

温肾泄浊法为主治疗慢性肾功能衰竭

杭州市中医医院 王永钧

杭州红十字会医院 陶筱娟

我们自1982年以来,根据中医标本同治原则,应用温肾泄浊法,配合饮食治疗等综合措施,使12例慢性肾衰竭患者的病程发展获得延缓,生存均在30个月以上。现将有关资料分析如下。

一、临床资料

12例均为住院或出院后长期在肾脏病专科门诊治疗的病人。其中男性5例,女性7例。年龄30~40岁2例,41~50岁3例,51~60岁5例,61岁以上2例。自发现肾炎至进入尿毒症病程2~5年2例,6~10年3例,11~20年5例,20年以上2例。12例患者在治疗开始前血肌酐水平除1例为4.1毫克%外,余均在5毫克%以上,平均为6.63毫克%。12例慢性肾衰竭的病因均为慢性肾小球肾炎。根据第二次全国中医肾病专题学术会议通过的辨证分型试行方案,中医辨证均为脾肾阳虚兼湿浊(或湿浊、血瘀)证。

二、治疗方法

1. 温肾泄浊中药:主方为生黄芪15克,仙灵脾10克,姜汁炒川连3克,姜半夏10克,茯苓12克,丹参10克,车前子10克(研吞),大黄6~30克(后下)。脾肾阳衰,气不化水,尿少、水肿明显者,加附子3~10克,白术10克;肾阳衰惫,气不摄水,夜尿多于白昼而水肿不著者,加菟丝子10克,煨益智仁6克。便溏改酒制大黄3~6克。无明显恶心呕吐去姜半夏及姜汁炒川连。

2. 饮食:参考二低(低磷,低蛋白)、二高(高必需氨基酸,高热量)、二适当(适当的维生素和适当的微量元素及矿物质)原则,坚持清淡、易消化和忌食油腻厚味。住院期间按

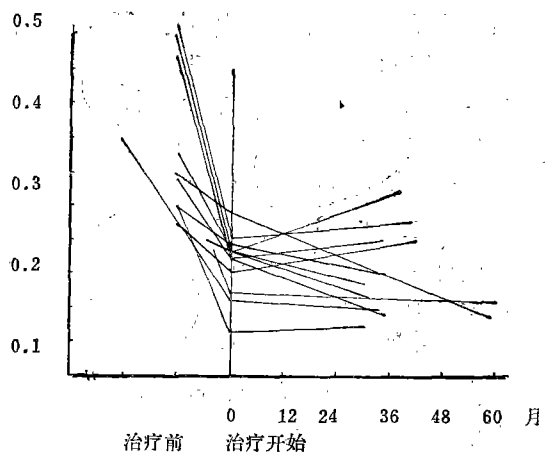
“虚则补之,实则损之”治则,辨证调节食谱,注意供给血肉有情之品以补充精血。本组病人在静滴肾必氮阶段,蛋白摄入量限制在20克/天左右,尿素氮/肌酐比值均控制在10以下。

3. 对症处理:包括对症使用降压、利尿、纠正酸中毒、抗感染、蛋白合成剂和调节水电平衡等。

三、结果

本组病人治前有4~24个月的观察资料,治前观察时间平均为12.75个月,治疗开始时血肌酐值为 6.63 ± 0.80 毫克%(均值 $\pm$ 标准误)。治疗期观察阶段为30~60个月,平均为39个月,至1987年7月止仍有7例在继续观察中。全部病人根据Mitch⁽¹⁾方法,以病人血肌酐值倒数(1/Scr)为纵座标,以病程时间为横座标,按0、12、24……月数推移,使用统计学回归方法,观察二者关系(附图)。

(1/scr)



附图 12例慢性肾衰竭治疗前后肾功能变化

治疗前观察阶段和治疗期观察阶段的回归系数(b)平均值为 -0.0119 ± 0.00215 和

-0.000346 ± 0.0004 /(均值±标准误)。两回归系数差别有极显著意义($P < 0.001$)。

本组7例病人至1987年7月止继续存活,其中1例治疗后2年转入血液透析,1例转入腹膜透析,4例已达3年以上,1例达5年。另5例在1987年7月前死亡,存活时间分别为30, 31, 34, 35, 30个月。

