

慢性肾衰患者不同阶段病机证候特点临床分析

阳 晓¹ 朱文锋² 周小舟⁴ 胡学军³ 龙菊香²

摘要 通过大宗临床病例调查,揭示了慢性肾衰中医病机错综复杂,不同阶段主要病机及证型分布具有差异性。在邪实方面,湿热、瘀血贯穿始终并且是导致病变进行性恶化的主要因素。浊毒的出现是慢性肾衰发展到晚期的特征性病理产物,是导致五脏衰败,阴阳离决的主要机理。浊毒可寒化而表现为寒湿浊毒证,热化而表现为湿热浊毒证。慢性肾衰病程中水停、外感等邪实病变出现率虽相对较低,但对慢性肾衰进展亦产生一定影响。

主题词 肾功能衰竭,慢性/中医病机

慢性肾功能衰竭(以下简称慢性肾衰)临床分为肾功能不全代偿期、肾功能不全失代偿期、肾功能衰竭期、尿毒症期4个阶段^[1]。慢性肾衰中医病机错综复杂,虚实并见。以正虚为主,兼夹邪实,且每种正虚都可兼夹数种邪实^[2]。我们在慢性肾衰中医正虚证候分布特点分析的基础上^[3],对慢性肾衰不同阶段邪实兼证分布规律进行了调查,现将结果报道如下。

1 资料及方法

1.1 诊断标准:慢性肾衰诊断分期标准参照王海燕主编《肾脏病学》^[1]。慢性肾衰中医邪实兼证辨证诊断标准参照中华全国中医学会第三次中医肾病学术会意见^[2]修改:凡具备任何2项者,即可辨证为兼夹该邪实。外感:恶寒发热;头身疼痛;鼻塞流涕;脉浮。水停:全身中度以上水肿;胸水;腹水;小便短少。湿热:脘闷纳呆;渴不多饮;小便灼热、涩痛、不利;舌苔黄腻;脉濡数或滑数。浊毒:恶心呕吐;口有尿味;皮肤瘙痒;血尿素氮、肌酐增高。血瘀:面色晦暗;腰痛固定或刺痛;肌肤甲错或肢体麻木;舌质紫暗或有瘀斑瘀点;脉涩。

1.2 临床资料:681例调查对象选自1992~1997年湖南中医学院第一、第二附属医院,湖南省中医研究院、深圳市中医院住院患者病历资料。681例中,肾功能不全代偿期270例,肾功能不全失代偿期143例,肾功能衰竭期86例,尿毒症期182例。

1.3 方法:列表记录收集病例的单位、病案号、姓名、年龄、病程、主要症状、中西医诊断、血尿生化指标。采

用SPSS统计软件包,各组计数资料采用非参数统计:多个样本率比较用Kruskal Wallistest和Friedman Test,两样本率比较用Wilcoxon Signed Ranks Test和Mann-Whitney Test。显著性检验取双侧界值点。

2 结果

2.1 慢性肾衰中医邪实兼证总的分布特点:邪实诸证中,有血瘀兼证占68.3%(465/681);有湿热兼证占62.7%(427/681);有浊毒兼证者占39.1%(266/681);有水停兼证占26.9%(183/681);有外感兼证占5.1%(35/681)。各邪实兼证出现率之间比较差异有极显著性($P<0.01$),其中血瘀兼证、湿热兼证显著多于其它邪实兼证($P<0.01$)。

2.2 慢性肾衰不同阶段中医邪实兼证分布特点:从表1可见,湿热兼证在各期出现率均较高,代偿期、失代偿期及衰竭期3期之间差异无显著性($P>0.05$);在尿毒症期,尽管湿热兼证出现率仍较高,但显著低于前3期($P<0.05$, $P<0.05$ 及 $P<0.01$)。水停兼证在代偿期及失代偿期出现率较高,与衰竭期及尿毒症期比较差异具有显著性(P 均 <0.01)。代偿期及失代偿期之间、衰竭期及尿毒症期之间差异无显著性($P>0.05$)。血瘀兼证在衰竭期及尿毒症期显著多于代偿期和失代偿期($P<0.01$),但在衰竭期及尿毒症期之间血瘀兼证出现率差异无显著性($P>0.05$)。浊毒兼证特征性地出现于衰竭期及尿毒症期,两期之间差异无显著性($P>0.05$)。外感兼证在代偿期出现率最高,而在衰竭期及尿毒症期极少见,外感兼证在各期分布差异具有显著性($P<0.01$)。本组资料中外感兼证几乎均表现为风热表证。表1还提示,代偿期邪实兼证主要是湿热,其次是血瘀和水停,失代偿期主要为湿热和血瘀,衰竭期、尿毒症期浊毒居首,其次是血瘀。

