

基于《四圣心源》“溺血”理论辨治原发性肾小球源性血尿*

魏云强¹, 何渝煦^{2Δ}, 杜君¹, 李程鹏¹, 白海兰¹, 杨祖飞¹

(1. 云南中医药大学, 云南 昆明 650500;
2. 云南中医药大学第一附属医院/云南省中医医院, 云南 昆明 650021)

摘要: 原发性肾小球源性血尿俗称肾性血尿,是指血尿来源于肾小球,临床上表现为单纯性血尿或血尿伴蛋白尿,多见于原发性肾小球疾病,如 IgA 肾病、系膜增生性肾炎、局灶性肾小球硬化症、肾囊肿、多囊肾等,并且排除狼疮性肾炎、紫癜性肾炎等继发性肾小球疾病等。在中医文献中无明确该病名的相关记载,根据本病的临床特点,主要将其归属“尿血”“溺血”“溲血”“血症”等范畴。何渝煦教授根据黄元御“溺血”理论,认为本病以水寒土湿、脾陷木郁为本,膀胱湿热、少阴虚火为标。故运用黄氏宁波汤加减辨治原发性肾小球源性血尿,以泻湿燥土、升木达郁为法。

关键词: 四圣心源;“溺血”理论;宁波汤;原发性肾小球源性血尿

中图分类号: R277.5 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2020)05-0049-05

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2020.05.009

Differential Diagnosis and Treatment of Primary Glomerular Hematuria Based on the Theory of “drowning blood” Based on “Four Holy Heart Sources”

WEI Yunqiang¹, HE Yuxu², DU Jun¹, LI Chengpeng¹, BAI Hailan¹, YANG Zufei¹

(1. Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming 650500, China;
2. The First Affiliated Hospital of Yunnan University of Chinese Medicine/Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650021, China)

ABSTRACT: Primary glomerular hematuria, commonly known as renal hematuria, means that hematuria originates from glomeruli and is clinically manifested as simple hematuria or hematuria with proteinuria, which is more common in primary glomerular diseases, such as IgA nephropathy, Mesangial proliferative glomerulonephritis, focal glomerulosclerosis, renal cyst, polycystic kidney and so on, and secondary glomerular diseases such as lupus nephritis and Henoch-Schonlein purpura nephritis are excluded. There is no relevant record of the name of the disease in the literature of traditional Chinese medicine. According to the clinical characteristics of the disease, it is mainly classified as “urine blood”, “drowning blood”, “urine blood”, “blood syndrome” and so on. Professor HE Yuxu, according to Huang Yuanyu’s theory of “drowning blood”, believes that the disease is based on cold water and dampness of the soil, depression of the spleen, dampness and heat of the bladder and deficiency of Shaoyin. Therefore, Huang’s Ningbo decoction was used to treat primary glomerular hematuria based on the method of purging dampness and dryness and rising wood to depression.

KEY WORDS: Four Holy Heart Sources; “drowning blood” theory; Ningbo decoction; primary glomerular hematuria

收稿日期: 2020-09-12

* **基金项目:** 国家自然科学基金项目(81760822);国家中医药管理局“十二五”重点学科-中医预防医学建设项目(30371101400);国家中医药管理局“十二五”培育学科-中医预防医学(配套)建设项目(30370101866);云南省专业学位研究生教学案例库建设项目:中医内科学专业学位研究生教学案例库(30370102829)

第一作者简介: 魏云强(1993-),男,在读硕士研究生,研究方向:肾病的中医药防治研究。

Δ通信作者: 何渝煦, E-mail: yztj120@163.com

原发性肾小球源性血尿^[1]是指来源于肾小球,表现为单一性血尿或血尿合并有蛋白尿,它是肾小球损害的常见症状之一,临床中以IgA肾病、薄基底膜肾病、遗传性肾炎等疾病类型为主。临床诊断依据是以持续性镜下血尿或反复肉眼血尿,尿沉渣镜检^[2]、尿红细胞位相显微镜观察^[3]等检查为主,但还要排除假性血尿、继发性肾小球疾病和其它疾病引起的非肾小球源性血尿等情况。病理学上研究表明,它与肾小球内循环中免疫复合物的沉积、肾小球毛细血管祥的损伤,炎症细胞的浸润、炎症因子的释放,继发性系膜细胞、基质等固有成分的增生或基底膜结构破坏及微循环障碍等机制密切相关^[4]。有研究发现,原发性肾小球源性血尿发病机制有两种可能:一是肾小球基底膜受损,红细胞可通过滤过屏障进入尿液导致血尿;二是红细胞异常,即当CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺等分子表达减少时,破坏肾小球基底膜的滤过屏障,引起肾小球基底膜和系膜区的增生,最终导致血尿^[5]。目前西医对此疾病的治疗方式较为局限,大多数以预防为主,配合抗感染、避免繁重的体力劳动及减少服用肾毒性药物、随诊监测进展等方面疗法,对控制血尿的效果不明显,只能延缓病情进展速度^[6-7]。有学者指出,免疫抑制剂治疗单纯性血尿可以取得较好的疗效,但这类药物副反应较多、价格昂贵,大多数患者不接受这种治疗^[8]。近年来,随着中西医结合临床研究的不断开展,中医药对原发性肾小球源性血尿的研究治疗逐渐深入,为肾性血尿的治疗提供了新的思路和方法^[9-14]。

