

综 述

慢性肾功能衰竭的中医证治现状

重庆市中医研究所 郭 铭 信

随着中医对慢性肾衰认识的深化, 临床经验的积累和实验研究的开展, 其疗效日益受到国内外医界同仁的注视⁽¹⁾。现就其证治现状综述如下, 供临床、研究参考。

病 证 范 围

根据慢性肾衰常见的原发病、演变经过、临床表现和预后情况, 一般认为中国古代文献中有关本病的描述, 散见于水肿、呕吐、癃闭、虚损、关格等病证中^(2~18)。本病多是水肿以及淋证、尿血等日久迁延的结果, 水肿消退时, 可呈虚损表现, 其呕吐常与癃闭并见, 再结合本病的严重预后, 故应属于中医“关格”范畴。

病 机 探 讨

慢性肾衰是多种肾脏疾患的后期表现, 许多学者皆认为属本虚标实^(2~11, 14, 16~28)。正虚包括气、血、阴、阳, 实邪有湿浊、瘀血和痰, 可伴有水停为患, 有时兼夹外邪^(6, 8, 15)。其演变过程, 往往因实致虚, 继而在“虚”的基础上又产生实邪。如导致本病最多见的肾小球肾炎, 其病初多因感受风湿、湿热或风热; 其他的原发病如肾盂肾炎、肾动脉硬化、肾结石、肾动脉栓塞等, 亦因湿热、痰瘀、砂石等邪气。迨至肾功能不全, 正气严重受损, 湿浊不得下泄, 甚至成痰、生瘀、化热、动风, 可使原有痰、瘀、水停的病变加重^(2, 8, 16)。这里必须注意, 在肾功能失代偿前的“水湿”, 是指外来湿邪或体内津液化生障碍的病理产物; 而慢性肾衰的“湿浊”则是指气化过程中产生的“内生之毒”。两者的涵义不同。

慢性肾衰病位广泛, 可波及五脏和胃、肠、膀胱等多个脏腑⁽²³⁾。其中脾肾衰败, 湿浊水毒潴留是病机的关键^(2~8, 10, 16~23)。由于脾肾衰败, 二便失司, 尿素氮、肌酐等代谢产物潴留体内, 气化严重障碍, 浊阴不泄, 或上犯脾胃, 或蒙蔽心窍, 或惹动肝风, 或入营动血, 或水气凌心犯肺, 从而显示出种种危急病象⁽²³⁾。

一些人认为, 慢性肾衰脾肾虚的阴阳属性有主次之分。一种认为以阳虚为主^(6, 7, 21), 间或有脾肾阴阳俱虚者, 亦由阳损及阴所致, 而纯属肝肾阴虚者颇为鲜见。尤以肾虚虚最为主要。有人在研究原发性肾小球肾炎中医辨证规律时, 发现肾阳气虚的证候与肾功能减损存在密切的相关性。动物实验也证实温肾益气能提高实验性肾炎的肾小球功能, 改善肾脏病理变化, 延长动物存活时间⁽²⁷⁾。因此证候辨析应抓住肾阳气虚这一关键, 治疗应注意温补肾中阳气⁽⁷⁾。另一种看法是, 慢性肾衰的中医辨证以气阴两虚为多见^(2, 22, 24)。认为从慢性肾炎到肾功能损害的基本病理变化和过程是: 湿热是贯穿始终的病邪; 气阴俱虚导致后期营血亦亏, 是本病的主要病理变化; 而脾肾两脏则是损害的主要病位。在个别病例和病程的某个阶段, 可阴损及阳, 时或显示阳虚的某些症状, 但非主要矛盾。总的发展符合“气病及血”、“阴损及阳”的规律。治疗不主张投红参、附子等温热药以防伤阴助火⁽²⁴⁾。

