

皮持衡运用三仁汤为主辨治慢性肾病经验

傅春梅¹ 张光荣¹ 徐友妹² 余俊英¹ 曾 琴³ 指导:皮持衡¹

(1.江西中医学院基础医学部、中医研究所,江西省南昌市湾里区云湾公路 18号, 330006

2 江西中医学院附属医院; 3 江西中医学院 2008级硕士研究生)

皮持衡(1940~),男,江西中医学院教授、主任医师、博士研究生导师,全国第二、三、四批老中医药专家学术经验继承工作指导老师。国务院特殊津贴获得者。从事中医内科医疗、教学、科研工作近40年,擅长诊治中医内、儿科疾病,尤其对肾系病证具有丰富的临床经验。先后出版专著8部,主编、参编高校教材、专业指导书6部,发表学术论文70篇,主持、参与科研课题9项,荣获首届中医药传承特别贡献奖等奖励。

[关键词] 慢性肾病;三仁汤;名医经验;皮持衡

慢性肾病(CKD)是临床多种肾脏疾病,如肾小球肾炎、肾盂肾炎、红斑狼疮肾炎、肾病综合征等迁延难愈,患者尿液和血液相关指标、肾脏病理学及影像学发现异常,或肾小球有效滤过率低于60%的肾脏疾病的统称。皮持衡教授致力肾脏疾病治疗、研究数十年,积累了丰富的经验。他认为,慢性肾病病变机理多与湿热、湿浊相关,故临床运用三仁汤为主辨治疗效颇佳,现总结如下。

1 病因病机

慢性肾病多属中医水肿、淋证、腰痛、关格等范畴。皮教授在40余年的临床工作中发现,慢性肾病固然以正气虚损(肺、脾、肾功能失调为主)为本,但邪实的阻滞、结聚、干扰在其发展变化中的作用同样非常重要而不可忽视,其中尤以湿热、湿浊最为基本。在慢性肾病中湿热、湿浊之邪可从外感受,是致病因素;也可在病变过程中自内产生,反作用于机体而为病。两者交相作用,形成恶性循环而致病情迁延。

湿热之邪在慢性肾病病程中极为常见。外感湿热或寒湿伤表、郁久化热;嗜食酒醴辛辣肥甘或情志不遂,酿蒸湿热;长期服用激素或过用壮阳之品致热与湿合,都可使湿热之邪侵扰而存在于慢性肾病多种病证及其不同证型、分期中。湿热交蒸阻滞,或蕴结于肺,或浸淫于脾,或损伤及肾,以致肺失治节、脾失转输、肾失开合,使津液代谢发生障碍,湿热、湿浊又自内生,形成内外合邪的复杂病况。湿邪黏滞,热邪熏蒸,热蒸湿动,湿郁热生,相互蕴结胶着,病机趋势既可从湿化寒伤阳,又可从热化燥伤阴,故治疗较为棘手。临床可见,慢

性肾病病程中各种感染的发生,蛋白尿、血尿及水肿的出现,与湿热邪炽都有一定的关系。

与湿热相比,慢性肾病中的湿浊之邪多因脏腑功能失调而由内产生,尤与脾肾功能失常关系密切。《素问·经脉别论》说:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,……水精四布,五经并行。”脾运化水液,其转运输布是体内津液正常运行的关键;“肾者水脏,主津液”(《素问·逆调论》),为肺脾气化之根,肾元之气化是津液代谢的动力。若脾胃阳气虚损,失却运化转输之功,水谷精微则不从正化,“水反为湿,谷反为滞”;肾阳虚损、肾气不足,失于温煦、蒸腾,不能促进水液的清浊泌分,则水聚湿凝,均可致湿浊内蕴而因虚致实。湿浊垢秽滞着,不仅壅遏三焦水道,阻碍三焦气机气化,而且遏阻脾肾阳气,使之不能振奋,升降开合失司,水浊不泄而留滞,以至血液中的浊毒物质不能正常从肠道、小便清除。

湿热、湿浊病机在慢性肾病病程中常并存或互相转化。湿热邪气性善弥漫、阻遏中焦,使脾胃运化功能失调、中阳受损,体内正气亏虚而致湿浊内生;湿浊凝聚久滞,壅滞三焦、困遏下元,水液清浊难分,水湿郁久生热则湿热蕴结。由此热处湿中、湿凝成浊、湿浊郁热,湿热与湿浊相互影响、相互为患,成为慢性肾病错综复杂病机的基本环节,贯穿在其发生发展变化过程的始终,使疾病迁延反复、缠绵难愈。慢性肾病临床中,神疲乏力、身重困倦,面目或肢体浮肿,口黏腻、咽喉肿痛,脘闷、腹胀食少甚至呕恶,小便混浊、多泡或有絮状悬浮,大便不爽或溏垢等症,舌苔黄腻或白腻,脉滑或缓,均是湿热、湿浊阻滞、结聚的具体表现。故应该明确提出,慢性肾病中的湿热证、湿浊证不应单纯视为标证。

