何伟明从痰饮论治慢性肾脏病经验

刘政新，朱佩琦，尹晓凡，唐睿婕，周雅萍，严茹雪，何伟明*

（南京中医药大学附属医院/江苏省中医院，江苏 南京 210029）

摘要 总结何伟明从痰饮论治慢性肾脏病经验，何伟明传承邹氏肾科思想，认为慢性肾脏病的基本病机为肾虚湿瘀，在此基础上，强调痰饮是湿热、瘀血的中间状态，创新性提出慢性肾脏病进展的关键病机以脾肾不足为本，痰饮内伏为标，明确痰饮与慢性肾脏病发病的共通性。临床论治中，其以益肾清利活血法为基本纲领，在痰饮辨治上，确立“病痰饮者，以温药和之”为治疗慢性肾脏病的基本法则，强调“和”字重要性，并结合自身临床实践，阐发“和”字四义，包括“和”之治则、“和”之治法、“和”之方药、“和”之调护。根据痰饮病机及“和”之思想，治以攻补兼施，补脾益肾以温化痰饮，清利活血以除热瘀。同时佐以利尿通淋，宣畅气机，辅以中成药，增强疗效，以延长患者生存期，提高患者生活质量，并附验案 1 则以佐证。

关键词 痰饮；经验；慢性肾脏病

中图分类号：R249 **文献标识码**：A **文章编号**：1002 - 2392(2025)06 - 0050 - 05

DOI：10.19664/j.cnki.1002 - 2392.250117

慢性肾脏病（chronic kidney disease，CKD）是各种原因使肾单位遭受严重破坏，导致机体水电解质和酸碱平衡失调、代谢产物潴留和内分泌功能紊乱等为主要临床特征的一组不可逆的临床综合征[1]。目前，每年因肾脏疾病死亡人数在不断增加，预计到 2040 年，CKD 将成为全球第五大死因[2]。CKD 在中医学中属“尿浊”“水肿”“虚劳”等范畴，中医药治疗 CKD 具有独特优势，能不同程度延缓 CKD 进展[3]。

痰饮发源于《黄帝内经》，《黄帝内经》中虽无痰饮之名，但其最早论述水饮为病，如《素问 · 五常政大论》中言：“太阳司天，湿气变物，水饮内蓄，中满不食”[4]。痰饮并称的概念最早见于《金匮要略》，并列专篇论述。《诸病源候论》中明确区分痰与饮，在痰饮病诸候中共列 16 候，其中痰候 5 种、痰饮候 2 种、饮候 9 种。宋代杨士瀛在《仁斋直指方论》首次将痰饮分为“痰涎”和“水饮”，明确指出“稠浊者为痰，清稀者为饮”[5]。后世对痰饮学说不断继承与发展，明确痰与饮之间的差异性，但由于痰饮均为人体水液代谢失常，水液聚留体内所致，故常合而称之，不予细分[6]。

何伟明（何师）跟师于国医大师邹燕勤教授、江苏省著名中西医专家余承惠教授，师承江苏省名中医孙伟教授，传承邹氏肾科思想，认为 CKD 的总病机为肾虚湿瘀[7]。此理论孕育于孟河，由现代中医肾病大家邹云翔教授提出，国医大师邹燕勤教授、朱良春教授进行传承并加以推广，江苏省中医院肾内科学科带头人孙伟教授创新。2007 年，何师在跟随孙伟教授学习期间，对肾病可从痰饮论治进行探讨，获得同行专家认可[8]。何师临证之时，认为痰饮是湿热、瘀血的中间状态。肾虚生痰，痰阻气滞，滞久化热、生瘀，临证时常以痰饮论治 CKD，兹论述如下。

