

· 名医精华 ·

阮诗玮从浊辨治慢性肾脏病经验*

詹月柔^{1,2} 阮诗玮^{1,2} 吴美琴^{1,2} 丘余良^{1,2▲}

摘要 阮诗玮教授通过对“浊”及其与慢性肾脏病关系的认识,并根据天人合一思想,结合不同体质、时令气候,综合判断浊邪的病因病机、病性、类型、病势、病位,提出“浊之六辨”理论,并运用该理论辨治慢性肾脏病。文中对其经验进行总结,以期为中医治疗慢性肾脏病提供新思路。

关键词 浊;慢性肾脏病;阮诗玮;名医经验

慢性肾脏病(Chronic kidney disease, CKD)是指肾脏结构或功能异常持续超过3个月,并对健康产生不良影响。其诊断标准不仅仅是肾小球滤过率(glomerular filtration rate, GFR)下降和(或)白蛋白肌酐比值(albuminurine creatinine ratio, ACR)升高,还包括尿沉渣异常、因肾小管疾病引起的电解质或其他代谢紊乱、组织学检测发现的异常以及影像学检查显示的结构性病变等。随着年龄增长, GFR呈生理性下降趋势,因此老年人是肾功能快速减退的高危人群,研究表明,60岁以上人群中CKD患病率高达19.85%^[1]。CKD已成为全球公共卫生领域的重要问题,因此,优化其治疗和管理对于控制疾病进展、减少终末期肾脏病的发生尤为重要^[2]。CKD病程冗长、病情复杂,在中医学中属“水肿”“癃闭”“腰痛”“虚劳”“关格”等范畴。

阮诗玮教授(以下尊称为“阮师”)是国家临床重点专科(中医专业)肾病科学术带头人,福建省闽山中医肾病学术流派创始人,第二届福建省名中医,以及第六、七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。阮师在四十余载的从医生涯中,博采中西医之长,尤其擅长肾脏疾病的诊治,积累了丰富的临床经验。阮师认为,CKD发病之本质为本虚标实,多为素体禀赋不足,或是外感内伤损于机体,脏腑功能亏损,水湿痰瘀浊邪结聚体内所致,其中,“浊”为其关键因素。其结合慢性肾脏病本虚标实的特点及浊邪致病规律,创立了“浊之六辨”理论,并以祛除浊邪,兼以补

虚之法治疗CKD,疗效显著。笔者有幸随师侍诊,谨撰文阐述其学术观点,尚祈指正。

1 “浊”之概念

“浊”在《辞海》中释义有三:浑浊,与清相对;混乱;星官名^[3]。《黄帝内经》中多处论述“浊”,如《素问·阴阳应象大论》谓“清阳出上窍,浊阴出下窍……清阳实四肢,浊阴归六腑”,指出浊既可为水谷精微的浓稠部分,又可为人体代谢产生的糟粕;《素问·经脉别论》曰“食气入胃,浊气归心,淫精于脉”,指出饮食化生水谷精微的浓稠部分为浊;《灵枢·小针解》谓“浊气在中者,言水谷皆入于胃,其精气上注于肺,浊溜于肠胃”,其中的“浊”意指人体代谢产生的糟粕^[4]。阮师归纳后认为,中医所指“浊”可分为生理性之浊与病理性之浊。其中,生理性之浊是指性质稠厚、能濡养脏腑的精微物质,或机体代谢中正常产生的排泄物;病理性之浊指机体产生的精微物质过剩或是机体代谢过程出现异常而产生的病理产物,如水饮、痰湿、瘀血、结晶、结石等,亦包括异常的排泄物。

2 “浊”与CKD的关系

现代医家对CKD的发病机理有不同见解。国医大师张琪教授指出,其主要病机为“脾肾两虚,湿浊瘀血滞留”,治疗应以补益脾肾扶助正气为主,辅以通腑泄浊以除邪^[5]。张大宁教授则认为,该病病位在肾,与脾胃关系密切,病机以肾气衰败、肾虚血瘀为本,湿浊内阻、浊毒犯逆为标,并强调“虚、瘀、湿、浊”相互夹杂并逐渐加重是病情恶化的根本原因^[6]。

正所谓“正气存内,邪不可干”以及“邪之所凑,其气必虚”,阮师结合多年临证经验,认为CKD之病机总属本虚标实,本虚主要指脏腑功能不足,其中以肾元

*基金项目 国家中医药管理局全国名老中医药专家阮诗玮传承工作室建设项目[No. 国中医药人教函(2022)75号]

