

· 专家经验 ·

聂莉芳教授辨治蛋白尿经验

张晶晶 聂莉芳

聂莉芳教授自 20 世纪 80 年代中期以来,立足于探索中医药对蛋白尿的治疗研究,积累了丰富的经验。通过几十年的临床实践,探讨并研究了蛋白尿的中医药辨治规律,取得了较好的疗效。认为其主要病位在脾肾两脏,病机的重心为脾肾虚损。针对这一病机,运用中医药治疗的目的是为了患者的正气,即重在调整脾肾两脏的失调。在治疗的过程中很好地体现了“法随证立”的治疗特色。笔者有幸师从聂莉芳教授,受益匪浅,现将聂教授中医药治疗蛋白尿的经验总结如下。

1 病因病机 聂教授认为,蛋白尿的中医病位主要为脾肾两脏,且虚证居多,脾肾虚损是其病机的重心。脾气虚或湿浊困脾,脾不运化水谷精微,则清阳不升,谷气下流,精微物质下泄于外。若为肾虚或湿热扰肾,肾气不固,则藏精失职,致使精微从尿中流失。而脾虚不能运化水湿或肾虚气化失常,可使水湿内停,郁久化热,湿热胶结;水湿内停,阻滞气机,气滞血瘀,久则气、血、水相因为病,亦常使蛋白尿迁延难愈。其病因分为主因和诱因两种。主因有饮食劳倦、房劳过度、气血失和(或)素体虚弱所致的正气亏虚。外邪侵袭,如风寒、风热、湿热、寒湿或皮肤疮毒则常是蛋白尿的诱因。

2 中医治疗优势与特色 聂教授在诊治过程中总是在强调,蛋白尿的中医治疗优势与特色是立足于保护患者的正气,即重在调整脾肾两脏的失调。而急性发作时重在调肺以控制外感,以免蛋白尿加重。扶正固本是聂教授治疗蛋白尿的总原则,扶正即以清补平补为特点。虽然疗程长,但无任何不良反应,且不易复发,这也体现了中医学“治病留人”的治疗观。聂教授临床注重辨证,在辨证的基础上进行施治,即无论何种肾脏病,倘若患者均表现为蛋白尿,中医诊断为同一种证候,则治法与方法可以相同;若患者西医诊断为同一种肾脏病,但是中医诊断为不同的证候时,则相应的

治法与方药迥异,很好体现了“同病异治”及“异病同治”的特点。故聂教授在治疗蛋白尿过程中,非常重视“法随证立”,因而蛋白尿的治法多种多样。现在将聂教授常用治法加以总结。

2.1 益气养阴法 这是聂教授在临床上最常用的治法。因在临证过程中发现,蛋白尿患者的辨证分型中,以气阴两虚者多见^[1]。患者多表现为尿中有泡沫,神疲乏力,腰膝酸软,咽干口燥或口淡不渴,畏寒或手足心热,大便干结或溏薄,舌淡或红,苔白或黄,脉沉细无力。治疗宜益气养阴法,方以参芪地黄汤(《沈金鳌医学全书·杂病源流犀蚀》^[2])。

聂教授使用该方时不拘泥于古方,常以生地易熟地,以党参或太子参易人参。因阴虚之人易生内热,生地虽滋补之力稍逊于熟地,但补而兼清,较熟地更为适宜。人参因其价格昂贵,故现代医家多以党参代之,但聂教授临证观察到党参仍有温燥的一面,部分患者重用久用党参,常出现咽干、口燥诸症,而太子参补气之力虽弱,但兼具生津之功,久用亦无伤阴之弊。故仅在患者气虚较甚,怕冷、乏力明显时方用党参,一旦症状改善,即改用更为平和的太子参。在临床上还应仔细辨别患者偏于气虚、偏于阴虚抑或气阴两虚并重。若患者以乏力、怕冷为突出表现,偏于气虚,则重用炙黄芪,或以党参易太子参以增补气之力;若患者手足心热、盗汗、腰膝酸软为甚,偏于阴虚,则增加生地用量,而酌减参、芪之量,以滋补肾阴为重;若气阴两虚并重,可加兼具益气养阴之功的西洋参。