2 辨治体会

2.1 三仁汤为主,随症化裁

基于湿热、湿浊是慢性肾病复杂病机基本环节的认识,皮持衡教授常运用三仁汤化裁,通阳化气、升清降浊、行湿清热,辨证治疗多种慢性肾病。而针对其不同原发病,又酌情灵活配伍其他方药。如:慢性尿路感染者,用三仁汤配合三草(白花蛇舌草、车前草、金钱草)回毒银花汤;慢性肾小球肾炎者,三仁汤加三子(覆盆子、菟丝子、诃子)参苓白术散;肾病综合征者,加用

三仙(仙茅、淫羊藿、仙鹤草)十全大补汤;红斑狼疮性肾病,加用知柏一贯煎;梗阻性肾病者,配合三金(金钱草、海金沙、鸡内金)导赤散;慢性肾病导致慢性肾功能衰竭,则以三仁汤化裁,加复方丹参滴丸、三七粉等。合用之方,每每采用隔日或隔周交替煎服之法,以便患者适用与坚持治疗。

2.2 行湿化浊法贯穿治疗全过程

慢性肾病既以湿热湿浊蕴结、三焦气化失常为疾病全过程的基本病理变化,化湿泄浊清热、宣畅三焦的基本治法就势必贯穿始终。三仁汤之组方,用药看似平淡,却是“取轻清之品,走气道以除湿”,合众药之力,“开肺气宣达于上,芳化燥湿和降于中,甘淡渗湿利窍于下”,斡旋三焦,重在通行阳气,调整脏腑机能,增强抗病祛邪的能力而又以祛湿为核心,达到阳气敷布,湿浊消散、湿热清化之目的。临证时,可根据具体病证及分类的不同、上中下三焦病位的偏倾、寒热虚实情况的偏重等,灵活变通、巧妙化裁。

2.3 活血化瘀应用始终

慢性肾病迁延日久,还常导致气血运行不畅,脏腑、经脉血行阻滞,出现舌质暗淡或有瘀点瘀斑、面色晦暗或暗滞、肌肤干燥粗糙、腰痛固定、脉细涩等证候,即所谓“久病入络”。故慢性肾病治疗时应用活血化瘀也必不可少,且宜早期介入并全程施用,以提升疗效和延缓肾病之进行性恶化。血瘀轻者,可治以和营通络,如当归、川芎、桂枝、茜草等;血瘀重者,则治以活血化瘀,如桃仁、红花、地龙、水蛭等。然而慢性肾病终多本虚,活血化瘀宜选用作用较缓和药物,如丹参、牛膝、鸡血藤、红花、益母草等。其邪偏湿热者,宜选性平或微寒活血药,如丹参、赤芍、蒲黄、茜草等;湿浊阻遏者,则应注意行气活血化瘀滞,可选用郁金、川芎、延胡索、泽兰等。

2.4 中成药并用,提高疗效

慢性肾病病程长久,病情错综,复杂多变,用药、处方很难从一,而患者接受治疗须旷日持久,用药单一,同时汤药服用过多,增添了患者胃肠负担,会降低患者对治疗的依从性。皮教授临证时常采用一方汤剂配合一二种中成药给服的方法,既减轻患者负担,降低药物的不良反应,又能合理用好药、用足药,对于稳定病情、提高疗效非常有益。

2.5 效不更方甚为重要

“效不更方”也称“守方”。慢性肾病病程冗长,其治疗往往需要较长时间,短则数十日、数月,长则逾年数载,宜守方耐心等待,不应动辄变法更方。临床应遵循以下原则守服:其一,临床症状或实验室检验改善或明显好转;其二,临床症状或实验室检验无明显改善或好

转,但病情无变化;其三,临床症状或实验室检验有或增或减的变化,而病因病机如故。

2.6 善后调理总不离脾

慢性肾病病机,始终免不了“水湿”的存在,而“脾”正是水湿输布、运化的中枢环节。故未病和脾、已病理脾、善后益脾乃为至要。其要可概括为:①药物调理:继服治疗性药物,益气健脾,调和脾胃。虽然病情初步控制,但欲使其稳定、避免反复,一段时间(1~2年)的维持性治疗很有必要,否则疾病一旦复发,稳定与治愈将更难为之。可据其病证类型、病情轻重、体质状况,选择二三种中成药、或将获效之方药制成散剂、丸剂调治。②饮食调养:忌食碍胃伤脾食物。饮食除了要做到优质低蛋白,忌食海鲜、豆制品类、动物内脏外,还要做到低脂、低糖、低盐,忌食辛辣、煎炸、油腻以及牛肉、狗肉、香菜等发物。③精神情绪调节:条达肝气,以防扰“脾”。宜保持精神愉快,情绪稳定;作息有规律,不过劳,注意休息,节制性生活,避免受凉,保持二便通畅等。此外,实验室指标监控也很有必要。如定期复查尿液、肾功能、双肾B超等,借以了解与掌握病情动态,保障善后调理成效。

