

李燕林治疗慢性肾功能衰竭学术经验探微

徐娟¹, 李李², 庞捷¹, 黄琳¹, 刘琳娜¹, 李燕林¹

1. 中山市中医院肾病科, 广东 中山 528400; 2. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510006

[摘要] 李燕林教授对慢性肾功能衰竭及其并发症的治疗有深入的研究, 认为湿浊内留、气虚血瘀是慢性肾功能衰竭的基本病机, 并率先提出了血液透析过程中的“急性虚证”理论, 亦对规律血液透析前后的中医证候变化进行了深入研究, 且善用经方验方化裁治疗患者, 临床疗效显著, 为慢性肾功能衰竭的防治理论体系的完善和发展提供了新思路。附上医案1则以说明李教授治疗慢性肾功能衰竭的诊疗思路。

[关键词] 慢性肾功能衰竭; 血液透析; 急性虚证; 李燕林; 名医经验

[中图分类号] R692.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2022) 18-0192-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2022.18.041

Study on LI Yanlin's Academic Experience in Treating Chronic Renal Failure

XU Juan, LI Li, PANG Jie, HUANG Lin, LIU Linna, LI Yanlin

Abstract: Prof. LI Yanlin has in-depth research on the treatment of chronic renal failure and its complications, and believes that the internal retention of damp-turbidity and qi deficiency and blood stasis are the basic pathogenesis of chronic renal failure. Prof. LI was the first to put forward the theory of “acute deficiency syndrome” during hemodialysis, and also conducted in-depth research on the changes of Chinese medicine syndromes before and after regular hemodialysis. In addition, Prof. LI was good at modifying traditional effective prescriptions to treat the patients, and achieved remarkable clinical effect, providing a new idea for the improvement and development of the theoretical system of prevention and treatment of chronic renal failure. Attached is one medical case to explain Prof. LI's diagnosis and treatment ideas for chronic renal failure.

Keywords: Chronic renal failure; Hemodialysis; Acute deficiency syndrome; LI Yanlin; Famous physician's experience

慢性肾功能衰竭是慢性肾脏病引起的肾小球滤过率下降和肾脏其他功能损害, 由此产生的代谢紊乱和临床症状组成的综合征, 是各种原发或继发肾脏疾病的最终结局。慢性肾功能衰竭可归属于中医学关格、水肿、腰痛、癃闭等范畴。目前现代医学在延缓肾功能衰竭进展方面尚无特效的治疗方法, 中医药在治疗慢性肾脏病、保护残余肾功能及延缓肾功能衰竭进程方面有独特的优势, 能根据个体情况进行辨证论治, 制定个体化的治疗方案。

李燕林教授, 现任广州中医药大学附属中山中医院肾病科主任, 博士研究生导师, 为全国第七批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 广东省名中医, 国家临床重点专科(肾病)、广东省高水平临床重点专科肾病科专科带头人。其从事中医肾病医教研工作三十余年, 师从全国名中医黄文政教授, 致力于慢性肾功能衰竭的临床研究和基础研究。笔者有幸跟随李教授出诊3年, 现将跟随李教授学习治疗慢性肾功能衰竭的心得总结如下, 以飨同道。

[收稿日期] 2021-06-30

[修回日期] 2022-06-07

[基金项目] 李燕林名中医传承工作室建设项目(粤中医办函[2020]1号); 广东省中医药局专项研究项目(20223020)

[作者简介] 徐娟(1990-), 女, 医学硕士, 医师, E-mail: xj1905@126.com。

[通信作者] 李燕林(1965-), 男, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, E-mail: li.yan.lin@126.com。

