

综 述

急性肾功能衰竭的中医临床研究

镇江医学院 曹希和

急性肾功能衰竭,国外许多透析中心报道其死亡率是34~65%,国内自1974年报告中中西医结合治疗本病以来,积十余年的临床经验,证明中医中药疗效确著。今择其要者作一综述,以冀汇集成功之经验,对临床有所裨益。

对病因病机的认识

本病病位在肾,其发生是一个与肾缺血、肾中毒密切有关的复杂过程。病因分瘟毒侵袭和急性气血亏损两类。前者多为严重感染与各种中毒所引起;后者则多由急性大量失血、严重脱水、休克、循环衰竭等亡津失液发展而来。两者虽病因不一,而演变规律却大多相同,即病程经过都有少尿期、多尿期和康复期。

一、少尿期病机

因于瘟毒侵袭者,许多学者宗温病学说,从邪实和阴伤立论。邪实方面有:邪入血分,血热相结,水道不利^[1];热毒深入下焦,结于膀胱,气化不行,水道阻遏^[2~4];瘀热水毒互结,壅阻肾和膀胱,以致血结水阻,或疫毒犯肺,热阻壅遏,肺失宣肃,水道不利^[5];热毒攻窜于肾,瘀血损络,毒壅血凝,肾络瘀阻,肾之气化行水功能障碍^[6,7],瘟毒蕴结脏腑,浊邪壅盛,阻滞三焦,气化不行^[8]等。阴伤方面则有:疫毒之邪入于下焦,灼伤津液,耗及肾阴,尿无来源^[2,6~11];邪毒内盛,真阴被灼,肺肾受损^[12]。有的学者用伤寒方法研究出血热少尿期,认为不独与肾脏受损有关,且与太阳表不解,邪热随经深入下焦,与瘀血相结,又循经入腑,影响膀胱气化功能,以致水蓄于内也有密切关系^[13]。有人认为少尿期多表现为大结胸证或少阴病,若合并弥漫性血管内凝血(DIC)则可见蓄血证^[14],结胸的成因与蓄水、蓄血有关。太阳蓄水为一过性肾功能损害(肾皮质微循环以收缩为主),若持续加重或/和免疫复合物损伤发展为肾皮质损害则为少阴热化,水热互结证。由于血管系统的损伤,血浆大量渗出,广泛出血则构成太阳瘀血分传变的蓄血证^[15]。广安门医院泌尿科认为因于急性气血亏

损,如创伤失血后无尿是气血两亏,阴阳俱虚,阳气不能布达,肾阳不足,命门火衰,不能蒸动水分,下注膀胱^[16]。叶氏认为吐泻失水者,为肺胃阴液大伤,胃伤则肾之开阖不利,肺伤则通调失司,浊邪不得下泄^[17]。

二、利尿期病机

少尿期过渡到利尿期,尿量增多。多数文献认为是正气渐回来复,正虚不能固摄,水不蓄藏;也有人认为是正气来复,气郁宣通,正气奋起抗邪,驱逐湿毒的积极反应。总之,既有阴伤正亏的一面;也有湿毒外泄,郁阻得通的一面^[18,19]。

三、康复期病机

是肾虚未复,尤以肾阴虚为著。

对治疗方法之探讨

一、少尿期的治疗

少尿期的治疗有辨证论治、专方专药辨病施治以及中药灌肠、外敷等法。

1. 辨证论治:大致分为以下8型。

(1) 气血两亏,阴阳俱虚:多为急性气血亏损所致,治宜温肾益气、活血利水。广安门医院选用肉桂、附子、黄芪、黄精、人参、苍术、白术、生苡仁、白茅根、牛膝、猪苓、泽泻、丹参、川芎等^[18],或用济生肾气丸。

(2) 气营两燔:多见于邪入血分,血热相结。乔氏宗“入营犹可透热转气”,“入血直须凉血散血”,重用白虎透营转气,加生地、丹皮、元参、丹参凉血散血,破瘀消斑,连翘、黄连清心热及滑石、茅根等^[1]。

(3) 热结膀胱:多见于热毒深入下焦,结于膀胱。多数文献治以清泻热结合滋阴利水,如周氏用桃仁承气汤、猪苓汤、犀角地黄汤加减^[9];徐氏用知柏地黄汤加减(知母、黄柏、生地、茯苓、泽泻、车前子、广角粉、赤芍、丹皮、茅根)。有人按伤寒六经辨证,属蓄血者用桃核承气汤、抵当汤^[19];蓄水、蓄血同见者用桃核承气汤合五苓散^[13]。

