

张琪辨治慢性肾功能衰竭经验

张佩青* 王立范* 张少麟*

主题词 肾功能衰竭,慢性/中医药疗法 @ 张琪

慢性肾功能衰竭(CRF)以血中毒素潴留,电解质及酸碱平衡紊乱为特征,临床呈现中毒、贫血、高血压等一系列症状。CRF 早、中期向晚期尿毒症发展阶段是该病治疗的关键时期,张琪教授在 CRF 早、中期,运用中医辨证论治方法,可使患者病情较长期稳定,对延缓 CRF 进展取得较好的疗效,现将其治疗经验作简要介绍。

1 病机强调正虚邪实,虚实夹杂

张老认为,从慢性肾病发展至 CRF,脾肾两虚贯穿其始终。诸如 CRF 患者临床上所出现的腰痛膝软、乏力贫血等,均由脾虚肾虚日久所致,此为 CRF 之本虚。而脾虚运化失司,水湿内停,肾虚气化不利,升清降浊之功能紊乱,湿浊内蕴日久,致血络瘀阻,临床出现脘闷纳呆、食少呕恶、少寐烦热、舌苔垢腻或舌紫瘀斑等症,此为本病之邪实。由此可见,脾肾两虚、湿毒内蕴、血络瘀阻、正虚邪实、虚实夹杂为 CRF 病机演变的基本特征。这种特征决定了 CRF 病势缠绵,证候多变,难以速愈。

2 论治当抓主要矛盾,分别虚实缓急

现代医学将 CRF 分为四期,即肾功能不全代偿期、肾功能不全失代偿期、肾功能衰竭期及尿毒症期。张老在临床基本上是根据以上 CRF 发展的不同阶段而根据不同主证确定治则治法而遣方用药。

2.1 肾功能不全代偿期:临床上无明显湿浊毒邪留滞的症状,可能仅表现为腰酸腰痛、乏力倦怠、夜尿频多、畏寒肢冷以及高血压、水肿等症。此期一般是以扶正治本为其原则,以补脾益肾为主,再结合它症兼以利湿消肿、活血化瘀等。方中党参、黄芪、白术、山药健脾益气,何首乌、淫羊藿、仙茅、菟丝子温补肾阳而不燥,枸杞子、山茱萸、熟地黄、五味子滋补肾阴。慢性肾衰其病本在于脾肾两虚,此方为固本之药,又加入丹参、当归、益母草、山楂活血之品,使其补消合用,其效颇佳。

此类患者切忌用大黄苦寒泻下伤脾。如果一见肾衰,即用大黄作为降肌酐、尿素氮之要药,殊不知苦寒

伤脾,愈用愈促使病情恶化,愤事者甚多,宜引起重视。

2.2 CRF 失代偿期及肾功能衰竭期:以脾肾两虚,阴阳俱伤,湿毒贮留,虚实夹杂出现者居多,临床呈现面色㿗白,头眩,倦怠乏力,气短懒言,唇淡舌淡,腰膝酸软,腹胀呕恶,口中秽味,或舌淡紫苔厚,脉沉滑或沉缓等。治应补泻兼施,必以补脾肾、泻湿浊、解毒活血熔于一炉,扶正不留邪,祛邪不伤正。方用扶正化浊活血汤。方中以红参、白术、茯苓、甘草合用益气健脾,助气血生化之源;菟丝子、熟地黄补肾益精养血;连翘、大黄、黄连合草果、半夏解毒泻热化浊;桃仁、红花、丹参、赤芍活血化瘀。

2.3 尿毒症期:肾脏功能基本丧失,临床以湿浊瘀毒壅盛为主要表现,患者常以恶心呕吐、胃脘胀满、口气秽臭、头痛烦闷,尿素氮(BUN)及血肌酐(Scr)明显增高为主要症状。此阶段以湿浊瘀毒交阻为病之主要矛盾,此时应以祛邪为急务,常用化浊泄热法及清热解毒活血化瘀法治疗,方用化浊饮。本方用醋炙大黄、黄连、黄芩苦寒泄热,砂仁、藿香、草果、苍术等芳香辛香开散,驱除湿邪,使湿浊毒热之邪得以蠲除。辨证应注意湿热之邪孰轻孰重。如便秘、口臭、舌苔厚腻,应重用茵陈、黄连、黄芩、大黄;但如湿邪偏重,则重用草果、半夏、苍术、藿香等。

