

吕勇从脾辨治腹膜透析相关并发症临证经验^{*}

尚丽雯¹ 吕勇^{2**} 张磊² 陈文娣¹

(1. 安徽中医药大学, 安徽 合肥 230038; 2. 安徽中医药大学第一附属医院, 安徽 合肥 230031)

摘要:吕勇主任认为腹膜透析及相关并发症的基本病机本虚责之脾肾两脏,以脾肾亏虚为主,标邪以湿浊、瘀血为要,脾虚湿盛是其主要病机特点。根据该病机特点,吕勇提出从脾辨治腹膜透析相关并发症,健脾益气扶正以治本,化湿通络祛邪以治标,针对腹膜透析合并蛋白能量消耗、腹膜纤维化、不安腿综合征等相关并发症的症候特点辨证施治,临床疗效显著。

关键词:从脾辨治;腹膜透析相关并发症;吕勇;经验总结

中图分类号:R459.5

文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2022)04-0046-04

DOI:10.13424/j.cnki.jstcm.2022.04.010

腹膜透析(peritoneal dialysis, PD)是将人体腹膜作为半透膜,通过对流和弥散作用,将多余的代谢废物和水分排出机体外^[1],是慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)患者进入终末期肾病(end stage renal disease, ESRD)阶段有效的临床替代疗法。随着我国 CKD 患病率逐年增加,PD 患者人数呈进行性上升的趋势,截止到 2019 年底,我国 PD 患者达 103348 人^[2],已成为全球腹膜透析患者人数最多的国家^[3]。随着 PD 患者透析龄的延长,相关透析并发症如蛋白能量消耗(protein-energy wasting, PEW)、腹膜纤维化(peritoneal fibrosis, PF)、不安腿综合征(restless legs syndrome, RLS)发病率也逐渐增加,严重影响患者透析效能,导致患者死亡率增加^[4]。吕勇主任是国家第四批优秀中医临床人才,对运用中医药治疗肾脏疾病具有丰富的临床经验,其根据 PD 患者脾肾亏虚挟瘀浊的病机特点,结合朱丹溪“肾非后天之气不能生”和“补肾不如补脾”的理论,提出从脾辨治 PD 相关并发症,临床疗效确切,现将其从脾辨治 PD 相关并发症临证经验总结如下。

1 对腹膜透析相关并发症病因病机的认识

相关研究表明^[5],PD 患者证型变化与其透析龄、并发症及透析是否充分等因素有关,临证

治疗中需根据 PD 患者具体症候辨证论治。吕勇团队^[6]通过分析 120 例持续性不卧床腹膜透析(continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD)患者证型后发现,脾肾气虚证是 CAPD 早期患者的主要证型,中后期则以脾肾阳虚证居多;标实证早期以湿浊证多见,水气证和湿热证在中后期居多,而血瘀证、浊毒证伴发透析全程。在此研究基础上,吕勇认为 PD 病机虽复杂,涉及多个脏腑,但脾肾亏虚仍是发病之本,湿浊瘀血是疾病诱发和加重的重要因素,其中脾虚湿盛是主要病机特点。

吕勇指出进行 PD 治疗的基本为 ESRD 患者,脾肾亏虚、瘀浊内蕴是 ESRD 的基本病机^[7],PD 患者由于腹透液长期留腹,更加重湿浊之邪,从而诱发 PD 相关并发症。《素问·阴阳应象大论》云:“谷气通于脾,六经为川,肠胃为海,九窍为水注之气。九窍者,五脏主之。五脏皆得胃气,乃能通利。”水谷入胃,皆需脾主运以升清,将精微物质及津液吸收并布散至全身,充养脏腑。吕勇认为 PD 患者 PEW 的发生与“脾虚”相关,腹腔脏器长期浸渍腹透液中,水湿之邪易侵及诸脏,脾喜燥恶湿,造成湿邪困脾;脾失健运,致脾化生水谷精微充养脏腑功能减弱,机体气血及脏腑正气受损,长期易导致 PEW 的发生。脾脏对机体排出代谢废物起

^{*} 基金项目:第四批全国中医临床优秀人才研修项目资助[国中医药办人教发(2017)124 号];安徽中医药大学第一附属医院临床科学研究项目(2020yfyzc13)

