

· 临证心得 ·

糖尿病终末期肾病辨治经验举隅

刘文科 周 强 甄 仲 指导: 仝小林

(中国中医科学院广安门医院内分泌科, 北京市宣武区北线阁 5 号, 100053)

[关键词] 糖尿病肾病; 辨治经验; 中医药疗法

糖尿病肾病是糖尿病最严重的慢性并发症之一, V 期糖尿病肾病是其最终结局。国内报道约 30% 的 1 型糖尿病与 20% 的 2 型糖尿病发展为糖尿病肾病, 死于糖尿病 V 期(肾功能衰竭)者占 53%^[1], 是糖尿病致死、致残的主要原因之一。积极治疗糖尿病终末期肾病对延长患者生命, 提高生存质量意义重大。导师仝小林教授从事糖尿病及并发症研究 20 余载, 学验俱丰, 现将仝小林教授辨治糖尿病终末期肾病临证经验略陈于下, 以飨同道。

1 理论探讨

终末期肾病的临床表现与中医水肿、癃闭、关格、肾劳、溺毒等病证的描述相近, 如《景岳全书》曰: “小便不通, 是为癃闭, 此最为急证也。水道不通上侵脾胃而为胀, 外侵肌肤而为肿, 泛及中焦而为呕, 再及上焦而为喘, 数日不通, 则奔迫难堪必致危殆”。此描述与慢性肾功能衰竭出现少尿、无尿之时的多系统相关症状表现极为相似。又如《重订广温热论》云: “溺素入血, 血毒上脑之候, 头痛目晕, 视物朦胧, 耳鸣耳聋, 恶心呕吐, 呼吸带有溺毒, 间或猝发癫痫状, 甚或神昏惊厥, 不省人事, 循衣摸床撮空, 舌苔腐, 间有黑点”。此与尿毒症毒素潴留引起神经系统器质或功能损害, 以及水电解质与酸碱平衡紊乱等诱发精神、神经症状极为相似。因此, 终末期肾病可按水肿、癃闭、关格等论治。

病至此期, 病机错综, 本虚标实并见, 往往气血阴阳亏虚, 肾络受损, 兼有水湿瘀浊等蓄积成毒, 蕴于体内, 甚则可发生水凌心肺, 溺毒入脑等危急证候, 因此, 排泄毒邪是治疗肾功能衰竭的重要治则。毒包括湿毒、瘀毒、溺毒、粪毒等, 各种毒邪积聚体内, 损伤脏腑器官, 致变证百出。毒为致病之源, 排毒可减轻各种毒邪对脏腑组织的损害, 毒邪不祛, 诸多补益亦是徒劳无功, 甚者因肾脏负担过重致病情加剧。主要的排毒途径

有三, 即通大便、利小便和发汗。

通大便, 使体内之毒从后阴而出, 临床常用大黄附子汤, 重者可以此方灌肠。大黄附子汤出自《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》, “胁下偏痛, 发热, 其脉紧弦, 此寒也, 以温药下之, 宜大黄附子汤。”尤在泾曰: “阴寒成聚, 非温不能已其寒, 非下不能去其结。故曰阴寒结聚, 宜急以温药下之。”此时用大黄附子汤不仅泻下通便, 更是藉其泻下之力使体内诸多毒邪随之排出, 对于尿少浮肿者还可助分利小便, 令部分水液经后阴排泄。《本草经别录》评大黄: “荡涤肠胃, 通利闭结, 攻蓄积聚”, 现代药理学研究表明, 大黄煎剂能明显降低血中尿素氮, 延缓慢性肾功能衰竭的发展。用腺嘌呤饲喂大鼠导致血尿素氮和肌酐含量增加, 给大黄后可使其明显降低, 尿中排出量显著增多^[2]。现代临床已广泛应用大黄治疗肾功能衰竭。肾功能衰竭晚期, 脾肾阳气已衰, 任何苦寒之品均有败伤阳气之虞, 故以附子护阳。临证时常常用酒大黄, 求其力缓, 然酒大黄剂量应大, 一般用量 10~30g, 而且体质愈是虚弱, 对大黄的敏感性愈差, 用量甚可更大, 从小剂量开始逐渐加量。

利小便, 使诸毒从前阴而出, 临床常用真武汤, 真武汤出自《伤寒论》: “太阳病发汗, 汗出不解, 其人仍发热, 心下悸, 头眩, 身瞤动, 振振欲擗地者, 真武汤主之。”及“少阴病, 二三日不已, 至四五日, 腹痛, 小便不利, 四肢沉重疼痛, 自下利者, 此为有水气, 其人或咳, 或小便利, 或下利, 或呕者, 真武汤主之。”罗东逸曰: “真武者, 北方司水之神也。以之名汤者, 藉以镇水之义也。夫人一身治水者脾也, 主水者肾也。肾为胃关, 聚水而从其类, 倘肾中无阳, 则脾之枢机虽运, 而肾之关门不开, 水即欲行, 以无主制, 故泛滥妄行而有是证也。用附子之辛热, 壮肾之元阳, 则水有所主矣; 白术之温燥, 建立中土, 则水有所制矣; 生姜之辛散, 佐附子以补阳, 于补水中寓散水之意; 茯苓之淡渗, 佐白术以健土, 于治水中寓利水之道焉; 而尤重在芍药之苦降, 其旨甚微, 盖人身阳根于阴, 若徒以辛热补阳, 不少佐苦降之品, 恐真阳飞越矣。芍药为春花之殿, 交夏而枯, 用之以极收散漫之阳气而归根。”故真武汤多用于脾肾阳衰,

