

刘教授认为慢性咳嗽,多见他脏功能紊乱,比如脾虚生痰,肝火犯肺,肺阴亏虚,肾阳亏虚,因此要辨明标本缓急,绝不能见痰祛痰,见咳止咳。特别是中老年病人,要详问病史,避免用药不当,使宿疾加重。

3 结语

通过总结刘教授治疗呼吸道疾病的用药特点和临床病案分析发现,刘教授用药大多以止咳化痰平喘药为基础,或与滋阴药配合,或者清热药配合,或与辛温、辛凉的解表药配合,分别治疗咽炎、咳嗽、感冒、鼻炎等疾病。刘燕池教授认为北京气候干燥,现代人生活富足,导致疾病容易从里化热,损伤津液。此外由于无形之气易补,有形之阴难以速生,因此在临床上推崇朱丹溪滋阴凉血清热之法,治病必先固护人体津液^[2]。在呼吸道疾病的治疗上也能看出这一特点,滋

阴清热,泻肺平喘化痰佐以脱敏药物是其治疗上呼吸道疾病的主要思路^[3-4]。

参 考 文 献

- [1] 刘燕池. 刘燕池医论证治选[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013;28-261.
- [2] 张保春,刘燕池. 刘燕池教授对丹溪治疗思想的发挥[J]. 中医药学刊,2005,24(7):1185-1186.
- [3] 马淑然. 刘燕池教授运用凉血滋阴法治疗咳嗽经验[J]. 中医药学刊,2006,25(1):29-30.
- [4] 邢兆宏,马淑然. 刘燕池滋阴学术思想及验案举隅[J]. 中华中医药杂志,2010,25(3):391-393.

(收稿日期:2014-05-04)

(本文编辑:蒲晓田)

张根腾教授应用参芪地黄汤加减治疗慢性肾病的经验浅析

李守然 温进 范婷

【摘要】 张根腾教授为北京市第四批名老中医经验继承指导老师,擅长治疗肾病。其继承了全国著名老中医李文瑞先生对肾病的基本认识,并结合自身多年的临床经验,总结出从肾虚、水湿、血瘀三方面论治慢性肾病,从而确立了“补肾固本而不留邪、利湿祛瘀而不伤正”的治疗慢性肾病基本原则。针对慢性肾炎、肾病综合征、糖尿病肾病、高血压肾病等不同肾病,张根腾教授主张抓主证、异病同治,细查病性,灵活加减用药,临证时常以参芪地黄汤加减化裁,并取得了较好的临床疗效。

【关键词】 张根腾; 慢性肾病; 参芪地黄汤

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2014.10.021

张根腾教授为卫生部北京医院中医科主任医师,为北京市第4批名老中医经验继承指导老师,早年师承已故名医魏龙骧老先生,后师从著名老中医李文瑞先生,从事医疗工作数十年,对肾脏病、糖尿病、消化系统疾病的治疗有着丰富的经验。笔者跟随张根腾教授临证学习时,常见运用参芪地黄汤加减治疗慢性肾脏疾病,疗效颇佳,现将其经验及个人体会介绍如下。

1 强调肾虚、水湿、血瘀为慢性肾病的基本病机

慢性肾病是临床常见的疾病,以病程冗长,迁延难愈,反复发作特点。当代医家对慢性肾病的病机阐述颇多。如全国名老中医刘尚义认为慢性肾病相当于中医水气病,其发

病关键在于肺脾肾三脏水液代谢失调^[1];肾病专家杨霓芝则认为慢性肾病是正虚邪实之证,正虚以肝肾阴虚或气阴亏虚为主,湿热是邪实的主要方面^[2];国医大师张琪教授提出肾病以脾肾虚衰为基础,湿热瘀血为主要病理产物^[3];赵绍琴教授则提出了“慢性肾病非单纯肾虚论”,认为应该更加注重实邪为患,主张以热郁湿浊、阴伤血瘀为肾病基本病机^[4]。各家对肾病病机的论述虽侧重不同,但不外乎“本虚标实、虚实夹杂”。

