

综 述

中西医结合防治慢性肾炎的进展

上海第二医学院附属第三人民医院 陈梅芳



陈梅芳副教授近影

于篇幅本文不包括慢性肾功能不全与肾移植在内。

病机与治则

中医过去对肾炎的认识分二个阶段，有水肿时就从水气病与水肿病论治；浮肿退后，按虚劳论治。都比较重视调理全身情况，增加抵抗力，即所谓扶正固本的治疗。现代医学则认为，其中有很大部分主要是病毒、细菌等抗原感染后引起免疫反应，产生抗体，形成可溶性的抗原、抗体复合物，随血流至肾小球基底膜，进而激活补体系统、凝血系统及激肽系统，从而引起一系列炎症反应，故西医比较重视抗菌消炎、免疫抑制与抗凝治疗。中西医结合以后，广大西学中的医师开始重视扶正固本来防治肾病，广大中医师开始重视了热毒、瘀血等实邪的治疗。这与以往历代各家对肾炎治疗偏重于脾胃阳虚、水湿潴留的认识相比是大大前进了一步。

一、扶正以祛邪

(一) 补益扶助正气，增强抵抗力，预防外感，减少肾炎复发；慢性肾炎病人迁延不愈，常因低蛋白血症抵抗力低下或由于应用免疫抑制剂抑制了细胞免疫力^(1,2)，使患者抵抗感染的能力减弱，易招致反复感染及肾炎复发或迁延不愈，此称之为“卫外之气不固，外邪得而凑之”。1979年上海第二医学院附属第三人民医院应用益气固表卫外的玉屏风散（防风、黄芪、白

术）加减治疗了24例此类肾炎患者，获得显效者17例，有效者6例，玉屏风散对免疫功能低下者有调节作用⁽²⁾。1980年中国医学科学院流行病学防治研究所等报告，他们在实验室采用病毒学方法和在人群中采用严密的流行病学方法，重点研究了“玉屏风散”中主药黄芪的作用，证明益气药黄芪确有防治感冒的作用。服用黄芪后可减少感冒的发病人次，并缩短病程。所以用提高机体免疫功能的办法来预防易感者呼吸道感染，可能是一种很有前途的新途径⁽³⁾。

(二) 调理脾胃之气，增进食欲，改善营养，提高抗病能力；肾病综合征有严重的低蛋白血症，可使胶体渗透压降低，形成腹水或胃肠道水肿，导致厌食、腹泻。由于纳食减少，蛋白摄入不足，因而又进一步加剧负氮平衡。虽然低蛋白血症的原因，主要是由于大量尿蛋白的丢失，肠道丢失仅为小部分，但是低蛋白血症恢复的快慢却与脾胃的消化吸收功能密切相关。有呕吐纳差或便溏泄泻者，低蛋白血症常不易得到纠正。“五脏不足调于胃”，调理脾胃在肾病综合征治疗中是十分重要的一环⁽⁴⁾。

调理脾胃法在肾病综合征治疗中的作用主要有两方面：一是采用益气健脾药，如党参、黄芪、白术、茯苓、山药、薏苡根等，使脾实健运，便溏、腹泻等症控制，蛋白质在胃肠道丢失减少，同时使患者保持一定食欲，提高蛋白摄入吸收合成，使血浆蛋白水平保持正常；二是病人在应用克伐脾胃的大剂量免疫抑制剂后，虽然蛋白外漏减少，但脾胃受损，受纳运化失司，水谷精微化源减少，以致卫外之气不固，造成易于感染，可致病情反复。运用健脾和胃的方药，如四君子汤、参苓白术散等合和胃理气降逆的二陈、香砂之类药物，可以减少环磷酰胺、氮芥、氯喹、消炎痛、皮质激素等对胃肠道的不良反应⁽⁵⁾。

(三) 填督充精补肾：对久治不愈，下元虚亏，水肿退而不尽，按之如泥，血清白蛋白很低等难治性肾病综合征患者，一般中、西药物不能收效，而大剂量冲击治疗又经受不住者，宜在健脾开胃的基础上给予

