肿消之效。俾血气流通,水湿易于下泄。体现了邹教授在应用健脾补肾同时常共用活血和络、淡渗利水等药物的治疗原则。③邹教授在治疗本案患者的处方中,大量应用对药,发挥相须相持,协同起效的作用。

参考文献:

- [1] 黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005:188,117,116.
- [2] 张景岳.景岳全书[M].北京:中国医药科技出版社,2011:258.
- [3] 王刚,邹燕勤,周恩超.邹云翔实用中医肾病学[M].北京:中国中医药出版社,2013:575-584.
- [4] 周恩超,易岚.邹燕勤中医肾病临床求真[M].北京:人民卫生出版社,2014:55-57.
- [5] 朱震亨.丹溪心法[M].北京:人民卫生出版社,2005:182.
- [6] 赵信.圣济总录[M].北京:人民卫生出版社,2013:732.

(编辑:叶亮)