1 从痰饮理论分析 CKD 病机关键

1.1 脾肾不足为本

何师认为痰饮是导致 CKD 进展的重要因素，将生痰之由责脾肾两脏。《医学纂要》曰：“夫痰即水也，其本在肾，其标在脾”。《诸病源候论》言：“水病者，由肾脾俱虚故也。肾虚不能宣通水气，脾虚又不能制水”。脾乃中枢之位，主运化，在水液代谢中起重要作用。若脾气推动之力不足，津液无以分布五脏，故留中焦，滞而成痰。脉中津液得温则行，遇寒则凝，若温煦之力不足，则寒凝成痰。《景岳全书》曰：“脾虚不能化食，而食即为痰也。正以脾气愈虚，则全不能化，而水液尽为痰也”。若脾脏运化输布无权，水谷精微乏源，不能濡养各脏腑经络，脉中气血虚衰，脉道空虚而致气虚痰凝，故脾为生痰之源。《素问 · 逆调论篇》曰：“肾者水脏，主津液”，肾主一身津液的输布与排泄，肾中阴阳

收稿日期：2024 - 05 - 21 **修回日期**：2024 - 12 - 01

基金项目：国家重点研发计划资助（2023YFC3502900）；国家自然科学基金项目（82174294）；2021 年江苏省中医院项目（y2021rc16，k2021yrc16）；江苏省中医肾病医学创新中心（苏卫科教〔2022〕15 号）

作者简介：刘政新（1999 - ），男，硕士研究生，从事肾脏病的临床研究。

*通信作者：何伟明（1972 - ），男，博士，主任中医师，博士研究生导师，从事肾脏病的临床研究。

二气司膀胱开合,其开合之功主要依靠肾阳的蒸腾气化作用,气化正常则开合有度,体内津液方能正常输布,浊者排出体外,清者回收体内。《医贯》痰论篇载:“痰属水,出于肾;非水泛为痰,则水沸为痰”。若肾阳亏虚,气化失司,开合无度,则肾水上泛成痰;若肾阴亏虚,阴火内动,如龙火出海,水液代谢失职,沸腾积聚,煎聚成痰。又《医学集成》言:“痰虽生于脾胃,其实由肾阳虚损,不能熏蒸脾胃,以致脾胃纳涎而痰成矣”。命门火衰,上不温脾,脾运失司,聚而成痰。脾肾所生之痰,阻碍肾中脉络气血运行,是 CKD 进展的重要因素。另外从临床角度,何师认为 CKD 病位主在肾,肾功能损害是 CKD 发病的根本原因,然临床早中期的 CKD 多以脾胃证候为先导[9]。CKD 患者早期痰阻脾胃,可出现纳谷不香、胃脘不适、疲劳乏力,中期之时由于痰饮蓄积,运化受阻,脾气不足,脾阳不振,脾胃症状进一步加重,可出现不思饮食、频频欲吐、呕吐痰涎或清水等症状,符合痰饮内停中焦的病机,故临床以痰饮辨治 CKD 时,当以脾肾不足为本。

1.2 痰饮内伏为标

痰饮是在脾肾不足的基础上,由病理代谢产物积聚而成,其流于脏腑经络,随气升降,无处不到,故有百病多生于痰之说。现代研究表明,痰饮的化学本质是体内某些物质的异常改变所致,包括总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、血糖及胰岛素水平升高等糖脂代谢水平异常,痰证患者的血液多具有黏滞性、黏稠性、聚集性及凝固性增高等特点[10-11]。痰饮产生后,稽留于肾脏,使气行不利。肾中脉络受损,痰随血动,因气而行,进而产生诸多症状,痰饮留于肾,则气化失常,多见尿少;肾封藏之职受损,可见精微下泄,遂见蛋白尿;痰阻脾胃则受纳失常,多见食欲低下、泄泻、乏力、面色萎黄;痰停于肺,则清肃失约,多见哮喘,卫气不布则易受风邪,多有感冒、咳嗽;痰犯于心,则血脉不利,可见心悸、心慌;痰浸皮肤,多见瘙痒;痰流于肌肉关节则为痛为胀;痰阻经络则多发痹症;痰扰神明多见情志异常,外溢肌肤则见水肿。另外,《景岳全书·杂证谟》载:“痰即人之津液,无非水谷之所化,此痰亦既化之物,而非不化之属也,但化得其正,则形体强,营卫充,而痰涎本皆血气”。痰饮乃水谷化失其正化而生,水谷不得充养气血,久之则气血不足,神疲乏力。若痰饮进一步进展,郁则生热,久则化瘀。叶天士《临证指南医案》言:“初病气结在经,久则血伤入络”。痰饮、湿热等停留于经络至中,日久则气血运行不畅,导致血液滞留而成瘀血。现代研究发现,CKD 患者各级肾动脉的血管阻力指数随肾损害程度的加重而逐渐上升,舒张末期流速则逐渐下降,符合痰饮停于脉中,阻碍血流运行的病理状态,是痰饮阻络的微观表现形式[12-15]。痰饮、湿热、瘀血三者相互胶着,互为因果,三者停聚之处产生脏腑及组织形质改变,故有积久成“瘕”之说,迁延不愈,肾络进一步受损,累及三焦,牵连五脏,最终发展为终末期肾病,即关格之证。