^{**} 通讯作者:吕勇,博士,主任医师。E-mail:lv Yong0122@163.com

着重要的作用,饮食中不能被人体吸收的物质和由人体代谢后排出的废物(湿、痰、浊、毒、水),均需通过脾气运化,以粪和尿的形式排出体外。脾运化转输功能失司,则水液积聚,湿浊中阻,气机不畅,形成脾虚湿盛证,影响患者营养物质的摄入,而导致 PEW 的发生。吕勇指出 PD 患者体内“湿浊痰瘀”蕴结与 PF 的发生密切相关。同时 PD 患者久病脏腑功能衰败,易致气血阴阳亏虚,腹膜失于濡养温煦,湿浊痰瘀互结腹络而成癥积,发生腹膜纤维化。基于《素问·痿论》中:“脾气热,则胃干而渴,肌肉不仁,发为肉痿。”及“脾合肌肉,主四肢”等中医基本理论,并结合 RLS 的发病机制,吕勇认为 PD 并发 RLS 多属于传统医学中的“痿症”“血痹”范畴^[8],提出其基本病机可概述为“筋脉肌腠不荣则痛”和“经络脉道不通则痛”两类。PD 患者脾气亏虚,失其运化升清之功,四肢肌腠不能禀气于胃,失于清阳的温养充实,不荣则痛而发为痿;同时脾虚失其运化水湿之功,湿浊、瘀血、溺毒内生,浸淫经脉,致脉道不利,不通则痛而成痿。

基于以上,吕勇认为 PD 患者并发 PEW、腹膜纤维化、不安腿综合征的病因病机均与“脾气亏虚,失于健运”有关,故临证辨治以上并发症需注重从脾辨治,以健脾助运为要。

2 从脾辨治腹膜透析并发症

“肾藏先天之精,脾为后天之本”,肾与脾关系密切,相互充养。吕勇指出对于在 PD 治疗阶段的 ESRD 患者,仍需维护肾气以保护残余肾功能,但肾元早已衰败无以滋养后天,直接补肾已非首选。结合临证经验,吕勇认为可通过健运后天之本以补先天肾元。脾气健,方可调和五脏而生气血,达后天滋养先天之功。故吕勇提出“从脾辨治”PD 相关并发症,立“健脾助运,化湿祛瘀”为基本治法,选取出自《太平惠民和剂局方》中以健脾化湿助运为功的名方“参苓白术散”,加活血祛瘀之丹参组成加味参苓白术散为主方,运用中医综合疗法治疗 PD 相关并发症,进而提高腹膜透析充分性、减轻腹膜纤维化及调整胃肠功能紊乱,综合改善 PD 相关并发症临床症状。

2.1 从脾辨治蛋白能量消耗 虽然腹膜透析技术日渐完善,但研究表明营养不良仍是 PD 患者最

常见的并发症,其发病率高达 83%^[9],与 PD 治疗失败及死亡率密切相关^[10]。现常用国际肾脏营养和代谢协会提出的“体内蛋白和能量储备下降的状态(PEW)”来描述 PD 患者合并营养不良^[11]。腹膜透析在排出体内毒素和多余水液的同时,机体内的蛋白质、维生素、微量元素等营养物质也会随着透析液的排出而丢失,从而诱发 PEW 的发生。相关临床研究^[12]分析 102 例 CAPD 营养不良患者中医证型分布特点后发现,PD 并发 PEW 发病机制以脾肾亏虚为本,湿浊瘀血内蕴为标。吕勇认为 PD 并发 PEW 虽以脾肾亏虚为本,但主因应责之于脾失运化升清之功,强调在治疗中应以健脾助运治本为主,化湿祛瘀治标为辅,并结合患者临床症候的不同,以加味参苓白术散为主方辨证加减以达健脾助运、化湿祛瘀之效。症见少气懒言,体倦神疲,以气虚为主者,加黄芪、太子参健脾益气;症见肢体困重,水溢肌肤,以水湿偏重者,加泽泻、玉米须、白茅根淡渗利湿以缓消其水,健脾和中以绝其根源;症见疲劳乏力,面色苍白,以血虚症候为重者,常用芍药、生黄芪、当归益气生血。“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生膜胀。”水谷入胃,皆需依靠脾主升清之力,提取精微物质,化而散精上输营养濡润全身。症见脘腹胀满者,常用木香、佛手、枳壳、厚朴健脾消食、行气调中;症见大便频数,粪质稀溏者,当用柴胡、防风、荆芥、葛根以醒脾升清,胜湿止泻。吕勇课题组^[13]研究发现加味参苓白术散可明显改善 CAPD 脾虚挟瘀浊证患者胃肠道症状及各项营养指标,抑制微炎症状态,提高透析充分性和中医证候疗效。