(4) 阳明燥实：系瘟毒蕴结大肠，腑气不通，常用承气类方剂泻下通腑。黄氏体会对阳明腑实为主者要选用调胃承气汤，对津枯肠燥为主者选用增液承气汤加减⁽¹⁹⁾。

(5) 肺热气壅或称大结胸证：多见于疫毒犯肺，热阻壅遏，相当于少尿期并发肺水肿、心衰，治宜清热泻结，通腑行水。方用宣白承气汤⁽²⁰⁾或葶苈大枣泻肺汤加减⁽²¹⁾。蓝氏按伤寒结胸证治，分为实热结胸（水结胸、血结胸）和寒实结胸。水结胸仅提示肺水肿用大陷胸汤导水下行即可；血结胸为结胸合并蓄血，必须以大陷胸汤与桃核承气汤或抵当汤等合用方能取效。寒实结胸是大结胸证而无热象，宜用三物白散，病情凶险可投尿毒I号^(15,22)。

(6) 肾络瘀阻：毒瘀交结，壅塞肾络，故并见腰腹刺痛，腰背大片瘀斑等。治以解毒化瘀、疏通肾络。许氏用桃仁承气汤加减⁽²³⁾，李氏、杨氏用丹参茅根汤^(9,24)。用丹参注射液早期静脉点滴，亦可使少尿期缩短，血尿消失⁽²⁴⁾。

(7) 肾阴亏损：多为疫毒之邪入于下焦，灼伤津液而致，治宜滋阴降火法。乔氏用知柏地黄汤加麦冬、白茅根、阿胶、生军⁽²⁾，任氏用增液承气汤化裁⁽¹⁰⁾。对于阴伤与否及其程度轻重，有人指出要以舌为凭，并强调在低血压和少尿开始阶段即重用养阴之品，否则一旦进入少尿期，养阴疗法难以奏效^(6,25)。

(8) 邪陷厥阴：相当于严重尿毒症阶段，治宜平肝熄风、窍闭开窍、活血化瘀等综合疗法。方选镇肝熄风汤合羚羊钩藤汤，神昏加安宫牛黄丸⁽²⁰⁾，犀角地黄汤合羚羊钩藤汤⁽⁸⁾，或清宫汤合益元散加至宝丹⁽²³⁾。

2. 专方专药辨病施治：专方专药用于少尿期疗效亦著。如唐氏用清瘟败毒散治疗出血热少尿期危重型，有效率为84% (16/19)⁽²⁷⁾，胡氏用桔梗白散治愈率为90.9% (199/219)，对照组仅68.9%⁽²⁷⁾，刘氏用黄白煎剂治疗46例，治愈41例(89%)⁽¹²⁾，徐氏用出血热导泻汤使病死率由4.11%下降至1.97%⁽²³⁾，周氏用泻下通瘀合剂，总有效率达96.5% (83/86)⁽²⁰⁾。用于导泻的单验方亦多，如王氏用大黄粉、大黄煎剂或大黄复方加巴豆、甘遂治疗急性肾衰10例，治愈9例⁽³⁰⁾，朱氏用番泻叶泡服或大黄芒硝治疗67例，有效率达83.5%⁽³¹⁾。

3. 灌肠和外敷法：少尿期病人往往呃逆呕恶，严重者频繁呕吐，滴水不进。近来学者重视采用中药灌肠或直肠滴注疗法，本法不受体液出入量的限制，又不受呕恶之影响，且疗效肯定。如李氏用大黄、蒲公英、槐米、赤芍、生地、板蓝根、制厚朴、炒枳实等

治疗13例，治愈11例⁽³²⁾。徐氏用通腑泄热灌肠液治疗49例，总有效率为87.8%，而对照组18例用西药导泻，总有效率为77.3%，且治疗组蛋白转阴、少尿及尿素氮和肌酐恢复正常时间均短于对照组 ($P < 0.001$ 或 0.01)⁽³³⁾。成都中医学院用中药结肠灌注液I号治疗出血热等多种疾病急性肾衰，疗效卓著。翟氏用该灌注液与血液透析对照治疗急性肾衰19例，结果分别治愈9例和8例，死亡各1例，疗效比较无显著差异^(34,35)。李氏用五苓散合承气汤加减灌肠6例皆愈⁽³⁶⁾。薛氏用活血化瘀中药蒸发暑包肾区温热敷50例，收效良好，利尿明显，并缩短了少尿期⁽³⁷⁾。