基金项目: 国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目
(2010CB530600)

通讯作者: 仝小林, xiaolintong66@sina.com

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

高度水肿者。

发汗令部分毒邪经皮肤而出。皮肤亦是人体的重要排毒器官,部分毒邪可随汗液经皮肤排出体外。临床上常将生麻黄、桂枝、艾叶等煎汤药浴,令患者遍身微微汗出则止,再被覆保暖。为防止脱水,可边浸浴边饮水。生麻黄、桂枝发汗透表;桂枝为发表透疹之品,汪机称其“凉血分,发痧疹,解痧毒之药也”,于此取其发表解毒之用;艾叶,缪仲淳谓“逐一切寒湿冷气,转闭脏肃杀之气为融合”,于此加强温经发汗之力。

排泄毒邪是治疗肾功能衰竭的基本法则,然尿毒症期病情复杂,症见多端,可见脏腑受累的表现,因此,又当急则治其标,随证而治之。如浊毒犯胃之呕恶,当以和胃降逆为主,常以六君子汤、黄连温胆汤加减;血虚血瘀所致肾性贫血,则以养血活血为主,以四物汤加味;急危重症,如水凌心肺,症见胸闷气憋,短气不足以息,烦躁不安,甚或濒死感,心悸怔忡,张口抬肩,不能平卧,口唇青紫,四肢清冷,大汗淋漓等,急当泻肺逐水,以己椒苈黄丸加减;或溺毒入脑,症见神志恍惚或昏迷,目光呆滞无神,甚或抽搐,四肢痉挛,牙关紧闭,口中痰涎,治应开窍醒神、熄风镇惊,用菖蒲郁金汤加味。

2 验案举隅

例 1 王某某,女,39岁,2008年 1月 21日初诊。发现血糖升高 10年。患者 10年前发现产后血糖升高,空腹血糖 (FBG) 10 mmol/L 左右,因症状表现不明显未予系统治疗,先后不规律服用二甲双胍、磺脲类降糖药。2007年初,至医院检查 FBG 20 mmol/L 左右,即住院治疗。2007年 10月于北京某医院确诊为糖尿病肾病尿毒症期。现症见恶心,咽部不适,有异物感,四肢沉重,现服用利尿剂,无明显浮肿。头晕,腹胀,胃脘部振水声,气短,心下空虚感,视物模糊,怕冷明显,大便难,临厕努责。2007年 12月 20日,生化检查示:血肌酐 (SCr) 460 μ mol/L,尿酸 (UA) 520 μ mol/L 血常规示:红细胞 (RBC) 3.39 $\times 10^{12}$ /L,血红蛋白 (Hb) 108g/L 舌淡,苔中后部微腐,舌底瘀滞,脉弦细略滑。既往高血压病史五六年,现服欣然控释片、马沙尼片等。血压控制于 150/80mmHg。糖尿病视网膜病变已进行 3次激光手术。当日血压 150/80mmHg 诊断:糖尿病肾病尿毒症期,肾性贫血,肾性高血压。辨证:浊毒犯胃,脾肾阳衰。治法:和胃降逆,排毒通腑,温健脾肾。处方:大黄附子汤合小半夏加茯苓汤、四君子汤。药用:附子 30g(先煎 8 小时),酒大黄 15g(后下),清半夏 15g,干姜 30g,茯苓 60g,生白术、炒白术各 30g,白芍 30g,炙甘草 9g。患者服药 1剂,自觉恶心基本消失,大便通畅。但觉胸部憋闷,

四肢沉重乏力,不欲食,腹胀,头晕,夜寐不安。2008年 1月 25日查生化示:FBG 7.39mmol/L,SCr 434 μ mol/L,UA 520 μ mol/L 尿素氮 (BUN) 19.59mmol/L 患者恶心消失,大便通畅,可见胃之逆气已平降,故可去清半夏。虚象愈显,胸中大气不足,运转无力,故觉胸部憋闷。加红参 15g 益元气,加生黄芪补经络之气以利水。加水蛭 9g,活血通络,合酒大黄为抵当汤。患者服药 35 剂,2008年 3月 3日复诊。自诉胸部憋闷、气短明显好转,现仅偶发。四肢沉重明显好转,现仅略感发沉。面颊麻木,走路不稳。怕冷,易烦躁,二便调。2008年 2月 23日查血生化:SCr 329 μ mol/L,UA 477 μ mol/L,BUN 15.67mmol/L,FBG 6.82mmol/L 血常规:RBC 3.84 $\times 10^{12}$ /L,Hb 128g/L 当日血压 155/95mmHg 舌根部腐腻苔,舌底络瘀,脉沉弦缓。加怀牛膝、茺蔚子,茺蔚子又可活血利水,血水同治。舌根部苔腐腻,故加苍术、佩兰化湿浊;胸部憋闷加丹参,并加蝉蜕、紫苏叶,一可预防外感,防肾病加剧;二可疏风化浊减轻蛋白渗漏。患者服药 28剂,于 2008年 3月 31日复诊。自诉服药后面麻木好转,行走较前已稳,偶有胸闷气短。视物不清好转。2008年 3月 25日查血生化:SCr 302 μ mol/L,UA 433 μ mol/L,BUN 14.85 mmol/L,FBG 6.74 mmol/L 血常规:红细胞压积 (HCT) 35.1,Hb 123g/L 此后患者病情逐渐趋于稳定,SCr、BUN 等生化指标虽偶有反复,但总体趋势为平稳下降,患者本人亦觉自身较前轻快。