2.3 慢性肾衰正虚诸证与邪实兼证的关系:从表2可见,湿热兼证率在各正虚证候中的分布差异具有显著性,肝肾阴虚证最高,与其余各正虚证候比较差异有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$);气阴两虚证居其次;脾肾阳虚湿热兼证出现率最低,差异具有显著性($P<0.05$)。水停兼证在各正虚证候中的分布差异具有显著性,脾肾气虚证及脾肾阳虚证中水停兼证显著高于其余各正虚证候,而两证之间差异无显著性($P>0.05$);肝肾阴虚证水停兼证出现率最低,差异具有显著性(P

1 中山医科大学肾脏病研究所,广东省广州市中山二路58号 (510080)

2 湖南中医学院

3 湖南省中医研究院

4 深圳市中医院

收稿日期:1999-03-29

表 1 慢性肾衰不同阶段中医邪实兼证分布比较(%)

分型	例数	分 期				总出现率
		代偿期	失代偿期	衰竭期	尿毒症期	
湿热	427	64.1(173/270)	65.0(93/143)	72.1(62/86)	54.4(99/182)	62.7(427/681)
水停	183	34.4(93/270)	36.4(52/143)	11.6(10/86)	15.4(28/182)	26.9(183/681)
血瘀	465	40.4(109/270)	69.2(99/143)	94.2(81/86)	96.7(176/182)	68.3(465/681)
浊毒	266	0(0/270)	0(0/143)	97.7(84/86)	100(182/182)	39.1(266/681)
外感	35	9.3(25/270)	4.9(7/143)	1.2(1/86)	1.1(2/182)	5.1(35/681)

括号内为该邪实兼证当期例数/该期总例数

表 2 慢性肾衰正虚诸证与邪实兼证的关系(%)

分型	例数	正 虚 诸 证					总出现率
		气阴两虚	脾肾阳虚	阴阳两虚	肝肾阴虚	脾肾气虚	
湿热	427	78.1(225/288)	40.1(71/177)	62.9(44/70)	92.9(26/28)	51.7(61/118)	62.7(427/681)
水停	183	21.9(63/288)	31.6(56/177)	18.6(13/70)	3.6(1/28)	42.4(50/118)	26.9(183/681)
血瘀	465	61.1(176/288)	83.6(148/177)	95.7(67/70)	71.4(20/28)	45.8(54/118)	68.3(465/681)
浊毒	266	25.0(72/288)	64.4(114/177)	100(70/70)	35.7(10/28)	0(0/118)	39.1(266/681)
外感	35	8.7(25/288)	1.7(3/177)	0(0/70)	3.6(1/28)	5.1(6/118)	5.1(35/681)

括号内为该邪实兼证虚证例数/该虚证总例数

<0.01)。血瘀兼证在各正虚证候中的分布差异具有显著性,阴阳两虚证中最高,与其余各正虚证候比较差异有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。脾肾阳虚与肝肾阴虚证之间差异无显著性($P>0.05$),但显著高于脾肾气虚证($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。脾肾阳虚显著高于气阴两虚证($P<0.01$),而肝肾阴虚证与气阴两虚证差异无显著性($P>0.05$)。浊毒兼证率在阴阳两虚证中显著高于其余各正虚证候($P<0.01$),其次是脾肾阳虚证,脾肾气虚证中无浊毒证出现。浊毒兼证在各正虚证候中的分布具有显著性差异($P<0.01$)。外感兼证出现率在气阴两虚证最高,其次是脾肾气虚证,本组资料中阴阳两虚证中无外感兼证出现。外感兼证在各正虚证候中的分布差异具有显著性($P<0.01$)。

2.4 邪实兼证之间的关系:湿热证兼有血瘀证者占 66.3%(283/427),水停证兼有血瘀者占 61.2%(112/183),浊毒证兼有血瘀者占 95.9%(255/266),浊毒证血瘀证兼有率显著高于其它邪实证($P<0.01$)。外感证兼有血瘀者占 34.3%(12/35),显著低于其它邪实证($P<0.01$)。从本组资料可见,湿热证有两种形式,一是单纯湿热证,主要出现于代偿期和失代偿期,占 61.1%(261/427);另一种情况是湿热化浊成毒而表现为湿热浊毒证,主要出现于衰竭期和尿毒症期,占 37.5%(160/427)。从浊毒证兼夹湿热与否划分,浊毒证有湿热浊毒证(占 60.2%)和寒湿浊毒证(占 39.8%),两者差异有显著性($P<0.01$)。

