

◆名家经验◆

李顺民活用泄浊法治疗慢性肾衰经验介绍

祁爱蓉 指导：李顺民

深圳市中医院，广东 深圳 518033

[关键词] 慢性肾衰；泄浊；经验介绍；李顺民

[中图分类号] R692.5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 06-0238-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.06.072

慢性肾衰是多种原发或继发性肾脏疾病迁延不愈，出现肾脏滤过功能受损乃至衰竭的结果，表现为代谢产物潴留、电解质酸碱平衡紊乱等相关的临床症状。常伴随腰酸乏力、恶心呕吐、水肿、少尿甚至无尿等表现，可归于中医学水肿、肾风、肾劳等范畴。本病发展至晚期常以血液透析或腹膜透析维持生命^①。中医药治疗本病有突出的优势，尤其对于中晚期患者，大黄制剂通腑泄浊及中医辨证治疗能有效降低血肌酐、改善生存质量^②。李顺民教授是深圳市中医院主任医师，其活用泄浊法治疗慢性肾衰，突破了通腑泄浊治疗慢性肾衰的局限性，根据中医病机及辨证特点，总结出健脾益肾，补益泄浊；宣畅三焦，调气泄浊；发汗利尿，行水泄浊；祛瘀解毒，通腑泄浊等疗法，治疗慢性肾衰，疗效明显，现分述如下。

1 病因病机

慢性肾衰的中医病名可见于关格、水肿、呕吐、癃闭、溺毒等章节，其病位主要在肺脾肾三脏，以脏腑亏虚为主，湿、浊、瘀、毒贯穿于疾病的不同阶段。大多数医家认为慢性肾衰的病因分为内外两方面，以脾肾亏虚、正虚邪实为主要病机，内因主要为肾脾气虚，病久迁延不愈；外因为外感病邪、饮食情志^③。本病的发生与正气虚衰、抗病能力减弱密切相关。治疗主要分为虚、实两大类；有扶正祛邪，攻补兼施和软坚祛瘀、解毒降浊法。王自敏教授治疗慢性肾衰竭8法提出治疗肾衰应注意固本兼护卫气，终末期应标本兼顾，祛邪在先，活血化瘀通脉解凝，通腑降浊促进代谢，在整个病程始终坚持和胃降浊、清化湿热，同时调和阴阳^④。国医大师张琪创立解毒活血汤，从祛瘀解毒方面治疗慢性肾衰竭^⑤。

慢性肾衰的发病关键是脾肾亏虚，其病机是肾络瘀阻，瘀血阻滞。本病迁延且不断进展加重的关键为化毒为害，这标志

着一种正虚邪实、病势胶着的病理状态^⑥。故泄浊法为基本治法之一。浙江省中医院李学铭教授根据慢性肾衰“正虚为本，痰浊瘀毒为标”的病机特点，治疗慢性肾衰，以祛瘀通络行水泻浊法为主，创立经验方“消瘀泄浊饮”，该药方组成：黄芪、牛膝、桃仁、地龙、制大黄、车前草^⑦。有研究显示泄浊法能明显改善肾功能衰竭大鼠肾功能，减轻其肾纤维化^⑧。

2 治法治则

李教授认为本病病程较长，脾肾亏虚为本。《素问·评热病论》“邪之所凑其气必虚，阴虚者阳必凑之”，肾脏的虚证与湿瘀浊毒密不可分，而无先后之别。故补益泄浊法的治疗对于中晚期迁延不愈的肾衰患者，可起到扶正气祛邪的功效。在《金匱要略》中本病可从虚劳病论治，对于阴阳两虚者，重点补脾胃，建中气，重视补益脾肾二脏；对于虚实夹杂，扶正祛邪，虚实并治；总体治法上侧重甘温扶阳^⑨。鉴于本病虚实夹杂的特点，李教授提出补益泄浊为要，虚实并治，组方以黄芪为君药，起到甘温扶阳的作用，且灵活运用泄浊法，重点突出，攻补兼施。

