

从中医体质学说论治慢性肾脏病的思路与方法

于 敏¹ 张 波² 王 姣³ 史耀勋⁴

(1. 军事医学科学院附属医院肾内科, 北京市丰台区东大街 8 号, 100071; 2. 吉林大学第四医院中医科;
3. 第二军医大学 2006 级临床医学专业; 4. 吉林省中医药科学院肾内科)

[摘 要] 从中医体质学说探讨从体质论治慢性肾脏病(CKD)的意义。在临床治疗中根据 CKD 不同的中医体质分型, 确立从体质论治 CKD 的基本治疗原则和药物的选择, 及从体质论治 CKD 需要注意的问题等, 具有“治病求本”的实际临床意义, 能够提高临床疗效, 更能体现“个体化治疗”的思想。

[关键词] 体质; 中医学; 治疗; 慢性肾脏病(CKD)

中医学体质学说的研究由来已久, 最早的记载可以追溯到春秋战国时期, 如《荀子·非相篇》曰: “人之所以为人者, 非特二足而无毛也, 以其有辨也”。这是最早的进化体质学说的内容。中医体质学说认为, 体质是个体生命过程中, 在先天遗传和后天获得的基础上表现的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的, 相对稳定的特质。个体体质特征的形成是诸多因素共同作用的结果, 其中先天禀赋与遗传是决定与影响体质形成内在的重要因素, 而外在环境如年龄、性别、饮食、情志等对体质的形成与发展有重要的制约作用, 体质是按时相展开的生理过程^[1], 体质决定着患者对疾病的易感性、发病类型及病后转归等。因此, 根据疾病状态体质的不同类型进行相应的体质治疗, 对于慢性疾病而言, 具有“治病求本”的实际临床意义^[2]。慢性肾脏病(CKD)是一个在其疾病发生、发展中经历漫长病程的疾病, 在未进入终末期肾病(ESRD)之前, 根据患者体质状态的不同进行以体质为依据的个体化治疗具有较大的临床意义。

1 中医学关于体质与发病关系的认识

早在《素问·经脉别论》即有论述, 云: “勇者、气行则已; 怯者, 则着而为病也”。勇怯, 是指体质的强弱, 如果是体质壮实之人, 只会产生一过性的机体失调, 故不易患病; 而对于体质虚弱者, 其机体的阴阳不平衡状态持续下去而成为疾患。《素问·刺法论》云: “正气存内, 邪不可干”。《素问·评热病论》有“邪之所凑, 其气必虚”及《灵枢·百病始生》“风雨寒热, 不得虚, 邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而不病者, 盖无虚, 故邪不能独伤人。此必因虚邪之风与其身形, 两虚相得, 乃客其形”等, 充分说明了邪气之所以能伤人, 其根本原因是人体正气之不足。正虚邪客, 正不胜邪, 则导致疾病的发生, 而气血逆乱、阴阳偏颇及脏腑经络功能失调等皆为主

要的病理环节。《类经》曰: “禀赋为胎元之本, 诸气受于父母者是也。”充分揭示了遗传性的体质对于发病有着及其重要的影响。人的体质, 禀受于父精母血, 正如《灵枢·天年》所云: “以母为基, 以父为楫”。充养、强壮于后天水谷精微。由于禀赋的差异以及环境条件、饮食结构、种族的不同, 决定了个体的千差万别。“有刚有柔, 有弱有强, 有短有长, 有阴有阳”; “形有缓急, 气有盛衰, 骨有大小, 肉有坚脆, 皮有厚薄”等。但不外乎阴阳、表里、寒热、虚实。例如: 体质壮实之人, 生于南方之人, 消瘦之人, 阳气偏盛之人, 易感受热邪, 病多从热化, 即使感受寒邪, 也易转化成热证、实证; 反之, 易为寒证、虚证。《素问·阴阳应象大论》云: “阳胜则热, 阴胜则寒”, 即阳胜生热证, 阴胜生寒证。又如《素问·通评虚实论》说: “邪气盛则实, 精气夺则虚。”另外, 《素问·阴阳应象大论》所说的“重寒则热, 重热则寒”、“寒极生热, 热极生寒”也与体质有关。一种可能仍然处于量变阶段, 出现症状改变性质不变的真寒假热或真热假寒, 另一种可能是已经进入质变的阶段, 出现改变旧质的真寒变真热或真热变真寒。

