

洪钦国治疗慢性肾衰竭经验介绍

涂海涛¹, 庄珣²

1. 广州中医药大学第一附属医院肾病科, 广东 广州 510405

2. 广州中医药大学第一附属医院康复中心, 广东 广州 510405

[关键词] 慢性肾衰竭; 中医疗法; 经验介绍; 洪钦国

[中图分类号] R692.5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2017) 08-0198-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.08.065

洪钦国是广州中医药大学教授, 潜心临床 50 余载, 尤擅长中西医结合辨证论治肾脏疾病, 对于一些疑难杂症往往数剂而愈。洪教授医术精湛, 辨证严谨, 中西汇通, 毕生倡导洋为中用、中西结合, 虽已年逾古稀, 仍勤采古方, 并结合岭南地区气候、地域等特点, 勤求古训, 博采众方, 以中医药治疗慢性肾衰竭, 疗效确切显著。笔者有幸随诊于旁数年, 耳濡目染, 对其临证遣方经验偶有所得, 介绍如下。

1 病因病机

慢性肾衰竭多由水肿、淋证、消渴、血证、尿血等病迁延或失治误治而成, 在中医诊断学中属于虚劳、关格、癃闭等病范畴。本病基本病机在于脾肾亏虚, 脾之健运失司, 肾之开阖失司, 通腑泄浊失常, 久之浊毒瘀滞, 于体内渐成瘀血、痰浊等邪毒。痰湿、邪毒、瘀血胶结, 阻滞气机, 耗伤气血, 久之则耗竭脏腑精气而出现临床症状。本病的主要表现为下肢或全身浮肿, 尿少, 纳差, 神疲, 大便稀烂, 舌淡或淡胖, 苔薄少, 脉沉细或沉滑^[1], 也可见暴躁, 多怒, 咽干, 少腹胀闷, 大便干, 小便黄赤, 舌红苔黄, 脉弦或弦滑等证。洪教授认为本病病机为脾肾亏虚, 气血阴阳失调, 痰湿、毒邪阻滞, 气血运行不畅。前期以气阴两虚、湿毒壅盛为主, 后期主证则是阴阳亏虚, 遣方用药当辨证论治, 明辨阴阳^[2]。

2 基本治则

慢性肾衰竭一病, 其病程长, 缘于湿邪乃阴邪, 其性黏滞, 迁延日久, 阻遏气机, 缠绵难愈。世之良医治疗此疾, 往往尚补, 导致闭门留寇, 湿浊越治越强, 迁延日久而耗伤脏腑精气, 内耗阴血而致邪气日盛、正气日虚。洪教授治疗该病往往祛邪为主、扶正为辅, 祛邪以通腑泄浊为重, 不宜过猛或过柔, 以攻为主, 以补为辅。湿浊壅盛者, 常以泻下为主要手段, 常用芳香化湿泻下药有藿香、佩兰、蚕砂、槐花、积雪草

等; 扶正补气药则以黄芪、人参、白术、山药等为主; 如呕吐较烈者, 辅以紫苏子和中降逆止呕, 疗效较好; 阴虚较显者酌加山萸肉、沙参、麦门冬、白芍、赤芍等; 阳虚较盛者则加用温肾助阳药如干姜、熟附子、肉桂、杜仲、巴戟天等; 养血活血多选用川芎、赤芍、三七等。通腑泄浊为基本治则, 可以大黄、槐花等药炮制为灌肠液, 保留灌肠, 使湿浊毒邪自肠道而出, 此法可显著降低血肌酐、血尿素氮、血钾浓度, 同时还可明显减轻机体水负荷。

3 辨证论治

洪教授对本病的辨证论治, 可简单归纳为以下几点。

3.1 三焦壅塞为标, 脾肾虚衰为本 不同于传统理论对本病的辨证, 在辨证上洪教授以脾肾虚衰为本, 三焦壅塞为标, 临床根据湿浊壅堵的部位不同分为上、中、下焦, 且每部选用不同的治法^[3]。

3.2 辨别虚证实证, 审慎补虚泻实 慢性肾衰竭的病机特点为久虚不复, 虚中有实, 虚实兼夹, 故临证用药需要处理好补虚与泄实的关系^[4]。洪教授于数十年临证用药中, 总结出本病的治则为: 补虚还需泄实, 以泄为主, 不忘补虚。①神昏, 烦渴, 口臭, 口舌生疮, 小便黄赤, 大便干燥难解, 舌体瘦, 苔黄腻, 脉洪或细数者, 辨证当属脾肾两亏, 湿热蕴积上焦, 以养阴益气、解毒清热为治法。②纳差, 呕吐清涎, 困倦, 肢体乏力, 面色不华, 舌苔黄腻或濡厚, 脉滑细者, 辨证当属脾肾两虚, 湿邪滞留中焦, 以温中益气、降逆止呕为治法。③颜面浮肿, 腰膝酸冷, 形体不温, 恶心呕吐, 小便少, 舌胖, 舌边有齿痕, 苔白腻, 脉沉滑者, 辨证当属脾肾虚衰, 湿浊壅塞下焦, 以温肾助阳、降逆化浊为治法。常用的泄实法有: 通腑泄浊法、升清降浊法、活血化瘀法、芳香化浊法。湿邪者, 从寒化之则温阳化湿, 从热化之则利湿除热。