《四圣心源》^[15]是清代著名医家黄元御扛鼎之作,一部以基础理论总括临床论述、临床理法方药例证基础理论的综合性医著。此书理明辞达,迥异诸家,充分反映出黄元御的学术思想特征和医学实践经验。本文旨在运用黄氏“溺血”理论辨治原发性肾小球源性血尿,以期拓展清热利湿,益气摄血^[16-17]等治法在原发性肾小球源性血尿中的临床运用。

1 理论基础

1.1 西医诊断标准 ①持续性镜下血尿或反复肉眼血尿,新鲜尿沉渣镜检每高倍视野:红细胞≥3个或12h尿沉渣:红细胞计数≥50万或每小时尿红

细胞排泄率≥10万;②尿红细胞位相显微镜观察:尿沉渣尿畸形红细胞>75%。并排除假性血尿、继发性肾小球疾病、和其它疾病引起的非肾小球源性血尿等^[1-3]。

1.2 中医病因病机 中医学无原发性肾小球源性血尿的名称,根据患者的临床表现及检查结果,将其归为“尿血”“溺血”“溲血”“血证”等病范畴。《金匱要略》云:“五脏六腑之血,全赖脾气统摄。”脾胃为后天之本,亦为气血生化之源,饮入于胃,脾气散精,控摄血液运行。脾气健运,气化有源,气足固摄健,则血运脉中。反之脾失健运,气生无源,气衰固摄退,则血溢脉外。《医学衷中参西录》所言:“中气虚弱……致肾脏不能封固,血随小便而流出也。”肾为先天之本,先天之精化生肾气,推动脏腑之气化。脾气生化,赖于肾气促进;肾气充盛,赖于脾充养。故先、后天之本相互资生,相互促进,气生化无穷,气生则血固。脾肾亏虚,生气乏源,气失统摄,血尿则生。“脾肾亏虚,气虚瘀血”乃为尿血的病机特点之一^[18]。《证治准绳》云:“肝属阳,主生化,主疏泄,主纳血。”肝失疏泄,气机逆乱,气不帅血,阴血妄行。又有《医学心悟》言:“肝主疏泄,肝火盛,亦令尿血。”肝经郁热,热伤血络,蕴热化火,血随火溢。《血证论》曰:“凡离经之血……亦是瘀血。”离经之血,壅塞脉道,新血不循经,气虚日久,血运无力,血行瘀滞,血尿则生。此后众多中医家从外感六淫、五脏分论等不同角度论尿血的病因病机^[19],因此在治疗原发性肾小球源性血尿临床中抓住病因病机特点,方可提高临床疗效,减轻患者痛苦和精神负担。

2 辨治思路

黄元御《四圣心源·阴阳变化篇》曰:“阴阳未判,一气混芒……春生夏长,木火之气,故春温而夏热。”《四圣心源·气血原本篇》曰“肝藏血,肺藏气,气原于胃,血本于脾……营卫者,经络之气血也。”《四圣心源·精华滋生篇》曰:“五脏皆有精,悉受之于肾……总由土气之所化生也。已土左旋,谷气归于心肺,戊土右转,谷精归肾肝。”《四圣心源·脏腑生成篇》曰:“祖气之内,含抱阴阳,阴阳之间,是谓中气……肝属木而心属火,肺属金而肾属水,是人之五行也。”黄氏归纳出了“左路木火之升发,右路金水之敛降,中焦土气之斡

旋……”的“一气周流”理论,指导性地为临床辨证立法、潜方用药提供理论依据^[20-22]。在黄氏《四圣心源》多篇中论述到人体“一气周流”的雏形,以天之六气应地之五行,经脉脏腑相合,乃成完整的“一气周流”^[15,23]。如图 1。