▲通信作者 丘余良,男,主任医师,教授,硕士研究生导师。研究方向:肾脏病的中西医临床研究。E-mail: 748778837@qq.com

•作者单位 1. 福建中医药大学附属人民医院(福建 福州 350004); 2. 福建中医药大学(福建 福州 350122)

亏虚为关键;标实主要指病理性之浊,即各种病理产物(如水湿、痰饮、湿热、瘀血等)郁久蓄积,化生浊邪,留存体内而成。浊邪既为发病过程中产生的病理产物,亦为加重病情的关键因素,倘若浊邪不去,则肾元难复,故阮师提出祛除浊邪为治疗肾脏疾病的关键,并创立“浊之六辨”理论,以期提高临床疗效。

3 “浊之六辨”及其临证运用

浊之六辨,即辨浊之“机、性、类、势、位、治”。该理论有助于临床中更好地明确CKD的病因病机、病性、病势、病位,抓住主要矛盾,权衡正邪偏颇,纠正逆挽偏,以使机体达阴平阳秘之态。

3.1 辨浊之机 辨浊之机即搞清楚浊邪产生的病因病机。阮师认为,浊邪的基本病机为六淫外袭、七情内伤、饮食失调、劳逸失度等导致脏腑功能失调或素体脏腑功能不足,清气不升,浊气不降,浊不归位,故人体内正常精微物质过度积聚以及化生的异常病理性产物排出失畅,滞留于体内,从而内生浊邪。此为阴阳斗争,阴阳失衡的结果,故浊邪产生的病因病机可分为正虚生浊、邪实生浊。

3.1.1 正虚生浊 正虚生浊主要指素体虚弱,脏腑功能失用,病理产物积聚,浊邪内生。心主血脉,若心气不足,无力推动血液在脉道中运行而成瘀,或心气亏虚,不能充盈血脉,脉道不利而成瘀,而血瘀郁久则成瘀浊;肝主疏泄,以气为用,若是肝气虚弱,疏泄不及,因虚郁滞,气滞血瘀,亦可生瘀浊;水湿痰饮的产生多责之于肺、脾、肾三脏,《素问·水热穴论》曰“肾者,至阴也,至阴者,盛水也;肺者,太阴也,少阴者,冬脉也。故其本在肾,其末在肺,皆积水也”,若肺失通调、脾失健运、肾失蒸腾,气化失司,则易生痰浊、湿浊,正所谓“肺为贮痰之器,脾为生痰之源,肾为生痰之本”。此外,肝藏血、肾藏精,乙癸同源,相互依存,若肝阴、肝血不足,虚热内生,子病及母,损及肾阴,燥热内扰,亦可导致燥浊、热浊生成;脾主升清,肾主气化,分清泌浊,若脾肾气虚,脾不统血,或脾虚气陷,清阳不升,肾气亏虚,失于固摄,精微漏泄,可见血浊、尿浊。

3.1.2 邪实生浊 外感内伤均可致脏腑功能失调,清气不升,浊气不降,且外邪易与浊邪相兼,此为邪实生浊。如风为百病之长,易与其他病邪合而伤人,如风寒、风热、风湿、风燥等,且风性开泄,易袭阳位,肺为娇脏,易感六淫之邪,故易导致寒浊、热浊、湿浊、燥浊犯肺;暑为阳邪,其性炎热,若致心火亢盛,下移小

肠,热迫膀胱,气化失司,易致淋浊、热浊;暑性升散,易伤津耗气,而致阴虚内热,郁久易生燥浊、热浊;暑多挟湿,湿邪易阻遏气机,使中焦气机升降失常,脾失健运,湿浊内生;湿浊下注可见尿浊。

《素问·举痛论》云“余知百病生于气也。怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,寒则气收,炅则气泄,惊则气乱,劳则气耗,思则气结”,由此可知疾病多由情志性气机失调所致,七情内伤,气机失调,脏腑功能紊乱,从而产生浊邪。此外,饮食失调,可致脾胃运化失常,湿浊渐生。

3.2 辨浊之性 浊之性包括浊的性质及致病特性。浊邪本为阴阳斗争的产物,其根据正气盛衰,以及体质、时令、运气的不同,可分为寒、热、暑、湿、痰、瘀、燥、毒等不同性质。浊的致病特性可分为基本特性与兼夹特性,其中,基本特性即浊邪本身具有的致病特性,包括隐匿性、黏滞性、广泛性;兼夹特性指根据浊邪与其他病理产物相合,兼具其病理产物的致病特性。

