

·思路与方法·

张大宁诊治慢性肾功能衰竭的思路与方法

张 勉 之

(天津市公安医院,天津市和平区南京路78号,300042)

[关键词] 慢性肾功能衰竭;中医药治疗;张大宁

张大宁教授从事中医肾病学研究40余年。在慢性肾功能衰竭(慢性肾衰)的中医药治疗中遵循“肾虚血瘀论和补肾活血法”、“心-肾轴心系统学说”,取得较好的疗效。现将其辨治思路作一简介。

1 对本病中医病名的认识

一般认为,慢性肾功能衰竭属于中医“关格”病的范畴。《素问·六节藏象论》云:“人迎与寸口俱盛四倍以上为关格,关格之脉羸,不能极于天地之精气,则死矣。”《灵枢·脉度》:“阴气太盛,则阳气不能荣也,故曰关。阳气太盛,则阴气弗能荣也,故曰格。阴阳俱盛,不得相荣,故曰关格,关格者,不得尽期而死也”,以后在《难经·三十七难》中又指出:“阴气太盛,则阳气不得相营也,故曰关。阴阳相盛,不得相营也,故曰关格。关格者,不得尽其命而死矣”。这里所指的关格,主要指脉证而言,与后世所论关格一病没有关系。

关格作为病名的提出,最早见于《伤寒论·平脉法》:“关则不得小便,格则吐逆”,两者同时并见者为关格。后世医家大都遵此说,如明·李中梓在《病机沙篆·关格》中说:“关者阴盛之极,故闭关而溲不得通也。格则阳盛之极,故格拒而食不得入也”。

现代医学认为,慢性肾衰由于肾实质损害而出现代谢产物潴留,水、电解质和酸碱平衡失调所引起各系统的损害,从而出现恶心、呕吐,小便少甚至无尿症状,为临床所常见。但慢性肾衰所导致的脏器受损、内环境的紊乱等,决不是“关、格”两个症状所能涵盖的,它反映在消化系统、神经系统、血液系统、心血管系统、呼吸系统等诸多方面,出现一系列病症,所以根据“关、格”二症,而定其为“关格”一病,似欠妥当。需要指出的是,在大量的慢性肾衰患者中,真正以“关、格”为主症的并不多见,中医学是以主要症状定病名的,张老师曾组织

统计各种原因导致的慢性肾衰患者1000多例,发现“关”、“格”并见者只占16.8%,且96.4%为三、四期,而这些患者中,因肾病综合征(尤其是糖尿病肾病)而致者占72.4%,由此可见,慢性肾衰属关格一病的比例是很少的。

张老师认为,根据慢性肾衰的主要临床表现、病机及其病理改变过程,应归属于中医学“肾劳”、“肾风”、“溺毒”、“癃闭”、“关格”等范畴。

“肾劳”一词,首先见于《素问》王冰注:“肾劳也,肾气不足,阳气内攻,劳热相合,故恶风而振寒”。其一,“劳”,指虚劳,又称虚损,本病以两脏或多脏劳伤,气血阴阳中两种或多种因素损伤为主要病机,以慢性虚弱性证候为主要表现的病证。本病发展缓慢,病程较长,迁绵难愈。反映了慢性肾衰的病理学基础和临床表现,而其中肾虚为其主要病机,所以定义为“肾劳”是比较合理的。其二,在王冰注中提到的“恶风而振寒”的症状,即反应了肾阳亏损的“身体衰弱,热量不足”的病理学基础,又反映了肾衰后期的临床症状,是非常恰当的。宋·严用和《济生方》中所述“肾劳虚寒,面肿垢黑”等则更为形象准确。

“肾风”一词,首先见于《内经》。《素问·奇病论》云:“有病庞然如有水状,切其脉大紧,身无痛者,形不瘦,不能食,食少,名为何病?”“病生在肾,名为肾风……心气萎者死”。所谓“庞然如水状”,形容地叙述了肾衰的望诊,“心气萎者死”的论述,明确地提出了肾衰患者出现“心包积液”的预后。

“溺毒”一病,在清末何廉臣《重订广温热论·验方妙用》中曾描述了尿毒症的病机与症状:“溺毒入血,血毒上脑之候,头痛而晕,视力朦胧,恶心呕吐,呼吸带有溺臭,间或猝发癫痫状,甚则神错惊厥,不省人事”。这里所讲的“溺毒入血,血毒上脑”的病机,和“恶心呕吐,呼吸带有溺臭,……神错惊厥,不省人事”的症状,可以说是对尿毒症的临床表现最形象的论述。

