

· 专家经验 ·

何立群教授论治慢性肾脏病蛋白尿经验

王 杰 吉 晶 孙蓓蓓 余弘吉 李雨婷 何立群

蛋白尿是慢性肾脏病的临床表现之一,也是导致肾功能衰退的重要因素之一,因此减少蛋白尿对延缓肾功能减退具有重要意义。何立群教授师从海派名医童少伯教授,是全国名老中医蔡淦的弟子,上海市名中医,上海中医药大学附属曙光医院教授,肾病科主任医师,博士研究生导师,从事医、教、研工作 30 余年,在诊治慢性肾脏病方面颇有成效。笔者有幸随师侍诊,获益匪浅。现将何立群教授论治慢性肾脏病蛋白尿经验总结如下,与同道共飨。

1 慢性肾脏病蛋白尿病因病机

1.1 肾失封藏 蛋白是人体生长发育所必须的精微物质,是构成人体和维持生命活动的基本物质,相当于中医学中的“精气”“精微”。何教授指出肾脏具有封藏功能,肾主藏精,精藏于内,化为肾气,肾气充足,精神充沛不知疲也,《素问·六节脏象论》“肾者主蛰,封藏之本,精之处也”;何教授认识到先天禀赋不足,或劳累过度,或久病不治累及于肾,肾主封藏失职,不能固摄精微物质,精微物质随之漏出,可能是蛋白尿发生的原因之一^[1]。

1.2 脾不升清 何教授认识到脾胃乃先天之本,脾脏功能受损与蛋白尿的发生有很大的联系。《医学正传》曰:“盖水谷入胃,其浊者为渣滓……其清者,脩焉而化为气,依脾气而上升于肺……由肺而灌溉乎四体……而为生生不息之运也。”^[2]何教授临床中发现饮食劳倦,或情志因素等,影响脾脏功能,脾的升清功能失调,精微物质不能上输心肺,脾不升清,清阳下陷,精微外泄,可能是导致蛋白尿的发生原因之一。

1.3 风邪内侵 何教授在临床中发现许多慢性肾脏病患者常常因风邪外袭,感冒症状出现而蛋白尿情况也加重,临证中加入祛风散邪之品,感冒症状缓解的同时蛋白尿症状也随之减轻,因此何教授认为风邪

是慢性肾脏病发病的一大重要因素,可能由于风邪外袭,侵入肌表,影响肾脏,精微不固,蛋白外泄^[3]。

1.4 湿热下注 《素问·至真要大论》指出:“水液浑浊,皆属于热。”“太阴司天,湿淫所胜。……诸湿肿满,皆属于脾。”唐代王冰在注释时进一步指出:“洩变者,水火相交,火淫于下也,而水脏水腑皆为病也。”何教授认为脾脏功能受损,脾失运化,会产生水湿之邪,水湿之邪蕴结体内,湿邪重浊、趋下,水湿化热,湿热之邪侵及下焦,壅滞于肾,导致肾失封藏,精微外泄,出现蛋白尿。

1.5 肾络瘀阻 《内经》中有记载:“久病者邪气入深,去血脉……久病者不去身者,试其血络,尽出其血。”清代叶天士明确提出了“久病入络”说,《临证指南医案》中指出:“大凡经主气,络主血,久病血癖……初为气结在经,久则血伤入络……百日久恙,血络必伤。”^[4]何教授认为肾病日久,久病入络,络脉瘀阻,痹阻不通,影响肾之气化、封藏之职,肾之气化不利,水液代谢失司,发为水肿,肾之封藏失职,精微不固,精微物质随之外泄,可见蛋白尿。

何教授 30 多年的临证中发现蛋白尿的发生与脾肾二脏虚损密切相关,也与湿热、瘀血、风邪等实邪影响机体功能相关^[5]。先天禀赋不足,或饮食劳倦,或情志因素,或外邪侵袭等,造成脾肾二脏受损,脾失升清,肾失封藏,精微外泄,出现蛋白尿;脏腑受损的同时,产生湿热、瘀血等病理因素,湿热、瘀血等病理因素反过来作用于机体^[6],影响脾肾之功能,导致精微外泄,蛋白尿缠绵不愈。风邪也是蛋白尿发生的重要因素之一,风邪外袭,侵及肌表,影响及肾,精微外泄,蛋白尿情况加重。