同时,聂教授临床一般选用生黄芪。而对于气虚较甚,表现为畏寒怕冷者选用炙黄芪,但黄芪的用量一般不超过 30 g,糖尿病患者使用黄芪用量最多 40 g。黄芪味甘,性温,具有补气固表、利水消肿、托疮生肌的功效。现代研究表现,黄芪有减少蛋白尿的作用^[3],聂教授强调但不应过分夸大其减少蛋白尿作用,临床仍应以辨证论治为主。

在气阴两虚证型中,聂教授必细分其脏腑定位,若证属心肾气阴两虚,即兼见心悸、怔忡等症,宜加麦冬、五味子,以合生脉饮之义;若证属脾肾气阴两虚,即兼见纳食不香,便溏等症,可去原方中偏于滋润的山药,加白术健脾运湿,并酌加砂仁、鸡内金醒脾和胃消食;

作者单位:中国中医科学院西苑医院肾内科(北京 100091)

通讯作者:聂莉芳, Tel: 010 - 62835369, E-mail: jingjing.rain@

163.com

DOI: 10. 7661/CJIM. 2016. 11. 1385

若证属肺肾气阴两虚,即兼见自汗、易感冒等症,应以白术易山药,加防风,以合玉屏风散固表止汗;若证属肝肾气阴两虚,即兼见眩晕耳鸣、烦躁易怒可酌加白芍、天麻、杭菊花以柔肝抑肝。

2.2 调理脾胃法 调理脾胃法是聂教授在治疗蛋白尿的常用治法。适用于脾胃症状突出者,如呕吐、恶心、腹胀、纳差、腹泻者。通过调理脾胃,斡旋中焦,蛋白尿亦会减少或转阴。若患者有呕恶频繁、纳呆,口不渴,舌淡胖,边有齿痕,苔白腻而润,脉沉滑者,证属脾胃虚弱,兼夹寒湿,聂教授常以香砂六君子汤为主治疗。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。若患者以便溏或腹泻为主,舌淡边有齿痕,苔薄白,脉沉弱,证属脾之气阴两虚,兼夹水湿,常以参苓白术散为主治疗,收效甚捷。若患者呕恶频繁,口干口苦,口黏,纳少,苔黄腻,脉滑数,证属湿热中阻,常以黄连温胆汤为主。其中黄连可用 3~10 g。

2.3 活血化癥法 活血化癥法是聂教授在临床上治疗两种类型蛋白尿的常用治法。一种类型是从辨证来看,符合中医学“瘀”的表现,即患者除尿蛋白外其舌脉表现为舌质紫暗,脉涩;一种类型是膜性肾病及糖尿病肾病这两类疾病。临床上膜性肾病的患者由于肝脏代偿性合成脂蛋白及某些凝血因子增多、凝血及抗凝机制异常,使血液黏稠度增加,易致血栓、栓塞等方面的并发症。聂教授对于膜性肾病的中医学病机强调,瘀血停滞是贯穿始终的重要因素。所谓“水病及血”。同时,瘀血既成之后,使三焦不利,水道不通,又可导致或加重病情,而成为致病因素。而糖尿病肾病是糖尿病常见的微血管并发症,是导致终末期肾病的主要原因之一。现代医学认为糖尿病肾病并发微血管病变时血栓素增高、血管收缩、血小板聚集、血液呈高凝状态。聂教授认为气阴两虚兼挟瘀血是其病机重心。故“血瘀”是糖尿病肾病基本的病理学基础,贯穿其发生和发展的始终,因而活血化癥法是糖尿病肾病的基本治则治法。故聂教授在治疗以上两种类型的蛋白尿患者时常使用活血化癥法。主要方剂为自拟方加味当归芍药散:即当归芍药散(《金匱要略》)加减,临床上聂教授常以当归尾易当归,并加赤芍以增强活血之力,加牛膝、丹参、益母草等以增强活血之功。若患者伴有水肿,聂教授常加用行气利水药物,如五皮饮合冬瓜皮、车前子等。

2.4 疏散风热及解毒利咽法 蛋白尿患者由于机体免疫功能低下,常易患感冒及上呼吸道感染,而感冒及上呼吸道感染又可使蛋白尿加重。因而对于蛋白尿患者的感冒及上呼吸道感染要十分重视。在遣方用药