再如《素问·风论》曰: “其人肥则风气不得外泄, 则为热中而目黄; 人瘦则外泄而寒, 则为寒中而泣出。”即言所感受虽为同一风邪, 只固有肥瘦之别, 而发为“热中”、“寒中”两种性质截然相反的病证。《伤寒广要》说: “凡人禀气各有盛衰, 宿病各有寒热, 因伤寒蒸起宿疾, 更不在感异气而变者, 假今素有寒者, 多变阳虚阴盛之疾; 或变阴毒也, 素有热者, 多变阳盛阴虚之疾, 或变阳毒也。”充分说明病因或疾病相同, 体质不同, 则可出现不同的证候^[3]。因此, 在临床治疗中, 应该根据个体差异、体质的不同, 而采用个体化治疗的原则才能收到良好的治疗效果。人体体质既具有相对的稳定性, 又具有动态的可变性。中医体质学说认为, 体质类型的存在和演变时间具有不间断性。体质的特征伴随着生命

活动的全过程,该过程具有循着某种体质类型固有发展的演变规律及缓慢衍化的趋势。这就使得体质具有可预测性,为“治未病”提供了可能^[4]。

2 从体质论治 CKD 的意义

CKD 在全球范围的发病率呈增加趋势,已经成为继心脑血管疾病、肿瘤、糖尿病之后又一个威胁健康的重要疾病,还是导致高血压及心脑血管疾病的高发病率和病死率的一个重要原因。我国 CKD 形势严峻,初步调查结果显示,我国 CKD 患病率约为 10%^[5]。与其他危害人类健康的重大疾病相比,CKD 表现的更为隐匿,而且预后差、花费高,已成为世界范围内的严重危害人类健康的公共卫生问题。正确认识体质与 CKD 发生、发展的关系,并且针对其不同阶段的体质变化进行辨证论治,有助于提高 CKD 的临床疗效。

重视人的“个体差异性”是中医学特色之一,辨证论治的基本思想就在于强调“个体差异性”。现代医学认为,人类白细胞抗原(HLA)系统是迄今为止人类所知的最为复杂的遗传多态性系统,很多疾病与特定的 HLA 显著相关。其机理有两种可能:一是疾病易感性与某种 HLA 系统基因的直接效应;二是某种疾病易感性基因与 HLA 某特定基因处于连锁不平衡状态,均说明 HLA 系统可能是疾病易感性的遗传基础。HLA 系统的多态性与连锁不平衡现象等主要特征与中医学体质学说之间有很多共性。HLA 系统极其复杂的多态性对应着个体体质存在的差异性,而 HLA 抗原频率和基因频率还受到地理环境的影响,与中医学体质学说的环境制约论是相一致的^[6]。CKD 病程迁延较长,邪正之间,始终是以正气虚衰为本,占主导,而正气虚损所反映的正是处于该病状态下的人体的体质。以中医体质理论为指导,对 CKD 患者的疾病状态体质进行合理的调整,可以延缓 CKD 走向慢性肾功能衰竭的病程,提高临床疗效。调整体质治疗 CKD 充分体现了中医学“治病求本”的学术思想。一切疾病其证候的产生、转变、转归受着体质因素的制约和影响。由于 CKD 的病程较长,需要长期治疗,既要辨证论治,也要根据体质而采取个体化的治疗,调整体质治疗 CKD 既体现了中医“治病求本”的思想,也体现了“既病防变”的预防思想。体质决定了患者对某些疾病及病因的易感性和证候病机的倾向性,因此,调整体质在一定程度上可以把握人体“健康”与“疾病”的关系,也体现了强调“个体化治疗”的思想。人类的发展有其自身遗传的倾向,然而在共性之中又存在着不同的个性,无论从生理上还是心理上,都有自己的禀赋特点,因而有体质的强弱之异,偏寒偏热之殊,阴阳盛衰之别,因此,在疾病治疗的

各个环节中,都要考虑到患者的体质及个体差异。尤其对于慢性疾病来讲,人体与疾病长期共存,正邪相争处于持续状态,因此,根据个体体质特点来制定不同的治疗方案,更能体现“个体化治疗”的原则。