2.1 健脾益肾，补益泄浊 “肾者主水，受五脏六腑之精而藏之，故五脏盛，乃能泻”^⑩，五脏的精气充盛，肾脏才能发挥正常生理功能。脾肾乃先后天的关系，若肾阳衰微，火不生土，脾阳受损，脾肾两虚，湿浊中阻，水道不通，精血乏源，终致气血阴阳俱衰。《金匱要略》治虚劳，重视脾肾两脏，补肾以固其根本，健脾以资其化源。李教授在临床实践中常以健脾益肾方加减治疗肾衰，其基本药物组成：黄芪、丹参、白术、肉苁蓉、牛膝、大黄、续断、冬瓜皮。方解：方中重用黄芪健脾益气为君；臣以白术燥湿健脾、肉苁蓉补肾助阳、丹参活血祛瘀、大黄祛瘀泄浊；牛膝祛风湿强筋骨、续断补肾健

[收稿日期] 2017-12-07

[基金项目] 深圳市科技计划项目 (JSGG20141017103353178)

[作者简介] 祁爱蓉 (1973-)，女，主任医师，主要从事慢性肾脏病的中医药防治研究。

腰；冬瓜皮利水祛湿，诸药合用，攻补兼施，共奏健脾益肾、祛瘀化浊之功。健脾益肾方从慢性肾衰脾胃亏虚、湿瘀内阻的病理机制入手，以补脾益肾、祛瘀排浊为法，在补益脾肾的基础上，重点从湿瘀浊毒论治，攻补兼施，标本兼治。

2.2 宣畅三焦，调气泄浊 《证治汇补》中对慢性肾衰的病机做了阐释“脉象既关且格，必小便不通，旦夕之间，陡增呕恶。此因浊邪壅塞，三焦正气不得升降，所以关应下而小便闭，格应上而生呕吐。阴阳闭绝，一日即死，最为危候。”《灵枢·本输》：“三焦者……实则闭癃，虚则遗溺，遗溺则补之，闭癃则泻之”，故宣畅三焦对于慢性肾衰的治疗尤其重要。三焦气机通畅，则清气得升，浊阴得降，则关格、癃闭诸症可除。李教授治疗慢性肾衰，常从宣畅三焦着手，调气泄浊，其治疗肾衰的中药组方常以黄芪、大黄为药对出现。黄芪配大黄一升一降，开启脾胃升降之枢，调气泄浊；对于湿滞中焦患者，以紫苏叶、香薷等解表化湿之品以宣畅中焦，调理气机，达邪外出。对于湿热蕴郁于内，外阻经络肌肤，内外不通者，常以麻黄连翘赤小豆汤加减，以宣肺利水、解表祛湿，通畅内外气机；对于慢性肾衰脾虚水肿明显的患者，常以防己黄芪汤加减治疗，因正虚湿停，邪在肌表，当益气健脾，祛风行水。益气与祛风并用，能通调水道，健脾化湿，使三焦气机通畅，防止水饮停滞、湿瘀互结为患。

2.3 活血利尿，行水泄浊 “开鬼门、洁净腑、去菟陈莖”原为《素问·汤液醪醴论》治疗水肿大法，历代医家多认为“开鬼门”是发汗消肿，“洁净腑”是利水消肿，“去菟陈莖”为逐水消肿。“开鬼门”主要指发汗祛邪，使邪从表解。李教授治疗慢性肾衰，以治疗水肿大法创立行水泄浊治疗大法。

李教授治疗慢性肾衰，尤其中晚期重症患者会辨证使用“开鬼门、洁净腑、去菟陈莖”治水三宝。对于脾肾阳虚，水饮内停者以真武汤、防己黄芪汤、实脾饮加减，以温阳利水，健脾祛湿，使水湿之邪从汗解，从肠道解，从小便解；从汗解的常用药物有紫苏叶、香薷、麻黄、荆芥、防风、浮萍等；从肠道解的常用药物有大黄、大黄炭、白术、山药、芦荟、火麻仁、白豆蔻等；从小便解的常用药物有冬瓜皮、白茅根、车前子、土茯苓、赤小豆等。上述治水三法有活血利尿及逐水消肿之意，临床应用时，李教授以芦荟研末冲服峻下，或以牵牛子逐水消肿；用桃核承气汤、当归芍药散以治疗下焦蓄血或水瘀互结证。单味药物多使用地龙、菝葜、丹参、桃仁、红花等，随证加减以加强活血化瘀之功。上述治法综合运用，以行水泄浊。