2 痰饮与 CKD 发病特点的共同性

痰饮产生之后能加速 CKD 进展,临床论治中,何师将痰饮致病特点概括为以下方面。(1)痰性黏稠,易阻气机。痰饮因水液代谢异常产生,其性黏稠滞涩,易阻滞气机,气血因痰而阻,痰气互结,浸淫肾脏,进而肾脏功能受损,使 CKD 进一步发展。(2)致病广泛,变化多端。《杂病源流犀烛》载:“痰饮,湿病也……而其为物则流动不测……上至巅顶,下至涌泉,随气升降,周身内外皆到,五脏六腑俱有,来去无端,聚散靡定”。CKD 进展阶段,症状多变,包括消化道不适症状群、能量疲劳症状群、皮肤不适症状群、神经肌肉症状群等[16],是因痰饮可随气升降,外至皮毛腠理,内达经络脏腑,可造成广泛的病理变化。(3)同气相召,迁延难愈。痰饮于人体中具有同类相召的特点,易与湿、浊相兼为病,痰、湿、浊三者同为阴邪且均为水液代谢异常的病理产物,《脉因证治·痈疽》云:“津液稠黏,为痰为饮,积久渗入脉中,血为之浊”,《存存斋医话稿》云:“痰属湿为津液所化。盖行则为液,聚则为痰”。痰、湿、浊三者同质,可相互兼夹,以弥散状态分布于人体当中,胶结难分,共同阻碍气机,致疾病迁延难愈。(4)亦蒙清窍,扰乱神明。神明为心所主,气血调达通畅,濡养功能正常,精微物质上充脑窍,则精神充沛,思维敏捷,若痰饮内停,随气上逆,可蒙闭清窍,扰乱神明,进而出现一系列神志异常表现,如头晕、神昏、淡漠、意识障碍等[17]。临床研究表明,CKD 患者易出现神志及性格改变[18]。(5)易于化热,兼杂瘀血。《医方考》云:“下焦之病,责之湿热”,CKD 的产生非一日使然,痰饮长久蓄于人体之中,气机受阻,久则酿为湿热,又痰饮内停,气机受阻,血液运行不畅,久之遂成瘀血[19]。

3 从痰饮论治 CKD

3.1 痰饮者,以温药和之为根本大法

何师认为,CKD 发病以脾肾不足为本,痰饮内伏为标。痰饮本为阴邪,《金匮要略》云:“病痰饮者,当以温药和之”,其为论治痰饮的基本法则。然 CKD 患者症状复杂,常涉及多脏多腑,病常有变,故何师在临床强调“和”字的重要性,并结合中医经典及自身实践阐述“和”字四义。

3.1.1 “和”之治则

《说文解字》云:“和,相应也”,可见“和”之一字,讲究阴平阳秘。脾肾亏虚致痰饮内生,CKD 随痰饮蓄积而不断进展,痰饮既生,并与同为阴邪的湿、浊相兼

为病，另外，痰饮久留体内，可化热、成瘀。痰饮、湿热、瘀血相互兼杂，共同损害肾脏，造成复杂的临床症状，使疾病迁延难愈，故何师以“谨察阴阳所在而调之，以平为期”作为 CKD 的基本治则。治疗时，根据患者的现有症状及体征，辨清疾病类型，辨明疾病所处阶段，兼顾时令、饮食偏嗜及体质因素，从而使机体达到阴平阳秘的状态。