3.2.1 浊之性质 《素问·阴阳应象大论》云:“寒气生浊,热气生清。”寒气生浊,乃因阴寒偏盛或阳气不足,致阳气失于温煦和推动,从而引发津液运行障碍、气机升降失调,形成痰、湿、瘀等浊阴之邪^[7]。此即明确了浊邪属阴的性质,但其若郁久可化热化燥,演变为湿热、痰热、燥毒等邪。阮师强调临证治疗首重阴阳,正如《素问·阴阳应象大论》所言“善诊者,察色按脉,先别阴阳”,依据体质、时令、地域差异,结合“六看诊疗模式”^[8]审因论治,精准施策。

福州地处东南沿海,气候常多湿多热,因此,生活于福州之人易形成湿热体质,每逢少阴君火、少阳相火、太阴湿土则更易加重湿热内蕴,化生湿浊、热浊,常见脘腹胀满,肢体困重,心烦失眠,小便淋浊,舌红苔黄腻,脉濡数;迟冷质者素体脾肾阳虚,津液输布失常,水湿痰饮内生,形成寒浊、湿浊、痰浊之邪,常可见神疲形寒,四肢不温,全身浮肿,腰以下尤甚,舌淡苔白滑,脉沉弱;晦涩质者多因肝郁气滞或气虚血瘀,形成瘀浊,常见疼痛固定不移,时刺痛,时痛引腰背,或伴血尿,舌紫暗有瘀点,脉涩;燥红质者因阴虚化热,伤津耗液,易生燥性之浊,炼液为痰,常见咳嗽咳痰,痰黏难咳,潮热盗汗,五心烦热,舌红苔少质润,脉细数。CKD患者体质属腻滞质、晦涩质、燥红质者,更容易浊自内生。浊邪日久化热化燥,形成浊毒,湿与浊同源,毒为热之甚,浊毒相合,具有黏滞、火热、顽固之性^[9],严重损害机体脏腑、气血、经络、形体官窍,病情

危重而迅猛。

3.2.2 浊之致病特性 浊的基本特性主要包括隐匿性、黏滞性、广泛性。隐匿性即浊邪起病隐匿,发病缓慢,常反复发作,起初多无症状,多由检验异常(如糖浊、脂浊、尿酸浊等)而被发现,日久渐积成病,成有形者,视而可见,触之可及;黏滞性即浊邪黏滞,易阻滞气机,气机升降出入失常,津液输布失常,产生痰湿水饮等病理产物,重着难祛,涩滞难除;浊邪致病弥漫广泛,外可达四肢百骸,内可达五脏六腑,日久损害脏腑经络,影响脏络功能。

浊邪与其他邪气结合后,表现出不同致病特性。例如,浊与痰邪相合时,易阻碍气血运行,影响水液代谢,易蒙蔽心神;与瘀邪相合时,则会影响血脉畅通,妨碍新血生成,导致病位固定;与寒邪相合时,容易使气血凝结,阻滞气血运行,损伤阳气;与热邪相合时,则容易耗气伤津,扰乱心神,热盛迫血;与燥邪相合时,则可耗伤津液,损伤肺脏。湿邪与浊邪致病特性相似,湿邪常与浊邪同源,二者均具有阻滞气机、重浊黏滞以及隐匿性发病的特性。

3.3 辨浊之类 浊邪的病因病机、致病特性复杂多样,从而导致浊的种类繁杂,因此,对于浊的分类进行梳理有助于大家更加深入地了解浊的产生机制,抓住关键,辨证施治,因机立法,遣方用药。

根据不同形态,浊可分为气态、液态、固态,其中,气态如浊气,液态如血浊、湿浊、痰浊、浊液、浊涕,固态如晶体、结石、瘀血等。从西医角度的检验微观学分类,浊可分为糖浊、脂浊、蛋白浊、尿酸浊、微量元素浊和血栓血块等。阮师临证治疗CKD最常根据病理产物分类,如痰浊、湿浊、瘀浊、浊毒、尿浊、淋浊等。其中尿浊主要病机为湿热下注,清浊相混,或是脾肾亏虚,脾虚中气下陷,肾虚固摄无权,封藏失职,精微下泄成浊。尿浊发病初期以标实为主,属湿热下注,气阴亏虚之证为多,常见尿色黄而浑浊,大便黏腻,肛门灼热,舌红苔黄腻,脉濡数,对于此,阮师常予清心莲子饮以清热利浊,益气养阴;发病中后期,本虚尤甚,以脾肾亏虚,浊毒内蕴为主,常见尿中泡沫增多,神疲乏力,腹胀便溏,腰膝酸软,舌质淡胖,苔白滑腻,对于此,阮师常予益肾降浊汤以补脾益肾,降浊祛瘀。淋浊之证常见于淋证后期,以脾肾亏虚、阴虚火旺、阴阳两虚之证为多。其中,证属脾肾亏虚者,以排便涩痛,尿色浑浊,如膏如脂,面色无华,少气懒言,腰膝酸软,舌淡苔薄白为主症,常用膏淋汤补脾益肾,收涩化浊;证属阴虚火旺者,多以小便频数,淋漓涩痛,尿色