3 讨论

近年来湿热病机在慢性肾衰病程进展中的作用受到广泛关注。不少学者认为湿热是贯穿慢性肾衰始终

的病邪^[4]。本组资料调查结果显示,慢性肾衰整个病程中,有湿热兼证者达 62.7%。代偿期、失代偿期湿热兼证分别为 64.1%、65.0%,仅次于血瘀兼证而显著多于其它邪实兼证;衰竭期、尿毒症期湿热表现为湿热浊毒,分别占 72.1%和 54.4%,仍多于除血瘀兼证之外的其它邪实兼证,证实了湿热内蕴自始至终是慢性肾衰主要的邪实因素。湿热产生原因诸多,水湿蕴蓄化热是形成慢性肾衰湿热病机的主要原因;正气亏虚,湿毒邪反复侵袭亦是湿热形成的重要途径;再是激素、温补药等药源性损害导致湿热的产生;此外,饮食失慎,损伤脾胃,运化失司,亦可蕴生湿热之邪。慢性肾衰病程中,湿热既是一种致病因素,在肾衰早期发病及病程进展中发挥重要作用,同时湿热又是一种病理产物。从湿热与正虚诸证的调查结果来看,正虚诸证湿热兼证显著高于除血瘀外其它邪实兼证。正虚诸证中又以肝肾阴虚兼夹率(92.9%)最高,其次是气阴两虚(78.1%),提示阴虚生热,水湿之邪易于热化而形成湿热的机理。脾肾气虚和脾肾阳虚湿热兼证分别为 51.7%和 40.1%,其机理在于阳虚气损,水湿气化不行,蕴久化热。

本调查结果显示,水停证多见于代偿期和失代偿期,分别占 34.4%和 36.4%,在正虚诸证中,主要见于脾肾气虚和脾肾阳虚,分别为 42.4%和 31.6%,气阴两虚,水湿不化,停聚于体内,是水停证的主要病机。值得注意的是气阴两虚证兼水停者亦有较高比例,达 21.9%。肖相如统计了 100 例气阴两虚型慢性肾炎水肿的发生率,占 28%^[5]。

邪实诸证中,一般均认为血瘀证占标证之首^[6]。本组资料调查结果显示,整个慢性肾衰病程中有血瘀兼

证者占 68.3%，显著高于其它邪实兼证。在疾病进行性发展过程中，随着肾功能的衰减血瘀兼证率进行性上升，衰竭期及尿毒症期有血瘀兼证者显著高于代偿期和失代偿期，验证了“久病入络为血瘀”的中医观点，正如《素问·痹论》所谓：“病久入深，营卫之行涩，经络时疏，故不通”。肾小球逐渐硬化、萎废可能是血瘀证产生的病理解剖学基础。瘀血既是一种致病因素，又是病理产物。在慢性肾衰病程中，瘀血的产生与正虚邪实病机特点直接相关。因虚致瘀往往是血瘀证形成的始因或启动因素。本调查资料显示，正虚诸证血瘀兼率依次为阴阳两虚(95.7%)>脾肾阳虚(83.6%)>肝肾阴虚(71.4%)>气阴两虚(61.1%)>脾肾气虚(45.8%)。提示正虚诸证与血瘀兼证存在密切关系，且随着正气虚损的加重，瘀血形成增加。佐证了气虚运血无力、阴虚血粘难行、阳虚寒凝血滞的道理。本组资料还显示，湿热、水停、浊毒兼有瘀血者分别为 66.3%、72.8% 和 95.7%，提示有形之邪阻滞气机，血运不畅，是瘀血产生的另一大因素。

现代中医学对慢性肾衰尿毒症毒素的蓄积一般以“湿浊”命名。如《中药新药治疗慢性肾炎的临床指导原则》湿浊证的诊断标准是“(1)纳呆、恶心或呕吐；(2)身重困倦或精神萎靡；(3)血尿素氮、肌酐偏高”。中华全国中医学会第三次中医肾病学术会议通过的慢性肾衰中医辨证分型参考意见，指出湿浊证诊断项目包括“(1)呕吐频作，舌苔厚腻；(2)口有尿味，口粘不欲饮”。中医学认为，浊为湿之特性之一，浊即混浊、秽浊之意，指湿邪为病，其排泄物和分泌物等具有秽浊不清的特点。慢性肾衰时患者因尿毒症毒素作用常出现腹胀、恶心呕吐、纳差、腹泻或便秘，苔腻等症状，符合中医湿浊证之特征，然尿毒症时出现的多种危重症状及皮肤瘙痒，口有尿味等，又非湿浊内蕴所能解释。因此，不少医家针对慢性肾衰患者因尿毒症毒素产生的湿浊证候及邪盛病重之病变，提出了浊毒概念^[7,8]。浊毒的产生与肾功能衰退密切相关。主要见于慢性肾衰衰竭期和尿毒症期，是慢性肾衰病程中出现的特征性病理产物。同