3.1.2 “和”之治法

CKD 为本虚标实之证，故其治法不必拘泥于温法，而当攻补兼施。在 CKD 进展中，脾肾不足作为 CKD 发生的起始环节，贯穿 CKD 始终，故当以温补之品健脾补肾以固本源。脾肾不足，而生痰饮，既是加重 CKD 的危险因素，亦是衍生其他病理产物的源头，进而产生诸多标实之证，如水肿、腹胀等，故当攻补兼施，多用行消之品，即清热、活血药物以达标本兼治之功，正如清代医家魏荔彤《金匮要略方义》所言“言和之，则不专事温补，既有行消之品，亦概其义例于温药之中，方谓之和之，而不可谓之补之益之也。盖痰饮之邪，因虚而成，而痰亦实物，必可有开导，总不出温药和之四字，其法尽矣”。

3.1.3 “和”之方药

“和”之方药其用有三：CKD 发病过程中，痰饮逐渐蓄积，临床表现不尽相同，故当注意温补与行消药物的比例；所用温补之品应尽量平和，不可温化太过，或滥用温燥，以防阴液受损，或温补太过，阳气怫郁，痰饮排出受阻，有闭门留寇之患；痰饮壅盛之时所用行消之品，不可过于峻猛，因 CKD 本于脾肾不足，若行消太过，正气内陷，恐发变证，可酌情配伍扶正之品以免胃气受损。

3.1.4 “和”之调护

“和”之调护立意有二。《素问·上古天真论》曰：“虚邪贼风，避之有时……精神内守，病安从来”。何师在 CKD 患者的治疗及随访过程中强调“和阴阳”的重要性。一方面需“避邪气”，防止阴阳失衡，多嘱咐患者饮食清淡、忌暴饮暴食、减少植物蛋白摄入、忌烟酒等。另外，合并高血压、糖尿病、过敏性紫癜、系统性红斑狼疮等疾病的患者，需积极控制危险因素，严格控制自身的血压、血脂、尿酸，将其稳定在理想范围内。另一方面需要“存正气”，使机体处于最佳的平衡状态，要求日常生活中能根据气候、季节变化规律，调节自身衣食起居，固护体内正气，使肾气不虚，以减缓 CKD 进展。何师认为 CKD 是慢性虚损性疾病，阴阳处于动态平衡之中，具有不稳定性。《素问·生气通天论》言：“凡阴阳之要，阳密乃固……因而和之，是谓圣度”，故需要“避邪气”与“存正气”相结合，维持相对“和”的状态。

3.2 祛痰之法，攻补兼施

何师提出“痰饮内伏”为 CKD 进展的核心要素，并从痰饮角度论治 CKD，因证立法，攻补兼施，佐利尿通淋之法，因法立方，以 CKD 基本方随证加减，并应重视患者所处 CKD 阶段，若已至四期或五期，需多加解毒泄浊之品，同时结合患者阴阳虚实情况，平衡攻补比例，以求达到阴阳平衡。CKD 基本方组成为生黄芪 30 g，茯苓 15 g，菟丝子 15 g，麸炒白术 10 g，紫苏梗 15 g，虎杖 20 g，紫丹参 15 g 积雪草 20 g，土茯苓 20 g，六月雪30 g，王不留行 20 g，甘草 4 g。方中生黄芪补益脾气，炒白术运脾燥湿，茯苓健脾祛湿，菟丝子滋补肾阳，共奏补运脾脏，益肾中阴阳之功；虎杖、积雪草、土茯苓、六月雪清湿热；紫丹参活血；紫苏梗行气化滞；王不留行利尿通淋；甘草调和诸药。诸药合用，共奏补益脾肾，温消痰饮，理气活血，兼清湿热之用。另外何师临床所用清热、化痰药物多具缓和之性，以恐患者正气不足，过伤生变。