张根腾教授继承了全国著名老中医李文瑞先生对肾病的认识,并结合自身多年的临床经验,提出慢性肾病以肾虚为本,水湿及血瘀作为主要病理产物贯穿疾病始终。肾乃阴阳之脏,其性潜藏,主水藏精,水宜气化输布,不可停留,精气只宜封藏,不宜耗泄。而慢性肾炎、肾病综合征、糖尿病肾病等慢性肾脏疾病大多病程较长,水肿、蛋白尿、血尿等症状反复出现,致使津液、蛋白、血液等中医所说的精微物质不断耗泄,使肾精耗损,因此说肾病多虚。慢性肾病病程迁延,易

作者单位:102300 北京市门头沟区中医医院内科(李守然、温进);卫生部北京医院中医科(范婷)

作者简介:李守然(1984-),硕士,医师。研究方向:活血化痰法在内科疾病中的临床应用。E-mail: lsr_828@163.com

使肾阳受损,气化无力,导致水液运化失调,水湿泛溢,造成颜面、肢体水肿,因此说肾病多湿。久病肾阳受损,气血推动无力,易生瘀血。李文瑞先生曾指出,瘀血是肾病迁延难愈的重要因素,慢性肾病在发生、发展过程中始终存在瘀血,只是轻重程度不同。同时现代研究也证实肾脏血液循环障碍是肾病的重要病理基础。例如:引起肾小球疾病的免疫反应可介导凝血激活导致病变持续发展和肾功能进行性减退^[5];微观检测指出肾小球内血栓、新月体形成、毛细血管腔塌陷或狭窄、血管襻挤压、闭塞以及血管壁增厚、小动脉硬化等,是肾功能减退的根源^[6-7];糖尿病肾病的肾脏病理改变包括弥漫性肾小球硬化、结节性肾小球硬化和肾小球动脉硬化等,血循环障碍是糖尿病肾病瘀血的重要客观标志^[8]。张根腾教授继承了李文瑞先生重视瘀血的观点,结合现代研究,认为肾病之“瘀”多不典型,但免疫复合物沉积、肾微循环障碍、肾动脉硬化等病变均属于中医隐性瘀血的范畴,因此说肾病多瘀。张教授总结归纳慢性肾病的证候特点,以肾虚、水湿、血瘀作为慢性肾病的基本病机。

2 确立补肾利湿化瘀的治疗原则

在临证时,张根腾教授主张辨病与辨证相结合。辨病反映了医者对某一疾病的基本认识,辨病准确而有助于抓住患者疾病的根本矛盾,从而确定基本的治疗方法。张根腾教授抓住肾虚、水湿、血瘀这三个慢性肾病的基本病机,主张以补肾利湿化瘀法为基本治疗原则,并提出了“补肾固本而不留邪、利湿祛瘀而不伤正”的观点。这与著名肾病专家张大宁老中医所提倡的补肾化瘀法治疗慢性肾病的观点不谋而合^[9]。

当然,张教授也再三指出,任何疾病都不是单一的证候,慢性肾病包含多种证候,涉及诸多脏器,如初病损伤脾胃,中期损及肝肾,后期损及多个脏器。即使在同一病情阶段,其肾虚、水湿、血瘀的程度也有所不同。所以还应在辨病的基础上再根据每一位患者的具体情况进行辨证论治,结合基本病机及个体辨证特点,从而确定具体的个体化的治疗方案。这样才能事半功倍,取得较好的疗效。