2 慢性肾脏病蛋白尿辨证论治

何教授认为蛋白尿的形成与肾虚封藏失职,脾虚不能升清,或风邪内袭,或湿热下注,或久病累及于肾,络脉瘀阻等因素相关,针对这些致病因素何教授提出补肾健脾、祛风胜湿、清热利湿、活血化瘀等几大治疗原则。临床中这些病理因素往往兼夹致病,因此何教授常常补肾、健脾、祛风、清热、利湿、活血、化瘀等多法联用,辨证施治。

2.1 补肾健脾 何教授遵循《难经·十四难》

基金项目:何立群上海市名老中医学术经验研究工作室(No. SHGZS-2017027)

作者单位:上海中医药大学附属曙光医院(上海 200021)

通讯作者:何立群, Tel: 021-53827368, E-mail: 271490205@qq.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20191219.395

“损其脾者,调其饮食,适其寒温,损其肾者,益其精”的原则,以补肾为主^[7],根据临床表现的不同,何教授辨证为肾阴虚、肾阳虚、肾气虚、肾精亏虚的病证,常常选用不同的药物进行治疗。针对以肾气虚为主的病证,多选用覆盆子、芡实、金樱子、益智仁等补益肾气、固精缩尿之品;以肾精亏虚为主的病证,多选用熟地黄、肉苁蓉、枸杞子、山茱萸等补益肾精、填精益髓之品;以肾阴虚为主的病证,多选用生地黄、女贞子、墨旱莲、南沙参、北沙参、麦冬等滋阴清热,补肾益精之品;以肾阳虚为主的病证,多选用杜仲、续断、菟丝子、仙灵脾、桑寄生等培补肾阳、填精益髓之品。何教授强调补肾益精之时,应选用药性平和之品,切忌选用温燥、滋腻过度之品,同时根据肾虚损之阴阳偏衰,或予阴中求阳,或予阳中求阴,温而不燥,补而不滞,滋而不腻,缓缓图治^[8]。

对慢性肾脏病蛋白尿患者除补肾外,健脾同样重要。对于蛋白尿兼水肿,脾虚湿盛为主证的患者,治以健脾利水,多选用黄芪、党参、车前子、王不留行、冬葵子、炒芥子等药;对于气短乏力明显,面色萎黄,纳呆食少,大便溏薄,脉微弱者,治以健脾益气,多选用陈皮、山药、茯苓、薏苡仁、炒白术等药,健脾忌温燥苦寒之品,多选用甘淡平和之品,缓缓图治。

2.2 祛风胜湿 祛风法也是何教授治疗蛋白尿的重要治则之一。对于蛋白尿兼有风邪者,可以根据兼证的临床症状辨证为风寒证、风热证、风湿证,何教授在补益脾肾为主的情况下兼以祛风散寒、疏风清热、祛风胜湿。对于风寒为主证的患者,治以祛风散寒,多选用荆芥、防风、桔梗、浮萍、紫苏叶等药;对于风热为主证的患者,辨证为风热证,治以疏风清热,多选用蝉蜕、蚕茧壳、僵蚕、金银花、连翘、蒲公英等药;对于恶风汗出,咳嗽咳痰、头目不利、肢体困重,舌淡苔白,脉濡,以风湿证为主的患者,治以祛风胜湿,多选用紫苏梗、藿香梗、苍术、佛手等药,临床中根据症状、舌脉不同,随证选用,灵活变通。

2.3 清热利湿 清利湿热法用于蛋白尿兼有湿热之象者。湿热是贯穿本病始终的致病因素,易损伤肾气、阻碍气机运行,湿热胶结,日久难解,耗气伤阴,湿热之邪不去,则正气难复。对于湿热内蕴为主证的患者,治以清利湿热,多选用香薷、薏苡根、小石韦、车前子、篇蓄、瞿麦等药;对于脾虚湿盛之象为主证的患者,治宜健脾化湿,多选用淮山药、猪苓、冬瓜皮、黄芪等药;对于湿热壅盛之象明显的,应分利湿热,选用土茯苓、白花蛇舌草、黄连、滑石等清利湿热而不甚苦寒的药物。现代药理研究表明,清利湿热药不仅可增强