3.2.1 补脾益肾以温化痰饮

何师所用补肾之法包括补肾阳与滋肾阴。《证治汇补·虚痰补肾》载：“劳损之人，肾中火衰，不能收摄邪水，冷痰上泛者，宜益火之源”。对于因肾阳虚衰痰饮停聚而损肾脏者，多在 CKD 基本方上加杜仲、怀牛膝、桑寄生、淫羊藿等平和温阳补肾之品，并佐以少量桂枝温阳化气，以消阴痰，切忌投大量附子、肉桂以免损伤阴液，必要时酌情加入甘寒之品以免过温伤阴。另外，《证治汇补·虚痰补肾》载：“肾热阴虚，不能配制阳火，咸痰上溢者，宜壮水之主”。此类因肾中阴虚，水沸为痰者，清代陈士铎《辨证录》曰：“夫火沸为痰者，成于肾火之太旺，由于水衰之极也”。何师临证多以 CKD 基本方加生地黄 20 g 滋补肾阴，并配伍山萸肉、枸杞子、女贞子以滋肾阴。

脾者，重在运而不在补，化痰以运脾为先，重点在于恢复脾之功能，使其运化有节则痰饮自除。《圣济总录》言：“补虚兼以助脾之药，则痰自消矣”，朱丹溪认为“脾具坤静之德，而有乾健之运”（《格致余论》）。临床多用 CKD 基本方加山药、白扁豆等健脾益气之品温脾助运，振发脾胃阳气，运化水液。

3.2.2 清利活血以除痰热

痰饮稽留日久，易化热成瘀，裘庆元《三三医书》云：“平日有痰饮内停者，抑遏温邪，不得疏越，郁之既久……一旦热势猝发，如烈火燎原，不可措手者”，可见，痰饮郁久，渐而化热。《素问·调经论》载：“孙络水溢，则经有留血”，表明痰饮可导致瘀血产生。故在治疗上，何师所用清利活血法秉持“先安未受邪之地”的思想，对于 CKD 前期，痰饮尚未化热、化瘀患者，方药中当佐以清利活血之品，以防湿热、瘀血稽留。对于

CKD 中后期患者,此时湿热、瘀血已生,当根据病情阶段加入适量药物。若患者湿热壅盛,多以 CKD 基本方加石韦、蒲公英、白花蛇舌草增强清热利湿之功;若血瘀较盛则以 CKD 基本方加桃仁、红花、赤芍、晚蚕砂、当归等活血之品。

3.2.3 佐以利尿通淋,宣畅气机

利尿通淋,宣畅气机旨在为痰饮寻求出路,通畅水道以防痰饮滞留生变。痰饮因脾肾不足而生,若使二脏功能正常,则痰饮能复入水道,循经络而入膀胱,因势利导,气化而出。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治篇》载:“夫短气有微饮,当从小便去之”。何师重视通利小便,认为利小便乃祛邪与扶正并举之法,通利小便能疏调水道,使痰饮有出路,从下而解。利小便之法能重新调整体内水液代谢,痰饮所致脏腑气滞者,可用利小便之法恢复脏腑气机,临床常以 CKD 基本方加泽泻、川椒目等疏通水道,通利三焦。此过程应注意气机通畅,《严氏济生方》云:“人之气道贵乎顺,顺则津液流通,决无痰饮之患”,《证治汇补·痰症》言:“痰随气升者,导痰先须顺气”。痰饮内生多是气机郁滞所致,气郁则痰凝,气行则痰除,而痰饮本身作为致病因素亦会导致气机运行受阻,故 CKD 患者多伴有气机失常,用药多以 CKD 基本方加厚朴、陈皮、大腹皮等理气化痰。

3.2.4 辅以中成药,增强疗效

CKD 是慢性虚损性疾病,久病及肾,肾中阴阳失衡较重,故临证之时常以中药汤剂联合中成药,增强疗效,常用中成药主要包括保肾片、至灵菌丝胶囊、甲花片等。若见体虚乏力,免疫力低下,易感外邪者,可联合服用至灵菌丝胶囊,补肾益肺。CKD 患者多伴有蛋白精微下泄,多以甲花片辅助控制蛋白尿,甲花片具有补肾解毒之效。临床研究表明,甲花片能有效降低蛋白尿的产生[20]。保肾片具有健脾补肾,活血和络,泄浊解毒之功,何师临床常将其用于 CKD 3 期、4 期患者,此时患者肾中阴阳亏虚,痰饮既成,瘀血渐积,渐化成毒,故可联用保肾片以减少痰饮蓄积。临床研究表明,保肾片可明显改善慢性肾衰竭气阴两虚兼湿浊证患者的临床表现,降低血肌酐、血尿素氮水平[21]。