黄赤浑浊,手心烦热,口舌干燥,舌红少苔,脉细为主症,可予知柏地黄丸以滋阴益肾,清热化浊;证属阴损及阳,阴阳两虚者,常见小便浑浊,淋漓涩痛,疲倦乏力,头晕耳鸣,夜尿频多,手足欠温或五心烦热,舌淡或红苔薄白,脉沉细,可用二仙汤补益肾精,温肾助阳,滋阴泄浊。

3.4 辨浊之势 辨浊之势即辨浊邪致病之病势缓急。中医学认为,疾病由正邪相争、阴阳失衡引起,病势反映阴阳的盛衰及正邪抗争的激烈程度,其缓急取决于正邪强弱、病邪性质和体质差异。《素问·标本病传论》提出了“急则治其标”“缓则治其本”“标本同治”的治疗原则,因此判断病势对治疗至关重要。病势缓者可用缓和、轻灵之药;病势急者需采用专精峻烈之品截断扭转,以防传变。临床中需根据病势缓急,采用中医或中西医结合并治,可转危为安。

浊为阴邪,起病隐匿,发病缓慢,初期多无明显症状;浊邪阻碍气机,气血津液输布失常,水湿痰饮瘀毒渐生,郁而化热,病程日久,正气渐衰,浊毒深居,内伏肾络,浊毒侵入机体络脉系统,损害脏腑,病情危重。CKD初期可能无明显不适,或仅有乏力、腰酸、夜尿增多等症;病程延长后,浊邪内蕴化热成毒,损害脏腑,故后期可见尿毒症毒素蓄积、急性左心衰竭、肺水肿、消化道出血、尿毒症脑病等危候。如心气亏虚、肺失宣肃、脾失运转、肾失温化,水湿痰浊积聚,浊饮上凌心肺,通调水道职能失司,表现为张口抬肩,呼吸困难,全身浮肿等症,可先用葶苈大枣泻肺汤泻肺平喘,攻逐浊邪,待症状好转后,改用全真一气汤以纳肾健脾,交通心肾,调和脏腑,防止浊饮再次内生,即所谓“若五脏元真通畅,人即安和”;或即投入全真一气汤合葶苈大枣泻肺汤,扶正祛邪并举,可获佳效。

CKD后期尿毒症毒素蓄积,“浊邪害清”,浊毒攻冲上焦头窍,见谵妄、神昏;浊毒损及胃络,见吐血、便血;浊毒浸灼下焦,烁阴竭阳,气化不能,可见癃闭、关格,对此阮师自拟滋肾通关汤(包含桂枝、黄柏、知母、通草、甘草等药)治之。湿邪酿浊上蒙,泌别失职者,见神昏呕逆、癃闭等,应先芳香开窍,急予苏合香丸、玉枢丹化浊开窍;浊邪郁久成瘀,化热生毒,浊毒热盛,损及胃络,血不循经,见吐血、便血,必先止血,予泻心汤合十灰散清热泻火解毒,化瘀泻浊止血;CKD兼阳明腑实,浊热内盛,化燥伤津,应急下存阴,予大承气汤泻下浊邪实热,保存阴液,截断扭转,避免痉厥变证的发生。

3.5 辨浊之位 辨别浊邪的位置对于治疗疾病至关

重要。浊邪弥散侵袭周身,可类比“小虫”在体内游走,引发各种疾病,表现多样,病情复杂,可谓“百病皆由浊作祟”。《素问·阴阳应象大论》在确立治则时提出“其高者,因而越之;其下者,引而竭之”,说明了明确病位的重要性,因此,治疗中需准确辨别浊邪所在病位,以便因势利导,祛除浊邪。

CKD病程迁延,病机繁杂,病位不仅局限于下焦肾脏,常涉及多个脏腑,三焦均可受累,故在临床诊治中应做到“不拘于肾病,又不忘肾病”。CKD病机总属本虚标实,以肾元亏虚为核心,浊邪为标实。浊邪既是病理产物,也是加重肾功能恶化的因素。病初元气尚充,浊邪尚未深入;久病元气渐亏,浊邪入络入血,深入下焦,伏于肾络,致元气大亏,浊邪与其他病理产物相结合,病情缠绵难愈。浊邪所致疾病,病位有脏腑经络、肢体官窍、三焦四层(阮师将“卫气营血”称为“四层”)之分,临床中常可采用不同辨证法,根据所在病位祛除浊邪。

