

- 2014, 29(4): 543-545.
- [2] 金文伟, 李湧健. 甘草抗肿瘤活性成分研究近况[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(4): 163-166.
- [3] 樊建. 夏中和主任医师运用加味半夏泻心汤治疗胃痛经验[J]. 光明中医, 2008, 23(7): 919-920.
- [4] 汪绮石, 谭克陶, 周慎. 理虚元鉴[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 41-44.
- [5] 张锡纯. 重订医学衷中参西录[M]. 柳西河, 李朝晖, 董印宏, 等, 重订. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 77, 90.
- [6] 林福林, 杨昌云, 杨薇薇, 等. 中药白及的现代研究概况[J]. 中国医院药学杂志, 2013, 33(7): 571-573.

(责任编辑: 刘淑婷)

张大宁教授运用通法治疗慢性肾功能衰竭临床经验

余静雯¹, 徐英²

1. 天津中医药大学, 天津 300193; 2. 天津市中医药研究院附属医院, 天津 300120

[摘要] 介绍张大宁教授运用通法治疗慢性肾功能衰竭临床经验。其认为慢性肾功能衰竭属于本虚标实, 关键病机可概括为虚、瘀、湿、浊。因通法有推陈致新之效, 故对本病治疗具有良好临床价值。

[关键词] 慢性肾功能衰竭; 通法; 通调水道; 通腑降浊; 宣通气血; 张大宁

[中图分类号] R692.5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 10-0015-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.007

张大宁教授从事中医医疗、教学、科研工作数十载, 学贯中西, 集二者之长, 对慢性肾功能衰竭(简称: 慢性肾衰)的认识尤其深刻, 治疗独到, 效果肯定。现代医家对慢性肾衰多从虚立论, 治疗主要从补益出发^[1]。张教授认为, 本病总属本虚标实之证, 治疗补泻并重, 尤其注重通法推陈致新作用对本病的意义, 创立“补肾活血, 降浊排毒”的综合疗法。笔者有幸随师跟诊, 现就张教授临床运用通法辨治慢性肾衰的经验介绍如下。

1 辨病机, 定治法

张教授认为, 慢性肾衰病因病机错综复杂: 诸多因素耗伤肾气, 脏腑功能失调, 气化不利, 湿、瘀、浊、毒内生, 蕴结体内, 致气机郁闭, 藏泄失宜, 同时进一步耗伤正气, 故本虚标实是本病的病机特点, 其关键可概括为“虚、瘀、湿、逆”四字。临床观察发现, 由于人们生活方式改变、环境污染、体质变化等因素, 本病临床症状虽以虚为本, 但标实所占的症状比例日益突出。针对这一特点, 张教授治疗本病时, 宗《内经》之旨“平治于权衡, 去菀陈莖……开鬼门, 洁净腑”, 在补肾基础上注重运用通法, 起以通补虚之效。

2 通法治疗慢性肾衰的意义

通法启源于《内经》, 由北齐徐之才明确提出, 后世医家多有发挥。传统意义上通法多指宣通郁滞、通利二便之法, 主要用于治疗实证。张教授认为, 通法针对郁滞而设, 内涵丰富, 虚者助之、寒者温之、气滞通之、血瘀化之、水湿利之、湿浊祛之、积滞消之、郁痹开之, 皆谓之通, 故凡因势利导, 调和气血, 启其郁闭, 恢复阴平阳秘者皆属通法范围。慢性肾衰往往虚实错杂, 互为因果, 恶性循环, 运用通法, 以通为补。一方面通调气机, 去其标实, 恢复脏腑功能; 一方面选择补泻兼施的补益药, 补而不滞, 从而共奏推陈致新之功。

3 通法慢性肾衰的具体应用

3.1 通调水道, 理气化湿 慢性肾衰患者常见脾肾两虚证, 肾气不足, 失于蒸腾气化, 脾虚失运, 无以泌别清浊, 则水湿内停, 发为水肿。张教授强调, 治水湿其本在肾、标在脾、制在脾, 药用五皮饮合车前子(草)加减, 开上焦、健中焦、畅下焦, 通利水道。若外邪侵袭, 肺气郁痹, 酌加枇杷叶、紫苏叶等通表达邪, 宣肺利水; 水湿困脾, 升降失常, 酌加陈皮、枳壳、佛手、莱菔子等理气健脾, 利水祛湿; 湿邪困脾, 郁而化

[收稿日期] 2015-04-25

[作者简介] 余静雯 (1991-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 中医肾病。

[通讯作者] 徐英, E-mail: xuying_tianjin@126.com

热,酌加青蒿、败酱草、蒲公英、半枝莲清热利湿;水湿内停,蕴久成浊,酌加砂仁、藿香、佩兰芳香行气,祛湿化浊;脾肾衰败,浊阴逆乱,酌加砂仁、竹茹、黄连、生姜、焦三仙(焦麦芽、焦神曲、焦山楂)降逆化浊;痰浊蒙窍,酌加菖蒲、远志、郁金豁痰开窍。

3.2 通腑降浊,补泻兼施 慢性肾衰患者脾肾虚损,脏腑功能失司,膀胱气化不利,分清泌浊失职,浊毒由水道排出受阻,若单纯益肾利尿难获佳效,此时宜另辟蹊径,因势利导,清泄阳明大肠之腑,给浊邪以出路,以治其标。临证中,张教授巧用大黄,尤其善用大黄炭。《神农本草经》赞大黄:“破癥瘕积聚,荡涤肠胃,推陈致新,通利水分,调中化食,安和五脏。”故大黄是以通为补的代表药,将其炭化,取其通腑降浊之性,折其苦寒伤胃之弊,可增强活血化瘀、降浊排毒之效,用量以保持每日排便2~3次为度。在配伍上,张教授常合用大黄炭、生黄芪炭、海藻炭,寒温并用,补泻同施,共奏升清降浊、推陈致新之功;治疗浊毒上逆,郁热内结之呕吐,效法金匮大黄甘草汤上病取下之法,以大黄配甘草,取大黄苦寒泻热、通腑去实、降浊排毒之效,甘草甘缓和胃,安中益气,以防祛邪伤正。