湿热毒邪入侵血分,血络瘀阻为主,症见头痛少寐、五心烦热、搅闹不宁、恶心呕吐、舌紫少苔或舌有瘀斑,舌下静脉紫暗,面色青晦不泽,脉弦或弦数等,符合 CRF 所见高凝高粘状态,表现为血瘀见症,宜清热解毒活血化瘀治疗,用加味活血解毒汤。本方用桃仁、红花、赤芍、生地黄、大黄、丹参、葛根,以活血散瘀、凉血清热。

3 调理脾胃,促进自身功能的恢复

张老认为,在 CRF 的治疗过程中,通过调理脾胃使胃纳脾运的功能得以恢复,可以后天补先天,促进脾肾功能的恢复,而且脾胃功能正常,可使气血生化有源,使贫血状况得以改善。临床观察属脾胃阴阳俱虚者较多,以发病日久阳损及阴,此时用温补刚燥之药重伤其阴,往往格拒不受,出现诸如五心烦热、头痛、咽干、鼻衄、齿衄等症,此时若用甘寒益阴之品则阴柔滋腻,有碍阳气之布化,影响脾之运化功能出现腹胀满、便溏呕逆诸症加重,因此刚柔之药皆不可用,唯气味中和之

* 黑龙江省中医研究院,哈尔滨市香坊区三辅街 142 号
(150036)

收稿日期:2002-03-25

六君子汤补益脾胃,资助化源,益养气血最为适宜。再加入当归、白芍两药。当归为补血要药,且能润燥;白芍酸苦微寒,敛阴养血,柔肝理脾。两药一则可以调济六君子汤偏温燥,二则柔肝有助脾胃之运化,三则补血与补气并重,用于肾性贫血颇为有效。

在尿毒症期,由于湿浊瘀毒交阻,患者以恶心呕吐、食少纳呆等症为主时,常以芳化湿浊或寒温并用或清利湿热分消法等调理脾胃,如自拟化浊饮、半夏泻心汤加味、中满分消饮等,或用砂仁、紫苏、苍术、黄连等。中满分消饮适用于脾胃不和,湿热中阻,清浊混淆,水

气内停,临床表现水肿胀满,小便少,五心烦热,恶心呕吐,口干,口中氨味,舌质红苔腻,舌体胖大,脉弦滑者。方中黄连、黄芩苦寒清热除痞,干姜、砂仁温脾胃、助运化除湿,白术、人参、甘草、茯苓益气健脾,厚朴、枳实、姜黄开郁理气散满,半夏、陈皮和胃降逆,猪苓、泽泻、茯苓利水,知母清肺以利水之上源。本方以辛热散之,以苦泻之,以淡渗利之,疏利脾胃之枢机,分消湿热,使升降和调,则胀满自可蠲除。此法治慢性肾小球肾炎表现水肿胀满、口干苦、恶心、小便不利,也有较好的疗效。

中西医结合治疗门脉高压上消化道出血 80 例

武西芳* 吴秀霞* 党中勤*

上消化道出血是肝炎肝硬化门静脉高压的常见并发症,也是引起肝病死亡的原因之一。其病因多为:(1)肝硬化门脉高压、食道及胃底静脉曲张破裂;(2)凝血机制失常和内毒素血症;(3)急性胃粘膜糜烂、应急性溃疡发生。临床以降低门静脉压、保护胃粘膜、改善凝血机制及治疗内毒素血症为主要手段。1997 年 7~2001 年 10 月,我们应用中西医结合方法治疗门脉高压上消化道出血 80 例,现总结如下。