3.5.1 脏腑辨证 浊邪可导致脏腑功能失调,而脏腑功能异常又可加重浊邪蓄积,两者互为因果,形成恶性循环。痰瘀浊毒痹阻心脉,常见心悸怔忡、胸痛憋闷,可用瓜蒌薤白桂枝汤、瓜蒌薤白白酒汤;痰浊上蒙脑窍,损及脑络,常表现为神志错乱、痴呆、昏迷,可用苏合香丸、玉枢丹、安宫牛黄丸;瘀浊阻滞脑络,常见头晕、头痛如针刺等,可用清震汤;痰浊阻肺,肺失宣降,常见咳嗽痰鸣、呼吸气粗、胸闷气短以及水湿痰浊俱盛之象,可用小青龙汤;浊多滞气,气机不畅,肝失条达,肝郁气滞,可见情志抑郁、善太息、胁肋胀痛、暖气等症,可用四逆散加茵陈;浊邪郁久化热,耗伤肝阴,易见眩晕、目涩等不适,可用龙胆泻肝汤;痰湿瘀浊毒渐聚,损及肾络,肾失开阖,致水肿、血尿、蛋白尿,可用五苓散合清心莲子饮;湿热痰浊蕴结膀胱,气化不利,致尿频、尿急、灼涩疼痛,可用八正散加减。

3.5.2 六经辨证 浊郁太阳,湿浊内蓄膀胱,州都气化不利,兼有表证未除,症见小便不利,少腹硬满,渴欲饮水,饮不解渴,甚则饮入即吐,可予五苓散以通阳化气泄浊,兼以解表散寒;瘀浊热邪互结下焦,症见少腹硬满,其人如狂,小便自利,可予抵当汤以破血逐瘀,清热泄浊;浊郁阳明,阳明腑实,浊邪内盛,燥屎内结,症见大便硬结难解,或热结旁流,腹胀满痛,烦躁潮热,可予大承气汤以峻下燥结,荡涤热浊;浊郁少阳,枢机不利,症见胸胁苦满,心烦喜呕,口苦,咽干,目眩,可予小柴胡汤以和解少阳,泄浊调枢(若大便秘结,则改用大柴胡汤);浊郁太阴,脾阳不振,湿浊中

阻,肝胆失疏,症见身目发黄,黄色晦暗,畏寒肢冷,脘腹痞满,可予理中汤加茵陈以温中除湿,泄浊退黄(若舌红苔黄,大便秘结,则改用茵陈蒿汤;若身不黄,脘痞,苔腻,此乃脾胃湿浊阻滞,则改用一加减正气散);浊郁少阴,肾阳虚衰,湿浊水泛,症见腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,可予真武汤以温补肾阳,化气泄浊;浊郁厥阴,肝寒犯胃,浊阴上逆,症见干呕吐涎沫,头痛,可予吴茱萸汤以暖肝温胃,散寒降浊。

3.5.3 肢体官窍辨证 浊邪害清,易上蒙清窍,而其性属阴,重浊趋下,故其致病,上可达头面清窍,下可至四肢末节,致病广泛,故临床中可根据肢体官窍进行辨证。浊邪上扰清窍,可致鼻塞、流涕、耳鸣、耳聋,可用苍耳子散;瘀浊损及眼络,可见视物不明、头眼昏花,可用通窍活血汤去姜葱麝香,加茺蔚子、决明子等;湿浊下注关节,可导致关节疼痛,而痰湿瘀浊损及下肢血脉,易致肢体麻木疼痛,甚则溃烂流脓,可酌用四妙勇安汤或阳和汤等,此多见于糖尿病并发症。

3.5.4 三焦辨证 《医学入门》云:“肾病宜调和三焦。”三焦的始动力源于肾,肾精充足则三焦通畅,精微布散;肾精不足则三焦壅滞,浊毒蓄积,故肾病与三焦关系密切。因此基于“三焦辨证”理论体系分治,有助于进一步指导CKD的临床实践^[10]。

CKD浊滞上焦者,痰、湿浊壅肺,肺失宣降,症见咳嗽、气喘等,甚至浮肿。对于此,阮师常予上焦宣痹汤或麻黄连翘赤小豆汤轻宣肺郁,理气化湿,使浊邪从上部、肌肤汗孔而出,并调节全身津液运行,利尿消肿,正如《医学源流论》所言:“开上源以利下流。”若湿浊化热,消灼阴液,阴虚内热,表湿未除,则予甘露饮养阴清热,宣肺利湿。