3 运用中医学体质学说指导 CKD 的临床治疗

3.1 CKD 的体质分型

CKD 的疾病体质一般可分为 5 个基本型。①气虚质:平素易感冒,疲乏,易汗出,头晕,舌质淡,脉弱;②阴虚质:口干咽燥,手足心热,心烦,溲黄,大便干结,舌质红,脉数;③阳虚质:畏寒怕冷,喜温,溲清长,大便溏薄,舌质淡,舌体胖大,脉迟;④湿(痰)浊质:口中黏腻,胸脘痞闷,体胖,头身困重,苔腻,脉滑;⑤瘀血质:头身刺痛,唇紫,舌紫暗,或有斑点、瘀斑,脉涩或细。以上 5 型为基本体质分型,但在临床中往往有两种或两种以上的体质类型并存的现象,称为复合质。如阴虚质和气虚质并存,则称为气阴两虚复合质;气虚质和瘀血质并存,则称为气虚血瘀复合质;阴虚质和瘀血质并存,则称为阴虚血瘀复合质;阳虚质和瘀血质并存,则称为阳虚血瘀复合质;湿(痰)浊质和瘀血质并存,则称为湿(痰)浊血瘀复合质等。血瘀质贯穿于 CKD 体质及病程的始终。

3.2 从体质论治 CKD 的基本原则

《素问·三部九候论》云:“实则泻之,虚则补之”、“寒者热之,热者寒之”及“盛者泻之,虚者补之”。邪气有余,邪气盛,体质壮实者,宜选用性质或趋势相反的方法和药物减损病势。正气不足,体质虚弱者,宜使用性质相同或趋势相同的方法和药物使其增益,以达到调整人体阴阳的目的。中医学学科的思维方法是以调节人体生理机能为目的,非常重视人体的“阴阳平衡”。中医整体观念认为:人是一个有机整体,同时又与自然界息息相关,并且生存在人类社会环境中。因此,机体本身机能状态及其协调性、与自然界环境的协调性、与人类社会的协调性就构成了人体机能的全部内容^[7]。也就是达到了“阴阳平衡”。对于 CKD 治疗的目的也是为了达到“阴阳平衡”。正如《灵枢·邪客》云:“补其不足,泻其有余,调其虚实,以通其道,而去其邪”。治疗强调因人、因时、因地制宜,目的是“谨察阴阳所在而调之,以平为期”;“阴平阳秘,精神乃治;阴阳离决,精气乃绝”。对于 CKD 的治疗亦应以辨体质为主线,结合辨证与辨病,从人体与疾病两个不同的角度考虑 CKD 的治疗。从疾病某一病理阶段与全病期的不同层面来探求 CKD 的康复,从而实现 CKD 全面、准确、适时的个体化治疗。结合辨证与辨病,从体质论治 CKD 需要遵循以下 3 条基本原则。首先是遵循治病必求本,其本

为体质的原则。坚持体质治疗贯穿于整个 CKD 的始终。其次要遵循缓则守其质,急则兼治质。CKD 如果出现病情加重或是继发其他疾病,临床证候以新出现的特征或继发病为主时,要积极辨证治疗新出现的证候或继发疾病,同时也不要忽视对体质的调整。待新发情况或继发疾病得到有效控制后,还要继续守方治疗。最后还要遵循辨质论治,随证加减的原则。在守方治疗慢性肾脏病的过程中,应在辨体质的基础上,根据患者不同阶段出现的不同的临床症状进行相应的随证加减,既符合个体化治疗的需要,又能提高临床疗效。

3.3 从体质论治 CKD 药物的选择

由于调整体质需要长期服药,故而选择调整体质的药物就需要以平和为主,不宜使用性味过于偏颇的药物,以免矫枉过正。严格掌握补益不能助邪,祛邪不能伤正,滋阴不宜碍脾胃,助阳不宜过刚燥,活血不宜破血,止血不能留瘀,应以平补平泻为要。

4 从体质论治 CKD 需要注意的问题

4.1 重视早期气虚质的治疗,以防止体质状态恶化

气虚质为 CKD 早期较为常见的体质类型,随着病情的进展,气虚体质可以向各个方向转化。气损及阳,则气阳并伤;气损及阴,则气阴皆虚,阴虚生热,水热互结;日久阴损及阳,阳损及阴,导致阴阳两虚,病势深重。正本清源,惟有控制早期气虚体质的进一步变化,才能延缓病情的进展,提高患者的生存质量。