以上两种不同的看法, 除了师承影响、临床经验差异和学术观点不同外, 可能还与地域、就诊患者的职业、病情、原发病的类型等有关。如在北京一组 53 例中, 气阴两虚型 31 例, 脾肾气(阳)虚者 11 例, 肝肾阴虚和阴阳两虚者分别为 6 例和 5 例⁽²⁴⁾。而在江苏常熟县一组 73 例病例中, 农民占 83.3%, 其中阳虚寒湿型 30 例, 气阴两虚型 7 例, 其余 35 例为湿热互结型⁽¹⁹⁾。上海两个单位报告, 一组为 30 例, 脾肾阳虚者 17 例, 脾肾气阴两虚者 11 例⁽²⁰⁾; 另一组 78 例中, 气阴两虚 47 例, 非气阴两虚者 28 例。前者病程较短, 肾功能轻度损害为多⁽²⁾。西苑医院观察到, 如由慢性肾炎肾病型引起者, 多与脾肾阳虚有关, 如由高血压型和普通型引起者, 多见肝肾阴虚及气阴两虚, 而且各种证型可互相转化⁽²²⁾。

有人根据“诸湿肿满皆属于脾”、“脾胃为生之源”、“中运为升降之枢”以及五脏相关等理论, 结合临床所见, 十分强调脾胃和气机升降在慢性肾衰发病中的意义^(10, 14, 18)。尿毒症患者常以呕恶、口粘纳呆、便秘或溏等脾胃功能紊乱为突出表现, 据一组 30 例统计

占90%⁽⁸⁹⁾。消化系症状的轻重与肾功能毁损程度及尿素氮数值的高低变化基本上一致，这是肾气衰惫，病及于脾的结果。湿浊内停，干于脾胃，影响胃纳脾运升清降浊的功能，继之波及他脏，变证丛生。另一方面，由于脾气衰败，生化不及，而致气血双亏，血浆蛋白及血红蛋白下降，枢机滞塞则清阳不升，浊阴不降而致洩闭逆、腹满腹胀⁽¹⁰⁾，多属于“气虚而闭”的升降失衡⁽¹⁴⁾。再者，肾受五脏六腑之精以藏，而五脏六腑之精皆来自脾胃所化之水谷精微，故补肾亦需注意调脾⁽¹¹⁾。

此外，瘀血病变也不容忽视。盖因病久脏器虚损，气虚、气滞均可导致血瘀。在辨证方药中加活血之品，或以活血化瘀为主进行治疗，对早、中期病人有助于改善肾功能，利尿消肿，减轻消化系统症状^(11,19,30)；对慢性终末期肾衰也有一定疗效⁽¹⁵⁾，均说明瘀血是慢性肾衰的一个重要病理因素。

辨证分型治疗

按各家所分型别的名称，以虚实为纲进行归类。

① 突出正虚：如傅氏分为脾肾阳虚、脾肾阴阳俱虚偏阴虚、肝肾阴虚三型，认为治疗不应忽视其本，而重标实。以肾气化则二阴通，气化水行，浊邪自能不泄而降。主张不用通利二阴之药⁽⁶⁾。② 突出邪实：陈氏等分湿浊壅盛、湿热互结、湿浊内蕴、水湿泛溢四型，认为治疗应急则治标，治标时间宜短；缓则治本，用药时间宜长或标本兼治⁽⁵⁾。③ 分别突出正虚或邪实：如许氏将尿毒症列入慢性肾炎后期虚损范围，除了肾阳衰竭、真阴亏损、肝肾两亏、心血不足外，专列湿浊犯胃一型，提出和胃是治标的关键⁽³⁾。④ 正虚邪实并重：如李氏等分为阳虚寒湿内蕴、阳虚湿热内阻、阳虚水湿泛溢、阴虚湿热内蕴四型，主张扶正祛邪同时应用⁽²⁸⁾。⑤ 其他：王氏分为阳虚水泛、湿浊内阻、阳亢风动三型，认为这三型依次相似于尿毒症发展阶段之尿毒症前期，尿毒症期和尿毒症晚期⁽²¹⁾。