CKD浊滞中焦者,湿浊郁滞中焦,脾胃运化失常,可予六和汤、加减正气散健脾化湿泄浊,或三仁汤分消走泄化浊,或雷氏芳香化浊法以芳香化浊,燥湿运脾;脾胃虚弱,湿浊渐生,浊阴不降,清气不升,可予参苓白术散健脾化湿,或升阳益胃汤升清化浊;湿浊阻滞肠道,肠腑传导失司,可予宣清导浊汤宣通气机,清化湿浊;元气亏虚,湿浊内蕴者,可予李氏清暑益气汤补益元气,升阳除湿,泄浊通络。

CKD浊滞中下焦,瘀血浊毒蓄积深伏者,可予草薢分清饮温肾利湿,分清化浊;脾肾气虚,浊毒瘀滞者,可予益肾降浊汤健脾益肾,降浊祛瘀;阴虚火旺,浊瘀化热者,可予益肾清浊汤益气养阴,清热利湿,泄浊化瘀;瘀浊内阻,损及肾络,肾失开阖,阴阳两虚,出现癃闭,可予滋肾通关丸加减以滋肾清热,化浊通关。

此外,病至下焦,常累及肾元,治疗上应注意兼以扶正:肾阴不足者,可用六味地黄丸滋阴补肾,固本培元;肝肾阴虚,肝气郁滞者,可予一贯煎滋阴疏肝;阴损及阳者,可予二仙汤、地黄饮子阴阳双补。

3.5.5 “卫气营血”四层辨证 “卫气营血”四层辨证体系由叶天士创立,指导后世医家对外感温热类疾病的治疗。阮师常运用此辨证方法判断CKD的病位深浅、病情轻重。

若湿浊犯卫表、气分,症见身体沉重、身热不扬、咳嗽咳痰,可予上焦宣痹汤或麻黄连翘赤小豆汤轻宣肺郁,理气化浊,以宣通气机,通调水道,消除浊邪;若湿浊郁久化热,湿热瘀浊内阻,易见腹痛、关节肿痛,可予中焦宣痹汤清热利湿,化浊通痹;若浊邪由气入营,热盛营伤,多见身热夜甚、烦躁不安、斑疹隐隐等症,可予清营汤清营养阴,透热转气,则浊邪即除;若瘀浊化热,血分热盛,迫血妄行,多见便血、尿血,可予泻心汤合十灰散清热泻火解毒,止血化瘀泄浊。

3.6 辨浊之治 针对CKD的治疗,阮师认为可结合卫气营血辨析病变深浅及发展趋势,再通过三焦辨证进行发病部位定位,最终通过脏腑辨证细化诊疗方案。阮师临证诊治时,常三焦、四层与脏腑辨证相互参照,结合正邪辨证,权衡施治,选用适当的方药^[1]。《素问·三部九候论》言:“必先度其形之肥瘦,以调其气之虚实,实则泻之,虚则补之。”浊邪无论是外邪侵袭还是内伤所致,均为有余之邪,因此治疗上应以化浊为主,激浊扬清,恢复气机的升降,并根据主导病机,立法遣方,兼顾调节脏腑功能,由于“浊阴走五脏”,若五脏功能健壮,则浊阴自消。

4 验案举隅

林某,女,55岁,2024年7月20日初诊。主诉:发现蛋白尿16年。16年前患者无明显诱因下出现双下肢、颜面浮肿,于外院检查尿常规、24 h尿蛋白定量,结果示“尿蛋白+++”,24 h尿蛋白定量为1.8 g,故确诊为“慢性肾炎”。患者经保肾、降尿蛋白等治疗,病情仍反复,24 h尿蛋白定量波动于1~2 g。13余年前患者于外院行肾穿,结果示“弥漫轻-中度系膜增生性肾小球肾炎”,遂开始服用醋酸泼尼松70 mg/d,之后逐渐撤退激素,其间24 h尿蛋白定量波动于0.6~1 g,但停药后病情反复,近年来24 h尿蛋白定量最高达3 g,今为求进一步诊治,遂前来门诊。辰下:乏力,口干口苦,易汗出,时感皮肤瘙痒,纳少,寐可,小便中量泡沫,夜尿1次,大便成形,质软,每日1~2次,舌淡