上,主要表现在两方面,一是以预防为主,即在治疗患者蛋白尿基础上加用预防感冒药物,常用药物有金银花、白术、防风等。一是蛋白尿患者若出现感冒症状,则急则治其标,以解表为要,治宜辛凉解表,常予银翘散、桑菊饮。此时要停止原来的补益之方药,集中力量发散外邪,以利于迅速截断病程,因补益之品有恋邪之弊。

咽炎及扁桃体炎亦是蛋白尿反复加重的重要诱因。若蛋白尿患者伴肺胃热毒上攻于咽喉,临床表现为咽喉干痛者,常以清热解毒,利咽散结为主要治法。常用方剂为银翘散、五味消毒饮及聂教授经验方银蒲玄麦海桔汤(金银花、蒲公英、玄参、麦冬、胖大海、桔梗),故聂教授常在方中加用野菊花、连翘、金银花等清热解毒之品预防之。

2.5 固涩摄精法 该法是聂教授治疗蛋白尿患者最常用法,聂教授认为该法适宜于所有的蛋白尿患者。但使用该法时,并非单独使用,往往在上述治法中兼顾。主要是在上述辨证用方的基础上酌加一些固肾涩精的药物以增强摄精之力。聂教授常用的涩精药物有芡实、金樱子、山茱萸、桑螵蛸、菟丝子及沙苑子等,可选用一种或两种入药方中。

以上是聂教授从医数十年来对于各种类型蛋白尿的治疗特点及遣方用药经验,笔者从师 3 年来临床上见到很多单纯运用中医中药治疗缓解的患者。究其原因,首先聂教授在问诊过程中十分专注,注意患者的每一个神态及动作,了解其性格特点,即中医学所谓因人制宜;其次注重辨证及辨证的基础上选方用药;最后是用药平和,平淡之中见奇效。

3 验案

某男,43 岁,内蒙鄂尔多斯人,2014 年 4 月体检发现尿蛋白,24 h 尿蛋白定量最多 5 g,当地医院建议肾穿,使用激素治疗,患者均拒绝。2015 年 9 月 16 日为求中医药治疗至我处首诊。当时外院查 24 h 尿蛋白定量 4.8 g,血浆白蛋白 35 g/L,尿红细胞阴性,血尿酸 451 $\mu\text{mol/L}$,血压及肾功能正常。症见:乏力腰酸,纳食不馨,胃中嘈杂,眠差梦多,二便调。舌淡边有齿痕,苔薄白,脉沉濡。中医辨证:脾胃虚弱,升清无权。拟健脾和胃,兼以涩精法。予香砂六君子汤加味。处方:木香、砂仁、炒白术、炙甘草各 10 g,陈皮、桑螵蛸各 6 g,姜半夏 5 g,太子参、茯苓、青风藤各 15 g,天麻、酸枣仁、苏梗、鸡内金各 12 g,巴戟天、芡实各 20 g,水煎服,日 1 剂。

同年 10 月 8 日二诊,24 h 尿蛋白定量 2.698 g,血尿酸降至 241 $\mu\text{mol/L}$ (未用降尿酸西药),纳食转

佳,胃部已无不适,但觉腰酸、乏力、梦多,偶有咽痛。聂教授于上方基础上加川续断 30 g、桑寄生 15 g 补肾、壮腰膝,银花 12 g 利咽并预防感冒。其后以上方加减化裁治疗,11 月 18 日复查 24 h 尿蛋白定量 1.02 g,12 月 7 日复查 24 h 尿蛋白定量 0.603 g。

结语:该病例初诊以大量蛋白尿就诊,且患者拒绝使用激素,聂教授宗“能中不西,先中后西”的治疗原则,采用中药治疗。患者由于患者脾胃症状突出,辨证后予香砂六君子汤加减。调理脾胃法治疗蛋白尿是通过调理脾胃两脏的气机,恢复脾之升清、胃之和降之职,纳化相依,升降相因。脾胃功能恢复则纳食馨,精

微生,全身得以濡养。长期守方则可减少蛋白尿,提高血浆胶体渗透压,改善患者生活质量。

参 考 文 献

- [1] 聂莉芳. 蛋白尿诊断与中医治疗[M]. 北京:人民军医出版社, 2011:6.
- [2] (清)沈金鳌. 田思胜注解. 沈金鳌医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社, 1999: 61.
- [3] 汤志奇,宋慧. 关于中药治疗肾脏疾病临床研究的进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(16): 1806 - 1812.