1 基于临床, 创新理论

1.1 湿浊内留、气虚血瘀是基本病机 李教授认为慢性肾功能衰竭属于本虚标实、虚实夹杂之证, 虚实错杂贯穿疾病的始终, 邪实则是造成慢性肾功能衰竭进展的根本原因。诸邪滞留体内, 蕴结于肾, 必致气机逆乱, 肾络瘀阻, 加重肾脏损害。湿浊内留、气虚血瘀是慢性肾功能衰竭的基本病机。李教授经临床观察发现, 肾功能衰竭程度越严重, 舌苔越厚腻, 同时, 神疲乏力、面色少华的虚象亦更明显, 此非纯虚证, 而为虚实夹杂之证。因此, 他认为临床上虽有治本为主或治标为主的不同治法, 但需坚持扶正祛邪、虚实兼顾、标本同治原则。基于上述理论, 李教授创制了尿毒康合剂, 它熔补泻于一炉, 扶正不留邪, 祛邪不伤正。尿毒康合剂含有红花、黄芪、大黄、丹参、地榆等药物, 具有祛湿浊、通肾络、益气健脾的功效。方中大黄可泄湿浊、逐瘀血; 慢性肾功能衰竭患者存在高凝状态, 丹参和红花相伍可通肾络、活瘀血, 从而增加肾脏的血流量, 促进尿液生成, 促使毒素从尿液中排泄^[1-2]; 地榆在此方中既能燥湿, 又能防大黄等药通降太过; 而加用黄芪一药是取其健脾益气之功效, 现代药理学研究表明该药既能提高机体免疫力, 促进蛋白质合成, 亦可改善负氮平衡, 同时还具有扩张血管, 降低血压, 改善肾脏血流动力学功能^[3]。诸药合用, 体现了攻补兼施、温润兼备的治则。李教授团队针对尿毒康合剂开展了系列临床研究, 研究结果证实该药治疗慢性肾功能衰竭可降低患者的血肌酐水平, 改善肾功能, 从而延缓终末期肾病的发展, 该药亦能保护血液透析患者的残余肾功能, 具有较好的安全性^[4-8]。

1.2 血液透析中的“急性虚证”理论 李教授在上个世纪九十年代初创新性地提出血液透析中“急性虚证”这一理论。他认为血液透析过程中出现的急性并发症如失衡综合征、初次使用综合征、呕吐、痉挛、低血压等, 病因复杂, 与液体清除过快、自主神经功能失调、周围神经血管收缩性降低等多种原因相关, 具有发病急、进展快的特征, 综合临床辨证, 上述并发症属于急性虚证范畴, 病机为超滤过多、过快等因素引起阴津丢失, 继而导致气随津脱、阴阳俱损。李教授开展的临床研究结果显示, 以急性气阴虚证最为多见, 急性阴虚证可单独存在, 而急性气虚、阳虚常伴随阴虚存在; 其中, 急

性阴虚证以肝阴虚、胃阴虚最为常见。进一步的统计结果表明, 血液透析急性气阴两虚证以心悸、头晕、乏力、汗出、脉细弱为主症; 急性阴阳两虚证以心悸、汗出、肢冷、头晕、脉弱为主症; 急性胃阴虚证以腹痛、呕吐为主症; 急性肝阴虚证以抽搐痉挛为主症。治疗方面, 以养阴益气为法, 以气生津。参麦汤由红参和麦冬组成, 红参能大补元气, 麦冬则能生津补阴, 将该方用于血液透析的急性虚证疗效确切且简便易行。临床多用参麦注射液, 其补气阴之疗效更迅速^[9]。