2.2 从脾辨治腹膜纤维化 腹膜纤维化是在细胞因子及炎症介质的相互作用下,以细胞外基质过度沉积和上皮间充质转化为主要发病机制,引起腹膜丧失原有的生理功能,发生腹膜超滤和转运功能衰竭,是导致患者退出 PD 治疗的主要原因^[14]。《灵枢·经脉》言:“脾足太阴之脉,起于大指之端,……入腹,属脾,络胃,上膈。”脾与腹关系密切。依于此,同时吕勇结合著名医家魏荔彤“脾主专腹,故腹大”的理论,认为 PD 患者并发 PF 的病机关键虽为脾虚挟瘀浊,但湿浊瘀血蕴积腹络在 PF 的发生中占主导地位,故在临证治疗中基于“脾主腹”理论,立化湿祛瘀、健脾益气为基本治

法,以延缓腹膜透析患者腹膜纤维化进程。PF与血瘀痰浊密切相关,有研究表明瘀血既是PF的致病因素,也是PF的病理产物^[15],脾肾亏虚导致湿浊痰瘀之邪互相交结积于腹部络脉形成“微型癥积”是PF发生的主要机制^[16]。故吕勇在临证辨治时善用行气通络、破血消癥之法。病程短及瘀血较轻者,常用丹参、川芎以行气活血;病程长及瘀血较甚者,加莪术、三棱、桃仁及红花以活血祛瘀止痛;长期进行腹膜透析及腹膜超滤量明显减少者,应用虫类药物如僵蚕、全蝎、地龙、水蛭,以化瘀通络、消癥散积。吕勇课题组^[17]研究发现加味参苓白术散可明显降低CAPD脾虚挟瘀浊证患者血清中TGF- β 1、Fn纤维化指标水平,减轻腹膜纤维化,提高腹膜透析充分性,改善腹膜透析转运功能及临床症状,进而延缓腹膜纤维化进展。

2.3 从脾辨治不安腿综合征 不安腿综合征是腹膜透析患者常见并发症。调查研究显示,PD患者并发RLS的比例接近14%^[18],严重影响患者的日常活动。中医学认为本病主因是素体亏虚,风寒湿邪入侵机体,致气血运行不畅而发,将本病归属于“痹证”“血痹”和“足惋”等范畴。明著名医家薛己在《内科摘要》中言及:“夜间少寐,足内酸热。……致二腿左右频移,辗转不安,必至倦极,方寐。”所描述的症候与RLS临床症状相似。相关研究^[19]表明以健脾化湿和络为治法的加味芍药甘草汤,对PD患者并发RLS有较好的治疗效果。《素问·痿论》曾云:“论言治痿者,独取阳明。”“阳明者,五脏六腑之海,主润宗筋,宗筋主束骨而利机关也。”基于“治痿独取阳明”理论,吕勇提出在临证治疗PD并发RLS应以治脾为先,健脾以助运。脾胃健,方可运化水谷精微,以生气血,筋脉肌腠得荣而不痛;运化水湿功能恢复,湿浊瘀血得化,经络脉道得以通畅而不痛,方可缓解RLS的临床症状。吕勇在临证中遣方用药也侧重从补脾健运出发,以加味参苓白术散为主方辨证加减治疗。症见下肢肌肉冷痛、屈伸不利者,则常用桂枝、川芎、骨碎补以温阳通络;症状严重且影响睡眠者,加用酸枣仁、合欢皮、茯神以健脾安神。吕勇课题组^[8]基于“治痿独取阳明”理论,运用加味参苓白术散辅用中药敷贴和穴位温灸治疗PD患者并发RLS,发现上述中医综合疗法可达温经通