阴阳平调与血肉有情之品,如党参、黄芪、玉竹、熟地、巴戟肉、仙茅、仙灵脾、补骨脂、杜仲、山茱萸、白芍、益智仁、菟丝子、阿胶、鹿角胶、龟板胶等制成膏滋药1~3料,缓治扶正,可使肾气充沛,正气来复,能抗外邪侵袭以及经受激素免疫抑制剂等克伐之剂,而得较佳之反应^(4,6)。

1980年罗氏等报道75例脾肾阳虚型的肾病综合征病人,T-玫瑰花瓣形成率、PHA淋巴细胞转化率、巨噬细胞吞噬率均较正常人低(P值<0.01),植物血凝素(PHA)皮试及旧结核菌素(OT)皮试阳性率也较低,并以自拟健脾补肾方I号(熟地、菟丝子、淮山药、茯苓、泽泻、丹皮、元参、麦冬、益母草)及II号(熟地、仙灵脾、菟丝子、巴戟肉、山药、黄芪、白术、仙茅、茯苓、丹皮)作体外实验,结果表明均有促淋巴细胞转化作用。其次观察了两组病人,一组病人单纯使用激素及氮芥治疗,发现用药后玫瑰花瓣形成率及淋巴细胞转化率较用药前显著降低,说明该类药物除抑制异常免疫获得临床疗效外,似乎也同时过多地损害了人体正常细胞免疫功能;而另一组病人采用免疫抑制剂与扶正固本药(健脾补肾I、II号方)同时应用,结果玫瑰花瓣形成率及淋巴细胞转化率治疗前后无显著改变,似乎表明扶正固本药可保护机体的正常细胞免疫功能免受激素及免疫抑制剂的损害,或中药可以恢复和调整机体免疫功能,增强免疫力,从而达到巩固疗效、减少复发的目的。

二、祛邪以安正

(一)清利湿热与热毒之邪:1965年北京中医研究所肾病研究组,通过对104例病例分析,提出并发感染对肾炎的影响很大。由于感染的存在,使本来属于阳虚或阴虚的症候转化而为热证,而热淫于内与水湿蕴结,郁久化毒常使患者表现为湿热之证。此时往往要急则治标,先予清利才能获效⁽⁷⁾。1974年上海第二医学院附属第三人民医院进一步指出,除了感染病灶之外,大量长期激素应用也可以造成湿热与热毒之邪,并提出了湿热型之主证、脉、舌及清热解毒与清热利湿的方药⁽⁸⁾,以后通过267例成人肾病综合征的临床分析,证明清利湿热之邪能提高肾病疗效⁽⁸⁾。1978年徐氏指出,邪热内蕴常为整个慢性肾炎治疗过程中的一个最严重的干扰因素。他认为祛邪可以安正,并突出祛邪要以清利为主⁽⁹⁾。1981年赵氏也认为肾炎治重湿热⁽¹⁰⁾。1980年朱氏提出肾病“热毒型”的命名与治疗,他将一部分难治的肾炎患者,经长期应用激素及免疫抑制剂,继用中医健脾补肾法,但病情未愈,尿蛋白仍高,出现类似柯兴氏症候群和中医

的湿热证见证者命名为“热毒型”⁽¹¹⁾。

由此可见,清利湿热之邪的重要性已为多数学者所接受。湿热之证亦已从作为肾炎的一种夹杂症或并发症而逐渐列入到肾炎的主要类型之一,并为此形成了一套理、法、方、药。其常用的药物除传统常用的银花、连翘、黄芩、黄连、黄柏等外,还较多地应用了各地的草药,如白花蛇舌草、蒲公英、七叶一枝花、一枝黄花、地丁草、鱼腥草等清热解毒药;遍地香(金钱草)、竹节草(篇蓄草)、薏苡根、鹿衔草、苍耳草、田字草、龙须草、半枝莲等清利湿热药。这些清热解毒或清利湿热的中药常根据辨证可再与养阴固涩、活血化瘀或健脾化湿药同用。

(二)活血化瘀:现代医学理论提出肾炎之病理变化常有血凝机制参予,因此制订了有关抗血小板凝集、抗纤维蛋白形成等抗凝疗法;加上活血化瘀疗法在医学各科领域中广泛应用,使肾脏病学者在临床实践过程中,也逐渐注意与总结了血瘀在肾病中之地位。