3 运用参芪地黄汤加减治疗慢性肾病

基于补肾利湿化瘀这一基本治疗原则,张根腾教授临证时常选用参芪地黄汤加减化裁治疗慢性肾病。其遣方师古而不泥古,细查病性,用药灵活,并注重抓主证,异病同治。

3.1 遣方用药师古而不泥古

参芪地黄汤原方出自清代沈金鳌的《沈氏尊生书》卷三大肠病源流篇:“或溃后疼痛过甚,淋漓不已,则为气血大亏,须用峻补,宜参芪地黄汤。”该方由人参、黄芪、地黄、山药、山茱萸、茯苓、丹皮、泽泻组成。方中以地黄补肾填精、固护正气,山茱萸补养肝肾、并能涩精,山药补脾养阴,泽泻利湿泄浊,丹皮清泻相火,茯苓淡渗脾湿,并配以人参、黄芪补脾益气。“三补三泻”与参芪同用,全方共奏补益脾胃,滋阴利水之功。

张根腾教授用方不拘泥于古方,临证时常以生地黄易熟地黄,以党参或太子参易人参,以泽兰易泽泻,更加丹参、石韦、桑寄生。究其原因,慢性肾病患者除肾虚外大多夹湿夹瘀,而熟地黄虽善于补肾填精,但偏于滋腻,易助湿生热,故易以滋阴清热凉血之生地黄,使该方补而不滞,补虚而不留邪。人参价格昂贵,且性偏温热,故易以温热之性稍减之党参,或改为益气之力稍弱,但可益气生津之太子参。泽泻泻肾排浊,但久服伤肾,故改为利湿泻浊、更兼活血作用的泽兰。更加寄生以平补肝肾,加丹参以活血祛瘀、改善肾血流,使该方利湿化瘀而不伤正。此外,张根腾教授认为石韦可清热利水通淋,可治疗肾病之水肿、血尿,同时该药对蛋白尿也有较佳疗效,又可佐治党参、黄芪之温热之性,故在原方基础上加入石韦。全方补中有泻,泻中有补,健脾益肾、益气养阴而不腻不燥,利湿泻浊、活血化瘀而不伤正,恰适合慢性肾病患者。

3.2 细查病性,灵活加减用药

张根腾教授指出肾虚可分为肾气亏虚、肾阴亏虚、肾阳亏虚、肾精亏虚,水湿、瘀血也有轻重之分,故在应用参芪地黄汤时还应注意细查病性,守方而不可一成不变,应当根据辨证适当加减。如肾气亏虚者,可重用党参、黄芪,并酌加杜仲、菟丝子等以补益肾气;肾阴亏虚者,可重用生地黄,酌减参芪之量,酌加玄参、石斛等以滋阴补肾;肾阳不足者,可酌加补骨脂、淫羊藿等以补肾扶阳;肾精亏虚者,可酌加枸杞子、旱莲草、女贞子等以益肾填精。水湿不重者,可仅用茯苓、泽兰、石韦以利湿;若水湿较盛,肢体明显肿胀者,可加茯苓皮、猪苓、冬瓜皮等以利水消肿。若仅舌质偏暗,舌上无瘀斑,舌下无络脉迂曲者,此为瘀血之轻症,可仅用丹参,或稍加益母草、赤芍以活血祛瘀;若舌质紫暗,舌上瘀斑,舌下络脉迂曲,脉象弦涩者,此为瘀血之重症,可重用丹参,并加红花、莪术、刘寄奴等以破血消瘀。

3.3 抓主证,异病同治

张根腾教授在参芪地黄汤加减应用上还主张抓主证、异病同治,即根据主证不同进行加减用药。虽然从西医角度来看,慢性肾炎、肾病综合征、糖尿病肾病等多种肾病的发病机制有所不同,但从中医角度来看,肾虚、水湿、血瘀可认为是各种慢性肾病的统一病机。慢性肾病的临床表现主要包括血尿、无症状蛋白尿、水肿、肾功能衰竭。临证时只要谨守病机,凡辨证属于脾肾亏虚、湿瘀互结,均可针对主证的不同运用参芪地黄汤进行加减。