脉、祛瘀化湿、调和机体气血阴阳之效,降低患者的RLS评分,改善临床症状及睡眠质量。

3 病案举例

葛某,女,58岁,2021年3月15日初诊。主诉乏力5年,夜间双下肢酸麻胀痛4年。患者于2016年4月因乏力住院治疗,查血肌酐 $843.3\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,诊断为“慢性肾脏病5期”,予行腹膜透析治疗。患者既往有“高血压病”病史13年余。4年前患者自觉夜间双下肢酸胀不适,诊断为“不安腿综合征”,予以对症治疗后症状未缓解。刻下:夜间自觉双下肢酸胀、麻木,乏力,纳眠差,时感恶心、腹胀,每日腹膜透析超滤量为500~600 mL,尿量100~200 mL。舌淡暗,苔白微腻,脉沉。辅助检查:血红蛋白 $100\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$,白蛋白 $26.6\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$,肌酐 $501.3\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,尿素氮 $24.57\text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。中医诊断:虚劳,脾虚挟瘀浊证;西医诊断:慢性肾脏病5期,不安腿综合征,高血压病3级(很高危)。治以健脾益气为先,辅用活血通络之法,方以加味参苓白术散加减。处方:党参15 g,茯苓10 g,炒白术20 g,山药15 g,砂仁6 g(后下),扁豆15 g,桔梗8 g,生苡仁30 g,陈皮10 g,丹参20 g,莲子6 g,炙甘草6 g,大枣20 g,桂枝10 g,川芎10 g,僵蚕10 g,地龙10 g。7剂,水煎服,每日1剂,分2次温服;同时温灸委中、承山、足三里、三阴交等穴以温通肌腠,西医予以腹膜透析、纠正贫血、降压等对症治疗。

2021年3月22日二诊,患者诉夜间双下肢不适感较前好转,仍感乏力,纳寐改善。舌淡暗,苔白腻,脉细。此为脾运得健,湿瘀渐去,阳气渐复,守上方加益气温经通络之剂,加黄芪30 g,蜈蚣2条,干姜3 g,补骨脂15 g。14剂,煎服方法同前。余治疗方案暂不更改。

2021年4月5日三诊,患者诉夜间双下肢不适感、乏力明显减轻,纳食增加,每日腹膜透析超滤量约为700~800 mL,尿量250~300 mL。舌淡红,苔薄白,脉濡细。守上方加炒麦芽15 g,炒谷芽15 g。14剂,煎服方法同前。余治疗方案不变。

后患者复诊,均以上方临证加减,诉夜间偶有双下肢不适,乏力明显改善,纳食增加。2021年6月15日门诊复查示:血红蛋白 $118\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$,白蛋白 $34.6\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$,血肌酐 $485.6\text{ }\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$,尿素氮 14.16

mmol·L⁻¹。

按语:本案患者以脾肾亏虚、瘀浊内蕴为主要病机,复因脾胃虚弱,五脏失养,尤以肾气无以充盛为主,则体倦乏力;脾虚运化失司,则症见纳差;脾虚湿瘀,经脉痹阻,则下肢酸麻胀痛。吕勇结合“脾为后天之本,气血生化之源”理论,以加味参苓白术散为主方健脾益气助运,使脾胃复其受纳运化之职,则可运化水谷,生气血以补本虚;又可运化水湿,清除湿浊瘀瘀以祛邪治标。《素问·痹论》谓:“病久入深,营卫之行涩,经络失疏故不通。”久病必瘀,血瘀证贯穿疾病始终,方中丹参活血化瘀,且丹参可以改善腹膜透析充分性^[20]。地龙、僵蚕相伍,合升降相伍、寒热并用之义,达化瘀通络以行气血之功。阳气亏虚是本病病机之一,是形成瘀血阻络常见病因,用桂枝、补骨脂、干姜等温阳药与通络药相伍,增强活血通络之功。夜间阳气不足,阴寒内生致经络阻滞,更加重患者不安腿综合征的临床症状。在健脾助运的同时,温灸对下肢痿痹有治疗之效的承山、委中穴及“独取阳明”常用穴位之足三里、三阴交等,温经通络以缓解患者临床症状。本病案体现了吕勇“从脾辨治”及综合运用诸法辨证施治PD相关并发症的治疗思路。