1.3 规律血液透析前后的中医证候学变化 李教授认为早期慢性肾功能衰竭患者的中医辨证分型多见阴虚证或气虚证, 晚期或重症患者则以阳虚衰证为主, 随着肾功能衰竭加重, 呈现出阴虚向阳虚转化的趋势, 并呈现阴阳两虚之证, 多有水、湿、浊、瘀并见的复杂病理改变。李教授团队既往临床研究数据表明, 透析前的尿毒症患者, 虚证以气阴两虚、脾肾阳虚和阴阳两虚为主, 邪实以水湿、湿浊为主。一旦进入规律血液透析阶段, 中医证候有很大转化, 肝肾阴虚、风燥的发病率提高明显^[10]。李教授用积分的形式进行量化后, 发现进入规律血液透析阶段后, 虚证积分、实证积分和总积分均降低, 但邪实积分的下降幅度大于虚证, 这可能与透析主要清除水湿浊毒, 而对本虚的改善不如邪实有关, 同时, 无论血液透析频率多少, 虚证积分都高于邪实积分, 并且, 随着透析频次的减少, 虚象表现更为明显^[10]。这与此前李教授在研究血液透析过程中认为急性并发症以虚证为特征的观点^[9]相吻合。李教授深入研究发现, 透析充分的患者以阴虚风燥证为主, 证候较轻; 而透析不充分者, 以虚实并重为主, 可表现为脾肾阳虚、脾肾气虚或阴阳两虚之证, 并且阴阳两虚证在每周仅透析1次的人群中最为常见, 同时多伴有水湿泛滥等证候表现。随着每周透析频次的增加, 临床症状表现亦渐轻。同等透析频率的患者, 虚证积分高于实证积分, 说明透析阶段仍以虚象为主^[10]。李教授认为其机理可能是充分透析后, 水湿浊毒得以充分清除; 透析不充分者, 不仅邪实未去, 更伤正气, 致成虚实并重之象。

2 挖掘经典, 分型论治

慢性肾功能衰竭出现水肿症状, 归属于中医学水肿范畴。李教授主张肾系水肿病分型论治, 认为水肿病因不外乎内因、外因, 其外者, 多为风寒、

风热侵袭肺卫；其内者，以肾脏虚损为主。其擅长挖掘中医经典名方，治疗水肿病证疗效显著。《医宗金鉴》记载：“（小青龙汤）用于杂病之肤胀水肿症，以发汗而利水。”《伤寒论》有言：“少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气。其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之。”据此，李教授认为风寒袭肺，母子并病，阳虚水泛，可予小青龙汤合真武汤加减。《伤寒论》记载：“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈。若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之。”《温病条辨·上焦篇》有云：“太阴风温、温热、温疫、冬温，初起恶风寒者，桂枝汤主之；但热不恶寒而渴者，辛凉平剂银翘散主之。”风热袭肺，母子并病，肾水逆滥，可予五苓散加银翘散。《金匮要略》记载：“虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者，八味肾气丸主之。”李教授主张肾阴虚证者，肾气丸去桂枝、附子；肾阳虚者，以真武汤为主方。上述诸证若夹湿浊，则加苍术、藿香之品芳香化湿；若兼血热，加用知母、牡丹皮之品清热凉血；若兼血瘀，加用鸡血藤、川芎之品活血化瘀通络。李教授主张治肾总则，既要注意疏通肾中脉络，又要留意护养肾中阴根阳基，通络护肾。

3 顾本虑标，防治并发症

李教授提出慢性肾功能衰竭的治疗基于“治病必求于本”的经旨，以顾本虑标，标本同治或权宜从治为法。慢性肾功能衰竭为本虚标实之证，本虚指脾肾阴阳的偏虚，湿、浊、痰、瘀为标实。肾功能衰竭早期，正气虽弱，尚能御邪；病至中晚期，正虚与邪实并重。该病病机错综复杂，脾胃气机升降失常是其发病的重要环节。人体的水液代谢主要靠肺、脾、肾三脏功能和三焦气化运化水湿之功。脾升胃降，中焦乃气机升降之枢纽，其他脏腑功能的发挥，必须借助中焦正常运行来实现。治疗须祛邪不伤正，扶正不碍邪。久病之人脾胃虚弱，而补肾益气之品又有滋腻壅滞之弊，若单纯补益，则更伤脾胃，致纳呆而运迟。李教授临床运用和中降浊汤治疗慢性肾功能衰竭有较好的临床疗效，方中用生三七、生蒲黄为主药凉血止血、活血化瘀；佐以生地黄、藕节炭、旱莲草、白茅根清热生津、凉血止血；赤芍、牡丹皮清热凉血，兼以化瘀；丹参、