[收稿日期] 2017-04-15

[作者简介] 涂海涛 (1986-), 男, 主治医师, 研究方向: 慢性肾衰竭、慢性肾炎、肾病综合征等的中医药治疗。

3.3 辨变证 在慢性肾衰竭的疾病发展中,常可出现变证,因湿邪浊毒壅盛,可见热入营血,迫血妄行,出现烦热躁扰,谵妄,斑疹隐隐,色紫或黑,吐衄,便血,尿血,舌质深绛或紫等,甚或热入心包,热动神昏,出现身热,四肢厥冷,神昏谵语,痰壅气短,舌謇难言,舌体短缩,舌色鲜绛,脉细数或脉细无力。前者当凉血止血,清营解毒,方拟清营汤合犀角地黄汤;后者治当清心开窍,清热解毒,辨证应用三宝(安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹)为宜。对于危重症,如邪犯心包,心阳欲脱者,当用参附汤以回阳救逆。对于水不涵木,阴虚风动者,治当熄风养阴,方拟大定风珠或三甲复脉汤加减。

4 遣方用药经验

本病的治疗除灵活使用以上各法,洪教授在临证用药之时亦有独特之处。

4.1 缓用峻药 本疾因湿邪内蕴,多伴脏腑之气不通。腑以通为用,通腑泄浊之法作为传统意义上的逆治法,常攻伐过甚,损耗正气,故在慢性肾衰竭的治疗上,洪教授主张缓用峻药,以收祛邪不伤正之功,比如将泻下药炮制成灌肠汤液,保留灌肠以祛邪。

4.2 忌温补,宜温通 对于本病以脾肾阳虚、湿邪壅盛为主证者,洪教授多选用温通之法,温者温阳,通者通腑,也就是温阳益气与通腑泄浊合用,助长机体之阳气,使邪有出路。临床常以附子配伍大黄,如独重温补有闭门留寇之患。

4.3 温阳利水 对于本病引起的颜面、下肢甚或全身水肿,洪教授多选取温肾助阳、化气利水之法,该法本于“水为阴邪,无阳则无以化阴,阳气不至之处,当为水邪泛滥之所”^[5],倡导温阳与利水并用,温阳者,干姜、熟附子、肉桂等,利水者,茯苓、猪苓、白术等。

4.4 分类治浊 慢性肾衰竭之为病,其难治处在于湿邪浊毒壅盛体内,迁延日久,顽固难消。洪教授根据病邪滞留部位不同,统分为上、中、下三焦,依次选取芳香化浊法、和胃降浊法、通腑泄浊法,分而治之。又或壅塞多路者,则多法合用,祛湿邪、复正气,缓解由此带来的症状,疗效显著。

4.5 明辨阴阳,理清寒温 本病的病机较为复杂,其表现多为寒热错杂、虚实夹杂。洪教授在临证时,常采用正治法,即寒者热之,热者寒之,寒温并用。温热药可助阳,寒凉药又可益寒,故在药味的选取上亦需谨慎。洪教授常选用温热药如法半夏、干姜、熟附子、肉桂之类,寒凉药如积雪草、黄芩、槐花、大黄之属。明辨寒温孰盛孰虚,以此决定在治法上,清热

与祛寒孰轻孰重。

5 病案举例

杨某,男,47岁,2015年6月18日初诊。10余年前在外院诊断为高血压病、肾结石,未规律服药治疗。1周前出现头晕乏力,体力下降,在外院查血肌酐730 μmol/L,外院建议行血液透析治疗,因不愿透析来诊。诊见:眩晕,神疲乏力,脱痞纳呆,呕恶,面色不华,大便不通,舌淡、苔黄厚腻,脉沉。中医诊断为虚劳,证属脾肾两虚,湿浊滞留中焦,治宜健脾益气,降逆泄浊,拟黄连温胆汤加减。处方:法半夏、石菖蒲各15g,陈皮、竹茹、枳壳、蚕砂、大黄、三七各10g,土茯苓、槐花、虎杖、丹参各20g,黄芪、积雪草各30g,木香5g,14剂,每天1剂,水煎服。7月2日二诊:大便得通,不呕,饮食渐好。上方去大黄,加佛手15g加强行气,再予14剂,煎服法同前。7月16日三诊:症状改善,头不晕,饮食佳,体力渐复,复查血肌酐降至639 μmol/L。因患者尿量不少,无电解质紊乱,可暂缓透析。嘱其严格控制血压,低盐低脂优质蛋白饮食,守上方随症加减,2~3天1剂,服用半年,血肌酐多次复查,维持在500 μmol/L左右,症状稳定,未接受透析治疗。

按:本病例患者由高血压所致慢性肾衰竭,表现以湿浊壅滞中焦、脾胃功能失司为主,故治疗上健脾与降逆泄浊兼施,使邪有出路,血肌酐等毒素从大便排出体外,再辅以大剂量健脾益气药,泄实而不伤正气,从而使中焦通畅、气血运行。故长期服用本方,对于部分已达到西医透析指征的患者来说,可延缓其进入透析治疗,从而保证其生活质量。

[参考文献]

- [1] 韩宝娟,崔芳. 中西医结合治疗尿毒症心肌病60例[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(12): 1774-1776.
- [2] 石梅雪,马进,芦宇. 郭恩绵教授治疗慢性肾功能衰竭经验[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(2): 8-9.
- [3] 张艳梅,关晓清. 中医药治疗慢性肾功能衰竭的近况[J]. 中国社区医师:医学专业, 2006, 8(17): 11-12.
- [4] 赵凯彬,阮诗玮. 中医药治疗慢性肾功能衰竭现状与进展[J]. 中医药通报, 2010, 9(1): 63-65.
- [5] 郭伟杰,张琳琪. 张琳琪教授从脾胃论治肾病综合征的经验[J]. 光明中医, 2009, 24(6): 1025-1026.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)