1 临床资料

158 例患者(以 1995 年 5 月北京第 5 次全国传染病寄生虫病学术会议修订的诊断标准为依据,B 超检查门静脉内径均在 1.5cm 以上)伴发呕血或黑便,经上消化道钡餐检查和胃镜检查明确诊断的食道静脉曲张 58 例,急性胃粘膜病变 126 例,消化道溃疡 27 例,十二指肠球炎 5 例,食道静脉曲张破裂出血 93 例。男 134 例,女 24 例,年龄 32~58 岁,平均 47 岁。24 例脾切除术后,84 例有腹水,合并肝占位 3 例,合并肝性脑病 7 例。按入院顺序随机分为两组,治疗组 80 例,对照组 78 例。两组年龄、出血程度基本一致,经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

两组均按常规采用禁食、护肝、止血、输血,补充凝血因子,包括支链氨基酸、维生素 K_1 、止血敏、止血芳酸、质子泵抑制剂等。治疗组加用止血散(白及粉 5g,大黄粉 5g,三七粉 3g)混匀,每日 3 次冲服。清肠合剂(蒲公英 30g,赤芍 30g,乌梅 30g,黄连 15g,生槐米 30g,生牡蛎 30g),心得安片 30~60mg/日,分 2~3 次服用,以减慢心率 25%为度。对照组不用止血散、清肠合剂、心得安。疗程均为 5 天。

3 治疗结果

3.1 疗效判定:出血停止指标:(1)呕血黑便消失;(2)粪便转黄;(3)大便潜血阴性 3 项中 1 项成立者为出血停止。止血效果:(1)显效:24h 内呕血黑便次数减少,5 天内无继续出血现

象;(2)有效:3 天内呕血黑便次数减少,5 天后无继续出血现象;(3)无效:用药 5 天内呕血黑便稍多与或等于用药前,而改用其他方法或转外科手术;(4)恶化:用药 12h 出血继续加重,需迅速更改治疗方案。

3.2 结果:治疗组显效、有效、无效、恶化分别为 36 例(45.0%)、34 例(42.5%)、8 例(10.0%)、2 例(2.5%),总有效率为 87.5%。对照组分别为 17 例(21.8%)、27 例(34.6%)、24 例(30.8%)、10 例(12.8%),总有效率为 56.4%。总有效率两组间差异有显著性($P<0.01$)。

无效和恶化病例在肝功衰竭、门静脉压极度增高、重度食道静脉曲张、胃粘膜溃破面大、消化道症状重的患者中所占比例较大。

4 讨论

本治疗组病例在一般传统治疗基础上加用止血散、清肠合剂、心得安使止血率提高。其机理为心得安通过 β_1 受体作用减慢心率,降低心输出量。肝动脉、肠系膜血流减少。从而降低门静脉压、奇静脉血流减缓,使曲张的食道静脉及病变的胃粘膜处血流减少,使局部压力和出血量均得以控制。止血散中白及、大黄、三七均有明显的止血作用。据现代药理研究,大黄能使局部血管收缩,降低毛细血管通透性,增加纤维蛋白原,从而促进血液凝固;白及所含鞣质成分能强力收敛创面,在食管、胃粘膜表面形成保护膜,防止坏死物引起的胃粘膜损伤,有利于组织修复及溃疡愈合;三七有改善血液循环、调节血粘度、促进血小板形成、增加血小板表面活性和聚集性,增加纤维蛋白,缩短凝血时间等作用,从而促进止血。清肠合剂中蒲公英、黄连能清热解毒,对抗肝病内毒素血症;乌梅能改善肠道环境,降低血氨,预防肝性脑病的发生;生槐米、生牡蛎能提高血浆蛋白含量,改善肾脏血液循环,防治因大量出血造成肾血流量减少而导致的氮质血症。诸药合用能使药物有效成分通过直肠粘膜迅速吸收,并能刺激肠粘膜使大肠蠕动加快,及时排出肠道积血和有毒物质,有效抑制因积血的吸收而导致的肝性脑病、发热、肝肾综合征等不良反应。诸药相互协同,配合传统疗法,不失为治疗门脉高压上消化道出血的良策。

* 河南省中医院,郑州市东风路 6 号(450002)

收稿日期:2002-07-26