为便于临床应用，兹将各家分型治疗按证与方以虚实进行分类。

1. 本虚：① 脾胃阳(气)虚用真武汤、附子理中汤、附子汤、保元汤、补中益气汤等。② 脾肾气阴两虚用参芪地黄汤、麦味地黄汤、保真汤、大补元煎、生脉散等。③ 脾肾阴阳两虚用桂附地黄汤、参芪桂附地黄汤、济生肾气汤、杞菊地黄汤、知柏地黄汤等。④ 气血亏耗用八珍汤、人参养荣汤、归脾汤等。⑤ 阳竭阳脱用生脉散、参附龙牡救逆汤等。

2. 标实：① 湿浊犯胃，寒化用小半夏加茯苓汤、

二陈汤、旋复代赭汤、吴茱萸汤、香砂六君子汤等；热化用黄连温胆汤、半夏泻心汤、黄连苏叶汤、甘露消毒丹、三仁汤等。② 水湿泛溢一般用五苓散、五皮饮、胃苓汤等。气(阳)虚用实脾饮、防己黄芪汤、济生肾气丸、苓桂术甘汤等；气滞用大橘皮汤、茯苓导水汤等；阴虚用六味地黄汤加牛膝、车前子等。③ 瘀血内停用桂枝茯苓丸、补阳还五汤、血府逐瘀汤、抵当丸、丹参注射液等。④ 腑气不利用温脾汤、大黄附子汤，或加入大黄，或用大黄复方制剂灌肠。⑤ 阳亢风动用羚角钩藤汤、天麻钩藤饮、建瓴汤、三甲复脉汤、大小定风珠等。⑥ 湿浊化燥，入营入血，迫血妄行用清营汤、犀角地黄汤；蒙蔽清窍，热盛昏谵用牛黄清心丸、安宫牛黄丸等；抽搐用紫雪丹；湿盛昏迷用至宝丹、苏合香丸等。

根据各地治疗的459例统计^(2,5,7,11,13,18,21,24,28)，平均有效率为64.9%，亦有低于50%⁽¹³⁾和高于80%者^(7,11,21)。张氏等报告一组尿毒症50例，一年、二年及三年存活率分别为70%、40%及12%⁽¹⁸⁾。屠氏观察到湿热互结型比阳虚寒湿型及气阴两虚型难治^(19,28)。时振声等发现，病至湿浊化燥，入营入血，而致血热妄行，肝风内动，蒙蔽心包，用清营凉血、镇肝熄风、清心开窍等法，未必能控制病情，故应早期治疗，以提高疗效⁽²⁴⁾。

有人认为，中医对慢性肾衰的证治与西医有某些共同之处，而且“证”在某些方面确能反映机体的内在改变。中医认识的脾肾等正气虚损与西医认识的肾单位大量损害都是正气(功能)不足，而湿浊内蓄与氮质潴留均为邪气(病理产物)有余，治疗应消其有余，补其不足⁽¹⁹⁾。由于湿浊内阻发生的呕恶，应用通腑泄浊治疗可暂时缓解。在血肌酐、尿素氮明显好转后，一系列消化道症状亦见好转。随着血肌酐、尿素氮水平接近正常，“证”可以从脾肾阳虚转为脾气虚⁽²⁹⁾。T细胞功能缺陷及免疫反应异常是尿毒症肾阳虚病人在免疫功能方面的改变。本病反复感染发生率特别高占90%左右，说明元气或精气虚甚，抗邪能力极差。其原因可能是尿毒症毒素抑制T细胞免疫功能，并影响B细胞体液抗体的形成⁽³¹⁾。

以大黄为主的祛邪治疗

用大黄等口服或保留灌肠以祛除湿浊水毒，是治疗慢性肾衰的一种重要方法。习称通腑泻浊。

口服以大黄应用较多，单用或与其他中药组合成方，如硝黄附子汤(芒硝、大黄、二丑、附子、党参、黄芪、茯苓、泽泻、陈皮、焦三仙、甘草)⁽⁹⁾、

附子大黄汤(附子, 大黄, 益母草, 黄芪, 芒硝)等⁽⁷⁾。沈氏等根据慢性肾衰患者的寒热证候和肿满程度, 分别选用巴豆、甘遂、番泻叶、大黄和甘露醇等, 配合汤药以调理阴阳, 治疗 71 例次, 有效率 75.8%⁽¹³⁾。

