

王耀光辨治慢性肾炎蛋白尿用药经验介绍

韩阳^{1,2}, 张志奎¹ 指导: 王耀光³

1. 天津中医药大学研究生院, 天津 300193
2. 天津市中医药研究院附属医院, 天津 300120
3. 天津中医药大学第一附属医院, 天津 300193

[关键词] 慢性肾炎; 蛋白尿; 临床经验

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 12-0157-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.067

王耀光教授, 天津中医药大学第一附属医院主任医师, 天津中医药大学教授、博士研究生导师, 从事中医教学及临床工作三十余年, 对中医药治疗肾脏疾病及内科疑难杂症具有丰富的临床经验和较深的造诣, 对于慢性肾炎蛋白尿有着独到的见解。慢性肾炎属中医学水肿、虚劳、肾风、腰痛等疾病范畴, 王教授认为本病主要因脾肝肾亏虚, 外感六淫邪气乘虚而入所致, 或由急性肾炎调治失当, 久病不愈, 迁延而来, 病位在肾, 与脾肾两脏密切相关, 治疗上常从脾、肝、肾三脏进行辨证施治。现将王教授治疗慢性肾炎蛋白尿用药经验进行总结, 以飨同道。

1 从脾论治

1.1 健脾 脾胃者, 仓廪之官, 为后天之本, 主运化水谷, 输布精微。若患者脾虚运化失常, 温煦失职, 输布失司, 肾失所养, 而致肾虚不固, 进而精微外泄导致蛋白尿的发生。王教授谨遵《内经》“虚则补之”之意, 临证若见面色萎黄、纳差、食后腹胀、大便稀溏、舌胖嫩、脉细者等脾气虚之象, 常重用黄芪、山药、白术、党参、茯苓等补脾气; 若见面色不华或虚浮, 口淡不渴、纳少腹胀、四肢不温、舌淡胖苔白滑、脉沉迟无力等证属脾阳不足者, 药选附子、干姜、肉桂、益智仁、草果等振脾阳; 若见手足烦热、口干渴、饮食不化、唇红而干、舌淡红少苔或无苔、脉细弱而数等症属脾阴不足者, 常用莲子、黄精、天花粉、葛根等补脾阴^[1]。

1.2 祛湿 脾居中焦, 主运化水液, 为水液升降输布的枢纽, 水液的上腾下达均有赖于脾气的枢转。若患者脾运化输布失调则水液代谢异常, 日久湿邪内停, 湿性黏滞极易困脾, 形成恶性循环; 湿为阴邪, 又可迫精下泄而形成蛋白尿。王教授喜用茯苓、白术、苍术、薏苡仁、豆蔻等健脾除湿^[1]。《内经》有云: “湿淫所胜, 平以苦热, 佐以酸辛, 以苦燥之, 以淡泄

之。”表明治疗湿邪须佐风药。王教授临床上喜用风药, 若患者脾虚湿盛, 症见面色萎黄, 神倦乏力, 足跗时肿, 舌淡、苔白或腻, 脉缓而弱者, 常于健脾利湿方药中加入防风、防己、浮萍、木贼草、功劳叶、槐花、亚麻子、白蒺藜等, 取风能胜湿之意。

2 从肝论治

2.1 补肝 王教授认为肝藏血, 肾藏精, 肾水之精可养肝木, 精血关系是“肝肾同源”的基础。肝体阴而用阳, 血属阴, 气归阳, 其“用”具体表现为肝气和肝阳的机能活动, 肝脏的机能活动离不开肾阳的滋生和温煦^[2]。如《医宗必读》所云: “东方之木, 无虚不可补, 补肾即所以补肝; 北方之水, 无实不可泻, 泻肝所以泻肾”。而在病机和发病学上, 肾阴亏耗可“母病及子”致肝阴不足; 另一方面肝阴不足, 阴不制阳, 肝阳上亢, 导致相火妄动, 久则下劫肾阴, 使阴液进一步亏虚, 导致肾阴不足, 封藏失司, 精微外泄。患者临床常见头昏耳鸣、眼干眼花、口干少饮、手足心热、腰膝酸软、乏力倦怠、舌红苔薄、脉弦细等症, 王教授喜用制何首乌、枸杞、熟地黄、女贞子、旱莲草、山萸肉、黑豆等以滋补肝肾、助封藏。

