

从尿毒症患者肺功能的变化看中医肾与肺的关系

李志平* 谢灿茂* 程东升* 纪玉莲* 吴培根* 沈清瑞*

摘要 观察 21 例尿毒症患者肺功能的变化情况,表现为弥散功能明显减退、小气道阻塞和轻度肺气肿。中医认为肺肾之间有着重要的生理、病理联系,本文研究结果基本支持这一观点,并认为中西医学在肺肾关系的认识上有一定的共通之处和某种意义上的一致性。

主题词 尿毒症/病理生理学 肾(中医) 肺(中医)

尿毒症是慢性肾炎迁延不愈的一种转归,亦即是慢性肾炎后期的一种表现,到了这一阶段,很多脏器都被累及或受到损害,其中肺就是被累及和受到损害的脏器之一。中医学认为,“肾主纳气”、“肾为气之根”、“肾为呼吸之本”,对此应怎样认识,中西医学的认识是否存在共通之处,本文拟通过 21 例尿毒症患者血液透析后的肺功能测定结果分析,对此作一说明。

1 资料与方法

1.1 临床资料:21 例皆是在我院接受血液透析治疗的尿毒症患者,其中男 11 例,女 10 例,年龄 21~64 岁,平均 37 岁。患者中病史最长 15 年,最短 2 个月,平均 4.41 年;其中除 1 例为行腹透 7 个月后改血液透析外,其余皆行血液透析,血透时间最长者 5 年,最短者 3 周,平均约 16 个月。21 例患者中 3 例胸片示肺部感染,其余胸片皆正常;3 例可闻肺部湿罗音或呼吸音粗,余皆未见异常。呼吸道症状方面,有 6 例患者有少许咳嗽,其中 4 例同时伴有少许白痰或间有黄痰,有 15 例稍活动即有气促表现,此外有 1 例住院期间曾有夜间呼吸困难和端坐呼吸,其余未见呼吸道的其他症状。

1.2 肺功能测定:仪器用美国 Sensor Medics 2100 型自动肺功能检测仪。测定项目肺容量包括肺活量(VC)、肺总量(TLC)、残气量(RV)及残气量与肺总量之比值(RV/TLC),通气功能包括用力肺活量(FVC)、第 1 秒肺活量(FEV₁)、最大呼气流量(PEF)及最大通气量(MVV),小气道功能包括 50%肺活量时的最大呼气流量($\dot{V}_{50}$)及 25%肺活量时的最大气流量($\dot{V}_{25}$),弥散功能包括一氧化碳弥散量(DLco)及每升肺泡通气量之一氧化碳弥散量(DLco/VA)。残气量用氮冲洗法测

定。弥散功能用一次呼吸法测定。所有患者皆于血液透析后次日行肺功能检查。

1.3 数据处理及测定结果表达:测定数据均值以 $\bar{X} \pm S$ 表示,肺功能测定结果以实测值占预计值百分比来表示,肺功能预计值用广东地区肺功能正常预计值回归方程计算,其中肺容量中 VC 实测值/预计值以不小于 80%为正常, TLC、RV 以实测值不超过 $\pm 20\%$ 为正常, RV/TLC 以小于 35%为正常。通气功能、小气道功能及弥散功能以实测值/预计值不小于 80%为正常。肺功能诊断结果则以正常及大致正常和单项异常分别统计。

2 结果

2.1 21 例尿毒症患者肺功能测定结果:附表示,本组尿毒症患者肺功能测定结果,除小气道阻塞,弥散功能减退,残气量增加和残总比增高外,其余项目均值皆在正常范围内。

2.2 21 例尿毒症患者肺功能诊断结果:21 例患者肺功能正常及大致正常 4 例(19.0%),混合性通气障碍 4 例(19.0%),限制性通气障碍 1 例(4.8%),小气道阻塞 10 例(47.6%),可疑小气道阻塞 5 例(23.8%),轻度肺气肿 9 例(42.9%),弥散功能障碍 17 例(80.9%)。结果表明,本组患者肺功能损害以弥散功能障碍为主,其次表现为小气道阻塞和轻度肺气肿。

2.3 21 例尿毒症患者的呼吸道症状表现:21 例患者中有咳嗽症状 6 例(28.6%),咳痰 4 例(19%),气促 15 例(71.4%),说明气促是尿毒症患者最多见的呼吸道症状。

3 讨论

有关尿毒症患者肺功能变化国内文献少见报道。从现代医学的角度来看,尿毒症患者弥散功能明显减退是由于水钠潴留引起肺水肿所致^[1],根本原因在于肺间质受损及肺间质的纤维化所造成的肺弥散膜增厚及弥散距离增大,而肺间质的病变还可引起小气道的阻塞,肺气肿改变则与小气道阻塞产生气体滞留导致肺单位的丧失有关^[2]。尿毒症患者临床症状方面的气促与肺弥散功能减退直接相关,咳嗽与咳痰则是肺水肿常有的表现。

中医学认为,“肺主气,司呼吸”,但健全的呼吸非独肺主,还有赖于肾之摄纳的协助,因而有“肾主纳气”

* 中山医科大学第一附属医院,广州市东山区中山二路 58 号(510080)

收稿日期:1998-05-07

附表 21 例尿毒症患者肺功能测定结果($\bar{X} \pm S$)