保留灌肠恒以大黄为主药, 多按寒热配伍, 偏凉的如大黄、栀子、牡蛎、益母草, 偏温的如大黄、附子、益母草⁽²⁵⁾。毕氏等用大黄、牡蛎、蒲公英煎汤保留灌肠, 每日 1~2 次, 以泻便 3~4 次为度, 共治 20 例, 缓解者 16 例。其中 10 例治前血肌酐 ≤ 10 毫克%或血尿素氮 ≤ 100 毫克%, 全部有效, 治后血肌酐、尿素氮下降值和 CO_2 结合力上升值与治前有非常显著差异; 其他 10 例氮值高于此数的患者, 6 例症状缓解, 而上述指标平均值无明显改变⁽²²⁾。

有人将保留灌肠与分型论治结合应用, 方如大黄、六月雪、牡蛎、徐长卿、皂荚子⁽⁴⁾, 大黄、附子、牡蛎⁽¹⁹⁾。卢氏等对腑气不利, 湿浊内阻, 呕恶频繁者, 把通腑泻浊作为治标的应急措施, 分别用己椒藜黄汤合大黄汤口服⁽²⁸⁾, 排毒汤(大黄、黄芩、槐花、白头翁、苏叶、牡蛎, 阳虚加附子)⁽²⁰⁾及大黄、黄芩、黄柏、银花、瓜蒌⁽¹⁸⁾保留灌肠, 使水毒和氮质加速从肠道排出。

以大黄为主的祛邪治疗能增加肠道氮质清除值。沈氏等曾测定 1 例治疗前后粪便和血液氮质的变化情况, 治疗前粪液尿素氮 174 毫克%、肌酐 16.5 毫克%, 治疗后尿素氮和肌酐第一次分别为 2240 毫克%、540 毫克%, 第二次分别为 4320 毫克%、204 毫克%; 血尿素氮和肌酐由治疗前的 43 毫克%、5.68 毫克%降至 21 毫克%、2.45 毫克%⁽¹²⁾。但其作用机制与西医的口服透析液不尽相同。王氏等对采用大黄等中药与甘露醇等混合服用获效的病例进行停药观察, 其中 3 例血尿素氮明显上升, 2 例去掉中药仅口服透析液, 血尿素氮上升, 加入中药后又可使之下降低, 提示该组所用药液里中药的作用是主要的⁽³³⁾。刘氏曾试用大黄注射液静脉滴注治疗慢性肾功能衰竭 2 例获效, 大黄生药剂量相当于口服的 6~11 倍, 并未见致泻作用⁽³⁴⁾。郑氏与日本学者合作, 用温脾汤对慢性肾功能不全的大白鼠进行实验性治疗, 鼠血中尿素氮、肌酐明显降低, 高磷、高钾、低钙血症得到改善, 缬氨酸、亮氨酸、酪氨酸水平上升, 被公认为尿毒症的“毒素”胍类化合物产生受到显著抑制, 患鼠延长了生命⁽¹⁾。由上可知, 以大黄为主的祛邪疗法, 尽管确切机制尚未阐明, 但作用确是多方面的, 非只通腑泄浊排毒而已, 无论口服或灌肠, 除局部作用外, 还有通过肠壁吸收

而产生的全身作用^(19,35)。

有人观察到, 使用单味大黄治疗慢性肾衰患者, 可降低肌酐、尿素氮及甲基胍、胍基琥珀酸等尿毒症毒素, 但使用 30 天后, 患者畏寒明显, 而在改用大黄配伍附子、人參的温脾汤后, 则作用可持续较久而无畏寒等副作用⁽³⁴⁾。因此使用大黄等祛邪治疗, 仍以辨证配伍为宜。在具体应用时, 应根据患者病情、体质、血压高低、电解质情况和排便次数等, 掌握好配伍剂量和间隔时间, 注意电解质平衡, 切忌操之过急。同时, 在使用过程中, 可酌情配服调理脾胃之品, 血氮降低后应注意补脾益肾, 活血养血等治疗, 以期改善肾功能^(12,35)。