由此可见,张教授认为,慢性肾功能衰竭应属于“肾劳”、“肾风”、“溺毒”及“癃闭”、“关格”等范畴,单

定义为关格是不恰当的。

2 病因病机与辨证思路

慢性肾衰多因各种慢性肾脏疾病反复不愈,迁延日久所致。一般讲,先天不足、感受外邪、劳倦内伤、饮食不节、久病正虚等都会直接或间接地导致或影响本病。从病机上讲,脾肾阳虚、肝肾阴虚、湿毒内停、肝风内动、气滞血瘀、邪陷心包等,都为临床常见。但在诸多的病因病机中,张大宁教授认为,要紧紧抓住三个主要病机,即肾虚、血瘀与湿毒,而肾虚从肾气不足到肾阳虚损,至肾元衰败;血瘀从血瘀气滞到瘀血内积,至瘀毒互结;湿毒从湿毒内蕴到湿毒上逆,至湿毒四泛,是慢性肾衰病机发展的关键。也就是说,“虚、瘀、毒”的逐渐加重,是慢性肾衰从轻到重的根本病因病机。张老师指出,慢性肾衰是临床综合征,涉及到诸多脏器,如初病脾肾,中期肝肾,后期损及多个脏器,形成肾元衰败、肝风内动、内陷心包等本虚标实的多种病机。

在问诊上,慢性肾衰早期患者重点询问水肿、尿少、眩晕及一般肾虚症状。中期以后重点询问夜尿的增多和畏寒肢冷两个症状。一般讲夜尿应占一昼夜尿量的三分之一,但随着肾衰的加重,夜尿量可至二分之一,甚至更多,畏寒肢冷亦为常见,尤其老年人更为突出,这些均系肾虚进一步发展所致。到晚期,重点询问患者恶心呕吐、皮肤瘙痒、小便清长无味,及各种出血倾向等,最后则出现气短不能卧、神昏谵语等。

按照中医理论,腰痛应是肾虚重要的特异性症状,但是在慢性肾衰中,腰痛发生不足35%,故不应把腰痛作为重要主症处理。

慢性肾衰的望诊,张老师提出了“望诊四要”,即“一望面色二看舌,三望舌下四甲错”。面部望诊为“望诊四要”之首,面部的色泽荣润或枯槁,真实地反映了体内脏腑,尤其是肾中精气的盛衰。就慢性肾衰而言,张大宁教授将面色分为较正常、萎黄、白与黧黑等四种。即开始时面色较为正常,而后出现萎黄、白,至最后出现面色黧黑,病情由轻至重。二望舌,张老师认为,慢性肾衰患者在舌体、舌质与舌苔的表现方面,要注意虚、瘀、湿等三个方面。主要为舌体胖大者为脾肾阳虚,舌质红绛者为肝肾阴虚,瘀血内阻,舌苔黄腻或白腻者均为湿毒内蕴。三望舌下。正常人舌下位于舌系带两侧各有一条纵行的大脉络,即舌下脉络。其直径在1.6~2.7mm之间,长度不超过舌尖至舌下肉阜连线的五分之三,颜色暗红。望舌下脉络主要是指观察其长度、形态、色泽、粗细及舌下小血络等变化。张老师认为,短细色淡者为肝肾不足、气血虚弱;粗涨青紫,甚至紫黑者为血瘀,色越深者瘀越重,可结合望舌综合分析。但有

时舌下脉络变化早于舌的变化。四甲错,即望肌肤甲错。慢性肾衰患者由于肾虚血瘀,气血虚弱的原因,致使肌肤不得营养,加之湿毒邪泛,所以呈现一种肌肤甲错的现象。临床上多表现在四肢,且先从下肢开始,延至上肢。

对于诊脉,在慢性肾衰中,首先要重视尺脉,尺脉候肾,左尺脉以决肾阴,右尺脉以决肾阳,二者配合,可判断人体元阴元阳之根。张教授认为,切尺脉时,先要重视其“有根与无根”,有根者,虽沉而有力,有力而势柔,势柔而数缓,数缓而律齐;无根者,沉而无力,微而欲散,或浮大而空,虚弱欲绝。若左关弦细者,多虚阳上扰,右关濡弱者多脾虚湿停,寸关尺三部俱沉细欲绝者,多为死候。