4 结语

随着腹膜透析患者数逐年增加,如何有效防治腹膜透析相关并发症已成为临床亟待解决的问题。吕勇主任在长期临证治疗中,根据PD相关并发症脾肾亏虚挟瘀浊的病机特点,采用扶正祛邪理论为指导原则,从脾辨治PD相关并发症,以加味参苓白术散为主方并结合中医综合疗法,干预治疗PD相关并发症,尤其是对蛋白能量消耗、腹膜纤维化、不安腿综合征等并发症,疗效明确,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]陈香美.腹膜透析标准操作规程:2010版[M].北京:人民军医出版社,2010.
- [3]倪兆慧,金海蛟.中国腹膜透析发展70年[J].中国血液净化,2019,18(10):661-663.
- [4]王琳娜,刘志启,赵军,等.持续性非卧床腹膜透析患者死亡原因分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2010,31(24):3894-3895.
- [5]盛梅笑,许陵冬,江燕,等.腹膜透析患者中医证型及其

影响因素的临床观察[J].中国中西医结合肾病杂志,2014,15(1):30-33.

- [6]赵奎.CAPD患者的中医证候调查及其预后影响因素的相关性分析[D].合肥:安徽中医药大学,2018.
- [7]吕勇.曹恩泽辨治慢性肾衰学术思想总结与研究[D].南京:南京中医药大学,2016.
- [8]吕勇,宋蓓蓓,金华.基于“治痿独取阳明”理论的中医综合疗法治疗腹膜透析并发不安腿综合征临床观察[J].安徽中医药大学学报,2019,38(5):9-14.
- [9]Harvinder GS,Swee WC,Karupiah T,et al. Dialysis Malnutrition and Malnutrition Inflammation Scores: screening tools for prediction of dialysis-related protein-energy wasting in Malaysia[J]. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition,2016,25(1):26-33.
- [10]陈春,项协隆,邵思思,等.加味香砂六君汤治疗腹膜透析营养不良临床研究[J].新中医,2019,51(11):66-69.
- [11]杨洪涛.腹膜透析合并营养不良的现状及中西医干预策略[J].中国中西医结合肾病杂志,2014,15(10):847-852.
- [12]杨波,李洁,任桐,等.102例维持性腹膜透析营养不良患者中医证型分布特点[J].中国中西医结合肾病杂志,2014,15(7):587-590.
- [13]张建,吕勇.参苓白术散加味对持续性不卧床腹膜透析患者营养不良的影响[J].中医药临床杂志,2018,30(12):2278-2282.
- [14]范汝艳,翁宁,徐佳美,等.持续性非卧床腹膜透析患者退出原因分析[J].中国中西医结合肾病杂志,2008,9(8):708-709.
- [15]赵洁,莫超,史伟,等.活血化瘀类中药治疗腹膜纤维化机制的研究进展[J].中华中医药学刊,2020,38(4):80-83.
- [16]孟立锋,杨端云.中医药防治腹膜纤维化的研究进展[J].中国中西医结合肾病杂志,2014,15(9):833-835.
- [17]曹曼,吕勇,张磊,等.基于“脾主腹”理论观察加味参苓白术散对腹膜透析患者腹膜功能及纤维化指标的影响[J].安徽中医药大学学报,2021,40(3):17-21.
- [18]于晓丽,林建雄,易春燕,等.维持性腹膜透析患者不宁腿综合征患病率及危险因素分析[J].中华肾脏病杂志,2018,34(10):721-726.
- [19]赵妍莉,王圣治,梁亮.加味芍药甘草汤治疗透析患者不宁腿综合征的临床观察[J].云南中医中药杂志,2019,40(2):43-45.
- [20]李小燕.丹参注射液和多巴胺注射液在腹膜透析中的应用[J].中国药房,2009,20(24):1909-1911.

(修回日期:2022-01-05 编辑:巩振东)