以扶正、活血为主的治疗

为了探索治疗慢性肾衰的新路子, 有人针对本病病机的某些环节, 着重于扶正、活血法的运用, 取得一定疗效。

扶正以补益脾肾为主。有人在服原辨证方药时, 加服冬虫夏草⁽⁴⁾; 也有人将补益方药与大黄配合应用, 如保元汤加大黄⁽¹⁴⁾、补肾泌浊汤(党参或人參、淫羊藿、枸杞、白术、山药、补骨脂、黄芪、茯苓、大黄、甘草)⁽³⁶⁾, 对改善整体状况, 调节免疫功能, 改善肾功能有一定作用。调节肾衰病人内环境平衡可能是重要机制之一。陈氏等在冬虫夏草治疗肾衰过程中发现, 部份患者细胞免疫功能提高, 肾功能改善, 血红蛋白升高; 也有病人尿素氮显著下降, 但肌酐并未明显下降, 甚至处于一个较高水平上, 患者病情却明显好转, 在不用透析和静脉补液情况下, 由不能进食到顺利进食, 由不能起床到下床, 可以维持正常生活相当长的一个时期, 似提示慢性肾衰病人内环境不平衡情况得到某种程度的改善, 从而使患者健康状况有所好转⁽⁴⁾。沈氏通过对 18 例红细胞 Na^+K^+ -ATP 酶研究, 发现慢性肾衰升降失衡患者细胞膜离子运转功能普遍存在障碍, 升清降浊法(保元汤加大黄)有可能对此障碍起到调节⁽¹⁴⁾。

动物实验证明, 活血化癥方药有改善肾血流, 增强肾小管排泄, 增加纤维蛋白的溶解性等作用; 与清热解毒药合用, 可抑制肾小管萎缩和纤维组织增生, 促进废用的肾单位逆转⁽³⁵⁾。张氏等用丹参注射液治疗本病有效⁽³⁰⁾。卢氏等以活血化癥(当归、川芎、丹参、桃仁、红花、玄参等)为主, 同时配伍清热解毒、益气温肾、祛风化湿(大青叶、黄芩、黄芪、仙灵脾、忍冬藤、白术、猪苓、乌梅、山楂等), 西药用小剂量肝素, 治疗 50 例慢性终末期肾衰病人, 结果显效 7

例,其中随访一年以上3例,存活者2例;有效7例。总有效率为28%。见效的14例治疗后血尿素氮和肌酐均明显下降。有效的7例治疗后血红细胞电泳时间和血浆粘度明显下降⁽¹⁵⁾。

小结与展望

本文临床资料中的诊断、治疗和疗效判定,多是采用中西医结合的形式。已有的资料表明,中西医结合的疗效较单用西医同类保守疗法为高^(12,17)。随着中西医学学术的发展和临床经验的积累,不断探索新的中西医结合治疗方案,可望提高疗效。

目前,中医对本病的病名和病机认识已基本趋向一致,以大黄为主的祛邪对于治标,补益脾胃、活血化瘀对于治本的疗效,已为多数人承认。今后应进一步总结处理标本关系,用药组方,防治并发症和药物副作用以及各种中医疗法有机配合的经验,充分发挥中医综合治疗的作用。此外,还应注意中西医学术思想的相互渗透。

加强对原发病如慢性肾炎等的防治研究,注意早期维护和恢复肾功能,更属必要。王氏等对慢性肾炎重视肾功能衰竭前的治疗,把维护和恢复肾小球功能作为治疗的主要环节,把它视为比消除水肿,减少蛋白尿更有现实意义的经验⁽⁸⁾,值得重视。对晚期病人,也应注意保护残存的肾单位,尽可能地恢复肾功能⁽¹⁸⁾。

近几年来,随着腹膜和血液透析以及肾移植等新技术的发展和临床应用,如何提高其疗效,防治合并症,又成为中医治疗的重要问题。中医药在这方面的应用研究,是一个值得重视的方向。