四、讨论

慢性肾功能衰竭病程长,病机复杂,治疗十分棘手。1975年Ahlmen^[2]等认为,当患者血肌酐水平达5毫克%时,肾功能发展至终末期的平均时间在慢性肾小球肾炎为10个月,无梗阻性肾盂肾炎为14个月,糖尿病肾病仅6个月。本组慢性肾小球肾炎12例,治前血肌酐平均为6.63毫克%,与Ahlmen观察病例为5毫克%的水平基本相似,但本组存活时间为30个月以上,2例达60个月,较Ahlmen统计存活时间有明显延长。

Mitch发现慢性肾衰竭的发展^[4]其病程时间和1/Scr有线性相关,呈有规律的发展,直至肾衰竭终末期为止,其进行速度可以在座标图表上加以预测。此一看法已被多数学者所证实。毕增洪氏等^[3]根据此项方法观察应用低蛋白饮食加大黄制剂为基础治疗的14例患者,治前观察平均15.6月,治疗期观察平均14.4月,结果获一定疗效,治疗前后两组回归系数有明显差异;熊宁宁氏^[4]用同样方法观察“保肾气”治则为主治疗的21例,治前观察平均9.15个月,治疗期观察平均10.76个月,亦证实能延缓患者的病程进展。我们采用以温肾泄浊为主的标本同治法治疗12例患者,治前观察平均12.75个月,治疗期观察平均39个月,获较好疗效。治疗前后自身对照比较,发现回归直线斜率(即回归系数b值)有显著性差异($P < 0.001$),5例病人b值由负转正,斜率由下倾变为平坦或上升(见图),与临床症状缓解、存活时间延长一致。

笔者等^[6]观察到慢性肾炎的阳虚证候与肾功能减损存在着相关性,其证候演变有气虚—阳虚—阴阳两虚—虚中夹实(夹湿浊、瘀阻、

溺毒)的逐步发展规律,认为温肾治本、泄浊治标是治疗慢性肾炎的二大法则^[6],经用温肾方^[7]与肾康宁片^[8]治疗后,改善了慢性肾炎的肾阳(气)虚证,提高了肾小球滤过功能(内生肌酐清除值)。笔者还根据标本缓急,辨证应用泄浊诸法治疗慢性肾衰竭也取得了初步成果^[9]。在此基础上,我们进一步对本虚标实、标本同病者采用温肾泄浊法治疗。其基本处方中的黄芪、茯苓、仙灵脾能温肾益气,扶元固本;车前子、大黄能疏导二便,泄浊治标;更用姜半夏、姜汁炒川连,辛苦通降以斡旋中气,俾使清者升而浊者降;又以丹参与大黄相伍,兼具泄浊、行瘀、解毒诸功效。本组治疗结果提示,“温肾泄浊法”补不得邪,泻不伤正,亦补亦泻,标本兼顾,能缓解慢性肾衰竭患者的临床症状,提高治疗效果,延长存活时间,值得继续研究。

慢性肾衰竭患者的饮食管理是重要的治疗措施之一。Giordano的经验^[10]也提示,在血肌酐为2~3毫克%的慢性肾衰竭患者,给予低蛋白饮食(30.6~37.1克/天)后,平均7.6年才开始透析;而未限制蛋白者,平均16个月即开始透析治疗。说明低蛋白饮食不仅有助于缓解症状,而且能延缓肾功能增恶的进程。对本组有肾虚夹实证候的患者,均按“虚则补之,实则损之”的辨证原则调节食谱。既应用血肉有情之物,诸如鸡子白、牛乳、瘦肉、鲜鱼等补充精血,又坚持清淡、易消化,忌食油腻厚味以防助湿碍邪,同时仔细参考24小时尿量以及按喘、肿、湿浊中阻等不同证型,合理安排好水、钠和钾盐的摄入量,这在与温肾泄浊配合治疗中,是起作用的。近年来施行的“三低、二高、二个适当”原则,与我们辨证调节食谱的中医理论很吻合,值得相互引证,补充和借鉴。但应承认,不论辨证调节食谱,或施行“三低、二高、二个适当”原则,在实施上均会存有一定矛盾,诸如血肉有情之物与油腻厚味、低蛋白与高热量、低磷与高必需氨基酸以及合理管理饮食带来的食谱单调并导致食欲减退等等,尚有待克服和解决。