郁金、川芎活血行气化瘀；怀牛膝、茺蔚子活血利水，引瘀血下行。诸药合用，共奏止血不留瘀，活血不破血之功效^[11]。

慢性肾功能衰竭患者常有多种并发症，如皮肤瘙痒、失眠、头晕等。李教授强调辨证论治在并发症治疗中的重要地位。慢性肾功能衰竭患者并发皮肤瘙痒，在辨证论治的基础上，风邪甚者，加用地肤子、防风、荆芥之品祛风止痒；血热甚者，可加生地黄、玄参、茜草、牡丹皮清热凉血；病久入络者，可酌情加用僵蚕、蝉蜕等虫类药物搜风通络。并发失眠，可按阴虚证和阳虚证论治。阴虚证者，以黄连阿胶汤为基础方，邪正兼顾，以奏滋阴降火、交通心肾之功；阳虚证者，以肾气丸为基础方，温肾阳，潜虚阳；热盛者，可加用黄连、黄芩、栀子清心泄热；兼痰者，加用半夏、陈皮、竹茹化痰降逆；兼气虚者，加用人参、白术、黄芪益气健脾。并发头晕的治疗，以补虚泄实，调整阴阳为原则。实证者，以清热、潜阳、化痰、逐瘀为法，辨证使用龙胆泻肝汤、天麻钩藤饮、半夏白术天麻汤、通窍活血汤等方；虚证者，辨其气血阴阳虚衰，予归脾汤、左归丸、右归丸之类补虚止眩。此外，李教授擅长使用中药结合血液透析滤过治疗尿毒症并发急性胰腺炎，以通下行气、祛湿解毒、益气化瘀为法，予丹参、黄芪、柴胡各 15 g，白芍 12 g，地榆、木香、红花各 10 g，生大黄 5 g；便秘甚，大黄加至 10 g，芒硝 10 g；大便黏而不爽、苔黄厚腻，湿热重者，加用藿香、佩兰各 10 g，黄连 5 g。临床研究结果证实上方联合血液透析滤过治疗急性胰腺炎，能更快缓解患者的腹痛、腹胀、呕吐、大便不通等症状，降低血淀粉酶、脂肪酶、炎症因子等实验室指标^[12]。

4 病案举例

梁某，男，72岁，2020年9月1日初诊。主诉：乏力、纳差伴双下肢水肿1周余。现病史：患者半个月前因“排尿困难”于广州中医药大学附属中山中医院泌尿外科住院，诊断：慢性肾脏病5期；尿潴留；泌尿系感染。行膀胱穿刺造瘘留置尿管，抗感染治疗后病情好转。1周前患者无明显诱因出现乏力，纳差，双下肢水肿，面色欠红润，双侧下肢轻度水肿，无气促，无胸闷，无发热，无怕冷，无腹痛腹泻，睡眠质量一般，大便1~2天

一行,舌淡红、苔薄白,脉沉细。辅助检查:尿素氮 24.8 mmol/L,肌酐 533 μ mol/L。诊断:慢性肾脏病 5 期;中医辨证:脾肾气虚证,治法:益气健脾,滋肾利水。拟四君子汤加减,处方:茯苓、车前子、玉米须各 15 g,党参、白术、生地黄、黄芪、荔枝核、川芎各 10 g。以 800 mL 水煮取 150 mL,每天温服 1 次,共 14 剂。

二诊(9月29日):患者精神较前改善,乏力减轻,双下肢水肿基本消退,胃纳明显好转,眠尚可,大便可,日行 1~2 次,舌淡红、苔薄白,脉细。复查生化指标:尿素氮 26.5 mmol/L,肌酐 464 μ mol/L。考虑患者水肿基本消退,前方去玉米须,再服 14 剂。

三诊(10月27日):患者精神佳,无明显乏力,无双下肢水肿,纳、眠尚可,大便可,舌淡红、苔薄白,脉细。复查生化指标:尿素氮 29.8 mmol/L,肌酐 434 μ mol/L,续服前方。

后以三诊方为基础方治疗半年余,2021 年 5 月复诊,复查尿素氮 25.4 mmol/L,肌酐 426 μ mol/L。患者的肾功能指标相对稳定,精神可,无明显乏力不适,无再发双下肢水肿,纳、眠尚可,大便正常。