红少苔有裂纹,脉细。辅助检查:(2024年7月12日)24 h尿蛋白定量为1.718 g;(2024年7月19日)肾功能示“尿素氮28.42 mmol/L,肌酐234.8 μmol/L,尿酸436.8 μmol/L”;尿常规示“蛋白++,隐血±,红细胞2.8个/μl,镜检红细胞0.5个/HP”。西医诊断:系膜增生性肾小球肾炎。中医诊断:尿浊,辨为气阴两虚,浊热内扰证。治法:益气养阴,清热泄浊。中药予王氏清暑益气汤加减,药用:太子参15 g,黄连3 g,竹叶6 g,麦冬15 g,知母10 g,石斛15 g,荷叶6 g,甘草3 g,滑石12 g,六月雪15 g,丹参15 g,山萸肉15 g,车前子15 g(布包),黄芪15 g,山药30 g。14剂,水煎服,每日1剂,早晚饭后分服。

2024年8月3日二诊:乏力、口干口苦较前改善,近日干呕,纳欠佳,易腹胀,小便少量泡沫,大便糊状,每日2次,舌淡红苔薄白质润,脉细。辅助检查:(2024年8月2日)肾功能示“尿素氮15.61 mmol/L,肌酐175.8 μmol/L,尿酸360.9 μmol/L,肾小球滤过率27.6 mL/min”;糖化血红蛋白为6.07%。中药继续予首诊方加姜半夏6 g,14剂;辅以益肾降糖饮(福建中医药大学附属人民医院院内制剂,规格:250 mL/瓶,药物组成:玄参、生地黄、黄芪、制何首乌、鲜石仙桃等),每次50 mL,每日3次,口服。

2024年10月12日三诊:因出差疲劳,且未服中药,患者于3周前发现血肌酐升至261 μmol/L,遂于外院住院。经保肾、降蛋白、改善循环等治疗,患者血肌酐降至241.8 μmol/L,遂出院。辰下:神疲乏力,口干口苦,双下肢无力,腰膝酸软,纳差,寐一般,小便少量泡沫,大便成形,有大便不尽感,舌淡红苔薄白,脉细数。辅助检查:(2024年10月11日)肾功能示“尿素氮25.22 mmol/L,尿酸337.6 μmol/L,肾小球滤过率15.8 mL/min”;尿常规示“蛋白+”;24 h尿蛋白定量为1.151 g。中药易方为阮氏滋肾通关汤加减,药用:知母10 g,黄柏10 g,桂枝10 g,白术10 g,茯苓15 g,甘草3 g,车前子15 g,牛膝15 g,鹿衔草15 g,六月雪15 g,党参15 g,丹参15 g,黄芪15 g,山药30 g,枸杞子15 g。14剂,水煎服,每日1剂,早晚饭后分服。此外,辅以益肾降浊颗粒(福建中医药大学附属人民医院院内制剂,规格:10 g/袋,药物组成:大黄、茯苓、六月雪、桑椹等),每次1袋,每日3次,口服。

2024年11月9日四诊:神疲乏力、腰膝酸软较前改善,口干,纳寐可,小便中量泡沫,夜尿1~2次,大便溏薄,每日2~3次,舌淡苔少有裂纹,脉滑。辅助检查:(2024年11月8日)尿常规示“蛋白++”;肾功能

示“尿素氮 6.5 mmol/L, 肌酐 207.3 μmol/L, 尿酸 285.4 μmol/L, 肾小球滤过率 22.5 mL/min”; 24 h 尿蛋白定量为 1.698 g。中药守上方继续治疗。