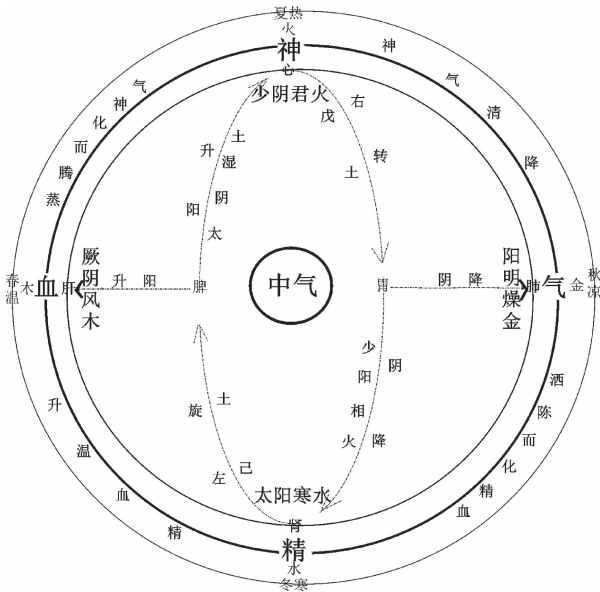


图 1 “一气周流”图

《四圣心源·阴阳变化篇》载:“清浊之间,谓中气,中气者,阴阳升降之枢轴,所谓土也……不过中气所变化耳。”以“土生四象 升降相因”阐释人体之生理。《四圣心源·精神篇》载:“阴升阳降,权在中气,中气衰败,升降失职……”以揭示疾病“中气衰败 升降失职”之病理。《四圣心源·中气篇》曰:“中气在二土之交,土生于火而火死于水也……却病延年之法,莫妙于此矣。”黄氏认为“水寒土湿”是导致“中气衰败、升降失职”根本,论到中气在疾病发生发展过程中的重要性,故黄氏临床上多以培土益中、扶阳祛湿为治疗原则进行立方遣药。

《四圣心源》之“中气”学说,在临床上应用对肾系“淋漓、遗精等”疾病的治疗也有一定的指导意义^[24]。《四圣心源·气血原本篇》曰:“肾水温升化木者,缘己土之左旋也,是以脾为生血之本……血统于肝,凡脏腑经络之血,皆肝血之所注也。”血生于脾而藏于肝,秉肝木温暖之性,依靠气的温煦推动而运行通畅,遇寒则凝瘀不行,肝木腐败,其气不升。《四圣心源·溺血

篇》阐释到“溺血”为“水性蛰藏而木性疏泄……缘木愈郁则愈欲泄,愈欲泄则愈郁……虽火盛之极,而实以脾肾之阳虚”的病因病机特点。原发性肾小球源性血尿是以“水寒土湿,脾陷木郁”为本,“膀胱湿热、少阴虚火”为标,久病情志不畅肝木更郁,湿热伤脾中气更虚,加之患者长期服用激素、免疫抑制剂等助生阳热之品,反令本病缠绵难愈。黄元御运用“宁波汤”泻湿燥土、升木达郁之功效,土得温燥而湿寒自除,肝木得清而郁火疏散,中气复运,溺血根结破除则该病自愈。

3 方药浅析

黄元御以“水寒土湿,脾陷木郁……水道不敛,则前淋于小便也”为“溺血”病因病机特点,以“泻湿燥土、升木达郁”为辨证论治特点,遂创立宁波汤(甘草二钱、茯苓三钱、泽泻三钱、桂枝三钱、芍药三钱、阿胶三钱、发灰三钱、梔子三钱)。此方中甘草、茯苓、泽泻,培土以令湿干;桂枝、芍药,达木郁而清风火;阿胶、发灰,滋肝而不伐肝则得以行瘀;梔子,善以利水又泄膀胱之实热,以达到中土健运、肝木疏达、淋漓涩痛得自除之效。潜方用药应注意“然热在乙木,不在脾土,在肝则宜清凉,至于脾,只适宜温燥。虽肝热极盛,不可泻脾土”,治以泻湿燥土、升木达郁,溺血疾病根结得以破除。如图 2。