1975年山西省中医研究所提出了活血化瘀、清热解毒治疗肾炎的新途径,并取得了一定临床疗效,以后相继有很多单位报道活血化瘀的临床应用。活血化瘀疗法的临床疗效各地报道略有出入。有的单位报道总有效率达90%以上,而山西省中医研究所用益肾汤(当归、赤芍、川芎、红花、桃仁、益母草、板蓝根、银花、白茅根、紫花地丁等为主进行加减。凡兼见肾功能低下为主者加乳香、没药、炮山甲、王不留行、路路通、炙鳖甲、生牡蛎;有阴虚、阳虚、脾虚者分别加常用的补阴、补阳及益气健脾药)治疗慢性肾炎29例,其中完全缓解12例,基本缓解10例,部分缓解4例,无效2例,死亡1例⁽¹²⁾。王氏报道了以当归、川芎、赤芍、红花、丹参、益母草等为主,结合中医辨证施治,治疗慢性肾炎47例,痊愈者36例,显效者6例,好转者3例,无效者2例⁽¹³⁾。北京医学院报道以肾炎化瘀汤(当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、益母草)治疗慢性肾炎33例,总有效率为39.4%,虽然总有效率不是很高,但指出该组病例多系经过其他中西药物治疗无效而病情较为顽固者,并认为值得注意的是,对于伴有镜下血尿、高血压、肾功能减退的肾炎病例,目前免疫抑制剂及中药健脾补肾法均难以取得满意的治疗效果,而采用活血化瘀药物尚可能有一定疗效⁽¹⁴⁾。

辨证分型与治疗

传统中医通过望、闻、问、切四诊,然后进行辨

证论治。近年来中西医学学术交流后,有很多学者认为某些现代医学检查方法与中医的四诊相结合,对分析病机、指导治疗、提高疗效有所帮助^(8,16,10)。

一、根据中医理论体系进行证类分型

根据中医理论体系,对疾病进行证型分类,探索其治疗规律,这是提高中医临床研究工作方式之一。肾炎最早是按水肿盛衰分型,分为阴水、阳水、皮水、石水、正水等;继之按病变脏腑分型,如肾阳虚、脾肾两虚、肺气不宣等等;以后进一步结合病理变化、病机分析及化验指标等等进行中西医结合的分型^(17,18)。

如慢性肾炎肾病型分(1)阳虚型:面色㿔白,肢体或周身浮肿,腰酸尿少,纳差,便溏,基础代谢低,患者形寒怯冷,脉沉细,舌淡胖或淡红,苔薄白,治宜温肾利水;(2)气虚型:尿量多而肿不剧,尿蛋白多,血浆蛋白很低,面色萎黄,少气乏力,舌质淡红,苔薄,脉软,此为中气不足,脾失健运,治宜益气健脾;(3)湿热型:本型多见于久用皮质激素之后,肾病未愈而继发医源性皮质酮过多症或继发感染等,如面红体胖,怕热多汗,心烦热,心悸失眠,头胀头痛或鼻流脓涕,咽部干痛,痤疮感染,小便短涩,大便秘结不畅,舌边尖红,苔薄白腻或薄黄,脉滑数,治宜清热利湿或清热解毒;(4)瘀水交阻型:面色黧黑萎黄,唇舌肌肤有瘀点或色素沉着,尿少,浮肿,纳差泛恶,肾功能减退,血中有轻度氮质潴留,脉弦或软,宜予分阶段治疗;(5)其它:除上述主要证型外,并见其它夹杂证者,如夹阴虚、肝火、肝气等等。慢性肾炎高血压型分(1)肾阴虚、肝阳亢:血压高,肾功能正常,无浮肿史,证见头痛头胀,面色红润,舌质偏红,脉弦,宜滋阴补肾平肝;(2)肾气肾阴两虚:过去有浮肿史,现浮肿已退,但高血压与蛋白尿持续存在,证见眩晕头痛,视力模糊,脉弦豁大,舌质偏淡、尖有红刺者,治宜滋肾阴益肾阳,辅以太安神。其他如解放军281医院及贵阳中医学院等,也均应用中医辨证施治结合肾炎的客观指标提出各自的分型法。