3 医案举隅

3.1 慢性尿路感染

黄某某,女,59岁,2009年6月2日初诊。述既往有尿路感染病史,发现蛋白尿已3年,尿蛋白在(+)~(++)之间。近1个月来乏力腰胀,大便时干时稀,有时尿频、尿急。检查:尿蛋白(++)、红细胞3~5个/HP、白细胞(+++)。舌暗红有细裂、苔薄黄略腻,脉弦滑。此湿热蕴结下焦,宜清化湿热、行血和中。方用三仁汤加减:杏仁10g、豆蔻10g(后下),薏苡仁30g、半夏10g、通草6g、竹叶10g、乌贼骨24g、茜草6g、当归20g、川芎20g、半边莲30g、白马骨30g、槐花15g。7月7日二诊:仍感乏力,大便日行一二次,尚成形,偶有尿频急,偶感心悸。舌暗红、苔薄黄,脉沉弦滑。检查:尿蛋白(+),红细胞1~3个/HP、白细胞(±)。证情好转,守方去半边莲,加丹参15g继服。9月8日三诊:自述无明显不适,纳寐可,小便利,大便量较少,偶有胃脘胀。舌暗红有瘀斑、苔薄黄,脉沉弦滑。检查:尿蛋白(+),红细胞2~3个/HP、白细胞(±)。证情进一步稳定,守上方去白马骨、槐花、丹参,加鸡血藤30g。另拟一方:桃仁10g、红花6g、生地黄10g、牡丹皮10g、泽泻10g、山药10g、土茯苓30g、山茱萸15g、白花蛇舌草30g、蒲公英30g,两方隔日交替服。

3.2 慢性肾功能衰竭

简某某,男,65岁,2009年5月9日初诊。患者颜面、眼睑及下肢浮肿已3个月,检查发现肾功能异常。原有高血压病史7~8年。刻下:面目、下肢浮肿明显,

前些天曾有呕吐,大便每日 2 次,初硬后软,并见形寒怕冷,夜尿多。舌淡红、苔黄腻中有裂,脉弦滑。检查:尿蛋白 (+)、潜血 (+),血肌酐 464 15 $\mu\text{mol/L}$ 、尿素氮 13 40 mmol/L 、尿酸 431 9 $\mu\text{mol/L}$ 。证属脾肾阳虚,湿热浊毒内蓄,治以温阳泄浊、和营化湿。方用三仁汤化裁:杏仁 10g 豆蔻 10g (后下),薏苡仁 30g 半夏 10g 通草 6g 竹叶 10g 乌贼骨 24g 茜草 6g 当归 20g 川芎 20g 肉苁蓉 15g 巴戟天 15g 加自制肾衰泄浊汤 150ml 每日 1 次,以及复方丹参滴丸 10 粒,每日 3 次,三七粉 1 5g 冲服,每日 2 次。6 月 3 日二诊:面目不肿,下肢浮肿见减,乏力、心慌,纳寐可,怕冷,夜尿三四次,舌淡红

略暗,苔薄黄根厚有裂,脉弦滑。检查:血肌酐 376 4 $\mu\text{mol/L}$ 、尿素氮 11 35 mmol/L 、尿酸 402 21 $\mu\text{mol/L}$ 。证情好转,守原治疗方案,仅肉苁蓉改为 30g 继服。6 月 30 日三诊:面目、下肢均不肿,胃纳稍差,睡眠可,手脚发软、有时颤抖,夜尿三四次,大便成形、日两行,心中有时悸动。舌淡红略暗、苔薄黄,脉缓滑。检查:尿蛋白 (+)、潜血 (+),血肌酐 315 42 $\mu\text{mol/L}$ 、尿素氮 10 76 mmol/L 、尿酸 416 07 $\mu\text{mol/L}$ 。证情继续好转,仍守原方案加何首乌 30g 继续治疗。

收稿日期:2009- 12- 31;修回日期:2010- 03- 12)

编辑:洪 涛]

桃核承气汤预防全髋关节置换术后深静脉血栓形成

黄志荣 张 强 胡湘洪 马泽仁 万春虎

南昌市洪都中医院脊柱关节科,江西省南昌市东湖区民德路 264 号, 330008)

