

# 益肾三法病证结合辨证论治慢性肾脏病临床经验及体会

韩存恩 罗昭强 金仙勇

雅安市中医医院 四川 雅安 625000

**摘要:**我国慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)的患病率为10.8%,其患者人群约为1.195亿<sup>[1]</sup>,2017年其患病人数上升至1.32亿,同时每年约1‰患者进展至终末期肾病(end-stage renal disease, ESRD),需要接受肾脏替代治疗<sup>[2]</sup>。CKD除了严重威胁人民群众生命健康外,还给国家和社会带来沉重的经济负担,预计未来10年国内维持性血液透析患者可能超过100万,而每年用于透析治疗的费用会超过1000亿<sup>[3]</sup>。雅安市第七次全国人口普查公告显示全市常住人口为134.6万,按10.8%的CKD患病率,粗略估计,雅安市CKD患者约为14.5万,目前透析人群约为1400人,每年仅透析费用就要花掉约1.56亿元,而雅安市2021年生产总值(GDP)840.56亿元<sup>[4]</sup>,约占雅安市GDP的0.18%,给国家还是患者造成了巨大的经济负担。

**关键词:**慢性肾脏病;益肾三法;辨证论治

慢性肾脏病(CKD)包括现代医学认为各种原因导致的肾脏系统的多种疾病,如各种原因的慢性肾炎、肾病综合征、慢性肾功能不全、尿毒症等<sup>[5]</sup>。CKD可分为原发性、继发性和遗传性<sup>[6]</sup>:原发性如慢性肾炎、肾病综合征等;继发性如糖尿病肾病、高血压肾病、痛风肾病、狼疮性肾炎等;遗传性如Alport综合征等。CKD目前属世界难治性疾病,其患病率高,知晓率低,病程迁延,若不能早期诊断及治疗,最终将进展为终末期肾病(end-stage renal disease, ESRD),终身需要肾脏替代治疗以维持生命。从文献记载来看,西医学早期治疗以激素、免疫抑制剂为主,但是激素和免疫抑制剂适应证较窄,有效率低,且毒副作用大。在西医标准化治疗基础上,中医药早期干预治疗CKD具有明显改善症状、延缓CKD进展的优势<sup>[7]</sup>。传统中医学对本病的认识源于“水肿、肾风、关格”等病,脏腑多涉及肺脾肾等脏。笔者认为本病根源乃脏腑功能失常所致,而又以脾肾气虚为主,久之气虚涉阳。依据中医古籍“久病必瘀”、“久病入络”、“久病及肾”学说,临床上可以通过辨病为主,辨证为辅,以益肾三法治疗慢性肾脏病。原发性肾病多以脾肾气虚、阳虚为主,治以“益肾摄精”法为主;继发性肾病因“久病入络”、“久病及肾”,以“益肾通络法”为主;对于肾功能衰竭、尿毒症以瘀血、浊毒为主,治以“益肾排毒法”为主,通过益肾三法,去繁就简,对阻止慢性肾脏病进一步发展,临床取得较好疗效。

## 1 病因病机

传统中医学对慢性肾脏病(CKD)的认识源于“水肿、肾风、关格、溺毒”等病,脏腑多涉及肺脾肾等脏。CKD的发生发展的根本原因在于本虚标实,正邪相争,正不胜邪,最终导致正虚邪实,故肾气虚是慢性肾脏病发病的根本原因。肾虚证的形成是多种因素综合形成的结果,先天禀赋不足、后天失养,抑或感受外邪、他病及肾、药毒犯肾等<sup>[8]</sup>。中医认为,肾主水,肾虚主水功能失常,表现为水液代谢运行受阻的水肿症状。如肾阳失其温阳化饮之用,肾阴失其固涩精微之功,最终导致肾脏失于蒸腾气化,不能正常开阖,水液不循常道,溢于脉外而发为水肿。CKD以肾虚为本,正如张景岳在《景岳全书·肿胀》云:“凡水肿等症,乃肺脾肾三脏相干之病,盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水惟畏土,故其制在脾。”在肾虚基础上,水湿不归正化,湿邪蕴热,久病必瘀,湿瘀热互结,浊毒内生,形成以虚、湿、浊、瘀、毒为主的病理产物又可阻遏肾气,恶性循环<sup>[9]</sup>。总而言之,笔者临床实践中根据CKD的发生发展的不同阶段、不同的分期,辩证治疗各有偏重,但是肾虚是CKD发病的主要原因,因此益肾三法应贯穿CKD治疗的始终。