3 治疗方法

慢性肾衰涉及到多个脏器,病理变化复杂。张大宁教授提出:“补肾活血为本,祛湿降逆为标;整体局部相结合,理论治疗相结合,多种治法相结合”的方法,并研制了健肝补肾汤,滋补肝肾汤,活血汤,补肾扶正方剂,活血化瘀方剂等5个治本方剂;以及化湿汤、降浊汤、利水汤、平肝汤、清热防感饮等多个治标方剂,标本并治,取得一定的效果。

张老师明确地提出补肾活血排毒法,为所有治疗方法的基础。补肾法中以平补为基础,偏于补气,如冬虫夏草、生黄芪、白术、补骨脂等;活血法中,以辛温为主,如丹参、川芎、五灵脂、蒲黄等;排毒法中以降逆祛湿排毒为主,如大黄或大黄炭等。冬虫夏草性味甘平,阴阳并补,不热不燥,虚寒、虚热者均可用之,补阳时可伍黄芪、白术之类;补血时可伍当归、黄精之类。另外,虫草伍当归、黄精之类,实有补肾补气生血之妙,精血并补。冬虫夏草的用量为每日0.5~2g,可研粉温开水送服,也可置于汤剂中,先单独煎煮2次,再与群药合煎,人工虫草菌丝体多以10g的剂量参考使用。

五灵脂与蒲黄炭配伍,为失笑散,方中五灵脂苦咸甘温,入肝经血分,可通利血络,散瘀利结;蒲黄甘平,行血消瘀,活络行气。两药配伍,活血化瘀,散结通络。慢性肾功能衰竭,系病症日久,瘀血至深,瘀血加重肾虚,故行瘀活血为治疗之大法,两药用量各为10~30g。

根据“补肾、活血、排毒”的思路,张老师使用大黄以排毒破瘀,祛浊降逆,一般采用后下,用量在10~30g不等,根据临床表现,使其大便保持每日2~3次,既能排毒又不伤正。在配伍上,大黄配甘草,仿仲景大黄甘草汤之用,治疗肾衰患者浊毒上逆,瘀热内结之呕吐,确有“上病取下”之意,以大黄苦寒攻下、清热降浊,以

甘草和胃保津,同时取其甘暖,制大黄苦寒之弊。另外,大黄与冬虫夏草、黄芪配伍,大黄与当归、黄精配伍,均体现了“祛邪不伤正,扶正不滞邪”的中医整体治疗原则。在灌肠药的使用上,还采用大黄炭,黄芪炭,海藻炭等,起到了吸附作用,提高了灌肠的效果。

4 其它有关问题

关于肾性贫血。张老师认为,肝藏血,肾藏精,乙癸同源,精血互化。肾精亏虚,势必不能化生肝血,从而导致肝血的虚损。反之,肾衰患者鼻衄、便血等出血倾向,又可导致肝血不足,而加重肾精的亏损。所以滋补肝肾,涵养精血,是治疗肾衰贫血的主要大法。此外,脾主运化水谷以生血,脾气又能统血,所以健脾补气亦为治疗肾衰贫血的又一大法。临床上六味地黄丸合四物汤,再佐黄芪,党参等,疗效较佳。

关于高血钾症。血清钾高于 5.5mmol/L 或 22mg/dl 时,称为高血钾症。慢性肾衰患者进入晚期时,则会出现高血钾症。对此,张老师采取两种方法,一方面采取常规方法排钾,如控制含钾食物、药物的摄入,避免输库存血等,也可以使用一些排钾、降钾的药物。另一方面,对中药的服法及一些制剂的工艺上做了相应的处理,取得满意的效果。不少中药含钾量高,如葶藶、泽泻、茵陈、五味子、煅牡蛎、墨旱莲等。为此,张老师采取两个方法。一方面,在设计治疗肾衰的成药制剂时,增加一道工艺,即以离子交换的方法脱钾,使制剂中不再含钾,这样在慢性肾衰的全过程中均可安全使用。另一方面,由于煎服的汤剂,剂量小,需每日服用,不便于脱钾,故规定血钾在 $5.5\sim 6.0\text{mmol/L}$ 时,每日1次;高于 6.0mmol/L ,则停服汤药,待血钾正常后再使用。