4 典型案例

王某,男,56 岁,2023 年 11 月 16 日初诊。主诉:发现血肌酐升高 3 年余,现病史:患者 2020 年体检时查血肌酐 128 μmol/L,无特殊不适,未予规范治疗,2023 年 10 月体检查血肌酐 131 μmol/L,尿酸 370 μmol/L,2020 年—2023 年肌酐波动在 120 ~ 135 μmol/L之间,现求进一步诊疗,遂至何师门诊就诊。刻下:少气,时腰酸乏力,活动后乏力加重,时自汗,无咳嗽咳痰,无胸闷气喘,双下肢无明显水肿,纳谷不香,寐可,舌淡有齿印,苔薄腻微黄,舌下筋脉 1/3 瘀紫,脉细。中医诊断:肾衰病,脾肾不足证。西医诊断:CKD 3 期,治法:健脾益肾,祛湿化痰。拟方:生黄芪 30 g,盐杜仲 15 g,菟丝子 15 g,生地黄 20 g,茯苓 15 g,麸炒白术 10 g,桂枝 10 g,虎杖 20 g,积雪草 20 g,土茯苓 20 g,六月雪 30 g,石韦 15 g,当归 15 g,晚蚕砂12 g,紫丹参 15 g,醋莪术 15 g,紫苏梗 15 g,王不留行 20 g,甘草 4 g。14 剂,每 2 日 1 剂,水煎服,每日 2 次,饭后 2 h 后服用。另予保肾片,每次 4 片,每天 3 次。并嘱患者畅情志,避风寒,调起居。

2023 年 12 月 14 日二诊。患者精神佳,少气好转,自汗较前减少,腰酸乏力较前减轻,纳尚可,舌脉同前,前方续服,14 剂,煎服法同前。另予保肾片,每次 4 片,每天 3 次。并嘱患者畅情志,避风寒,调起居。

2023 年 1 月 11 日三诊。患者精神佳,无明显自汗,腰酸乏力较前进一步好转,纳可,微口苦,查血肌酐 102 μmol/L,估算的肾小球滤过率(eGFR) = 71 mL · min^{-1} · 1.73 m^{-2},尿酸 311 μmol/L,夜尿 1 ~ 2 次,舌淡白,苔薄黄微腻,舌下络脉 1/3 瘀紫,前方加金樱子 15 g,蒲公英 10 g,黄芩 12 g,20 剂,煎服法同前。另予保肾片,每次 4 片,每天 3 次。并嘱患者畅情志,避风寒,调起居。

2024 年 2 月 22 日四诊。患者现无明显不适,查血肌酐 89 μmol/L,eGFR = 83.7 mL · min^{-1} · 1.73 m^{-2},尿酸 272 μmol/L,舌淡白,苔薄白微黄,舌下络脉未见明显瘀紫,三诊方去晚蚕砂、加仙鹤草 15 g,20 剂,煎服法同前。另予保肾片,每次 4 片,每天 3 次。并嘱患者畅情志,避风寒,调起居。