中西医结合的分型方法值得进一步研究⁽¹⁹⁾。一方面中医的辨证结合客观指标易于掌握;另一方面便于与西医界及国际医学界的学术交流。目前各地的分型法各有其特点与优点,但也均有一定的局限性,一时还很难统一,看来还需要有一个随着临床实践的病例积累,中西医之间的交流进一步深入,以及诊断技术的改善而逐步完善的过程。

二、根据四诊结合实验室检查来选用经验方药

1978年徐氏介绍了治疗“蛋白尿”的四张经验方的选用指征:巩固方用于水肿不明显,仅有蛋白尿或有肾功能损害者,药用蝉衣、益母草、小蓟、首乌(或黄精)、杜仲、核桃肉、补骨脂、细辛、复盆子;肾一方用于顽固蛋白尿,伴有血尿,无明显浮肿者,药用生地榆、鹿衔草、马鞭草、益母草、海金沙草、贯众、菟丝子、天葵子、蝉衣、红枣;肾二方用于高度浮肿,胆固醇高,血浆蛋白低,大量蛋白尿,但血压正常或不高者,药用黄芪、防己、葶苈子、麻黄、防风、苍术、大腹皮、川朴、赤小豆、鲜茅根、茶树根、熟附子;肾三方用于肾炎蛋白尿伴有上呼吸道感染者,药用蝉衣、蛇舌草、七叶一枝花、大蓟、蒲公英、益母草、石韦、元参、防己、知母、黄柏、复盆子⁽⁹⁾。1977年时振声根据文献资料及其个人经验,将肾炎蛋白尿的治疗归纳为十个治法,即健脾益气法、温补脾肾法、气血双补法、滋养肾阴法、补脾固肾法、阴阳两补法、活血化瘀法、清热利湿法、气阴两补法及消化蛋白法,并分别列出了主要方药,其用法也都是以尿蛋白为指标结合辨证用药的⁽¹¹⁾。

三、辨证论治结合对症用药

在辨证论治的基础上,选择性地加用治疗尿蛋白的对症药物以提高临床疗效,开辟了辨证论治结合对症用药的新路子。1981年江苏省中医院,在辨证施治的基础上加用对症治疗的肾炎合剂,治疗了慢性肾炎50例。辨证施治方案:脾肾虚弱型以六君子汤加味;脾肾阳虚型以真武汤、五苓汤加味;肝肾阴虚型以杞菊地黄汤加味;肺肾两虚型以沙参麦冬汤加味。肾炎合剂由雷公藤、鸡血藤、甘草组成。治疗后基本缓解者占56%,显效20%,好转18%,无效6%。认为加用肾炎合剂后较单纯中医辨证治疗慢性肾炎临床见效快,一般有效病例在服用肾炎合剂2~3周,尿蛋白就开始下降,治疗1~2个疗程后尿蛋白可降至微量或阴性,但对免疫功能低下者效果差⁽²⁰⁾。

四、根据化验定出主方,然后再予辨证加减

1981年林氏等报告,以仙芪地紫合剂为主,结合辨病病因,随证加减,治疗血尿110例。治疗结果:病人自觉症状消失、肉眼血尿消失、显微镜下红细胞0~5个者占47.3%,症状和镜检明显好转者占43.6%,无效者占9.1%⁽²¹⁾。血尿的病因是很复杂的,作者认为虚是泌尿系出血的基础,热是产生血尿的条件,瘀是血尿发展的结果,三者之间互为联系,故选用黄芪、仙灵脾调补脾肾,益气助阳;生地、紫珠草、鹿衔草凉血止血;蒲黄、三七活血散瘀止血;车前草清利湿热;甘草清热并调诸药,制成了仙芪

地紫合剂。该方虽是一张针对血尿对症处理的药方，但它却与一般的止血药不完全相同，是作者根据中医传统理论，分析了血尿主要病机，并结合自己的临床经验而制订的。有报告家传尿血秘方为主，治阴虚尿血久而不愈者屡收卓效。方中有刘寄奴专入血分通行走散；旱莲草、干地黄补肾滋阴止血；当归、琥珀、车前子活血散瘀通淋；黑豆豉入肾解烦热⁽²²⁾。