二、多尿期的治疗

对多尿期文献中以辨证为肾气不固，采用补肾固摄法治疗者居多，方有固肾汤⁽²⁰⁾，六味地黄丸⁽²³⁾，六味地黄丸加党参、五味子、覆盆子、煅龙牡和麦味地黄丸合缩泉丸加减⁽⁶⁾等。但王氏发现本期治以补肾固摄，疗效欠佳，若适当加重淡渗药物，则多尿一症可以很快控制，王氏主张在麦味地黄丸、八仙长寿丸、沙参麦冬汤等方中合猪苓汤、苡米、豆卷、通草、党参、白术、砂仁等进行治疗⁽¹⁸⁾。杨氏用五苓散辨证治疗多尿期亦取得较满意效果⁽¹³⁾。

三、康复期的治疗

康复期的治疗，多从补益气血着眼，以促进肾及机体组织修复和功能恢复，常选用八珍汤加味⁽¹⁶⁾、六味地黄丸^(2,23,38)。蓝氏则用金匱肾气丸或五苓散，重用白术，且按杂病辨证，腹胀满者用厚朴生姜半夏甘草人参汤，下肢疼痛或脚挛缩难以屈伸者用芍药甘草汤，心动过缓者用炙甘草汤，流涎不止者用理中汤⁽¹⁵⁾。

治疗法则之研究

一、泻下法的运用和研究

1. 泻下机理：泻下法作为治疗本病少尿期之有效方法，已为伤寒、温病两学派所公认和普遍采用。特别是对热毒、水毒、血毒等浊邪壅塞三焦，腑实不通，内袭入血攻心、凌肺犯脑之危重患者，都借途肠道，通腑泄浊以挽回生命。

有人从现代医学角度来认识泻下，认为泻下是由于水分排出，能缓解高血容量，解除或防止肺水肿、脑水肿等致命综合症，降低血钾，使肾周围组织水肿减轻，从而改善肾的血流，有利于肾损伤之恢复^(25,38)。笔者认为中医下法有祛瘀泄浊、泻热逐水等作用，故不能单纯理解为以通泻大便为目的之“导泻疗法”，而

且可能也不是西药导泻所能类比或替代的。因有人报道在治疗输异型血引起的急性肾功能衰竭时,先用中药攻下,大使得通后,改服甘露醇泻下,结果反大便减少,病情反复,最后仍靠中药攻下泻浊方挽救生命⁽³⁰⁾。前述徐氏用通腑泄热灌肠液的疗效优于西药导泻的引文,亦可佐证。因此本病应用攻下之机理有待进一步研究,可能与中药有直接降解血中尿性毒素有关系。

2. 下法忌宜:周氏提出凡具有下列指征之一者,即可运用攻下:① 24小时尿量少于1000毫升;② 球结膜充血伴腹胀腹痛、大便燥结;③ 血压在160/100毫米汞柱以上,颈静脉明显充盈或伴高血容量综合征者⁽⁶⁾。舒氏指出中医下法指征是:腹胀便秘,腹痛拒按,尿闭,日晡热甚,舌红苔黄或通舌变黑生芒刺,脉数实者⁽⁴⁹⁾。伤寒学者强调必须辨明外证,认为外证未解不可妄用桃核承气汤,妄用则将变证蜂起⁽⁴¹⁾。

有人认为少尿期危重症,多有肠道瘀血,泻下有可能加重出血,故主张禁下。但黄氏认为如患者排出黑粪、潜血试验阳性,但无呕血、血红蛋白下降不明显,仍可使用下法⁽¹⁹⁾。唐氏则反复指出能下与不能下,不在有无出血,而在有无下证,特别是下脉,有,则可下;只有当黑苔退,血压接近正常方可休。有下证而无下脉(脉不沉实)不能下^(27,42)。

二、利尿剂的运用

病至少尿期:西医的治疗原则是在抗休克、扩容的同时及早保护肾脏,无尿时应给予利尿措施。但徐氏⁽²⁸⁾、任氏⁽¹⁹⁾却报告用大量速尿,利尿效果反低。特别是徐氏一例,投用大量速尿,24小时累积量达2000毫克,其中最多一次达800毫克,结果滴尿全无。所以他们认为少尿期不宜使用中西药物利尿。由此可见,少尿期有可利尿者,亦有不可利尿者,关键全在辨证。当瘟毒之邪炽盛,热结下焦,膀胱气化失司或肺热气壅阶段,利小便可导邪外出;当邪毒灼伤津液,病至真阴涸竭阶段,则应禁忌利尿,否则是犯虚虚之戒。