血尿:血尿是慢性肾病的常见症状,在治疗血尿时,张根腾教授强调李文瑞先生“活血不宜迟,止血勿过早”的观点,主张不可“见血止血”,切忌滥用收敛止血之品。血尿日久,辨证属脾肾两虚为主,症见腰膝酸软,神疲乏力,舌淡苔白,脉细弱或沉细者,可用参芪地黄汤加减,重用生黄芪、党参,去泽泻,酌加当归、泽兰、三七、茜草,以补脾益肾,活血止血。若舌苔白腻,则去党参,酌加苍术、薏苡仁、石韦、神曲等健脾祛湿消积之品;若舌偏红苔黄厚腻,此为湿热较盛,不可急于补脾益肾,当先治其标,以清热利湿化瘀为法,先不用此方,

待邪去尤可扶正。

无症状蛋白尿:慢性肾病常常仅在尿常规检查时发现尿蛋白阳性,而无明显不适症状。如糖尿病肾病早期,可仅有微量蛋白尿阳性,不伴其他不适症状。张根腾教授根据其舌脉特点,究其致病根本,认为脾肾亏虚、兼有瘀血是其致病根本。脾与肾为先后天之本,脾虚而脾气不升,脾失统摄,谷气下流,则精微下注;肾虚封藏失司,可致精微物质随小便漏出而形成蛋白尿。所以脾肾亏虚是导致蛋白尿的关键,再结合现代研究肾病瘀血的特点,故治疗上以补肾活血法为常用治法,常用参芪地黄汤加减。临证时若舌质不红,脉非滑数,无明显热象者,可用参芪地黄汤加莪术、刘寄奴以活血祛瘀,重用生黄芪至 80~100 g,酌加金樱子、覆盆子、桑螵蛸以固肾涩精。若舌质偏红可去党参或重用石韦、玄参至 30 g 以佐制其热性。

水肿:水肿是慢性肾病发展至一定阶段的常见症状。张根腾教授指出,脾肾亏虚、水液代谢失调是慢性肾病导致水肿的根本原因,更兼有肾血流异常而形成的瘀血证候,故治疗上宜选用补肾健脾、化瘀利水为法,可采用参芪地黄汤加减。若下肢肤冷,精神倦怠,舌淡,脉沉弱者,则首选此方,并酌加猪苓、刘寄奴、益母草、通草等以化瘀利水;若舌质微红,脉象弦滑者,此为兼有湿热,则减少参芪用量,酌加车前子、赤小豆、竹叶、滑石等以清热化瘀利水;若局部皮肤灼热,舌红苔黄腻,脉滑数者,此当急则治其标,以清热利湿为主,不宜选用此方。

肾功能衰竭:慢性肾病发展至终末阶段即成为肾功能衰竭,至此阶段脾肾亏虚、湿浊、血瘀证候均已十分显著,更兼有肌酐、尿素氮等“浊毒”内停。因此张根腾教授主张治疗上以补脾益肾与化瘀利湿祛浊并重。可用参芪地黄汤加减,并酌加莪术、刘寄奴、荔枝核、晚蚕砂、大黄、当归。现代药理研究提示莪术的水提取液可抑制血小板聚集,促进微动脉血流恢复,阻止微动脉收缩。刘寄奴具有解除平滑肌痉挛、抗缺氧的作用。基于这一研究结论,张根腾教授选用莪术、刘寄奴以活血化瘀、改善肾脏血流达到保护肾脏功能的作用。荔枝核、晚蚕砂相配,可理气化湿降浊,引肾中浊毒下行而化,为张根腾教授针对降肌酐的特殊用药。大黄、当归可活血、通便,使浊毒有出路。应用此方使患者保持大便每天 1~2 次,无明显腹痛为宜。还可配合酒大黄、生龙骨、生牡蛎、蒲黄炭煎汤灌肠以活血祛浊。

4 病案举例

患者,男,76 岁,高血压病史 30 余年,平素服用厄贝沙坦分散片 150 mg、苯磺酸氨氯地平 5 mg、呋塞米 20 mg,每天 1 次,血压波动于 160~190/90~110 mmHg。10 年前诊断为肾功能不全、肾性贫血,间断服用中药治疗。