肺容量(%)		通气功能(%)		小气道功能(%)		弥散功能(%)	
VC	85.0 $\pm$ 3.46	FVC	85.0 $\pm$ 3.73	$\dot{V}_{50}$	74.2 $\pm$ 5.05	DLco	64.9 $\pm$ 3.36
TLC	99.1 $\pm$ 3.79	FEV ₁	81.7 $\pm$ 3.73	$\dot{V}_{25}$	71.6 $\pm$ 6.33	DLco/VA	71.6 $\pm$ 4.53
RV	123.5 $\pm$ 10.8	PEF ¹	80.6 $\pm$ 4.67				
RV/TLC	37.7 $\pm$ 2.31	MVV	82.8 $\pm$ 5.64				

之说。本文 21 例尿毒症患者由肾损害而导致肺功能损害,充分说明这一理论的确言之有理。中医学还指出,临床上若肾气不虚,则呼吸均匀和调,若肾气不固,或肺肾两虚,则动辄气急气喘、不耐劳作,这在本组 21 例尿毒症患者的气促症状中得到非常形象的论注。如果说肺癆(肺结核)每每表现先由肺病,终及肺肾两虚的特点,那么肾病则表现为先由肾病,终及肾肺两虚的过程。21 例尿毒症患者气促、咳嗽、咳痰虽为肺的症状,但其根本原因是肾病变导致的肺水肿,一旦肾病治愈或改善,肺水肿消失或减轻,这些症状自然就会消失或减轻。

由此可见,“肾为气之根”的说法是颇有根据的。

中医学在方法学上虽然存在很大的差异,但在对肺肾关系的认识上却存在某种相通之处,只是中医理论缺乏生物学的实验资料,这正是今天中医现代化发展进程中所应克服的缺点。

4 参考文献

- 1 戴自英主编.实用内科学,第 9 版(下册).北京:人民卫生出版社,1993:1521.
- 2 穆魁津,林友华主编.肺功能测定原理与临床应用,北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1992:33.

加味补阳还五汤治疗结节性红斑 38 例

李凤仙¹ 张 玲¹ 赵韶星¹ 赵继敏²

结节性红斑(EN)是由真皮血管和脂膜炎引起的一种结节性损害的皮肤病,该病反复发作,迁延难愈,自 1993 年 8 月~1997 年 2 月我们运用补阳还五汤加味治疗此病,收到良好效果,现总结如下。

1 临床资料

38 例患者均来自皮肤科门诊,其中男 9 例,女 29 例;年龄最大 46 岁,最小 18 岁,平均年龄 34.23 $\pm$ 4.17 岁;病程最长 5 年,最短 2 个月,平均 13.57 $\pm$ 3.46 月。

2 治疗及观察方法

加味补阳还五汤组成:生黄芪 60g,忍冬藤 30g,鸡血藤 30g,当归 20g,川芎 10g,桃仁 10g,地龙 10g,赤芍 10g,红花 9g。每日 1 剂,水煎,分 2 次服,1 个月后观察疗效。若关节疼痛者加海风藤、独活;下肢浮肿者加防己、木通;疼痛严重者加制乳香、制没药;有低热周身不适、头痛、咽痛、抗链“O”阳性、血沉增快者加山豆根、金银花、连翘;结节质地硬,或呈大片状斑块加三棱、莪术、夏枯草。服中药同时用胸腺肽(西安长城制药厂生产),将胸腺肽 60mg 加入 10%葡萄糖 300ml 内静脉点滴,隔日 1 次,连用 15 次后观察疗效。

观察方法:观察记录患者治疗前后 T 细胞亚群、

mIL-2R、ESR、抗链“O”值的变化,并根据皮疹的个数、颜色、大小、硬度、疼痛情况、肿胀程度,按 4 级评分法进行评分。

3 结果

疗效判断标准:疗效指数=100%为痊愈;疗效指数>60%为显效;疗效指数>30%为有效;疗效<30%为无效。疗效指数=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times$ 100%(参考文献略)

临床治疗结果:38 例患者中,痊愈 22 例(57.9%),显效 8 例(21.1%),有效 3 例(7.9%),无效 5 例(13.1%),总有效率 86.9%。治疗前症状积分为 376 分,治疗后症状积分降为 71 分,消退率为 81.1%。

实验室检查结果:5 例抗链“O”阳性者治疗后 4 例转阴,6 例血沉增快者治疗后 4 例转为正常。CD₄/CD₈、CD₃/CD₄ 值治疗后均有所升高,但仍略低于标准值,CD₈、mIL-2R 值有所下降。治疗前后比较差异有显著性($P<0.01$)。

4 讨论

补阳还五汤重用黄芪补气为君药,佐以当归、川芎、赤芍、红花、桃仁,意在行气祛瘀。在此基础上加忍冬藤、鸡血藤,加强疏通经络作用。其忍冬藤又能清热解毒,消肿止痛,以清除 EN 的急性炎症。并根据个体差异,伴随症状不同,加味不同,与免疫增强剂胸腺肽联用,总有效率为 86.9%。

1 山西省中医研究院,太原市南城区并西街 12 号 (030012)

2 北京市政公医院

收稿日期:1998-07-20