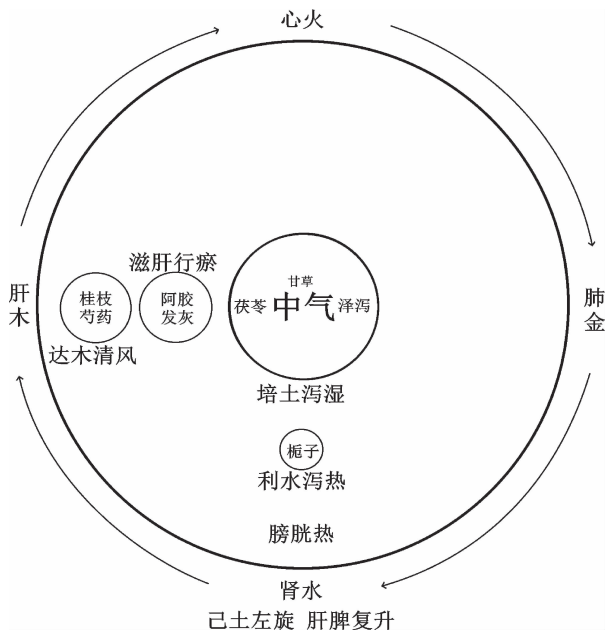


图 2 “宁波汤”组方释义

4 验案举隅

范某,男,47岁,汉族,已婚。2020年6月8日初诊。患者2年前因体检发现“尿常规:红细胞RBC(++)、隐血BLD(++)”,但未行针对性诊疗。患者3个月前无明显诱因情况下出现双下肢水肿,呈轻度凹陷性,伴腰痛,畏寒怕冷,遂于当地医院住院诊治,予尿常规、尿红细胞位相等检查诊断为“原发性肾小球源性血尿”,予激素、免疫抑制剂、利尿消肿等对症治疗后症状、尿常规检查等未见明显减轻,为求中西医结合诊疗今遂来我科就诊。现症见:双下肢轻度凹陷性水肿,腰痛,倦怠乏力,四肢冰冷,无口干口苦,时感胁肋胀痛,纳呆,眠差,因尿频数难以入睡,每夜3~4次,无明显感尿急迫、尿疼痛,大便质稀溏,每日行大便2~3次。舌质淡,边见有齿痕,舌型体胖嫩,苔质白厚腻,脉切沉细无力。否认高血压病、糖尿病等慢性、代谢性疾病病史。否认食物、花粉及药物等物质过敏史。双肾区叩击痛(-)、上中输尿管点压痛(-),余无特殊。辅助检查:2020年6月6日尿常规:红细胞(++)、隐血(++);尿红细胞位相:尿沉渣尿畸形红细胞>75%。诊断:①西医诊断:原发性肾小球源性血尿;②中医诊断:尿血-脾肾两虚兼肝郁证;治以健脾益肾,疏肝解郁,予以宁波汤加减化裁。茯苓30g,泽泻20g,桂枝15g,芍药15g,阿胶20g,血余炭15g,金樱子15g,炒苍术15g,仙鹤草25g,甘草5g。水煎煮,饭后温服,每日3次,1日1剂,共7剂,并嘱其调畅情志,避免劳累、熬夜,清淡饮食,禁辛辣之食,忌烟酒,少食肥甘厚腻之物。

6月15日二诊:患者觉双下肢轻度凹陷性水肿已消退,腰痛较前减轻,倦怠乏力、四肢冰冷较前好转,胁痛较前减轻,纳差,睡眠较前改善,每晚夜尿2~3次,大便质偏稀,每日1~2次。舌质淡,舌型体较前小,苔质薄白,脉切沉细。当日复查尿常规:红细胞(+),隐血(+)。在前方基础上加砂仁5g(后下),予以7剂同前服用。

6月22日三诊:患者无水肿,腰痛较前减轻,倦怠乏力、四肢冰冷较前明显好转,无胁痛胀痛,纳、眠较前改善,每晚夜尿1~2次,大便调,每日1次。舌质淡,苔质薄白,脉切弦细。当日复查尿常规:红细胞

(-)、隐血(-)。继服前方7剂后随访。

6月29日四诊:当日复查尿常规:红细胞(-)、隐血(-);尿红细胞位相:尿沉渣尿畸形红细胞<10%。患者致谢,诉疾病症状消失、未复发,生活质量提高,疾病得到医治,甚是欢喜。患者病情痊愈,此后仍需保养防复发,嘱其我科门诊随访,定期复查尿常规,调畅情志,避免劳累、熬夜,清淡饮食,禁辛辣之食,忌烟酒,少食肥甘厚腻之物。