关于煎服方法。张大宁教授根据对治疗慢性肾脏疾病常用方药煎煮数次后的含量测定,采用不同剂量的生药,使用一定量的水,两次煎煮混合后,再以文火浓缩到 300ml 、 600ml 、 900ml 、 1200ml 、 1800ml 不等,根据不同患者年龄每日分别以 50ml 、 100ml 、 150ml 、 200ml 、 300ml ,每日2次,每剂服3天,不但充分发挥了药效,而且避免了浪费。

5 典型病例

韩某某,男,37岁,2005年6月21日初诊。主诉:乏力、恶心1月。现病史:患者既往体健,1月前发现高血压,血压在 $170/110\text{mmHg}$ 至 $200/120\text{mmHg}$ 之间波动,无特殊不适,自服依那普利等降压药,血压控制不佳。1月前出现恶心乏力,当地医院查血肌酐(SCr) 350umol/L ,尿蛋白(++++),尿潜血(++),尿酸 367umol/L 。目前患者乏力,恶心欲吐,纳食差,眼睑微肿,大便每日1次,面色无华,舌淡暗、苔黄腻、脉沉。实

实验室检查:血红蛋白 11.2g/L 。尿常规:蛋白(+);肝功能:正常;肾功能:尿素氮(BUN) 16.5mmol/L ,SCr 293umol/L 。心电图:窦性心动过缓,心肌缺血,左室高电压。双肾B超:双肾实质损害,双肾略小。24小时尿蛋白定量 1.81g 。

诊断:中医诊断:关格。西医诊断:慢性肾功能衰竭。治则:补肾活血、祛湿降浊排毒。处方:生黄芪 60g ,土茯苓 30g ,荠菜花 30g ,三棱 30g ,丹参 30g ,川芎 60g ,车前子(包煎) 30g ,蒲公英 60g ,车前草 30g ,半枝莲 60g ,五灵脂 30g ,蒲黄炭 30g ,大黄炭 30g ,大黄 30g ,海藻炭 30g ,黄芪炭 30g ,白花蛇舌草 60g ,茵陈 60g ,败酱草 60g ,当归 60g 。

7月10日二诊:患者症状明显好转,周身乏力减轻,纳食增加,无恶心,眼睑不肿,大便日2次,血压 $130\sim 140/80\sim 100\text{mmHg}$,舌淡暗、苔白,脉沉弦。化验示血红蛋白(Hb) 110g/L ,白细胞(WBC) $6.7\times 10^9/\text{L}$,尿蛋白(+),BUN 15.29mmol/L ,SCr 258umol/L ,尿酸 372umol/L 。

8月1日三诊:患者神清,精神好,乏力明显好转,纳食可无恶呕,大便日2~3次,无浮肿,舌淡暗、苔白、脉沉。血压 $120/80\text{mmHg}$ 。化验:Hb 115g/L ,WBC $6.3\times 10^9/\text{L}$,尿蛋白(+),BUN 13.85mmol/L ,SCr 239umol/L ,尿酸 380umol/L 。

本例患者以“乏力、恶心、呕吐”为主症,当属中医学“关格”范畴。本证病机重在脾肾阳虚、湿浊内蕴。脾虚气血生化乏源则乏力、倦怠懒言;腰失肾之濡养,故见腰背不舒;湿浊内停、浊毒上逆、胃失和降故见恶呕不适。久病致瘀,证属本虚标实,治疗以补虚活血为本,祛湿降浊为标。以黄芪为主药,健脾益肾;赤芍、川芎、五灵脂、蒲黄活血化瘀;大黄、大黄炭降浊排毒;土茯苓、茵陈化湿降浊;当归补血扶正固本。上方连服20天,症状改善明显,肾功能恢复良好。

(收稿日期:2006-05-19;修回日期:2006-10-21)

慈方名医—远程智能名医会诊系统 免费培训、试用

“慈方名医”是历代数字名医大型远程智能会诊系统,任何疑难病都能给出解决方法。只要能电脑上网,把患者的疾病信息提交给系统,该系统就可以根据医生提交的疾病信息,能自动给出疑难病高水平的中药处方,需要重点排查的疾病和相关检查;是真正帮助基层医生提高临床疗效、避免漏诊误诊的高级全科诊治系统!

详情请登陆慈方中医网, www.cnki.net

电话:010-89760081