笑厥1例治疗验

山东省冠县人民医院柳林分院 张明亚 李清海

厥证病因较多,因喜笑太过致厥者,实不多见。笔者临床曾遇一例,现介绍如下。

王××,女,45岁。素体虚弱,半年前看电视引起大笑,笑时突然昏仆,片刻苏醒,醒后如常。此后每因喜笑太过即厥,且逐渐加重,发时不省人事,四肢厥冷。他医予四逆散、四逆汤等方药治疗,发作更频。1984年9月14日笑厥又作,乃邀余诊视。至时患者已醒,症见面白无华,神疲乏力,心悸头晕,四肢欠温,但手足心热,身上微有汗出,舌尖红、苔薄白,脉细弱。心电图及其他检查,均未发现异常。证属心之阴损气耗。治宜益气滋阴,养心安神。方用生脉散

参 考 文 献

- (1) 郑平等,上海中医药杂志(11):45,1984。
- (2) 张镜人等,辽宁中医杂志(1):3,1983。
- (3) 许玉山,山西医药杂志13(1):38,1984。
- (4) 陈以平等,上海中医药杂志(2):11,1984。
- (5) 陈学忠等,辽宁中医杂志(2):25,1984。
- (6) 傅灿冰,四川中医(1):13,1982。
- (7) 刘锐等,陕西中医4(1):11,1983。
- (8) 胡龙才,广东医学3(11):31,1982。
- (9) 项景明,新中医(4):18,1982。
- (10) 吴立文等,广西中医药7(4):16,1984。
- (11) 王铁良,黑龙江中医药(1):30,1985。
- (12) 沈福娣等,上海中医药杂志(5):18,1983。
- (13) 岳秀艳,吉林中医药(1):20,1983。
- (14) 沈壮雷,中医杂志(1):24,1984。
- (15) 卢君健,中西医结合杂志5(5):274,1985。
- (16) 李炳文等,浙江中医学院学报(5):39,1982。
- (17) 赵淑颖等,中西医结合杂志3(2):89,1983。
- (18) 张淑玉等,北京中医(2):38,1983。
- (19) 屠森,上海中医药杂志(7):23,1983。
- (20) 卢森辉,广东医学2(5):8,1981。
- (21) 王球华,新中医(12):25,1982。
- (22) 中医研究院西苑医院,辽宁中医杂志(10):26,1981。
- (23) 钱元龙,浙江中医杂志(8):365,1985。
- (24) 时振声等,中西医结合杂志3(2):86,1983。
- (25) 吴光华,辽宁中医杂志(1):封四,1982。
- (26) 李学铭等,浙江中医杂志24(11):488,1983。
- (27) 肖森茂等,辽宁中医杂志(10):14,1983。
- (28) 祝石,辽宁中医杂志(4):4,1984。
- (29) 张庆怡等,中西医结合杂志4(12):722,1984。
- (30) 张镜人等,上海中医药杂志(1):27,1981。
- (31) 陈梅芳等,中西医结合杂志3(6):328,1983。
- (32) 毕增祺等,中医杂志22(9):21,1981。
- (33) 王克健等,中医杂志25(9):33,1984。
- (34) 刘慰祖,辽宁中医杂志(5):28,1985。
- (35) 蒙贵清,广西中医药(2):42,1983。
- (36) 王永钧等,浙江中医杂志(8):263,1985。

加味:人参6克,麦冬9克,五味子6克,桂枝4.5克,炒枣仁12克,浮小麦12克。水煎服。并嘱其服药期间注意情志调节。药进12剂。一年后随访病再未复发。

按:心主神,在声为笑,在志为喜,喜则气缓。今患者喜笑过度,损伤心气,心气弛缓,精神涣散,神游离舍,阴阳气不相顺接,而发为厥。复因误用大辛大热及疏理之剂,更伤心气,损及心阴,心神失养,日久则致气阴两虚。故用生脉散加枣仁、小麦补益气阴,养心敛神,佐少量桂枝,以助心阳,通心脉。俾气阴得复,阴阳顺接,厥止病愈。