## 2 益肾三法理论基础

### 2.1 益肾涩精法

《素问·六节藏象论》云:“肾者,主蛰,封藏之本,精之处也。”《格致余论·阳有余阴不足论》云:“主闭藏

者肾也”。尿蛋白作为肾脏损害早期敏感指标，其能够较好地反映肾脏损害的严重程度。祖国传统医学认为尿蛋白属于人体“精气”、“精微”或“清气”等精微物质。因此，中医理论认为尿蛋白升高的与“精气下泄”或“精微不固”、“肾不藏精”等有关。肾所藏之精，分为先天和后天之精。先天之精即禀受于父母、与生俱来的生殖之精，决定人体的体质强弱、生长发育以及生殖能力的强弱；后天之精来源于脾胃运化生成的水谷之精，经脾气散精作用以“灌四傍”，濡养五脏六腑，维持人体的正常生命活动。肾主封藏，为藏精之所，肾气由肾精所化生，通过“藏精”功能对肾精发挥封藏作用，若肾气不固，肾精封藏失司；或肾阳亏虚，失于温煦，少阴君火无力鼓动他脏，封藏固涩失司；或肾阴不足，虚火内生，下扰精室，均导致肾之精微物质“蛋白”经由尿液排出体外而形成蛋白尿。笔者认为，“蛋白”即为中医理论的精微物质，若患者尿蛋白检测高于正常值，则应考虑为脾肾之气亏虚，固摄乏力，精微不固，蛋白从尿中排泄所致，故临床中对于原发性肾脏病治疗上当予以益肾涩精、兼补脾气，从而使精微固摄，蛋白封藏不漏。这样便可避免某些无症状性蛋白尿患者临床无证可辨的尴尬局面。笔者临床上常采用“益肾涩精法”治疗原发性肾脏病，尤其以蛋白尿为主要表现者，取得明显疗效，基本方：生黄芪 30g，女贞子 15g，淮山药 30g，山茱萸 15g，石苇 20g，蝉蜕 10g，三七粉 3g 冲服，牡丹皮 15g，芡实 15g，紫苏叶 15g，金樱子 15g，青风藤 15g，白芍 20g。因原发性肾脏病早期以脾肾气虚、肾失固涩为主，故方中以黄芪为君药，补气升阳，利尿消肿，增强机体抵抗力；芡实、金樱子为“水陆二仙丹”组成，共奏补肾涩精之功，增加黄芪补气之功，山茱萸、女贞子、山药补肾涩精，石苇利尿通淋，因慢性肾脏病血瘀贯穿始终，故用三七粉、牡丹皮活血化痰，白芍养血柔肝，共为臣药；因风邪外袭为本病的始动因素，加之患者抵抗力差，易感冒，故加蝉蜕疏散风热，紫苏叶、青风藤祛风散寒预防感冒，共为佐使药，共奏益肾涩精、活血通络、祛风散寒之功。加减法：以血尿或尿检红细胞为主加用仙鹤草、生地炭、大小蓟、白茅根等清热凉血；水肿可加茯苓皮、猪苓、泽兰、车前子等利尿消肿。