吞噬细胞的功能,而且具有提高机体免疫功能,抑制免疫复合物的沉积,抑制肾小球纤维化,从而改善肾小球滤过率的作用^[9,10]。

2.4 活血化瘀 何教授认为,慢性肾脏病多属本虚标实、虚实夹杂之证,在慢性肾脏病早期,病情较轻,以脾肾气虚为主,兼夹湿邪、瘀血等,治疗多以培补脾肾为主,佐以少许化湿、化瘀之品^[11],多选用党参、黄芪、地黄、山药、山茱萸、枸杞子等,佐以陈皮、佛手、白术、丹参等化湿、化瘀之品;对于慢性肾脏病中后期阶段,脾肾亏虚较重,同时产生水湿、痰浊、瘀血等病理产物,在补益脾肾的同时,应加以利湿化浊、活血祛瘀之品,多选用牛膝、桃仁、丹参、大黄、留行子、冬葵子、车前子等^[12],临床病症复杂,应仔细辨别,随证加减。何教授认识到在慢性肾脏病的发展过程中,血瘀贯穿疾病的发生始终,因此活血祛瘀这一治则,也将体现在疾病的治疗过程中,在补益脾肾的同时,兼加少许活血化瘀之品,尤其对慢性肾脏病早期患者,常起到较好的效果。

何教授行医 30 余载,认识到慢性肾脏病蛋白尿的发生与脾、肾二脏虚损关系密切,或因外邪侵袭,或情志内伤,或饮食不节,或年老体虚等导致脾失升清,肾失封藏,体内精微物质不能固摄,精微外泄,从尿道而出,形成蛋白尿,病程过程中,产生湿热、瘀血等病理因素,或风邪等外邪侵袭肌表,这些因素作用于机体,使疾病缠绵难愈。因此在治疗中,何教授以补脾益肾为治疗大法,同时兼顾清热利湿、祛风、活血化瘀。

3 病案举例

段某,女,61 岁,2016 年 6 月 10 日初诊。主诉:发现蛋白尿 3 年余。现病史:2013 年 5 月 7 日因受凉发热至当地医院就诊,查尿常规显示尿蛋白(+++),2013 年 5 月 23 日 24 h 蛋白尿定量 0.852 g。肾功能正常,双肾动脉彩超提示双肾动脉未见狭窄,血流通畅。患者一直在当地医院就诊,期间服用中药及中成药(具体用药剂量不详),服用科素亚每日 50 mg,病情有所缓解。2016 年 4 月 6 日查尿常规:尿潜血(+++),尿蛋白(++),尿红细胞(+++),24 h 蛋白尿定量 1.652 g,肌酐 104 $\mu\text{mol/L}$,血尿酸 504 $\mu\text{mol/L}$ 。当地医院诊断为慢性肾炎。2016 年 6 月 10 日至上海曙光医院就诊。初诊症见:精神疲倦,腰部酸软,纳可,眠欠佳,双下肢轻度凹陷性浮肿,夜尿 2 次,手足心出汗,尿中泡沫,舌淡红,有裂纹,苔微腻,脉沉滑。查尿常规:蛋白(+++),红细胞(++),肾功能:血肌酐 109 $\mu\text{mol/L}$,尿素氮 5.2 mmol/L,肾小球滤过率 58.5 mL/(min $\times$ 1.73 m²),24 h 蛋白尿定量 1.856 g,肾穿报告提示系膜增生性肾小球肾炎,西医诊断:

慢性肾炎(系膜增生性肾小球肾炎),中医诊断:尿浊(脾肾两虚、湿浊内阻)。治法:补益脾肾,利湿化浊。方药:肾病 1 号方加减,处方:党参 30 g 黄芪 30 g 山茱萸 15 g 山药 15 g 茯苓 15 g 枸杞子 15 g 地黄 15 g 白术 15 g 防风 15 g 荠菜花 15 g 女贞子 15 g 墨旱莲 30 g 藿香梗 15 g 紫苏梗 15 g 芡实 30 g 覆盆子 30 g 陈皮 9 g 佛手 12 g, 7 剂,每天 1 剂,水煎早、晚温服。