2.2 疏肝 王教授认为肝主疏泄, 一方面其能助脾胃升降, 促进脾胃之运化; 另一方面肝气之疏泄可使肾气开阖有度, 而脾之运化升降与肾气开阖在控制精微外泄上均有重要作用。一旦肝郁而失于疏泄, 日久则可导致脾肾功能失常, 精微外泄而见蛋白尿。另外, 血的运行无不受气的影响, 气行则血行, 气滞则血瘀。肝主疏泄以气为用, 司人体肝气气机之畅达, 故直接关系到血的运行。《明医杂著·医论》薛己注: “肝气通则心气和, 气滞则心气乏”, 指出肝主疏泄能辅助心气的发动, 使血行有力。肝失疏泄, 气机郁滞, 血行不畅, 甚则成瘀, 而

[收稿日期] 2016-07-12

[作者简介] 韩阳 (1983-), 男, 在读博士研究生, 研究方向: 中医肾病。

瘀血是慢性肾炎的重要致病因素,近年来活血化瘀法治疗本病亦成共识。正如《丹溪心法》所云:“气血冲和,百病不生;一有怫郁,百病生焉。故人身诸病,多生于郁。”又如《血证论》云:“肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中溺之证,在所不免”。故临床症见烦躁易怒、胸闷胁胀、喜叹息、妇女伴月经不调、经期乳胀、舌苔薄白、脉弦属肝气郁结者,王教授喜用小柴胡汤、佛手、降香、香附、玫瑰花、代代花、生麦芽等品,遵木郁达之之意。

3 从肾论治

3.1 补肾 王教授认为肾主气化,肾之本性在于潜藏,肾之功能侧重蒸腾,肾气有升有降,亦即肾的气化运动,这一过程主要表现为肾阳的作用。肾主气化功能的失常,可以包括两个方面:一是脾肾气化不及:先天不足或后天失养,致化源不足,脾肾不能维持足够的气化活动而产生一系列以虚证为主的病变;二是脾肾气化不利:在脾肾虚损的基础上,或因外感风、寒、湿热、疮毒,或因运化失司,气化无权,以致湿浊、水气、瘀血等羁留不去,而致三焦壅滞,升降失常,表现出一系列以实证为主的病变。无论虚实均为本病精微外泄的重要原因,治疗当遵循“治主当缓,治客当急”的原则,但最终须落实到治本上^[3]。若患者临床症见神疲倦怠、畏寒肢冷、手足厥冷、腰膝冷痛、阳痿、宫寒、小便清长、舌淡苔白滑、脉沉细或沉迟,属肾虚气化失常者,王教授喜用黄芪、菟丝子、五味子、益智仁、补骨脂、制附子、茯苓、韭菜子、鹿含草、鱼鳔、淫羊藿、巴戟天、杜仲、生地黄、冬虫夏草等助肾气化。如《景岳全书》中云:“夫所谓气化者,即肾中之气也,即阴中之火也;阴中无阳,则气不能化,所以水道不通,溢而为肿。故凡治肿者必先治水,治水者必先治气,若气不能化,则水必不利,惟下焦之真气得行,始能传化,惟下焦之真水得位,始能厘清。”

3.2 固精 《素问·六节脏象论》曰:“肾者,主蛰,封藏之本”,《诸病源候论》中指出:“肾虚不能制于肥液,故与小便俱出也”。肾闭藏精气,使精微物质闭藏在体内发挥应有的生理效应,从而能够维持生命活动的正常进行。因此肾精宜藏而不宜泻,命火宜潜而不宜露。王教授认为慢性肾炎病程较久,迁延不愈,累及肾主封藏的功能^[4],精微随之耗泄,遂发病。此时,其他诸法常常无效,而形成顽固性蛋白尿,日久甚至导致肾功能异常而致危候。临床若见腰部酸痛、小便清长频数或夜尿频多、遗精滑泄、顽固性蛋白尿、舌淡苔薄白、脉细弱无力或沉弱等属肾气不固、封藏失司者,王教授常于补肾之中,加以收敛固涩之品,喜用金樱子、芡实、荔枝核、山萸肉、沙苑子、五味子、菟丝子、覆盆子、益智仁、龙骨、牡蛎等,以遵《素问·至真要大论》“散者收之”之意。