综上所述，在中医辨证的基础上，适当参考现代医学的各项检查，对于帮助诊断、选择用药及评定疗效是有一定帮助的。

方剂与药物

治疗慢性肾炎的中成药与古方各地大同小异，如左归丸、右归丸、六味地黄丸、大补阴丸、地黄饮子、真武汤、黄芪防己汤、五苓散、济生肾气丸、五子衍宗丸、金樱子膏、金锁固精丸、补中益气丸、参苓白术散、党参龟鹿丸、九龙丸等。近年来各地不但对主要古方加减进行了临床疗效观察与方中主要药物的分析研究，同时对各地草药的研究也作了许多工作。

一、关于黄芪的临床观察与实验研究

黄芪是治疗肾炎的常用药物，它在防己黄芪汤、补中益气汤和玉屏风散中均为主要药物，有的学者以单味黄芪来治疗蛋白尿。1937~1972年相继在狗、家兔、大白鼠及工作人员身上试用黄芪静脉注射、皮下注射或口服均得到显著的利尿作用(动物注射黄芪0.5克/公斤；人口服0.2克/公斤)，但久用后则利尿作用不显著(注：作者在临床遇少数病人服后有钠水潴留现象)。1963年贾氏等报告，中药黄芪对大白鼠肾毒血清性肾炎有预防作用，并证明黄芪对Magagi肾炎的阻抑作用，可能与增强代谢、改善全身营养状态有一定关系。1964年毛氏等报告，大白鼠服大量黄芪粉(5克/日)曾对血清性肾炎的发病有阻抑作用，能延迟尿蛋白与高胆固醇血症的发生。其次，黄芪在体外对肺炎双球菌、溶血性链球菌、白喉杆菌、金黄色及白色葡萄球菌、枯草杆菌等十多种细菌有抑菌作用；动物实验有降压作用(注：作者在人体上观察到，黄芪的降压作用不很明显，而且有些病人反见升压反应)，并证明黄芪毒性甚小或无毒⁽²³⁾。

1980年报告，以50%的黄芪水煎液喷鼻0.5毫升/次/天，或口服黄芪片5片/次，每片含生药0.5克，每日3次，或黄芪汤剂15克，隔日口服(10天为一疗程，停药5天后再进行第二疗程)，来防治人群流感，并同时作动物试验。实验结果表明，黄芪对1898只小

白鼠I型副流感病毒感染有保护作用；对540名感冒易感者减少了感冒发病人次；给49例典型脾虚证的慢性支气管炎患者服黄芪后有65.3%患者20天内就可以改善其脾虚症状⁽²⁴⁾，证明黄芪有防治感冒的作用。以后又在组织培养、小白鼠和人群中研究了黄芪的作用原理。为了解黄芪对细胞功能的影响，就黄芪对细胞在体外的生长、细胞的病毒感染、细胞的干扰素系统功能、细胞的核酸代谢以及鼻分泌液中SIgA含量等影响进行了研究。研究结果表明，黄芪具有延长某些原代细胞培养和某些二倍体细胞株寿命的能力，可使其寿命长达88~98代。某些细胞培养，包括人胎肺二倍体细胞培养，在用黄芪处理以后，可以抵抗滤泡性口腔炎病毒和Sindbis病毒引起的致细胞病变作用。黄芪还有促进白细胞的干扰素诱生能力⁽²⁴⁾。

综上所述，可见黄芪在肾脏病方面的治疗作用，已经从仅着眼于对肾脏局部的影响，而转移到对机体的免疫学影响，以及对细胞功能抗病能力的影响。因此临床的应用也逐渐从黄芪粉、黄芪粥对尿蛋白的影响，而逐渐回到扶正固本、扶正祛邪的角度来使用了。

二、关于昆明山海棠与雷公藤的研究

这两味药最早是用来作杀虫剂，后来因毒性太大而废用。近年来用其治疗类风湿、红斑狼疮等免疫性疾患取得一定疗效，故被移用来治疗与免疫有关的肾炎，现已在临床取得了一定效果，特别在治疗蛋白尿方面已陆续有所报道。