2016 年 6 月 17 日二诊:精神疲倦,腰部酸软,手足心出汗等症状较前明显改善,尿中泡沫仍多,双下肢轻度凹陷性浮肿,舌淡红,有裂纹,苔微黄腻,脉沉滑。尿常规:尿潜血(+),尿蛋白(++),尿红细胞(++),24 h 蛋白尿定量 1.232 g。辨证:脾肾两虚,湿热内阻。上方去藿香梗、紫苏梗,加佩兰 15 g、蝉蜕 6 g、蚕茧壳 9 g、小蓟 30 g。坚持服用二诊方 2 周后,尿常规提示:尿潜血(+),尿蛋白(+),尿红细胞(-),肾功能:血肌酐 $98 \mu\text{mol/L}$,尿素氮 5.6 mmol/L ,肾小球滤过率 $63.5 \text{ mL}/(\text{min} \times 1.73 \text{ m}^2)$,血尿酸 $345 \mu\text{mol/L}$,24 h 蛋白尿定量复查 0.84 g。患者自述精神疲倦、腰部酸软较前明显改善,双下肢浮肿不明显。效不更方,随症加减。随访至 2017 年 10 月 26 日,无明显不适,病情稳定。

按:患者年过六旬,卫气不固,外邪入侵,病邪由表及里,损伤脾肾,肾脏封藏失职,不能固摄,脾气升清功能失调,营养精微物质不能布散全身,清阳下陷,精微外流,予以党参、黄芪、山茱萸、枸杞子、山药、地黄补益脾肾,以固摄精微,培补先后天;黄芪、白术、防风乃“玉屏风散”,祛邪固表;藿香梗、紫苏梗祛除湿热之邪;荠菜花凉血止血,芡实、覆盆子固摄精微;陈皮、佛手理气和胃。1 周后复诊,尿浊仍在,加用蝉蜕、蚕茧壳祛风化浊固摄之药,潜血得减但犹存,加用小蓟凉血止血之品,其余症状均比之前改善。三诊患者尿浊、

潜血均有改善,效不更方,续服巩固病情。全方兼顾脾肾三脏,注重阴阳表里的调和,扶助正气的同时,兼顾祛除实邪,使得脾气复升、肾得固摄,故尿浊得以改善。

参 考 文 献

- [1] 孙蓓蓓,何立群.何立群教授运用中医药治疗慢性肾脏病经验集锦[J].世界中医药,2019,14(5):1102-1105.
- [2] 明·虞抟著.医学正传[M].北京:人民卫生出版社,1965:8-9.
- [3] 余柯娜,麻志恒,钟利平,等.何立群从肝论治慢性肾病经验拾萃[J].中华中医药杂志,2016,31(1):120-123.
- [4] 清·叶天士著.临证指南医案[M].上海:上海科学技术出版社,1959:618-619.
- [5] 吉晶,何立群.何立群辨治慢性肾脏病策略及用药经验[J].上海中医药杂志,2018,52(11):27-29.
- [6] 樊威伟,张大宁.从虚、瘀、湿、逆论治慢性肾功能衰竭经验[J].中医杂志,2019,60(11):916-919.
- [7] 王杰,陈文浩,孙蓓蓓,等.海派名医童少伯论治慢性肾脏病经验撷萃[J].中国医药导报,2018,15(33):98-101,121.
- [8] 宋渊杰.槐杞黄颗粒治疗慢性肾小球肾炎气阴两虚证的疗效观察[D].南京:南京中医药大学,2018.
- [9] 祁志敏,牟成林,王华,等.清热利湿逐瘀方治疗痛风性关节炎临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(21):147-151.
- [10] 黄继勇,张艳.范永升运用“清热利湿方”治疗急性痛风经验[J].中华中医药杂志,2016,31(1):135-137.
- [11] 余柯娜,麻志恒,钟利平,等.何立群从肝论治慢性肾病经验拾萃[J].中华中医药杂志,2016,31(1):120-123.
- [12] 陈睨,李祥炜,张昕贤,等.何立群教授治疗慢性肾脏病策略[J].中华中医药杂志,2015,30(3):758-760.

(收稿:2018-04-25 在线:2020-01-07)

责任编辑:白霞