按语:本案患者以“血肌酐升高 3 年”为主诉,临床见少气,腰酸乏力,自汗,纳谷不香。治病当求本,患者血肌酐升高乃脾肾不足,痰饮内生所致,痰饮直伤脾肾二脏,可见腰酸乏力,纳谷不香。痰饮伤肾,肾脏功能发生异常,故血肌酐上升。CKD 日久气阴损耗,可见少气,时有自汗。何师以痰饮论治 CKD,认为患者脾中阳气不足,肾中阴阳亏虚,痰饮既成,其舌淡有齿印,苔薄腻微黄,舌下络脉 1/3 瘀紫,脉细,可见痰饮已逐渐化热、成瘀。何师所拟之方充分体现其“和”之思想。患者首诊时处于 CKD 3 期,痰饮逐渐蓄积,当消补并重,故在 CKD 基本方上加盐杜仲 15 g 滋补肾阳;患者时有自汗,少气,乃阳损及阴,并伴有气阴亏虚,故加生地黄以救肾水;湿热、瘀血渐积,故加当归、晚蚕沙活血,石韦清热并能利尿通淋;气行则痰饮自消,加醋莪术行气化滞,桂枝通畅气机,助阳化气。全方攻补兼施,补而不腻,攻而不伤,并辅以保肾片补脾健肾,活血和络,共奏补益脾肾,清利活血,利尿通淋,宣畅气机之功。共服近 2 月后,患者腰酸乏力逐渐减轻,自汗较前

减少,少气好转。三诊时成功将 CKD 从 3 期逆转至 2 期,患者夜尿 1 ~2 次,故加金樱子固精缩尿,结合舌脉,患者微有口苦故加蒲公英、黄芩清热泻火,仍以保肾片补脾健肾,和络泄浊。四诊时,患者诸症平稳,肾功能进一步恢复,舌下络脉较前好转,故去晚蚕砂,续用保肾片。何师指出保肾片本为 CKD 患者而设,目的是减少痰饮蓄积,保护肾脏功能,且其药效缓和,无辛烈温燥之弊。现患者虽肾功能较前有所恢复,但仍以保肾片补益脾肾,祛除痰饮。另外,加仙鹤草 15 g,何师临床喜用仙鹤草、黄芩配伍,此乃平调寒热药对。黄芩性寒,《本草经疏》云:"其性清肃,所以除邪;味苦所以燥湿;阴寒所以胜热,故主诸热。"仙鹤草补虚有"赛人参"之功。二者相伍,能平调人身之寒热。同时,嘱患者畅情志,避风寒,调起居,内存正气,外防邪气,杜绝发病之因。

5 结语

痰饮是 CKD 发生发展的重要因素。何师从痰饮论治 CKD,强调痰饮与 CKD 发病之共通性,结合中医经典及临床实践,阐发"温药和之"中"和"字四义。结合痰饮病机,治以攻补兼施之法,补脾益肾以温化痰饮,清利活血以除热瘀。同时佐以利尿通淋,宣畅气机,并联合中成药增强疗效,另嘱患者注意情志及四时节气,效如桴鼓。

参考文献:

[1] 郝娜,刘洋,郭璐萱,等. 槐杞黄颗粒干预慢性肾脏病的机制与临床研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(22):215 – 222.

[2] ORTIZ A, AIRG – E, EKPF, et al. RICORS2040: the need for collaborative research in chronic kidney disease[J]. Clin Kidney J, 2022, 15(3):372 – 387.

[3] 吴小雯,朱晓琳,苏奔,等. 王灿晖从"金水相生"辨治慢性肾脏病[J]. 中医学报,2024,39(1):153 – 156.

[4] 张国丽. "病痰饮者,当以温药和之"在多囊卵巢综合征中的应用探析[J]. 浙江中医杂志,2024,59(2):129 – 131.

[5] 李晓晨,张杰. 痰饮源流考与临床应用[J]. 上海中医药杂志,2018,52(1):40 – 42.

[6] 黄廷轩,王成祥,满天,等. 秦伯未从痰饮阳虚论治慢性支气管炎[J]. 环球中医药,2024,17(6):1108 – 1111.

[7] 赵静,何伟明,高坤,等. 慢性肾脏病"肾虚湿瘀"核心病机理论渊源[J]. 世界科学技术 – 中医药现代化,2019,21(6):1085 – 1088.

[8] 何伟明,孙伟. 肾病从痰饮论治的探讨[J]. 江苏中医药,2007,39(9):26 – 27.

[9] 何伟明,孙伟. 早中期慢性肾衰中医药证治思路探讨[J]. 江苏中医药,2009,41(10):4 – 6.