人工全髋置换术 (Total Hip Arthroplasty, THA) 后,约 40%~60% 的患者发生下肢深静脉血栓 (DVT),约 0 5%~2 0% 的患者可发生致命性肺栓塞^[1],因此,预防人工关节置换术后 DVT 的形成十分重要。我们以行 THA 的股骨颈骨折患者为研究对象,采用桃核承气汤防治术后 DVT 形成,并与低分子肝素钠 (速碧林) 抗凝治疗进行比较,现报道如下。

1 资料与方法

1 1 一般资料

病例为 2005 年 12 月~2009 年 4 月在南昌市洪都中医院脊柱关节科住院患者 60 例,纳入患者为股骨颈骨折,需要行 THA 者;排除近期服用非甾体类抗炎药及华法林、有溃疡病史、有血栓形成病史、老年痴呆及已确诊患有肿瘤者。其中男 27 例,女 33 例,年龄 63~99 岁。所有患者随机分为对照组和治疗组,每组 30 例。治疗组中男 13 例,女 17 例,平均年龄 (67 $\pm$ 8) 岁;对照组男 14 例,女 16 例,平均年龄 (66 $\pm$ 9) 岁。两组患者一般资料比较无统计学差异 ($P> 0 05$),具有可比性。

1 2 治疗方法

治疗组术后第 1 天即给予桃核承气汤:桃仁 10g 大黄 15g (后下),芒硝 6g 冲服),桂枝 6g 炙甘草 6g 水煎取汁 500ml 早晚分服。身体虚弱者加太子参;湿重者加茯苓 10g、薏苡仁 10g、炒白术 10g 瘀血明显者加赤芍 10g、红花 10g、地龙 10g。同时进行功能锻炼和康复治疗。术后第 7 天行下肢彩色多普勒检查,观察下肢深静脉血栓形成与否。对照组术后当天即开始给予速碧林 (葛兰素史克 (天津) 有限公司,国药准字 J20040117) 每次 85IU/kg 每日 2 次,间隔 12h 皮下注射,功能锻炼和康复治疗同治疗组,术后第 7 天行下肢彩色多普勒检查。

DVT 的彩色多普勒诊断标准^[2-3]:①静脉管腔不能压闭;②管腔内为低回声或无回声;③血栓段静脉内完全无血流或仅探及少量血流信号;④脉冲多普勒显示无血流或频谱不随呼吸变化。

2 结果

治疗组 DVT 发生 4 例 (13 3%),对照组 DVT 发生 2 例

(6 67%),两组患者 DVT 的发生情况差异无统计学意义 ($P> 0 05$)。说明桃核承气汤防治术后 DVT 形成,与速碧林疗效相当。

3 讨论

THA 后机体处于高凝状态,加之长时间卧床活动量减少,最易出现 DVT 形成。目前临床常用的预防药物主要是华法林或低分子肝素,二者的致命性缺点为易发生血肿,在应用时不仅要同时监测患者的凝血功能,而且前者还影响其他药物的代谢,在临床使用时带来诸多不便。

本病属中医学的“脉痹”、“瘀血”、“瘀血流注”、“肿胀”范畴。依据患肢肿胀、疼痛的临床表现和舌象脉象,瘀热为本病的主要病理特点,血瘀贯穿于始终。桃核承气汤原为治疗瘀热互结、下焦蓄血证,依据中医学“同病异治,异病同治”原则,我们运用桃核承气汤治疗 THA 后引起的下肢 DVT 形成。方中桃仁味甘性平,具活血化瘀之功。大黄为苦寒之品,气味重浊,直降下行,走而不守,能泻火凉血,逐瘀通经,有推陈致新之妙,二者配伍,泻热逐瘀,直达病所,使瘀热并除。桂枝辛甘温,和营通阳,利水下气,助大黄活血消瘀,得大黄之苦寒,则走表之力弱而直入营分,以通利血脉;大黄得桂枝辛温,则不至于直泻肠胃,而能更好地发挥活血化瘀功用。芒硝微寒,助大黄清泻下焦实热,又能软坚散结,通利瘀滞血结。甘草甘缓能补,具有益气和中之功,同时可缓和诸药峻烈之性。诸药合用,祛瘀而不伤正,寒热并用,共奏活血祛瘀、清热利水、通络调和营卫之功。服后“微利”,使蓄血去,瘀热清,肿自消。通过以上临床观察,治疗组 DVT 的发生数和发生率与对照组无统计学意义,说明中桃核承气汤防治术后 DVT 形成,与速碧林疗效相当。

参考文献

- [1]吕厚山,徐斌.人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J].中华骨科杂志,1999,19(3):155-160.
- [2]查长松,赵玉华.彩色多普勒血流显像诊断下肢深静脉血栓[J].中国医学影像学杂志,1999,7(1):45-47.
- [3]李建初,袁光华.血管和浅表器官彩色多普勒超声诊断学[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1999,183-185.

收稿日期:2010- 04- 02 修回日期:2010- 07- 12)

编辑:邓 媛]