(收稿:2016-02-22 修回:2016-07-24)

世界中医药学会联合会老年医学专业委员会第五届学术年会会议纪要

2016 年 9 月 23—25 日,世界中医药学会联合会老年医学专业委员会第五届学术年会在广州越秀宾馆召开。世界中医药学会联合会老年医学专业委员会名誉会长陈可冀院士,会长李浩教授,国家级名老中医、北京中医药大学刘景源教授,中国中医科学院首席研究员刘建勋教授,广东省中医院陈志强副院长,广东省中医院心脏中心副主任、重症监护科主任张敏州教授以及来自多个国家和地区的从事老年医学工作的知名学者、专家共计 180 余人参加了本次会议。

本次年会以“继承发扬,开拓进取”为主题,设立了院士讲坛、特邀报告及前沿交流等版块;同时,为进一步发挥委员会在老年疾病专科诊疗、成果推广、科技合作以及信息共享等方面的平台优势,大会还成立了老年肌肉与骨骼疾病、呼吸疾病和痰瘀同治学组。

会议开幕式由李健副会长主持,常务副会长李跃华教授致辞并指出,随着我国老年医学、养老服务业以及中医药事业的发展,中医老年医学也迎来了快速发展的大好时机。老年医学专业委员会将按照习近平总书记的要求,着力推动中医药振兴发展,坚持中西医并重,推动中医药和西医药相互补充、协调发展,努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展。李浩会长发言表示,在当前我国老龄化形势日益严峻,慢性病发病率居高不下的背景下,加强疾病预防和早期干预,加大慢性病筛查、规范治疗以及治疗后的康复等问题,不仅是各级医疗卫生机构需要承担的责任,也是广大从事中医老年医学的专家和学者义不容辞的责任。希望广大与会专家能够在今后的临床科研工作中,坚持中西医并重,中西医优势互补,在更大程度上发挥中医药在老年疾病的预防、治疗、康复、健康促进等方面的优势,把中医药这一宝贵财富“继承好、发展好、利用好”,推进中医老年医学的科技创新以及标准化和国际化建设发展,更好地服务于广大老年患者。

开幕式后,名誉会长陈可冀院士做了题为“关于老年人合理用药的问题”的学术报告,指出全球人口老龄化或社会老龄化是世界性课题,联合国发布:“预计到 2050 年,全球 60 岁以上老年人口将达到 20 亿”。老年人随增龄各项机能逐渐脆弱,对药物不良反应的敏感性增加,因此老年人用药过程中最应注重最大效应与最小风险(Maximum benefit and minimum risk)的原则,同时还应明确指征,用药精当、个体化用药并注意患者的依从性,且老年人用药应不图新奇、不过度用药和保健品,还要注意药物的双刃剑问题。陈院士还列举了常用的中西药物,在老年人应用过程中的注意事项,认为药物本身就是一把双刃剑,任何药物只有在“合适”的剂量下,才能发挥最佳的治疗效果和最小的不良反应。

刘景源教授以“分消走泄”法的临床应用为题,从叶天士关于和解表里法与分消走泄法的论述、和解表里法的代表方剂小柴胡汤的临证应用、以及分消走泄法的代表方剂温胆汤的临证应用等方面,对分消走泄法进行了较为深入的分析和总结。

刘建勋教授详细介绍了其带领的科研团队开发治疗血管性痴呆的中药新药塞络通的研究过程,通过在中国、澳大利亚同时开展符合国际规范的、随机、双盲、安慰剂对照的多中心临床研究,为现代中药国际产学研合作以及中国中药走向国门提供了新的思路和途径。张敏州教授分享了高龄冠心病患者中西医结合诊疗策略,并介绍了广东省中医院通过桡动脉为 1 例 104 岁 AMI 患者成功进行介入,及治疗后的中西医结合治疗,发挥中西医优势的典型病例。

特邀报告后,大会开始了热烈的学术交流,14 位从事老年医学研究的专家先后介绍了各自研究领域的前沿进展以及新成果和新思路,并就老年医学实践中的体会和困惑相互求教,彼此之间开展真诚而务实的多视角畅谈,通过面对面的互动,为参会各位医师提供了学习交流的机会,得到了大家的热烈反响和一致好评!

(刘龙涛 整理)