[10] 贺小英,李先涛. 痰证的中医药研究进展[J]. 中药新药与临床药理,2016,27(2):303 – 307.

[11] 孙淼,王玉艳,孟小钰,等. 基于"肾虚、痰湿、血瘀"的现代生物学基础探讨 PCOS 中医病机的科学内涵[J]. 时珍国医国药,2022,33(6):1412 – 1415.

[12] 谭千林,陈芳,张蕴漾,等. 肾动脉阻力指数在临床上的应用现状[J]. 中国临床研究,2021,34(4):549 – 553.

[13] SAWIRES H, SALAH D, HASHEM R, et al. Renal ultrasound and Doppler parameters as markers of renal function and histopathological damage in children with chronic kidney disease[J]. Nephrology (Carlton), 2018, 23(12):1116 – 1124.

[14] 李轶. 彩色多普勒超声对早期糖尿病肾病肾脏血流动力学的观察分析[D]. 石家庄:河北医科大学,2021.

[15] 刘承玄,刘可,欧阳晓琴,等. 参芪延肾方对慢性肾脏病患者肾脏血流灌注的影响[J]. 中医临床研究,2023,15(29):106 – 109.

[16] 田雪琦,孔颜,宗可敬,等. 慢性肾脏病病人症状群及其评估工具的研究进展[J]. 护理研究,2023,37(11):1992 – 1995.

[17] 钟旭. 慢性肾脏病相关神经精神疾病的研究[J]. 医学信息,2022,35(11):51 – 53.

[18] 赵磊,张喜薇,张洋,等. 慢性肾脏病患者人格特点及其影响因素的研究[J]. 中国医药导报,2015,12(19):81 – 84.

[19] 周少峰,李丹婷,蔡雨孜,等. 王耀献从湿热理论谈肾脏病湿热证特点与治疗[J]. 中医学报,2023,38(9):1918 – 1924.

[20] 陆映丹. 不同剂量甲花片对慢性肾炎蛋白尿的疗效研究[D]. 南京:南京中医药大学,2020.

[21] 柳于介,马芳玉,王亿平,等. 保肾片治疗慢性肾功能衰竭气阴两虚兼湿浊证临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(10):259 – 262.

He Weiming's Experience in Treating Chronic Kidney Disease Based on Phlegm – retained Fluid Theory

LIU Zhengxin, ZHU Peiqi, YIN Xiaofan, TANG Ruijie, ZHOU Yaping, YAN Ruxue, HE Weiming*

(*Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine/Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine*, *Nanjing* 210029, *China*)

Abstract This article summarizes He Weiming's clinical experience in treating chronic kidney disease (CKD) based on the theory of phlegm – retained fluid. He Weiming inherits the nephrology philosophy of the Zou lineage, positing that the fundamental pathogenesis of CKD lies in kidney deficiency with dampness and stasis. He emphasizes that phlegm – retained fluid represents an intermediary state between damp – heat and blood stasis. Innovatively, he proposes that the key pathogenesis of CKD progression is rooted in spleen and kidney insufficiency, with phlegm – retained fluid as a manifestation. He highlights the commonalities between phlegm – retained fluid and the onset of CKD. Clinically, the core treatment principle is the "method of benefiting the kidneys, clearing dampness, and activating blood circulation." For phlegm – retained fluid, He advocates the fundamental therapeutic approach of "treating phlegm – retained fluid with warming medications and harmonization," emphasizing the importance of the concept of "harmonization." Drawing from his clinical practice, he elaborates on the "four implications of harmonization," which include the therapeutic principle, methods, formulae, and patient care. Based on the pathogenesis of phlegm – retained fluid and the philosophy of harmonization, the treatment combines supplementation and elimination: supplementation involves strengthening the spleen and kidneys and warming to resolve phlegm – retained fluid; elimination involves clearing damp – heat and activating blood circulation, complemented by diuresis, promoting urination, regulating qi flow, and using proprietary Chinese medicines to enhance efficacy. These approaches aim to extend patient survival and improve quality of life. A clinical case is provided to support these findings.

Key words Phlegm – retained fluid; Experience; Chronic kidney disease