近日患者疲倦乏力,腰酸,双下肢发沉,小便泡沫多,夜尿频多。饮食正常,睡眠尚可,大便干。肌酐 400 $\mu\text{mol/L}$ 、尿素氮 19 mmol/L。血常规:红细胞 $2.79 \times 10^{12}/\text{L}$ 、血红蛋白 70 g/L。血压 180/90 mmHg,双眼睑结膜苍白,双下肢凹陷

性水肿。舌体胖大,舌质淡暗,舌苔白腻,脉沉弦。西医诊断:慢性肾功能不全,肾性贫血。中医诊断:水肿。中医辨证:脾肾两虚,湿瘀互结。治法:补脾益肾,利湿祛瘀。方药:生黄芪 30 g、党参 15 g、生地黄 10 g、山茱萸 15 g、淮山药 15 g、茯苓皮 30 g、猪苓 30 g、泽兰 15 g、旱莲草 30 g、桑寄生 30 g、生薏苡仁 30 g、荔枝核 10 g、蚕砂 10 g、丹参 30 g、莪术 10 g、石韦 30 g、决明子 6 g,水煎服 14 剂。并与厄贝沙坦氢氯噻嗪及硝苯地平控释片调节血压。

复诊时患者腿肿明显减轻,乏力好转,大便通畅,每天 1 次,小便泡沫减少,夜尿 2~3 次。血压 150/80 mmHg,双下肢轻度水肿,舌淡暗,苔白,脉弦滑。继用上方加减,去猪苓,加金樱子 10 g、枸杞子 10 g,14 剂。三诊时复查肾功:肌酐 329 $\mu\text{mol/L}$ 、尿素氮 15 mmol/L。后继续应用该方加减治疗 2 月,血肌酐控制在 200~280 $\mu\text{mol/L}$ 。

5 总结

综上所述,张根腾主任运用参芪地黄汤加减治疗慢性肾病的特点如下:第一,强调肾虚、水湿、血瘀为慢性肾病的基本病机。第二,主张以补肾利湿化瘀为基本治疗原则,提倡辨病与辨证论治相结合。第三,不拘泥于古方,辨证精细,用药灵活,通过抓主证,异病同治。第四,结合现代医学研究,重视瘀血,注重活血化瘀药物的应用。

参芪地黄汤补中有泻,泻中有补,恰适宜慢性肾病虚实夹杂的证候,可平补其虚,缓攻其邪,临证时以此方加减得当,定可取得显著疗效。

参 考 文 献

- [1] 卫蓉,杨柱,刘华蓉. 刘尚义慢性肾病诊治经验[J]. 中医杂志, 2013, 54(20): 1730-1731.
- [2] 段小军. 杨霓芝教授治疗慢性肾脏病验案 4 则[J]. 新中医, 2010, 42(6): 143-144.
- [3] 张元莹,张玉梅,姜德友. 张琪教授治疗慢性肾小球肾炎经验[J]. 四川中医, 2006, 24(2): 1-3.
- [4] 郑建功. 赵绍琴辨治慢性肾炎心法[J]. 浙江中医杂志, 2008, 43(4): 187-189.
- [5] 张大宁,沈伟梁,张勉之,等. “肾虚血瘀·湿热论”与港、澳地区慢性肾炎发病关系的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2003, 9(6): 401-403.
- [6] 饶向荣. IgA 肾病治疗应注意的几个问题[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(6): 556-558.
- [7] 戴希文,饶向荣. 肾小球肾炎中西医结合治疗[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2006, 7(1): 1-3.
- [8] 陈筱云,赵莉娟. 从“瘀”论治糖尿病肾病[J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(7): 53-54.
- [9] 张勉之,李树茂,何璇. 张大宁名老中医学术思想及思辨特点研究报告[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2012, 13(8): 662-665.

(收稿日期:2014-02-21)

(本文编辑:黄凡)