

医案医话

从病例谈急性肾衰的中医治疗

北京中医学院东直门医院 周平安 冯恩波 哈潞芳

一、病历摘要

病史：高某，女性，20岁，农民，住院号：42232。于1986年7月19日因酱油色尿反复发作5年，无尿4天，由急诊观察室收入病房。

患者于1981年始，无明显原因而出现酱油色尿，晨起明显，未做任何检查治疗，几天后自行消失，尔后，少则10天，多则半年，屡有发作。1984年因食少纳差、恶心、面色发黄，经当地卫生院及县医院诊为“黄疸型肝炎”，服益肝灵、消炎利胆片等药，症状不减。1985年8月来京，在某医院检查肝功能，谷丙转氨酶偏高，经治疗恢复正常。1986年6月，出现浮肿，曾鼻衄二次，出血约300毫升。7月9日，病情恶化，难以忍受，再次到当地卫生院就诊，以再生障碍性贫血急送县医院。查血红蛋白2克%，血小板2700/立方毫米。从7月10日起，尿量减少，每天500毫升以下。13~15日输血3次，共1600毫升，输血过程中，周身曾起小红点。第一次输血后，浮肿加重，恶心加剧，频频呕吐。因3天没有排尿，于15日导尿一次，尿量不足250毫升。17日上午来我院急诊而留观。当即查：血红蛋白6克%，红细胞199万/立方毫米，白细胞8000/立方毫米，血小板7.5万/立方毫米，血肌酐15.8毫克%，血尿素氮83.6毫克%，二氧化碳结合力37.4容积%，谷丙转氨酶35单位/升，检查骨髓象，基本正常。诊断：考虑为继发性贫血。当日导尿约100毫升。按急性肾功能衰竭急于利尿、纠正酸中毒、抗感染及对症处理，经西药抢救二天，速尿每日用至700毫

克，仍无排尿，病情恶化，7月19日上午收入病房。

当时症见：颜面浮肿，精神极度疲惫，气不接续，语声低微，面色㿠白，周身浮肿，频频呕吐，胸膈发闷，脘腹胀满，腹痛拒按，饮食不进，已4天无尿，大便溏薄日行3~4次，舌质淡、苔腐色黄褐而干，脉沉细数。

查体：体温37.2℃，脉搏100次，呼吸24次，血压110/90毫米汞柱。腹水征(+)，双肾区叩痛(+)，双下肢浮肿(+)，余未见异常。

实验室检查：血红蛋白6克%，白细胞11600/立方毫米，中性90%，血小板5.1万/立方毫米；尿常规加八项：白细胞4~6，尿蛋白(++)，尿糖(+)，尿潜血(+++)，其余(-)；血肌酐20毫克%，血尿素氮83.8毫克%，二氧化碳结合力26.4容积%，血钾、钠、氯在正常范围；酸溶血试验(+)，蔗糖溶血试验(+)，尿含铁血黄素(+)，抗人球蛋白试验(-)；肾图：双肾曲线呈无功能图形。

治疗经过：入院后诊断为溶血性贫血合并急性肾功能衰竭。当即静注速尿100毫克，无明显利尿效应，又予速尿500毫克静脉滴注，亦无反应，一天之内速尿用了1200毫克，总尿量只有100毫升。于是从20日开始我们采用中西医结合而以中医为主的治疗方法，用西药以对症处理，用中药以促进肾功能的恢复，解除氮质血症。给药以口服与灌肠并用。内服剂以辛开苦降、调气降浊为法，药物有：苏叶10克，浮萍10克，姜半夏10克，黄连3克，陈皮6克，竹茹10克，吴茱萸3克，生姜3