4.2 对血瘀质的治疗应贯穿于 CKD 的始终

中医学认为,瘀血即是病理产物,反过来又作为病因进一步导致脏腑功能失调,病变加重,使病机复杂化,瘀血对 CKD 症状的产生及病情的不断进展至关重要。随着肾功能的衰减,血瘀兼证发生率上升,这一观点已得到大多数学者认可^[8]。现代医学研究显示,肾小球内纤维蛋白原的沉积以及肾小球微循环障碍与中医的血瘀密切相关,血瘀程度与肾小球病变程度呈正相关。肾小球内凝血纤溶障碍除导致肾小球内微血栓形成引起肾小球缺血性损伤外,局部活化的凝血因子及肾小球内纤维蛋白相关抗原的沉积可引起肾小球细胞外基质积聚。可见瘀血阻于肾络是促进肾小球硬化发生发展、肾功能进行性减退的重要因素。因此,无论在 CKD 的哪一个阶段都应该注重瘀血质的治疗,合理使用活血化瘀药,不仅能提高临床疗效,还能延缓 CKD 的进展。

4.3 CKD 从体质论治的关键是守方治疗时间要长

CKD 为慢性迁延性、进展性疾病,病程漫长。其体质状态在一定时期内是相对稳定的,要想达到改变或

者调整体质的目的,同样需要一段较长的时间治疗调整。因此,在进行体质治疗时不要急于求成,应该长时间坚持守方治疗,使之接近并达到体质状态的平台期,从而能够达到调整病态体质,延缓疾病进一步发展、恶化的目的。

4.4 动态观察,保证体质治疗的连续性与稳定性

为了提高 CKD 的临床疗效,及时了解患者的体质变化情况,在临床治疗中,需要对 CKD 患者的体质状态进行动态观察、正确评估,并据此调整治疗的方药,保证体质治疗的连续性与稳定性。在首次接诊患者时,即应对该患者进行一次体质评估,确定其具体体质类型并根据患者体质类型确定治疗大法,依法处方,并且酌情守法、守方,以求达到调整体质的目的。每经过一段时间治疗之后,还要重新对患者进行体质再评估,并根据评估结果适当调整治疗方案。

总之,从体质论治 CKD,更加具有个性化治疗的意义,也更加能够在治疗 CKD 过程中提高疗效,真正体现中医学辨证论治的理论内涵和临床价值。随着对 CKD 患者体质的深入研究及 CKD 患者主要体质类型的统一化、量化,将可以在其未发病之前,对有潜在 CKD 病理体质的高危人群进行筛查和确定,通过积极改变、调理其体质,改善体质状况,同时阻止致病因子对人体的侵袭,截断并防止其进一步发展,势必会对 CKD 的预防产生更加积极的影响,进而降低 CKD 的发病率,提高人们的健康水平,真正达到“治未病”的目的。

参考文献

- [1]薛昶,金兰.关于肾虚质动物模型建立方法的思考[J].中华中医药学刊,2007,25(2):403-404.
- [2]李亮,何永生.从体质论治早中期慢性肾功能衰竭的理论探讨[J].天津中医药,2007,24(5):391-392.
- [3]贾妮,遯敏.古代中医关于“体质学说”的初步探讨[J].中华中医药学刊,2008,26(5):1094-1095.
- [4]潘明,陈琼.中医体质、病证研究与代谢组学[J].上海中医药杂志,2008(6):53-56.
- [5]郑法雷,章友康,陈香美,等.慢性肾脏病——公共卫生领域的新挑战.北京医学,2009,31(3):129-130.
- [6]曾庆波,李政木,张琳.浅谈正气与现代免疫关系[J].新中医,2008,40(6):112.
- [7]洪雷.中医与亚健康[J].中国全科医学,2008,11(9B):1694-1696.
- [8]李顺民.现代肾脏病学[M].北京:中国医药科技出版社,2004:576-577.

(收稿日期:2009-07-16;修回日期:2009-10-15)

[编辑:黄健]