## 2.2 益肾通络法

《读医随笔》中有言：“叶天士谓久病必治络，病久气血推行不利，血络之中必有瘀凝”，慢性肾脏病（CKD）

长期蛋白尿可致病程迁延，日久脏腑亏虚，推动气血乏力，而致瘀血内阻。CKD 病程漫长，鉴于“久病多虚、久病及肾、久病及络”，肾虚则血瘀，血瘀则水停，虚实夹杂，导致该病迁延难愈。吕仁和教授最早提出肾络“微型癥瘕”理论，认为西医病理中的肾小球硬化及间质纤维化，从微观辨证上均可看作“肾络癥瘕”<sup>[10]</sup>。且临床研究表明<sup>[11]</sup>，具有活血通络功效的补肾活血方能有效缓解 CKD 的蛋白尿，改善肾脏微循环、提高免疫抑制状态。“瘀血不去、新血不生、血不利则为水”，一方面瘀血会影响气血阴阳的化生，导致气、血、阴、阳亏虚，进一步加重瘀血；另一方面瘀血会导致水湿、痰浊、湿热、气滞、湿浊等病理因素的产生而阻滞脉道，加重肾络瘀阻。《读医笔记》云：“行血于补剂，其功倍捷”。总而言之，益肾通络法应贯穿在 CKD 治疗的整个过程，临床中需在益肾基本法的基础辨证加用活血通络之药物。比如，养血通络可用川芎、当归、鸡血藤等，对于气虚血瘀者为宜；温阳通络可用红花、淫羊藿、桂枝，对于养血血瘀者为宜；利水通络用益母草、泽兰、川牛膝，对于瘀水互结者为宜；理气通络用郁金、川芎、延胡索等，对于气滞血瘀者为宜。根据 CKD 疾病分期的不同，活血通络药物选择上亦有不同，疾病初期正邪相争剧烈，瘀血表现明显时可用活血逐瘀之品如桃仁、红花、土鳖虫等。CKD 进展致晚期时多气血亏虚为主，多用养血活血之品如白芍、当归、鸡血藤等，缓中补虚，逐瘀不伤正。笔者针对继发性肾脏病，多“久病多虚、久病入络”，采用“益肾通络法”在补肾益气基础上辨证加用活血通络之品，使瘀血去，新血生，扶正与祛邪同用，驱邪不伤正。“益肾通络法”基本方：生黄芪 30g，女贞子 15g，淮山药 30g，山茱萸 15g，石苇 20g，蝉蜕 10g，三七粉 3g 冲服，牡丹皮 15g，当归 15g，丹参 20g，蒲黄 15g，川芎 10g。“益肾通络法”基本方是在“益肾涩精法”方基础上去固肾涩精之芡实、金樱子，祛风散寒之紫苏叶、青风藤，去养血柔肝之白芍，加活血通络当归、川芎、丹参，化痰止血之蒲黄，加强活血通络之功。加减法：痛风加车前子、土茯苓，湿热甚可以合用四妙散，寒湿甚合用肾浊汤，痛甚加乳香、没药、延胡索、全蝎，高血压肾病加钩藤、杜仲，糖尿病肾病加水蛭、地龙等。

## 2.3 益肾排毒法

《金匱要略》云：“久病成瘀”、“水病及血”、“血不利则为水”，治之当以“去菀陈莖”。随着慢性肾脏病

(CKD)的进一步发展,脏腑功能的逐渐衰退,如脾胃气虚,脾气主升、胃主降浊,升降失司,清阳不升而浊阴不降,中焦气机运行逆乱,则常见恶心、呕吐和腹胀、纳差等毒素蓄积体内表现;脾肾亏虚,脾虚不能运化水湿,肾虚不能蒸腾气化,水液代谢运行失常,痰饮湿浊停留人体而不能通过小便及时排出体外,导致毒素蓄积,故见酸中毒、电解质代谢紊乱及血尿素氮、血肌酐升高等。乔伟等<sup>[12]</sup>认为CKD的病机为肾本亏虚,加之痰饮、湿浊、瘀毒等标实之邪久羁,与虚体互结互损,因此应当用“益肾排毒”法扶正攻邪。笔者将CKD患者“毒邪”分为痰饮、湿浊、瘀毒三类,痰饮者多伴有素体阳虚或阳气虚损日久,应责之脾肾阳虚为首,《金贵要略》中提出“病痰饮者,当以温药和之”,也说明了痰饮者多为素体脾肾阳虚或病久阴损及阳,故治宜先温补脾肾之阳,而后温化痰饮;湿浊者,湿浊之邪易弥漫三焦,导致周身气血运行不畅,应先用甘温之品固护脾土,脾气旺才足以运化湿浊之邪;瘀毒之邪是贯穿CKD患者病程之始末,也是加重肾脏损害的病理产物,祛除瘀血之毒邪时应当循序渐进,于逐瘀之中兼顾补气;CKD原发病如未及时治疗,导致体虚加重,毒邪深入,与瘀血胶着难解,加重病情,此时应益肾以化浊、化瘀以排毒。中医化浊排毒法可分利尿泄浊,使毒素从小便而出,常用五苓散、真武汤、实脾饮辨证加减化裁,可用于慢性肾脏病伴有小便量少、水肿的患者。对于排便不畅、腹胀暖气者可采用通腑泄浊之法,如三承气汤通腑泄浊,同时中病即止,以防损伤胃气。罗学文等<sup>[13]</sup>研究发现大黄通过调节CKD大鼠肠道菌群从而减少肠源性毒素水平、抑制肾间质纤维化,进而延缓肾脏病进展,说明大黄通过通腑泄浊而对肾脏有保护作用,因此临床中治疗CKD无论口服或灌肠都会用到大黄。CKD后期浊毒壅滞中焦,胃失和降,固见恶心、纳差者常用紫苏叶15g,黄连6g理气和胃、清热化浊。总结以上临床经验,笔者针对慢性肾功能不全、肾衰竭患者自拟“益肾排毒方”,基本方:生黄芪30g,女贞子15g,淮山药30g,山茱萸15g,石苇20g,蝉蜕10g,三七粉3g冲服,牡丹皮15g,熟大黄15g,玄参15g,煅牡蛎20g,肉苁蓉15g,积雪草15g。该方也是“益肾涩精法”基础上去芡实、金樱子、紫苏叶、青风藤、白芍,加肉苁蓉温补肾阳,制大黄、玄参、煅牡蛎解毒消肿、通腑泄浊。加减法:贫血加当归、鸡血藤、仙鹤草,呕甚加黄连、姜半夏、瘀重加烫水蛭、地龙,阳虚加肉桂、白附片,身痒