片, 椒目 10 克, 猪、茯苓各 10 克, 伏龙肝 80 克; (煎汤代水煎上药) 灌肠方以活血行瘀, 解毒泻浊为法, 药用: 大黄 30 克, 桂枝 10 克, 丹参 20 克, 红花 20 克, 生黄芪 30 克。浓煎 150 毫升, 保留灌肠, 每日二次。22 日, 治疗的第 3 天, 恶心呕吐减轻, 可以受药。23 日 (第 4 天), 尿量增至 580 毫升。24 日 (第 5 天) 起, 浮肿渐减, 脘腹胀痛及呕吐诸症进一步好转。26 日 (第 7 天) 有食欲, 能进饮食, 尿量增至 1280 毫升。31 日化验血肌酐 18.4 毫克%, 血尿素氮 109 毫克%。8 月 4 日起, 尿量增至 2000 毫升以上大便渐成形, 但因灌肠而次数仍多 (日二、三次)。8 月 7 日, 血肌酐 8.5 毫克%, 血尿素氮 69.4 毫克%, 内服方渐加益气健脾之品。8 月 15 日, 病人浮肿全消, 二便和调, 能下地活动, 除乏力、时有恶心外, 无明显不适, 内服药改为扶正为主, 化浊和中为辅, 药用: 党参 10 克, 黄连 3 克, 苏叶 6 克, 姜半夏 10 克, 陈皮 10 克, 竹茹 10 克, 砂仁 6 克, 荷叶梗各 10 克, 茯苓 15 克, 白术 15 克, 鲜薑佩各 10 克, 焦三仙各 10 克。8 月 25 日起, 患者生活自理, 内服剂用益气养血、补肾健脾以扶其正, 药用: 党参 10 克, 生芪 20 克, 茯苓 15 克, 白术 15 克, 当归 10 克, 鸡血藤 30 克, 仙灵脾 10 克, 枸杞子 10 克, 苏叶 6 克, 陈皮 6 克, 砂仁 6 克, 大枣 10 枚。9 月 2 日复查, 血肌酐 1.7 毫克%, 血尿素氮 21 毫克%, 血红蛋白 6.2 克%, 尿常规加八项: 尿蛋白 (±)、白细胞 3~5, 余 (-); 肾图示双侧分泌段上升幅度降低, 峰时显示较差, 排泄段延缓提示肾功能明显恢复。9 月 4 日出院, 继续门诊治疗。随访 8 个月, 患者现在能从事一般家务劳动, 尿常规、血肌酐、血尿素氮均正常, 血红蛋白维持在 6~8 克%, 肾图恢复正常。

二、临床讨论

(一) 关于诊断: 本例临床特点为: (1) 反复出现酱油色尿 5 年, 睡眠后明显; (2) 贫血; (3) 本次发病前有酱油色尿, 继之贫血加

重, 病情恶化, 输血后导致无尿; (4) 连续 4 天无尿, 大剂量速尿无利尿效应; (5) 肾图示双肾曲线呈无功能图形; (6) 抗人球蛋白试验 (-), 酸溶血试验 (+), 糖水溶血试验 (+), 尿含铁血黄素 (+), 骨髓象诊断: 骨髓象基本正常, 可考虑继发性贫血; (7) 血肌酐 20 毫克%, 血尿素氮 83.8 毫克%。现代医学的诊断, 此例符合阵发性睡眠性血红蛋白尿症并发急性肾功能衰竭。患者症见无尿, 呕吐, 浮肿, 腹痛, 面色㿔白, 气短神疲, 舌质淡、苔黄褐而腐, 脉沉细而数, 属祖国医学虚劳、关格的范畴, 虚劳为其本病, 关格为其新疾。辨证分析, 证属本虚标实, 邪盛正虚, 浊邪壅塞, 三焦俱闭。

(二) 治疗体会: 急性肾功能衰竭是现代医学的诊断, 从症状来看, 与祖国医学的关格相当。张仲景说: “关则不得小便, 格则吐逆” “证治汇补” 的描述更为典型: “关格者……既关且格, 必小便不通, 旦夕之间, 陡增呕恶。” 其病机, 因浊邪壅塞三焦, 正气不得升降, 以致上下阴阳之气倒置, 上不得入, 下不得出。治疗上古人以通达窍者宜之, 虽然如此, 但多数预后凶险。李用粹认为: 阴阳闭绝, 一日即死, 最为危候。此并非骇人之词。就急性肾功能衰竭而言, 由于体内代谢产物不能排出, 内环境的恒定不能维持, 常因高血钾、酸中毒、心衰、高血压、氮质血症等而危及病人生命, 因其病变甚急, 若单靠汤剂内服, 终必“无药可医”, 以致“出入废而神机化灭。”

本例病人, 根据其本虚标实的病机特点, 采取“急则治其标, 缓则治其本; 治标不忘本, 治本兼顾标” 的法则, 治疗上先以宣通气机, 泻浊通窍为原则。投药方式上内服与灌肠并用, 各取其长, 相互为用。灌肠方意在泻浊而通下窍, 治在下焦而不伤中上, 又经得起重剂猛攻。方取大黄逐瘀泻浊而清下焦郁热为君, 且能通气分以开闭塞, 行瘀滞而通血脉, 气通, 血行, 闭开则浊邪有去路; 臣以桂枝, 既助膀胱气化通阳气以开尿窍, 又助大黄而行瘀血; 丹参、红花行血而化瘀, 黄芪益气而运药, 共为