2.4 祛瘀解毒，通腑泄浊 《金匮要略·水气病》云“经水前断，后病水，名曰血分，先病水，后经水断，名曰水分”，“经为血，血不利则为水”，可见血瘀与水停互为因果，瘀水互结为慢性肾衰的一个重要病机。而治疗瘀水互结，大黄类制剂为一要药。大黄及熟大黄有祛瘀解毒、通腑泄浊的功效。临床应用中，根据患者体质及大便情况，增减大黄剂量，或改生大

黄后下，或以肉苁蓉、牛膝以补肾润肠通便；生白术肉质丰富，有通便润肠的作用，炒白术则健脾为主，对于大便溏且脾胃虚弱者，常以炒白术代替生白术；对于大便次数小于2次，通便效果不佳者会加用火麻仁、郁李仁、虎杖以润燥泻浊、祛瘀解毒。严重者加用玄明粉或芦荟研末冲服以清热解通便。此外常以大黄炭、蒲黄炭、艾叶炭等加强通腑泄浊之功，有报道显示药物经过炒炭后可增强吸附功能，有助于排毒降浊^[1]。

3 病案举例

李某，男，39岁，2015年12月30日初诊。主诉：尿检异常12年余，加重伴肾功能异常4年余。患者2003年出现尿蛋白，2011年尿蛋白加重伴肾功能异常，于2011年10月份肾活检示：IgA肾病(硬化型)，曾予吗替麦考酚酯片、强的松及盐酸贝那普利治疗，血肌酐波动在106~119 μmmol/L之间，此期间空腹血糖及血脂出现异常，尿蛋白在+~++之间。症见：乏力明显，偶有腰酸，焦虑多梦，易早醒，偶有心悸牙龈出血，纳可，大便溏，小便偶有泡沫。查体：双肺(-)，双下肢不肿，舌红、苔薄白微腻，脉弦滑。2015年12月25日检查结果：血脂二项：胆固醇(TC) 6.94 mmol/L，甘油三酯(TG) 3.07 mmol/L；肾功能：尿素氮(BUN) 9.2 mmol/L，肌酐(SCr) 115 μmol/L；尿常规示蛋白质(PRO)(+)，潜血(BLD)(+)，红细胞(RBC) 40 /uL；空腹血糖 6.70 mmol/L。西医诊断：慢性肾功能不全失代偿期，IgAN(硬化型)；中医诊断：慢性肾衰，脾肾亏虚，湿瘀内阻。治法：健脾益肾，祛瘀化浊，处方：黄芪、薏苡仁各30g，山药、白术各20g，肉苁蓉、丹参、紫苏叶各15g，熟大黄、白豆蔻各10g，甘草5g。28剂，每天1剂，水煎服。停吗替麦考酚酯片、强的松，给予雷公藤2粒，每天3次口服，盐酸贝那普利10mg，每天1次。

2016年1月22日二诊：泡沫尿减轻，仍有乏力，口干口臭，睡眠较前好转，大便每天2次，便溏。加大补气利水之功，处方调整为黄芪50g，加赤小豆30g。28剂，每天1剂，水煎服。于2016年3月23日复查肾功能 BUN 8.3 mmol/L，SCr 102 μmol/L；尿常规示 PRO(-)。后续按此方案适时减停雷公藤，盐酸贝那普利，中药巩固治疗1年余，患者肾功能一直维持在 SCr 100 μmol/L 左右，尿蛋白阴性。

按：本例患者使用激素及免疫抑制剂，血糖、血脂及血肌酐升高，已不宜再用原方案，李教授调整为雷公藤多苷片联合健脾益肾方治疗。多项研究显示：该方对慢性肾衰竭的并发症如肾性骨病、营养不良、免疫功能低下等有明确疗效^[12]。在黄芪、山药、白术等健脾益肾、补益泄浊的基础上，加减使用紫苏叶以开鬼门，发汗宣肺行水，调气泄浊；赤小豆、薏苡仁、丹参等活血利尿，治水泄浊，并以熟大黄祛瘀解毒，通腑泄浊。上述泄浊法综合运用，起到标本兼治，祛除病邪的作用。对于慢性肾衰患者使用得当，可保持血肌酐指标稳定数月甚至数年。

[参考文献]