雷公藤对肾病综合征的消蛋白效果，既有免疫抑制作用，也有抗炎反应。通过观察，它对类脂性肾病、狼疮性肾炎及紫癜性肾炎等有效，能消蛋白尿^(25,26)。南京医学院附属医院儿科，采用雷公藤提取的单体制成的片剂，每片含单体10毫克，剂量按1毫克(0.8~1.4毫克)/公斤/日计算，分2~3次口服，治疗7例小儿肾病综合征，其中5例在用药2周内尿蛋白转阴或微迹，2例于治疗1~3个月后尿蛋白有不同程度减少。部分病例在停药后尿蛋白有回复现象，再次用药仍有效。作者体会此药在尿蛋白消减的速度方面比激素略快，在浮肿消退以前也无一过性浮肿加重现象。这些均比类固醇激素优越⁽²⁷⁾。福建三明地区第二医院用去皮的雷公藤木质根部，每日15~20克煎服，最大量每日30克，以1个月为一疗程，共治疗肾病综合征34例，同时设对照组24例进行中西医结合治疗。结果雷公藤组中19例获完全缓解，占55.9%；对照组中7例获完全缓解，占29.1%。其中雷公藤组中有10例是经用中西药无效后改用雷公藤治疗而获缓解的⁽²⁸⁾。

昆明山海棠的作用机理可能是通过其活血化瘀作用,有效地消除了肾小球基底膜上的免疫复合物,改善微循环,增加肾血流量,降低肾小球毛细血管的通透性,从而减少蛋白质的漏出,得到较好的临床效果⁽²⁵⁾。实践证明,本品对病程短、年龄小、临床分型属微小病变型的蛋白尿为主者效果最佳。据上海市第六、第八人民医院和龙华医院等临床观察,40例蛋白尿患者服用本药后,蛋白尿下降总有效率为62.5%。临床发现,按每日3次,每次2片的方式给药,总有效率为50%左右;但如增加剂量改为每次3片,则疗效可明显提高。据龙华医院观察20例资料统计,总有效率达75%⁽²⁶⁾。

目前有的单位正在提取它们的有效成分,有的单位在进一步作剂型改良以冀再提高疗效减少毒性。目前昆明山海棠的毒性反应已经很少;雷公藤随着使用者对药性的了解,正确掌握指征与反指征,因人制宜的改变剂量,以及配上可以减少其毒性的药物并用等等,毒性反应也随之而在减少,这是近年来的一大进展。

中西医结合治疗规律探讨

近年来肾炎的治疗,由单纯的西医西药,或单纯中医中药发展到中西医结合治疗,疗效得到明显提高。中西医结合治疗本病的优点是:(1)减少副作用,提高疗效;(2)巩固疗效,减少复发;(3)治疗单纯中药或单纯西药无效的难治性病例^(1-5,8-30-33)。有关这方面的文献资料不少,其中尤以肾病综合征方面报道比较集中。开始以摸索治疗方案与疗效分析为主,以后逐渐加强了对如何减少副作用、提高有效率、减少复发率方面的探讨。八六医院分组治疗106例,以激素+氮芥+氮唑+中药组的完全缓解率为最高(15/23),其余依次为激素+氮芥+氮唑组(10/16),激素+氮芥组(3/8),中药组(3/13),激素组(1/12)⁽³⁰⁾。上海第二医学院附属第三人民医院分组治疗成人肾病综合征267例,其中温肾药+激素组完全缓解率为37.3%,益气药+激素组完全缓解率为66.7%,清热药+激素组完全缓解率为83.8%⁽³⁾。上海曙光医院用辨证论治加小剂量激素为主治疗82例肾病综合征,完全缓解率为76.8%。空军医院报道,在用激素、氮芥、中药联合治疗的30例中获得完全缓解的26例,至停减激素时,以六味地黄丸或复方黄芪注射液巩固疗效可以减少激素依赖或复发⁽³⁴⁾。此外,贾氏介绍用激素无效病例如用龟板、鹿角霜、知母、黄柏、黄芪、仙灵脾、白茅根等中药并抽减激素而获显效⁽³⁷⁾,沈氏介绍在加

用中药缓解后递减激素,并予知柏地黄丸或补肾填肾药可巩固疗效⁽³⁸⁾;清利湿热能减轻激素诱致的感染和柯兴氏征;活血化瘀药对激素所致之高凝状态和合并心血管梗塞者有益⁽³⁹⁾,和胃降逆药能减轻环磷酰胺引起的胃肠道反应;补益气血药能减轻细胞毒药物对白细胞的影响⁽³¹⁾;健脾补肾药能减轻免疫抑制剂对机体抵抗力的影响等等⁽¹⁾。