加紫草、白鲜皮。

### 3 验案举隅

向某,男,52岁。2023年3月7日初诊。患者因“眼睑及双下肢水肿3年,血肌酐升高1年余”就诊。患者3年前因感冒后出现眼睑及双下肢水肿,小便有泡沫,尿常规:尿蛋白(PRO)(1+~2+),24h尿蛋白定量(24UTP)约1.75g,当时肾活检病理报告:膜性肾病(I期),未予重视及服药治疗。2年前发现血肌酐(Crea)升高至138 $\mu$ mol/L,估算肾小球滤过率(eGFR)55ml/min $\cdot$ 1.73m<sup>2</sup>,24UTP 2.92g。门诊诊断为:慢性肾炎;慢性肾脏病(CKD 3a期),予以沙库巴曲缬沙坦、阿魏酸哌嗪片、肾衰宁胶囊、百灵片等药物治疗,2-3月监测一次血Crea、24UTP,Crea波动于130~150 $\mu$ mol/L,24UTP波动在0.5-1g之间。1周前患者受凉感冒后再次出现眼睑及双下肢水肿,查肝肾功能:白蛋白(Alb)30.0g/L,Crea 187 $\mu$ mol/L,eGFR 40ml/min $\cdot$ 1.73m<sup>2</sup>;24UTP 3.15g。就诊时患者面色萎黄,少气懒言,腰酸乏力,纳差,尿短赤;舌淡暗、舌体偏胖,苔边白中黄而腻,脉沉弦。患者平素易于感冒,且每次感冒后眼睑及双下肢水肿加重。西医诊断:1、慢性肾炎(膜性肾病);2、慢性肾脏病(CKD 3b期);中医诊断:水肿(脾肾气虚,湿热内蕴);治法:健脾益肾、化湿泄浊;方用自拟“益肾排毒汤”加减。处方:生黄芪30g,女贞子15g,淮山药30g,山茱萸15g,石苇20g,蝉蜕10g,三七粉3g冲服,酒大黄15g,玄参30g,煅牡蛎20g,肉苁蓉15g,土茯苓30g。14剂,两日1剂,水煎600ml,分3次服用。2023年4月5日二诊:患者眼睑及下肢水肿消失,腰酸乏力、小便短赤及纳差症状明显好转;舌淡红,舌苔薄白,脉弦细。患者湿热已除,水肿消失,前方去玄参,酒大黄减至10g,续服14剂。2023年5月3日三诊:患者诸症消失,一般情况可。复查Crea从最初的187 $\mu$ mol/L下降至132 $\mu$ mol/L,eGFR从开始的40ml/min $\cdot$ 1.73m<sup>2</sup>上升至57ml/min $\cdot$ 1.73m<sup>2</sup>,24UTP 0.53g。效不更方,后续随诊治疗均守“益肾排毒汤”加减,随后半年内,患者病情稳定,感冒次数明显减少,乏力纳差、腰膝酸软等症均明显缓解,24UTP维持在0.3g左右,Crea维持在120 $\mu$ mol/L左右。