- [1] 叶任高. 中西医结合肾脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 598-602.
- [2] 李志祥, 孔薇. 中药灌肠治疗慢性肾脏病3~4期临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(10): 1817-1819.
- [3] 唐君, 赵刚. 赵刚教授补脾益肾软坚散结法治疗慢性肾衰竭临床经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(5): 216-217.
- [4] 宋纯东. 浅述王自敏教授治疗慢性肾衰竭8法[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(9): 34-35.
- [5] 曹田梅, 张李兴. 国医大师张琪运用解毒活血汤治疗肾衰竭经验[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(1): 39-40.
- [6] 李杰一, 马进. 从络论治慢性肾功能衰竭[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 40(4): 148-149.
- [7] 邵明祥. 中医治疗慢性肾衰的一点心得[J]. 内蒙古中医药, 2011(20): 19-20.
- [8] 杨婧, 王琛, 祝婷婷. 等. 益气养血泄浊法对慢性肾功能衰竭大鼠肾组织形态的影响及 VEGF 表达的作用机制[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(11): 4077-4080.
- [9] 范永升主编. 金匱要略[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 90.
- [10] 薛福辰. 重广补注黄帝内经素问[M]. 北京: 学苑出版社, 2009.
- [11] 朱志凯, 杨洁, 朱玉泉. 中药“炒炭存性”研究进展[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(19): 76-77.
- [12] 韩鹏勋, 王天星, 易无庸. 健脾益肾方的基础与临床研究评述[J]. 新中医, 2009, 41(9): 94-95.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

许能贵通督调神针刺法治疗缺血性中风学术思想介绍

王琳¹, 许民栋², 张立志², 何燕玲², 汤小荣², 刘荣² 指导: 许能贵

1. 广州中医药大学针灸康复临床医学院华南针灸研究中心, 广东 广州 510006
2. 广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东 广州 510006

[关键词] 通督调神; 缺血性中风; 经验介绍; 许能贵

[中图分类号] R255.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 06-0240-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.06.073

中风是威胁人类健康的重要杀手, 已成为全球第二致死率和致残率疾病^[1], 在我国其发病致死率居首位^[2], 其中, 缺血性中风的发病率占中风的 87%^[3]。缺血性中风是针灸治疗的特色和优势病种, 长期以来受制于中医“治痿独取阳明”理论的束缚, 理论上始终未能有所突破, 临床上未能形成系统的针对缺血性中风发病全程的针灸整体治疗方案; 基础研究受制于技术瓶颈, 缺乏系统性和创新性。许能贵教授是国家级重点学科一级学科中医学学科带头人, 广东省省级重点学科推拿学学科带头人, 国家重点基础研究发展计划(“973 计划”)项目首席科学家; 全国第二届百名杰出青年中医, 全国优秀科技工作者, 广东省百名南粤杰出人才培养工程培养对象, 国家百千万人才工程“有突出贡献中青年专家”。许教授一直从事中医针灸学临床、科研、教学工作 20 余年, 以许教授为首的团队从

1996 年开始以缺血性中风为突破口, 采用通督调神针刺法治疗缺血性中风的临床与基础研究, 以理论构建-临床实践-基础研究为总体思路, 开展了针刺治疗缺血性中风病的全面系统和深入规范的应用与创新研究。

1 理论构建

从督脉的循行上看, 督脉与脑有着密切的联系, 《难经·二十八难》记载: “督脉者, 起于下极之俞, 并于脊里, 上至风府, 入于脑。”《针灸甲乙经》记载: “上巅, 循额, 至鼻柱。”《素问·骨空论》曰: “与太阳起于目内眦, 上额交巅上, 入络脑。”从文献记载说明, 督脉循行与脑有着直接的联系。而《素问·骨空论》又记载督脉的分支“贯脊, 属肾”、“如循脊, 络肾”、“上贯心”, 心主神明, 脑又为元神之府, 《医学衷中参西录》曰: “人之神明有体用, 神明之体藏于脑,

[收稿日期] 2017-12-07

[基金项目] 广东省教育厅青年创新人才项目 (N2016KQNCX027); 国家自然科学基金面上项目 (81774406); 国家自然科学基金重点项目 (81230088)

[作者简介] 王琳 (1986-), 女, 助理研究员, 研究方向: 针灸效应规律及其机理研究。