通过以上实践,逐步摸索与小结了中西医结合用药原则及治疗方案方面的规律。中西药物选择方面认为:(1)凡症属轻微病变型患者,一般可先用皮质激素或环磷酰胺等西药控制,以后逐步抽减西药,用中药替代以巩固疗效。(2)用免疫抑制剂或激素等西药产生严重副作用或有反指征时,或以往已用过西药无效或失效者,可考虑停用或减量西药加用中药;全身一般情况较差,对有关免疫抑制剂和激素等西药不能耐受或估计反应不良者,可先用中药调理及西药对症处理,待一般情况好转后再考虑用免疫抑制剂等西药治疗。(3)凡病程较长,有高血压、氮质血症,有明显血尿或病情危重,估计单用中药或单用西药均难奏效者,考虑中西药同用或多种疗法综合应用⁽⁸⁻¹⁰⁾。

据临床观察,凡作用较强、药效维持时间较长的单味药,往往见效快,但长期用或大量用有一定的副作用;而药效维持时间虽然较长但作用较弱、剂量较小的复方,往往见效慢,但副作用少。故可先用前者迅速控制病情,以后逐步撤减并加用后者,以稳定其疗效。二者结合可以达到见效快,疗效好,副作用小的目的。

除以上一般的中西医结合治疗规律探讨外,尚有不少单位陆续对难治的病例,如对顽固性蛋白尿、有合并症夹杂症者和继发性肾病等,提出初步探讨。至于各期、各型肾炎的中西医结合治疗方案,在1977年全国肾炎座谈会上曾进行讨论,并提出治疗的参考意见⁽⁴⁰⁾,有待今后进一步实践、提高。

参 考 文 献

- (1) 湖南医学院第二附属医院祖国医学教研组: 湖南医学杂志(5):1, 1980。
- (2) 陈梅芳等: 上海中医药杂志(6):16, 1979。
- (3) 中国医学科学院病毒学研究所感冒支气管炎组等: 中医杂志 21(1):71, 1980。
- (4) 陈梅芳: 江苏中医杂志(1):3, 1981。
- (5) 陈梅芳: 调理脾胃扶助正气在肾脏病中应用。内部资料, 1977。
- (6) 上海第二医学院附属第三人民医院: 中西医结合治疗肾病综合征。内部资料, 1974。
- (7) 北京市中医研究所肾病研究组: 中医杂志(2):73, 1965。
- (8) 上海第二医学院附属第三人民医院: 新医药学杂志(3):

- 22, 1978。
- (9) 徐嵩年等: 新医学杂志(2):13, 1978。
- (10) 李炳文: 上海中医药杂志(7):5, 1981。
- (11) 朱鸿铭: 山东中医学院学报(1):20, 1980。
- (12) 山西省中医研究所: 新医学杂志(6):29, 1975。
- (13) 王多让: 新中医(1):37, 1976。
- (14) 北京医学院附属第一医院肾炎研究室: 中华内科杂志(2):87, 1978。
- (15) 李学铭: 新医学 9(9):441, 1978。
- (16) 张天: 上海中医药杂志(2):38, 1979。
- (17) 陈梅芳: 肾小球疾病。内部资料, 1980。
- (18) 上海第二医学院: 内科手册。上海科技出版社, 1981。
- (19) 时振声: 江苏中医(12):26, 1977。
- (20) 江苏省中医院内科肾病组: 中医杂志 22(4):274, 1981。
- (21) 林斌等: 浙江中医杂志 16(4):174, 1981。
- (22) 周执中等: 湖南医药杂志(2):36, 1980。
- (23) 周良桐: 新医学杂志(2):46, 1974。
- (24) 中国医学科学院病毒学研究所感冒支气管炎组: 中医杂志 21(3):227, 1980。
- (25) 秦万章: 上海中医药杂志(4):46, 1981。
- (26) 黎磊石等: 中华内科杂志 20(4):216, 1981。
- (27) 南京医学院附属医院儿科肾脏组: 江苏医药(10):6, 1979。
- (28) 郭英祥等: 福建医学杂志(3):8, 1981。
- (29) 沈家芦: 新医学杂志(3):164, 1979。
- (30) 中国人民解放军第八六医院内科: 中华医学杂志 12(10):613, 1973。
- (31) 北京朝阳医院: 新医学 5(1):11, 1974。
- (32) 朱辟疆: 新医学 6(6):291, 1975。
- (33) 温库庆等: 新医学 6(11):520, 1975。
- (34) 江一清: 中华医学杂志 15(10):540, 1976。
- (35) 上海第三人民医院肾病组: 中华内科杂志(2):82, 1978。
- (36) 钟念文: 上海医学(12):43, 1978。
- (37) 贾福华: 上海中医药杂志(5):12, 1980。
- (38) 沈庆法: 新中医(4):36, 1980。
- (39) 钟念文等: 上海中医药杂志(1):12, 1981。
- (40) 全国肾炎座谈会纪要: 关于各类原发性肾小球疾病治疗的参考意见。中华内科杂志(2):136, 1978。