另外,整体与局部结合,审证与治病结合,多种治法综合治疗也是张教授一再强调的理念^[2]。据此,张教授把“腑以通为用”与结肠透析法相结合,研发出肾衰灌肠液。方以大黄、大黄炭、土茯苓、青黛、生牡蛎为主药,去因实致虚之病机,协助补肾活血,降浊排毒,临床总有效率为90%,对降低血尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、改善肾功能确有疗效^[3]。

3.3 宣通气血,去瘀生新 张教授在临床上发现,慢性肾衰患者常肾虚血瘀并存,这与久病及肾,久病多瘀密不可分。故血瘀既是致病因素,又是病理产物,与肾虚相互作用,因虚致实,因实致虚,形成恶性循环,贯穿于病变全程。用药时张教授谨守病机,重视气血,重用生黄芪补气升阳,利水退肿,川芎血中气药,丹参破宿血,生新血,三药合用,补肾活血,通补兼施,化瘀生新。临证还当权衡邪正,若气滞血瘀,酌加三棱、莪术破气消积;瘀热交结,酌加牡丹皮、赤芍清热凉血;瘀浊互结,合用茵陈、蒲黄炭、五灵脂化瘀泄浊。

4 病案举例

刘某,男,36岁。2014年1月8日初诊:患者3月前因乏力、面色少华就诊于天津总医院,查尿常规:尿蛋白(PRO)(+++),血常规示轻度贫血,血肌酐(SCr)540 μmol/L,查血压(BP)160/100 mmHg,诊断:慢性肾衰,高血压病,肾性贫血;予肾康注射液,生血宁,波依定,金水宝,尿毒清等治疗。2周后复查 SCr 603 μmol/L。为求进一步治疗来诊,诊见:乏力,腰酸,时恶心,口中氨味,偶有胸闷憋气,无头晕

头痛,无皮肤瘙痒,尿中泡沫多,夜尿2次,大便2~3天1次。舌暗、苔薄白,脉沉。查 BP 120/80 mmHg;肾功能:SCr 539 μmol/L, BUN 14.55 mmol/L, 尿酸(UA)640 μmol/L;尿常规:PRO(+++),尿潜血(BLO)(+);24 h 尿蛋白定量 2.47 g/24 h。Hb 101 g/L。双肾 B 超:双肾实质慢性损害伴轻度萎缩。中医诊断:肾衰病(脾肾亏虚,瘀血阻络,湿浊内蕴);西医诊断:慢性肾功能衰竭,肾性贫血。治以补肾活血,利湿降浊为主。处方:生黄芪 90 g,土茯苓、荠菜花、丹参、莪术、五灵脂、蒲黄炭、大黄、海藻炭、升麻、芡实、白术、茯苓、蒲公英各 30 g,川芎、茵陈、大黄炭、青蒿、五味子、草决明各 60 g,水煎服,每 3 天 1 剂。配合肾衰灌肠液,每天 1 次,每次 200 mL。

2014年3月18日二诊:药后诸症缓解,仍有恶心,时乏力,纳少,尿量可,大便每天1~2次。舌暗、苔薄白,脉沉。查 SCr 412 μmol/L, BUN 15.86 mmol/L, UA 316 μmol/L。尿常规:PRO(+),BLO(+).Hb 101 g/L。上方减芡实、草决明、蒲公英,加黄连、竹茹各 20 g,陈皮、砂仁各 30 g。

2014年5月22日三诊:药后诸症减,乏力,无恶心,纳寐可,尿量可,无泡沫,大便每天1~2次。舌暗、苔薄白,脉沉。查 SCr 357 μmol/L, BUN 13.78 mmol/L, UA 299 μmol/L;尿常规:BLO弱阳性。Hb 94 g/L。上方生黄芪改为 120 g,减莪术、青蒿、黄连、竹茹,加山药、焦三仙各 30 g。

按:慢性肾衰病情多变,总属本虚标实,治疗当明虚实缓急。本案患者脾肾亏虚,肾虚气化不利,脾虚运化失司,清阳不升浊阴不降,湿浊内蕴,困阻气机,出现乏力腰酸、恶心胸闷等症。又血瘀贯穿于病变全过程,故一诊标本兼顾,去实为主,治以补肾活血,清热利湿,升清降浊。二诊证候未变,因苦于恶心,加黄连、竹茹清热降逆止呕,陈皮、砂仁健脾理气。三诊邪实已衰,正虚为主,治疗重点扶正为主,祛邪为辅,故减祛邪之药,加健脾益气之药,调理阴阳。

[参考文献]

- [1] 李志更,王天芳,赵燕,等.慢性肾功能衰竭常见证候与证候要素的现代文献分析比较[J].中华中医药学刊,2007,25(1):52-53.
- [2] 徐英.张大宁治疗慢性肾功能衰竭的思路与方法[J].北京中医,2006,25(9):536-537.
- [3] 周世芬.肾衰灌肠液治疗早中期慢性肾功能衰竭疗效观察[J].辽宁中医杂志,2013,40(1):80-81.

(责任编辑:刘淑婷)