病至多尿期,既有肾脏浓缩功能差,调节平衡能力极低的正虚一面,又有机体经过急性肾衰少尿期,各种毒性物质滞留造成的湿毒郁阻一面。故不能一见尿量增多,即忙于收敛固涩,而应在滋阴益气生津的基础上,加淡渗分利、健脾助运之品,“通因通用”自能加速内邪外排,减少病情复燃。

三、活血化瘀药的运用

急性肾衰少尿期都有明显出血倾向,表现为皮肤

瘀斑和腔道出血,所以对出血的治疗应给予重视。微循环学说认为急性肾衰发生出血的主要原因虽有DIC和血小板异常两种,但其许多原发病本身即可引起DIC。所以少尿期的出血倾向,首先考虑的是DIC之结果,即瘀血是本,出血是标。引起凝血的原因不外有二:一是瘀热壅结,气机阻滞,气滞则血瘀;二是津液大量耗损,导致血液浓缩,运行涩滞,凝聚成瘀。故有人认为用活血化瘀药就能达到止血目的,不需加用止血药。若见血止血,用大剂凉血之品,多有冰伏留瘀之弊。同时认为化瘀务尽,不能留瘀,否则瘀阻而新血不生,会反复出血。若阴伤血稠者,要同时重用滋阴养液之品,使津液得充,血流自畅^(18,28)。

小结与展望

急性肾功能衰竭在临床上较为常见,病势急而危重。从目前文献中业已看出中医的疗效颇为满意。其原因在于中医方法既多,措施又主动。如早期使用活血化瘀药对少尿和出血的预防、少尿期采用口服或灌肠通腑泄浊药物以促进利尿和肾功能恢复、少尿期和多尿期合理使用利尿药等等经验,都标明了中医在治疗本病中的优势。今后,在本病的临床研究中,若严格科研设计,进一步掌握其演变规律,克服目前各家分型不一、治疗方药各异等问题,统一各病期中各特定证型的处方,并研制出新剂型以供抢救使用,则必将会使中医治疗急性肾衰的水平提高到新的高度。

参考文献

- (1) 乔贵兴, 山东中医杂志 (1):18, 1987。
- (2) 乔富渠, 陕西中医学院学报 (4):8, 1982。
- (3) 李子敬, 新中医 (2):36, 1982。
- (4) 徐德先, 浙江中医杂志 (6):267, 1982。
- (5) 周仲瑛, 新中医 (11):1, 1983。
- (6) 杨培君, 陕西中医杂志 (10):2, 1984。
- (7) 张文选, 中医杂志 (10):8, 1982。
- (8) 胡元奎, 中医杂志 (12):83, 1982。
- (9) 李夏亭, 中医杂志 (9):8, 1981。
- (10) 任达然, 江苏中医杂志 (2):22, 1982。
- (11) 汶明琦, 陕西中医 (1):43, 1986。
- (12) 刘杰, 中医杂志 (4):49, 1979。
- (13) 杨宁, 仲景学说研究与临床 (1):28, 1986。
- (14) 孙庆余, 仲景学说研究与临床 (1):47, 1986。
- (15) 蓝克信等, 仲景学说研究与临床 (3):12, 1985。
- (16) 中医研究院广安门医院泌尿科, 新医药学杂志 (1):11, 1974。
- (17) 叶朗清, 辽宁中医杂志 (4):19, 1983。
- (18) 王少浪, 江西中医药 (5):8, 1983。
- (19) 黄孝明, 浙江中医杂志 (6):268, 1982。
- (20) 徐德先等, 中西医结合杂志 (1):43, 1984。
- (21) 上海中医学院主编, 内科学。第1版, 第518页, 上海科学技术出版社, 1979。