腹膜外手术后所致腹胀 36 例中西药对照观察

北京市结核病研究所骨科 曹彩恩

腹部手术后胃肠功能紊乱所致的腹胀谓肠麻痹。肠麻痹轻者影响胃肠功能的恢复, 重者可引起并发症。因此, 尽早解除肠麻痹则是术后应重视的问题。自 1980 年 10 月至 1981 年 7 月, 我科收治 36 例需经腹膜外手术的脊柱结核病例, 术后将其随机分成中药、西药和对照三组, 每组 12 例, 进行治疗观察, 现小结如下。

一般资料: 36 例中, 男 16 例, 女 20 例, 均为脊柱结核患者。病变部位下胸、腰及骶椎。全部用静脉全麻, 手术采用经腹膜外进入病灶, 手术平均持续时间, 中药组 3 小时 7 分, 西药组 3 小时 15 分, 对照组 2 小时 27 分。

治疗方法:

一、中药组: 白芍 5 克, 大黄 10 克(后下), 蒲黄 10 克, 番泻叶 5 克。水煎, 麻醉清醒后少量频服 1 剂, 1 日服完(小儿酌减)。

二、西药组: 日服新斯的明 10 毫克, 若不排气, 4~6 小时后再服 5~10 毫克。

三、对照组: 不给任何消胀、排气药。

手术日清晨空腹测腹围 1 次, 术后第 1 天下午 5 点再测腹围 1 次。每日观察病情变化及肠鸣音恢复情况。排气后开始少量进食, 减少或停止输液。

临床疗效: 中药组多在术后 1~2 天内排便, 3 日

内有 9 例排便, 其他两组 3 日内无排便者。7 日内达术前食量者, 中药组有 11 例, 其他两组各有 3 例。平均输液量, 中药组 2625 毫升, 西药组 4671 毫升, 对照组 4154 毫升。术后平均排气时间(从术终开始算)中药组 34.13 ± 2.8090 (均值 $\pm$ 标准误, 下同) 小时, 西药组 44.00 ± 3.2850 小时, 对照组 49.38 ± 2.1205 小时, 经统计学处理, 排气时间组间有非常显著性差异 ($P < 0.01$)。

体会: 祖国医学认为, 六腑为转化之腑, 其功能为泻而不藏, 以通降下行为顺, 以滞积上逆为病。通降下行失常则痛而闭, 即“不通则痛”。术后肠麻痹以痛、闭、胀、停止排便排气为主要表现, 其病理为肠蠕动消失。

根据“六腑以通为用”“痛随利减”的原则, 选用白芍、大黄、蒲黄和番泻叶四味中药组成本剂。该四味中药均有直接刺激肠壁, 使肠节律性收缩, 肠蠕动增强。故中药组排便排气时间较早。

通便与饮食关系密切。脊柱结核病人术后大都需较长时间卧床, 大便多秘结, 食量难以增加, 用大黄等荡涤胃肠, 迅速通便, 排出积滞, 腹胀顿时大减, 胃肠功能很快恢复, 从而促进食量增加。

术后腹胀阶段, 少食豆类、葱、蒜及白菜等食品, 以免加重腹胀。