时浊毒又是一种致病因素，兼具湿和毒的特征。一方面引起恶心呕吐，腹胀苔腻等湿浊中阻的临床症状，另一方面因毒的作用而引起五脏衰败、邪盛病重之证。浊毒包含了湿浊之概念，但湿浊并不等于浊毒。近年来中医在治疗慢性肾衰时，配合使用泻浊解毒法，选用大黄等药，取得较好疗效。因而从临床实践中证实了浊毒这一中医病机概念的合理性。而浊毒证的提出则更能反映慢性肾衰浊毒致病的病机特点。

浊毒是慢性肾衰后期脾肾阳虚或阴阳两虚的后果。本组资料证实了这一事实。脾主运化水湿，肾主分清泌浊，脾肾阴阳衰败，气化严重障碍，分清泌浊减退，二便失司致湿浊毒邪内蕴。由于体质的差异及治疗、外感等因素的影响，浊毒在体内又有寒化和热化之不同。寒化则临床兼见寒湿内阻之证，称之为寒湿浊毒症；热化兼见湿热互结证候，称之为湿热浊毒症。本组资料结果显示，湿热浊毒症占 60.2%，寒湿浊毒症占 39.8%。然不论浊毒寒化或热化，均可波及五脏六腑、筋骨、肌肤而产生众多的临床症状，最终导致五脏衰败，阴阳离决。本统计结果显示，外感之证散见于各阶段，除阴阳两虚证外，各正虚证型中均可见到。慢性肾衰正气不足，正虚易招致外邪侵袭。尤其是气虚卫外不固，更易招致外邪。反复感受外来之邪，常可耗伤正气，促使病情加重。

参考文献

- 1 王海燕. 肾脏病学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 1385.
- 2 何绍芳. 现代中医内科学. 第 2 版. 北京: 中国医药科技出版社, 1991: 369.
- 3 阳晓, 宋文锋, 胡学军, 等. 681 例慢性肾功能衰竭患者正虚证候分布特点调查分析. 中医杂志, 1999, 40(2): 112-114.
- 4 张镜人. 慢性肾功能不全的证治探讨. 上海中医药杂志, 1982, (2): 1.
- 5 肖相如. 论阴虚生水湿. 辽宁中医杂志, 1998, (10): 5.
- 6 中国中医药学会内科肾病专业委员会. 中医临床肾脏病学. 上海: 上海科学技术出版, 1997: 53.
- 7 天津市中医医院肾病研究室. 肾衰系列方治疗慢性肾功能衰竭 128 例临床观察与实验研究. 天津中医, 1990, (1): 12-15.
- 8 王自敏, 吕宏生, 刘玉宁. 中西医临床肾病学. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 488.

(上接第 337 页)

饮水不多，食欲正常，乏力不明显，爱生气，生气时上述症状加重，大便正常。脉沉细，舌淡红、苔白腻微黄。诊断：慢性胃炎。辨证：脾胃湿热。治则：调和脾胃之气。处方：柴平汤加枳壳、黄连、苍术 10g，厚朴 10g，陈皮 6g，甘草 6g，黄连 6g，炒枳壳 10g，柴胡 10g，黄芩 10g。每日 1 剂，水煎服。服药 15 天，症状大减。

按：患者中焦气机不畅，故而胃脘胀满，气滞湿停，

郁而化热，故而胃内灼热，口干喜凉饮；湿浊不化而饮水不多、舌苔微腻。柴平汤由小柴胡汤和平胃散合方而成。投平胃散祛湿和胃治其本，更加黄连一味，除取燥湿之功外，还启苦降之效，与苍术、厚朴相配，有降有散，能解郁结之气。小柴胡汤中柴胡、黄芩清热和中，以制胃内灼热。一般说来胃内灼热的患者常有胆汁反流，而柴平汤具有控制胆汁反流之功效，患者疗效满意可能与此有关。