按语:本案患者以眼睑及双下肢水肿为主要临床表现,既往病理诊断为膜性肾病1期。目前诊断为:1、慢性肾炎(膜性肾病);2、慢性肾脏病(CKD 3b期)。患者病久迁延不

愈,脾肾亏虚,加之饮食不节、劳倦过度,致脾失转输运化,肾失蒸腾气化,湿浊内蕴,泛溢肌肤,表现为水肿;湿热蕴滞,脾失固涩,肾失封藏,精微泄露,则见小便有泡沫;腰为肾之府,湿热下注蕴结于肾府和膀胱,故见腰酸、尿短赤;中焦气滞,脾失健运,故纳差、乏力;结合舌淡暗、舌体偏胖,苔边白中黄而腻,脉沉弦,乃气虚湿热蕴阻之候。病机总属脾肾气虚,湿热蕴阻。故治以健脾益肾、泄热排毒之法。方中重用生黄芪为君药补气利水,佐以山药健脾益气,山茱萸、女贞子、肉苁蓉益肾固精,蝉蜕祛风宣肺,土茯苓、石苇化湿泄浊,三七粉化瘀止血,大黄、玄参、牡蛎解毒消肿、通腑泄浊。待邪气得祛、中病既止,正气充足,气血畅通,肺、脾、肾三脏功能得以恢复,则诸症消除、指标改善。临证治疗中我们需牢抓疾病本质,兼顾邪气的偏胜,酌情加以祛风、化湿、泄浊之品,治病求本,辨证论治,方可效如桴鼓。

#### 4 体会

综上所述,慢性肾脏病无论是原发性还是继发性,其本质均属本虚标实,本虚以脾肾气虚为主,标实有湿热、瘀血、浊毒等。治当健脾益肾固其本,同时辨证予以清利湿热、活血化痰、排毒泄浊等法以治其标。本研究针对各种慢性肾脏病通过“益肾涩精”、“益肾通络”、“益肾排毒”三法辨证治疗,去繁就简,对阻止慢性肾脏病进一步发展,临床取得较好疗效。

#### 参考文献:

[1]Zhang L,Wang F,Wang L,et al. Prevalence of chronic kidney disease in China:a cross- survey.Lancet,2012,379(9818):815-822.

[2]GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global,regional, and national burden of chronic kidney disease,1990-2017:a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. Lancet, 2020, 395(10225):709-733.

[3]王霞,蒋松.国家慢性肾脏病全程管理中心(CKDMC)简介[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2020,29(5):499-500.

[4]雅安市人民政府,2021年雅安市国民经济和社会发展统计公报(2022-03-31发布).

[5]赵绍琴名家研究室.赵绍琴医学传承集[M].北京:学苑出版社,2018:375.

[6]葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:465.

[7]刘建禄,居永进,徐苏苏,等.中医治疗慢性肾脏病用药经验及体会[J].实用中医内科杂志,2021,35(5):131-134.

[8]王钢,邹燕勤,周恩超.邹云翔实用中医肾病学[M].北京:中国中医药出版社,2013:55.

[9]邹燕勤,王铀生,朱俊,等.《内经》所蕴含的中医肾病证治思路探讨[J].南京中医药大学学报,2019,35(5):513-517.

[10]王耀献,刘尚建,付天昊,等.肾络微型症痕探微[J].中医杂志,2006(4):247-249.

[11]段晓虹,董竞成,何立群,等.补肾活血方对慢性肾炎肾虚血瘀证患者蛋白尿、尿IL-6、TGF-β1及MCP-1的影响[J].中国中西医结合杂志,2011,31(6):765-768.

[12]乔伟,王丹,孙姐男.“去宛陈莖”法治疗慢性肾功能衰竭[J].中医学报,2022,37(4):705-707.

[13]罗学文,曾玉群,王仕琦,等.大黄颗粒对慢性肾脏病大鼠肠道微生态的影响[J].北京中医药大学学报,2020,43(8):668-674.

#### 作者简介:

韩存恩(1982—),男,汉族,山西忻州人,硕士研究生,雅安市中医医院肾病科,中西医结合副主任医师,研究方向:中西医结合治疗急慢性肾脏病

基金项目:雅安市科学技术局(22KJH0065)。