按语:导师何渝煦教授从事肾病、治未病的中西医结合医疗、科研和教学工作三十多年,通晓中医经典,擅长运用中医基础理论辨治肾脏疾病,对中医药治疗慢性肾小球肾炎、糖尿病肾病、慢性肾脏病、泌尿系结石、尿路感染等肾脏疾病经验尤为丰富。此血尿患者久病阳气蛰伏收藏,则土温而水寒,病人脾湿且肾寒者,壬水的收藏功能失司。水的性质是蛰藏,木的性质是疏泄,水欲收藏却不能藏,所以流漓不止,木欲疏泄却不能疏泄,所以阻塞而不利小便。脾肾两虚,水土湿寒,中气失运,则己土不旋。缘于木越郁就越疏泄,越疏泄就越是郁积,久郁积产生下热,小便则赤热。虽为火盛之极,但实际上是脾肾阳虚。肾阳亏虚,气化失权,水湿泛滥,故见腰痛、肢体水肿;脾土湿寒,不能温养四肢肌肉,故倦怠乏力,四肢冰冷;肝失疏泄,气机郁滞,肝气下郁,故见胁肋胀痛、小便频数;脾失健运,故食欲不振,大便稀溏。久病不愈,情绪焦虑、抑郁,夜尿频数,故常失眠。舌质淡,边有齿痕,舌体胖嫩,苔白腻厚,脉沉细无力。皆是水寒土湿,脾陷木郁之征。因此选用宁波汤以“泻湿燥土、升木达郁”,再配金樱子以固精缩尿、涩肠止泻,炒苍术以燥湿健脾,仙鹤草以收敛止血、止泻,又加以砂仁以化湿开胃、温脾止泻。全方温清并用,虚实兼顾,标本同治,治根本而除痼疾。

参考文献:

- [1] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社, 2008:429-433,937-938.
- [2] 王霞,李佳音. 全自动尿沉渣检测法判断血尿来源临床价值分析[J]. 中国医药科学,2015,5(3):162-164.
- [3] 袁娟娟,李怀平. 尿红细胞形态相差显微镜观察对肾性

- 与非肾性疾病的诊断[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(22): 5384.
- [4] 黎磊石, 刘志红. 中国肾脏病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 256-271, 295-335.
- [5] 李岩, 远方. 益肾健脾活血方治疗原发性肾小球性血尿及其对免疫调节作用影响 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(8): 54-57.
- [6] 葛均波, 徐永健, 王辰. 内科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 477-478.
- [7] 符庆瑛. 肾小球源性血尿治疗及预后评价的研究进展[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2015, 16(4): 374-376.
- [8] HARMANKAYA O, OZTURK Y, BASTURK T, et al. Efficacy of immunosuppressive therapy in IgA nephropathy presenting with isolated hematuria[J]. Int Urol Nephrol, 2002, 33(1): 167-171.
- [9] 夏欣欣, 袁慧, 韩萍萍, 等. 周冬枝教授活用“治血四法”治疗肾小球性血尿探析 [J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(7): 1726-1728.
- [10] 代莉娜, 赵刚. 扶正止血法治疗肾性血尿疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2019, 15(3): 157-159.
- [11] 董金莉, 吴东明, 曾翠青, 等. 全国名中医杨霓芝教授巧用药对治疗肾小球性血尿经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2019, 20(4): 283-284.
- [12] 孙义. 张大宁治疗肾性血尿思维方法辨析[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(2): 648-651.
- [13] 王子燕, 韦芳宁. 韦芳宁教授应用“辨体-辨病-辨证”治疗肾性血尿的经验浅探[J]. 四川中医, 2019, 37(1): 11-13.
- [14] 张艳, 王绂江, 宋宗良. 中医药治疗肾小球性血尿研究进展[J]. 河北中医, 2020, 42(4): 635-640.
- [15] 黄元御. 四圣心源[M]. 孙洽熙, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 1-5, 9, 51-53, 57-58, 71.
- [16] 张守琳, 谢院生, 魏连波, 等. 肾性血尿的诊断及中医治疗思路与方法[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2020, 21(3): 270-272.
- [17] 韩玉, 赵刚. 扶正摄血法治疗气阴两虚型肾小球源性血尿临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(9): 1708-1711.
- [18] 王栩, 张智龙. 张智龙治疗原发性肾小球源性血尿的经验[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(7): 44-46.
- [19] 戴璐, 武士锋, 杨洪涛. 基于古籍文献探讨尿血病因病机源流[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2013, 14(6): 563-564.
- [20] 黄斌, 张银柱, 张宇忠. 从《四圣心源》解读黄元御的用药思路[J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37(9): 594-597.
- [21] 刘志梅, 肖长国. 《四圣心源》“一气周流”理论探讨[J]. 山东中医杂志, 2011, 30(6): 365-366.
- [22] 毛文艳, 杜武勋. 黄元御一气周流理论探析[J]. 江苏中医药, 2016, 48(3): 6-8.
- [23] 章瑞斌, 王飞, 杨诗宏, 等. 生命存在的基本形式——一气周流新释[J]. 光明中医, 2016, 31(20): 3014-3015.
- [24] 范为民, 王小琴. 《四圣心源》“中气”学说在肾系疾病中运用探析[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(7): 1518-1519.