总之,临床应明辨脏腑、寒热、虚实、表里、内外等,“寒者热之,热者寒之,温者清之,清者温之,散者收之,抑者散之,燥者润之,急者缓之,坚者柔之,脆者坚之,衰者补

之,强者泻之(《素问·至真要大论》)”,补益脏腑气血之亏虚,恢复气机之升降,使脏腑各司其职,三焦气化调畅,“各安其气,必清必静,则病气衰去,归其所宗,此治之大体也(《素问·至真要大论》)。”因此,中医辨证上要反映疾病的本质,抓住主要矛盾和主要环节给予治疗,能起到事半功倍的效果^[5]。在治法上亦应根据所病脏腑、标本、缓急,治法相参,补泄兼施,“以平为期”。

4 病案举例

白某,女,14岁,2015年12月5日初诊。患者2014年8月无明显诱因出现肉眼血尿,未诊治,2014年11月因肉眼血尿不缓解,伴咳嗽不适,就诊于山西省儿童妇幼保健医院。查尿常规:尿蛋白(++),白细胞(++),红细胞计数3534.8个/ μ L,24h尿蛋白定量0.73g/24h。行肾脏穿刺活检术,肾穿病理提示:轻度系膜增生性IgA肾病,Lee分级:级。诊为“IgA肾病、支气管炎”,予阿奇霉素、美洛西林钠抗炎、盐酸贝那普利降尿蛋白、黄叶总苷等治疗。治疗1月复查尿常规:尿蛋白(+),镜检红细胞100个/ μ L,白细胞(+),病情好转出院。出院后一直服用盐酸贝那普利10mg,每天1次,尿蛋白在2⁺~3⁺。今患者为求中医药治疗来本科室就诊,症见:神清,精神可,烦躁易怒,胸闷胁胀,纳差,食后腹胀,夜寐可,小便短赤,大便可,舌质红苔薄黄,脉弦细。血压:116/66mmHg。尿常规:尿蛋白(++),红细胞计数1688.5个/ μ L,24h尿蛋白定量1.65g/24h。西医诊断:IgA肾病,中医诊断:慢肾风(肝郁脾虚,湿热证),治则:疏肝健脾,清热利湿。处方:生黄芪、小蓟各30g,炒白术、白茅根、石苇、地龙、芡实各20g,防风、僵蚕、柴胡、淡竹叶、黄芩、益母草、蚕沙、野菊花、扁豆各10g,蝉衣、莲子心各6g。14剂,每天1剂,水煎早晚分服。

2015年12月19日二诊:患者胸闷胁胀、食后腹胀症状消失,偶有烦躁易怒,纳可,夜寐可,大便可,小便转清,舌红苔薄黄,脉沉细。尿常规:尿蛋白(+),红细胞计数218.8个/ μ L。24h尿蛋白定量0.64g/24h。前方去野菊花、蝉衣、防风,加香附15g,生龙骨(先煎)、生牡蛎(先煎)各30g。21剂,每天1剂,水煎早晚分服。

2016年1月9日三诊:患者未述明显不适,纳寐可,二便调,舌淡红、苔薄白,脉沉。尿常规:红细胞计数46.8个/ μ L,24h尿蛋白定量0.29g/24h。前方去莲子心,加金樱子20g。服药21剂,24h尿蛋白定量降至0.12g/24h。随诊至今,未再反复。

按:系膜增生性肾小球肾炎是一组以弥漫性肾小球系膜细胞增生及不同程度系膜基质增多为主要特征的肾小球疾病。根据其免疫病理又将其分为IgA肾病及非IgA肾病。中医学无此病名,可归属于尿血、肾风等疾病范畴。患者年轻女性,久病迁延,情志不遂,肝气怫郁,肝木乘土,终致肝郁脾虚,脾虚运化无力,湿邪内生,日久化热,而见临床诸症。故王教授治

以疏肝健脾，清热利湿，以小柴胡汤和玉屏风散加减。二诊时患者诸症减轻，仍间有烦躁易怒，故于原方加入香附疏肝气，龙骨、牡蛎敛肝阳。三诊时患者诸症消失，湿热大减，故去莲子心，以防苦寒太过，加金樱子以固肾精。

[参考文献]

- [1] 侯英华, 王耀光. 王耀光教授从脾论治慢性肾炎蛋白尿[J]. 吉林中医药, 2011, 31(10): 947-948.
- [2] 王耀光. “肝肾同源”论初探[J]. 中医杂志, 2008, 49

(1): 5-7.