- (22) 蓝克信等: 新中医 (1):8, 1985。
 (23) 许竹松: 吉林中医 (1):23, 1983。
 (24) 阎晓萍: 陕西中医 (2):13, 1984。
 (25) 乔富渠: 辽宁中医杂志 1:42, 1987。
 (26) 章惠民: 浙江中医杂志 (6):267, 1982。
 (27) 唐稚三: 中西医结合杂志 (1):56, 1980。
 (28) 徐德先: 江苏中医杂志 (4):27, 1980。
 (29) 周仲瑛等: 江苏中医杂志 (10):27, 1985。
 (30) 王永钧: 浙江中医杂志 (5):214, 1982。
 (31) 朱兴全: 陕西新医药 (1):53, 1983。
 (32) 李济从: 江西中医药 (3):22, 1982。
 (33) 徐德先: 中医杂志 (10):32, 1986。
 (34) 郭铭信: 中医急症通讯 (4):9, 1986。
 (35) 翟凤鸣: 中西医结合杂志 (4):198, 1986。
 (36) 李传中: 山东中医杂志 (1):19, 1987。
 (37) 薛涛: 江苏中医杂志 (3):32, 1983。
 (38) 杨瑞清: 河北中医 (2):36, 1985。
 (39) 张玉五等: 陕西中医 (1):12, 1983。
 (40) 舒友元: 上海中医药杂志 (11):26, 1983。
 (41) 张志民: 仲景学说研究与临床 (3):1, 1985。
 (42) 唐稚三: 新中医 (4):12, 1985。

垂体腺瘤并发视神经萎缩1例

河南省新野县卫生学校 王广见 罗保琴

患者王某,女,19岁。1986年12月30日以两眼昏渺、头疼呕吐、饮食不入、高血糖症为主诉而入某医院。CT及蝶鞍X线显示:头颅骨内外板及板障增厚,蝶鞍扩大,鞍背后倒非薄,蝶鞍前后径21毫米,蝶鞍深径15毫米,鞍颈指数1:12。视力:右0.1,左光感;直接光反应:左消失,右存在;间接光反应:左存在,右消失。视野颞侧偏盲,双眼周边视野,白色视标在20度以内,红色视标在10度以内,中心性视野有10度比较暗点;视乳头无出血、水肿及渗出,色灰白,边界不清;邻近视网膜色素退变;动脉细,动、静脉比例1:2。诊断:垂体腺瘤并发视神经萎缩。1987年1月3日在全麻下行右额开颅,肿瘤切除,视神经减压术。病理报告:垂体腺瘤,部分嫌色性。额部切口愈合良好,术后四周,钴⁶⁰半量放疗,生命体征比较平稳,体弱状况改善,空腹血糖82毫克%,头疼呕吐已止,食能用饱,惟视力不见进步,眼底检查同前,经用烟酸、肌酐、地塞米松、维生素B₁₂、维脑路通、加兰他敏、能量合剂、氢化考的松、输血、吸氧、明目地黄丸、石斛夜光丸等治疗两个多月,未见改善。邀余诊治:患者面色萎黄,口唇色淡,四肢软弱,气短懒言,坐则俯首,卧则曲腿,外眼正常,视物昏渺,舌质淡红、间布瘀斑,脉弱细涩,一派气虚血瘀之象。治宜补气化瘀振废,仿李东垣补中益气汤和王清任龙马自来丹,自拟“振痿启明散”,

药物组成:黄芪500克,马钱子30克,蜈蚣60条,黑豆300克,新鲜胎盘1个。

制法:将马钱子用麻油炸至内呈紫红色,胎盘瓦上焙干,诸药共研细面。

服法:淡盐水冲服,每次3克,每日3次。

服药一月,无副作用,视力好转,视力:右0.4,左0.1。继服二月,诸症大减,视野扩大,中心暗点消失,视力显著好转,视力:右0.8,左0.5,不用眼镜,能读书写字,洗衣做饭。嘱半量维持,以巩固疗效。

按语:垂体腺瘤系苛毒顽疾,视神经受压,气血不行,经脉阻滞,日久而废,病程较长,元气大伤,气愈虚,血愈滞,虚瘀并存,治病求本,补气化瘀并举。在补气的基础上,重用化瘀通闭之药,方图完好。东垣曰:“五脏六腑之精气皆禀受于脾,上贯于目。……脾虚则五脏之精气皆失所司,不能归明于目矣。”脾胃为诸气生化之源,又为气机升降运行之枢纽,方中黄芪补气,直入中土而行三焦。胎盘血肉有情之品,峻补气血阴阳之虚。黑豆色黑入肾,滋水明目。马钱子兴奋中枢,开通经络,解毒散结。蜈蚣走窜搜剔,解毒通经,善于开瘀。盐水冲服,咸能软坚。药服散剂,取其渐渍而散解,不入水煎,药效不减。诸药合奏补虚、化瘀、振废之功,营卫得补,通而不滞,气津源源上承于目,视力恢复有望。