按:《素问·太阴阳明论》载“四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾,乃得禀也”。脾气健运,水谷精气充盛,阳气壮旺,四肢得到温养则强劲有力,反之,如果脾气虚弱,失其健运,清阳不升,营养缺乏,则见乏力、纳差。患者初诊时有乏力、纳差、双下肢水肿,考虑其年老体虚,肾气亏虚,水液运化失常,故见乏力、纳差、下肢水肿,拟四君子汤加减益气健脾,行气利水。方中党参、黄芪、白术共奏益气健脾之效;生地黄滋养肾水而不壅滞;茯苓、玉米须、车前子利水化湿以消肿;荔枝核擅行气散结,川芎为血中之气药,既能活血又能行气,加用二者可增强行气活血之功效,疏通肾络。诸药合用,“水”得充实而又能运化,补中有泻,补而不腻。二诊时,患者复查肌酐较前下降,双下肢水肿基本消退,胃纳明显好转,故去玉米须减少利水之力,以防伤阴太过。三诊时,患者精神佳,无明显乏力,无水肿,正气得以恢复,故效不更方,以巩固疗效。此后以该方为基础方调理半年余,无再发双下肢水肿,肌酐值相对稳定,精神可,病情稳定。

本案体现了李教授治疗慢性肾功能衰竭以祛湿通络、益气健脾为法,重视补中焦之气、行气利水的思路,以及注重扶正祛邪、标本兼治的治疗原则,在辨证论治的基础上遣方用药,取得了良效。

5 小结

李教授对慢性肾功能衰竭及其并发症的治疗有深入的研究,认为湿浊内留、气虚血瘀是慢性肾功能衰竭的基本病机,并率先提出了血液透析过程中的“急性虚证”理论,对规律血液透析前后的中医证候变化进行了深入研究,且善用经方验方化裁治疗患者,临床疗效显著,为慢性肾功能衰竭的防治理论体系的完善和发展提供了新思路,其经验值得进一步推广。

【参考文献】

- [1] 周彬,张珍,朱海夫,等.红花注射液对 2 型糖尿病大鼠肾功能的影响[J].中国临床药理学杂志,2020,36(18):2814-2816.
- [2] 于涵,余海源,牟爱敏.丹参对糖尿病肾病保护机制的研究进展[J].世界中医药,2021,16(7):1161-1165.
- [3] 徐进,蒋春波.中药黄芪治肾病“机理”说[J].陕西中医药大学学报,2022,45(2):127-131.
- [4] 李李,李燕林.尿毒康合剂保留灌肠治疗慢性肾衰竭临床研究[J].时珍国医国药,2017,28(6):1375-1377.
- [5] 李燕林,安海文,凌小浩,等.中药尿毒康对急性肾小管坏死初发期保护作用的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2008,15(4):216-218.
- [6] 李燕林,何训昌,缪灿铭.慢肾康延缓慢性肾衰竭的远期疗效临床研究[J].中国中西医结合肾病杂志,2002,3(3):163.
- [7] 李燕林,杨楠,林凯旋.中药“慢肾康”对血液透析患者残余肾功能的保护作用观察[J].中国中西医结合急救杂志,1999,6(12):564-565.
- [8] 李燕林,林凯旋,何训昌,等.慢肾康治疗慢性肾功能衰竭 50 例[J].新中医,1999,31(11):24-25.
- [9] 李燕林,何训昌,缪灿铭,等.血液透析中急性虚证的证候学分析及临床研究[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(5):294-296.
- [10] 李燕林,赖海标,黄振炎,等.尿毒症规律血液透析阶段的中医证候学特点[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11(6):333-335.
- [11] 李燕林,黄琳,李锦山,等.和中降浊汤治疗慢性肾功能衰竭临床研究[J].辽宁中医杂志,2012,39(10):2011-2012.
- [12] 李李,李燕林.中药结合血液透析滤过治疗尿毒症并发急性胰腺炎的临床观察[J].中国中西医结合急救杂志,2016,23(4):382-385.

(责任编辑:吴凌)