参 考 文 献

- (1) Mitch W E. A Simple method of estimating progression of chronic renal failure. Lancet December 1976; 18:1326.
- (2) Ahlmen J, et al. Incidence of chronic renal insufficiency. Acta Med Scand(suppl) 1975; 582:1.
- (3) 毕增祺, 等. 非透析疗法与延缓慢性肾功能衰竭病程. 中华肾脏病杂志 1986; (2):58.
- (4) 熊宁宁, 等. 辨证施治对慢性肾衰病程影响的进一步研究. 待发表.
- (5) 王永钧, 等. 原发性肾小球肾炎辨证规律的探讨. 浙江中医杂志 1982; (3):97.
- (6) 王永钧. 原发性肾小球肾炎辨证论治规律的探讨. 中医杂志 1987; 28(9):28.
- (7) 王永钧, 等. 温肾方恢复慢性肾炎肾功能的观察. 中西医结合杂志 1985; (3):158.
- (8) 王永钧, 等. 肾康宁改善慢性肾炎肾功能的观察. 浙江中医杂志 1985; (8):363.
- (9) 陶俊娟. 肾病伴氮质血症 20 例辨证分析. 江苏中医杂志 1986; (9):396.
- (10) 张训, 等. 慢性肾功能衰竭饮食疗法进展. 临床荟萃 1986; (8,9):27.

针刺治疗脑动脉硬化性麻木症60例

湖北中医学院针灸系 陈 邦 国

麻木, 是脑动脉硬化症的主要症状, 笔者用针刺疗法治疗本症 60 例取得了满意的效果, 现报告如下。

一、临床资料

本组病例男性 39 例, 女性 21 例; 40~50 岁 30 例, 51~60 岁以上者 30 例; 出现麻木症状最长 5 年, 最短 40 天。本组病例均为符合以下 7 项诊断标准中的 3 项, 而必备第一项者。

(1) 症状以肢体麻木为主; (2) 年龄 40 岁以上; (3) 有高血压史; (4) 眼底提示动脉硬化; (5) 血脂高于正常值; (6) 有小卒中病史或脑血栓病史; (7) 脑血流图提示脑动脉硬化。

二、治疗方法及结果

本症患者多属气虚血亏、血瘀痰湿阻滞, 兼有风邪者。治宜补气养血, 化瘀祛痰, 熄风通络。取穴: 百会、风府、手三里、足三里、丰隆、太冲等穴。施针刺, 当得气后再行捻转运针, 使针感向远端或周围扩散。每隔 10 分钟运针一次, 每次运针 1 分钟, 留针 30 分钟, 每日一次, 10 次为一疗程, 停针 2 天, 根据病情再进行第二疗程治疗。

治疗结果: 麻木症状消失, 一个月未见复发, 血压正常、血脂正常、脑血流图正常, 评为控制者 24 例(40%); 麻木基本消失或偶尔复发, 评为显效者 18 例(30%); 麻木明显好转, 停止针刺后由持续性麻木转为阵发性而程度亦转轻而评为好转者 13 例(27.7%); 与治疗前无明显变化, 评为无效者 5 例(8.3%)。分析表明年龄较小疗效好, 年龄较大疗效

差; 病程短者疗效好, 病程长者疗效差。

三、典型病例

汪××, 女, 41 岁。

患头痛头晕近三年。二月来, 出现四肢麻木, 胸闷, 神疲乏力, 失眠。舌质淡红、苔白腻, 脉滑。血压 150/100 毫米汞柱, 查血脂偏高, 高血压眼底达 II 级, 脑血流图提示脑动脉硬化。诊断为脑动脉硬化性麻木症。针刺 3 个疗程后, 四肢麻木消失, 诸证改善。检查: 血脂正常, 脑血流图复查正常, 血压稳定在 130/85 毫米汞柱, 恢复工作半年未见复发。

四、讨论

脑动脉硬化性麻木症, 其病机祖国医学认为是气虚血亏, 血瘀痰湿阻滞, 兼有风邪。故取百会、风府、手三里、足三里、丰隆、太冲等穴。诸穴相配能益气生血、调和经脉、疏通气血、化瘀祛痰、熄风通络, 从而起到治疗本病的作用。

脑动脉硬化的病因病理, 现代医学虽然不全明确, 但认为脂质代谢紊乱和动脉壁功能障碍是引起本病的重要因素, 这两者又都和高级神经活动障碍有密切的关系。从脑血流图的结果看, 针刺之后, 脑血流图各项指标, 如上升时间、流入容积速度、顶颞角、及波幅值都有显著的改善。这说明针刺治疗后, 能改善脑动脉的弹性, 使其紧张度下降, 血管扩张, 血流量增加, 从而改善脑部血循环, 改善肢体的血流运动。同时观察部分病人的血脂、血压都有变化, 少数病人恢复至正常, 就其机制都需要进一步深入研究。