按 根据阮师经验, 本案可运用“浊之六辨”理论进行分析。①辨浊之机: 此患者久病体虚, 脾肾气虚, 发病临近大暑时节, 暑热之极, 湿热交蒸, 蕴于体内, 化生浊邪; 暑热伤津耗气, 致气阴两虚。②辨浊之性: 从口干口苦、皮肤瘙痒、舌淡红少苔有裂纹、脉细等症状可以判断出患者体质偏属燥红质; 同时结合时令气候特点进行分析后认为, 患者体内浊邪之性质多属湿、属热, 其性黏滞, 阻滞气机, 导致脾胃升降失常, 故见纳少。③辨浊之类: 根据以上分析可得知, 主要致病浊邪为湿浊、热浊。④辨浊之势: 该病病程冗长, 病势较缓, 虚实夹杂, 故临床治疗上需补虚泻实, 做到祛邪不伤正, 扶正不留邪。⑤辨浊之位: 该病为热浊与湿浊两邪相合而致, 热浊伤于气分, 津气两伤, 故见乏力、口干口苦、易汗出、舌淡红少苔有裂纹、脉细; 湿浊阻滞中焦气机, 脾胃升降失常, 故见纳少; 湿浊浸淫下焦, 损及肾络, 肾失开阖, 故见蛋白尿。⑥辨浊之治: 患者久病体虚, 脾肾气虚, 临近大暑, 湿热外袭, 气阴两伤, 加之燥红质之体质特征, 故主要病机为气阴两虚, 浊热内扰, 治疗上当以标本同治为原则, 采用益气养阴, 清热泄浊的治法, 方予王氏清暑益气汤加减。方中太子参补气养阴不留邪, 与黄芪合用可加强补气之功; 山药养阴益肺, 健脾益气, 滋肾固精, 使肺脾肾三脏俱补, 三焦俱通; 山萸肉补益肝肾; 荷叶清暑祛浊; 黄连苦寒, 清热泻火, 以助祛暑; 竹叶清热除烦, 与荷叶、黄连合用以清气分之热浊; 麦冬、知母、石斛养阴生津泻火; 滑石清热利湿泄浊; 车前子、六月雪利湿泄浊, 前后分消; 辅以丹参活血凉血; 甘草益胃和中, 调和诸药。全方虚实并治, 可所谓“祛邪不伤正, 扶正不留邪”。二诊时患者诉乏力、口干口苦症状改善, 近日干呕, 纳欠佳, 故续予王氏清暑益气汤加姜半夏, 以加强和胃降浊之效, 辅以益肾降糖饮养阴清热, 补肾益气, 化瘀通络。三诊时, 因患者体质偏属燥红质, 病情缠绵, 病程日久, 脾肾气虚, 深及下焦肝肾, 阴虚内热, 故见口干口苦、腰膝酸软、神疲乏力, 舌淡红苔薄白脉细数; 湿浊下流, 损及肾络, 肾失开阖, 故见尿中泡沫、大便不尽感。因此, 治疗上当以滋肾清热, 化浊

通关为主, 方用阮氏滋肾通关汤加减。方中黄柏入肾、膀胱经, 可清热泻火, 为泻肾家火之要药, 与知母共泻下焦之火; 桂枝通阳化气, 通关启闭; 白术、茯苓健脾利湿; 车前子、六月雪利湿泄浊; 牛膝、丹参活血和络, 以助肾元; 党参、黄芪健脾补气; 鹿衔草补肾强骨, 祛风除湿; 枸杞子滋阴补肾; 山药肺脾肾三脏气阴俱补; 甘草调和诸药; 辅以益肾降浊颗粒健脾益肾, 降浊祛瘀。四诊时患者神疲乏力、腰膝酸软、口苦较前改善, 尿素氮、肌酐明显下降, 肾小球滤过率较前升高, 肾功能较前好转, 故嘱守上方继续治疗保护肾功能, 延缓肾功能进展。总而言之, 本案符合阮师“浊之六辨”思维, 天人合一, 结合不同体质、时令气候, 综合判断浊邪的病因病机、病性、类型、病势、病位, 因机论治, 遣方用药, 故能效如桴鼓。

参考文献

- [1]张莲, 张娟, 查冬青, 等. 2024KDIGO慢性肾脏病评估和管理指南要点解读[J]. 内科急危重症杂志, 2024, 30(4): 297-302.
- [2]BIKBOV B, PURCELL C A, LEVEY A S, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990—2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. The lancet, 2020, 395(10225): 709-733.
- [3]夏征农, 罗竹风, 马飞海, 等. 辞海[M]. 北京: 北京商务印书馆, 2000: 1124.
- [4]刘启泉, 王志坤, 张晓利, 等. 基于浊毒理论的慢性胃炎证治规律探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2012, 35(11): 791-792.
- [5]高燕翔, 张琪. 张琪教授调脾补肾法治慢性肾脏病经验[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(8): 2786-2789.
- [6]赵亚, 张勉之, 樊威伟, 等. 国医大师张大宁治疗慢性肾功能衰竭微炎症状态经验[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(9): 5278-5280.
- [7]阿依达娜·毛兰, 刘瑞, 花宝金. 基于“寒气生浊”理论探微癌性疼痛的机制与治疗[J]. 世界中医药, 2023, 18(22): 3224-3228.
- [8]余永鑫, 王建挺, 陈晓玲, 等. “六看”诊疗模式的内涵及临床运用[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(3): 1466-1469.
- [9]王宇阳, 马放, 占永立. 基于“浊毒”理论论治慢性肾脏病[J]. 中医杂志, 2019, 60(16): 1374-1377.
- [10]赵晓果, 杨运劼, 阮诗玮. 阮诗玮基于“六辨”论治糖尿病肾脏病经验[J]. 中医药导报, 2023, 29(9): 205-208, 219.
- [11]丘余良, 阮诗玮. 阮诗玮学术经验集[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2021: 16.

(收稿日期: 2024-11-01)

(本文编辑: 蒋艺芬)