臣佐。诸药相合，气行血行则水亦行，共成泻浊通窍之功。我们在组方时把行血逐瘀作为一个重要方面。内服方意在于中和降逆，调畅气机，正其气化，组方由小半夏汤、苏叶黄连汤、鸡鸣散、五苓散加减化裁而成。三焦通得其气化之权，浊邪化中焦和，吐逆自安。灌肠与内服并用，泻浊有助于正复，气调又助祛邪。灌肠主治其关，关开则格自通；内服主治其格，中气和自能斡旋上下。标实去后，本虚要靠扶正收功。张洁古说：“关者甚热之气，格者甚寒之气，是关者无出之由，格者无入之理。寒在胸中，遏绝不入，热在下焦，填塞不出。”可见下焦不通，不惟血脉凝滞，亦有热郁其间，故灌肠药不畏大黄之多。虽胸中有寒，当行温剂，但因下焦有热，内服汤药，先行中道，而且关格的关键在下不在上，所以内服药寒热并用，燮理阴阳，自成通上达下之功。

近些年来，由于透析疗法(尤其是血透)的應用，使急性肾衰的死亡率显著下降。但是，

在不具备透析条件的情况下，积极地发挥中药之长，对挽救病人生命，常可产生“回天之力”。本例病人，在西药不能控制病情的情况下，经中药治疗，病情日趋好转，中药的作用是肯定的。就本例而论，其作用有三个方面：(1)促进体内代谢废物的排出。患者入院后持续3天尿量在300毫升以下，但其氮质血症并没有明显加重，中药的“泻浊”功效，可以被证实。(2)促进肾功能的恢复。用药的第4天，患者尿量便显著增加，说明肾功能在逐渐恢复，而在用中药之前，尿量是逐日减少的。(3)提高机体的耐受性。患者入院后的前10天，血肌酐、尿素氮并没有明显的下降，血压、血钾、钠、氯、血常规等变化也不大，但患者的一般情况日趋好转，呕吐、腹痛显著减轻，表明患者的耐受性、抗病力增强了。

从此例急性肾功能衰竭的治疗来看，中医药具有很大的优势，有明显的疗效，今后应继续深入地加以研究。

有机磷中毒继发周围神经病治验1例

江西医学院抚州分院附属医院 李美英

顾××，男，17岁，学生。住院号：2091。一个月前因情志不遂服有机磷(乐果约50毫升)，当时深度昏迷，抢救苏醒。十天后出现双小腿疼痛，四肢无力，不能行走活动，于1983年11月2日入我院治疗。查体：神清、体温、脉搏、呼吸、血压正常，心肺无异常，肝脾未及，四肢无畸形，双手握力差，双腓肠肌轻度压痛，双足背屈无力，右膝腱反射减低，双跟腱反射消失，四肢远端痛觉减退，血检正常。西医诊为有机磷中毒继发周围神经病，治疗多日无效，11月9日特邀中医诊治。患者面色萎黄不泽，纳差神疲，四肢麻痹冰凉，双手指端僵硬，活动不灵，握笔用筷困难；下肢乏力，足趾麻木，站立不稳，行走障碍，舌质淡苔薄白，双手脉缓弱。证属脾胃损伤，经脉痹阻，治拟益气活血，温经通痹，兼调脾和胃，方取黄芪桂枝五物汤加味：黄芪20克，桂枝10克，白芍15克，

西洋参15克，白术15克，生姜10克，红枣10克。

服药五剂后，患者纳食转佳，四肢渐温，麻痹减轻，双足背屈力增加，已能站稳。上方黄芪、白芍加至30克、桂枝加至15克，再投五剂。

三诊时纳食正常，四肢麻痹逐渐缓解，手指较前灵活，握力增强，能持筷用餐和握笔写字，但持续时间短暂，双足站稳后能平走十余步。仍按原方略微增减，前后共服中药三十余剂，患者麻痹消失，四肢功能基本恢复，于同年12月中旬出院。半年后随访，患者病情稳定，能参加学习和轻微劳动。

按：四肢痿软，手足麻痹为主要临床特点，其病机为血分凝滞、阳气受阻。用仲景黄芪桂枝五物汤益气活血、温经通痹，取气行则血行之意，更遵“治痿独取阳明”之古训，重加参术健脾益气标本兼顾，使患者麻痹消失，四肢功能障碍得以恢复。