- [3] 王耀光, 樊威伟. 肾主气化及其临床应用[J]. 中医药通报, 2008, 7(3): 35-38.
- [4] 王耀光. 巩堤丸治疗肾脏病临床应用举隅[J]. 中医杂志, 2007, 48(8): 688-690.
- [5] 王耀光. 肾脏疾病中医临床辨证思路初探[J]. 中国中医药现代远程教育, 2006, 4(11): 9-11.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

袁青运用鬼哭穴调神临证经验初探

秦玮珣, 赖名殷, 晁延如, 邓赣

广州中医药大学, 广东 广州 510405

[关键词] 调神; 灸法; 鬼哭穴; 袁青

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 12-0159-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.068

袁青是广州中医药大学教授, 全国名老中医药专家靳瑞教授学术经验继承人, 靳三针学术带头人, 现任广州中医药大学靳三针研究中心主任, 博士研究生导师。袁教授从事针灸教学、临床、科研工作三十余年, 擅用靳三针疗法治疗各类疾病, 医术精湛, 尤其对于靳三针疗法中的调神思想见解独到。笔者有幸跟师学习, 现将其灸鬼哭穴调神临证经验总结如下。

1 “神”的概念及调神的重要性

中医学说中的“神”是人体生命活动的主宰及其外在总体表现的统称。“五味入口, 藏于肠胃, 味有所藏, 以养五气。气和而生, 津液相成, 神乃自生”(《素问·六节藏象论》), 可知精、气、血、津液是化神养神的基本物质。“心藏神, 肺藏魄, 肝藏魂, 脾藏意, 肾藏志, 是谓五脏所藏”(《素问·六节藏象论》), 将神分为神、魄、魂、意、志, 分别归藏于“五神脏”。精气内藏于五脏, 外布于周身, 从而神也内舍于五脏, 外游行于周身。精气血津液充足, 脏腑功能强健, 则神旺; 精气血津液亏耗, 脏腑功能衰败, 则神衰。“得神者昌, 失神者亡”(《素问·移精变气论》), 神是生命活动的主宰。

袁教授在治疗疾病的时候十分注重调神, 强调先治神而后

方能得气。“凡刺之真, 必先治神, 五藏已定, 九候已备, 后乃存针”(《素问·宝命全形论篇》), 调神是针灸治疗的大前提。目前临床上有不少五花八门的与针灸相关的技术, 但袁教授教导学生应钻研针灸手法和心法, 针灸治神的精妙之处在于医者须深入到“心领神会”的境界, 这是任何工具所不及的^[1]。关于治神, 体现在医者定其神和患者调其神两方面。

袁教授认为对于前来就医的患者来说, 由于身体上病痛的影响, 人体的思维意识也会有所损伤, 表现出不同程度的神识不清晰、反应不灵敏、焦虑抑郁等现象, 其精神与常人相比存在明显或微妙的差异, 所以皆是失神之人。所谓望而知之谓之神, 在医生看到患者的第一眼就应“一会即觉”^[2], 通过敏锐的观察, 对病人神的旺衰有一个大概的估计, 尤其在患者无意时神的流露最真, 所以医生要静气凝神, 细心观察。袁教授经常教导学生, 医者与学生之间神的交流有助于产生更强的针感, 以达到更好的疗效, 所以应在治疗其身体病痛的同时予以治神。“粗守形, 上守神”(《灵枢·九针十二原》), 形神皆俱, 才能终其天年。

医者针刺操作时也应做到治神。即医者专心致志, 集中精

[收稿日期] 2016-07-12

[作者简介] 秦玮珣 (1992-), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 靳三针临床与实验基础研究。

[通讯作者] 赖名殷, E-mail: 517243233@qq.com。