例 2 荀某某,男,60岁,2007年 11月 19日初诊。血糖升高 20年。患者 1987年因出现多食、多饮、多尿至医院检查 FBG 11mmol/L,诊断为 2型糖尿病。曾口服优降糖半年余,血糖控制较好,后疏于治疗,自行停药。5年后血糖再次升高,始服中药,FBG 控制于 11~12mmol/L,仅坚持服药 3年再次中断治疗。现注射诺和灵 R 早 15U,中 8U,晚 8U,睡前 18U (诺和 N),血糖控制尚可,FBG 5~6mmol/L,餐后 2小时血糖 (PBG) 8~9mmol/L 现症见大便干,排便困难,二三日一行,每次需服通便药方能排便。下肢水肿,小便泡沫多,夜尿 2次。纳眠可。既往糖尿病视网膜病变 3年,糖尿病肾病 4年,高血压 2年,血压最高可达 180/90mmHg,现服硝苯地平缓释片。2007年 11月 12日,生化检查示: BUN 11.42 mmol/L,SCr 218.6 μ mol/L,Na 133.2 mmol/L,尿常规:Pr 500mg/dl,GLU 100mg/dl,RBC 25个/ μ l 2007年 11月 15日查 PBG 10.6mmol/L 当日血压 160/80mmHg 舌淡红,苔薄黄腻,舌底瘀,脉弦硬略数。诊断:糖尿病肾病,氮质血症,高血压。辨证:肾损络瘀,精微泄漏,血水不利。治法:补肾通络,活血利水。处方:抵

当汤加減。生大黃 15g(后下),水蛭 9g,澤蘭、澤浮各 30g,益母草 30g,蟬蛻 9g,僵蚕 9g,金櫻子 30g,山茱萸 30g,生黃芪 30g,當歸 30g,30劑。2007年 12月 24日復診:自訴服藥后大便通暢,每日 2次。下肢水腫減輕 40%。近期因出現低血糖,胰島素減量。現諾和靈 R早 10U,中 5~6U,晚 5~6U,睡前諾和 N 10U。2007年 12月 19日,生化檢查: BUN 10.33 mmol/L, SCr 168.9 μ mol/L, FBG 9.2 mmol/L, HbA_{1c} 5.8%。12月 23日, FBG 4 mmol/L, PBG 10 mmol/L。服藥 1個月, SCr、BUN等生化指標已有明顯改善,可守方繼服。后患者每月復診 1次,每次檢查生化指標均有不同程度改善,多次就診后雙下肢僅輕微水腫,小便中少量泡沫。故換以參芪丹雞地黃湯合抵當湯加減,長期服用,益腎活血通絡。方藥如下:生黃芪 30g,黨參 15g,雞血藤 30g,當歸 15g,生大黃 20g(另包),水蛭粉 6g(分沖),金櫻子 30g,山茱萸 30g,芫荽子 30g,澤蘭、澤浮各 15g。隨時監測病情。

3 臨証心得

以上驗案,或以大黃附子湯為主方,或以抵當湯為主方,每診必用大黃,或生用或酒制,不僅取其通腑之力,更求其排毒泄濁之功,清除體內毒素。腎功能衰竭期最主要的病理改變是諸毒積蓄,損傷腎臟,因此,必以排毒泄濁為首務。尿毒症期均伴有高血壓,多為腎性高血壓。改善腎臟病理狀態的同時必須注重控制血壓,血壓持續不降,腎臟損害將繼續惡化,諸多治療恐將事倍功半。儘管以上病案重在治療糖尿病終末期腎病,以排毒為首務,但治療過程中仍不忘控制血糖,每次處方必有一兩味藥身兼降糖之功,如黃連、山茱萸、紅參、黃芪等。糖尿病是基礎病,高血糖既是糖尿病腎病之原始病因,又是糖尿病腎臟病變惡化的加重因素。因此,糖尿病終末期腎病的治療全程,始終不能脫離對血糖的基礎治療。

毒素損傷,腎臟受損,累及于脾,脾腎虧損,不能運

化水濕,則發為水腫,運化失健,不能生化氣血,則致貧血,因此,腎功能衰竭出現的水腫、貧血諸症,均是以脾腎虧虛為本,精微泄露亦是因于腎虛失于固攝,往往需固澀精微。因此,尿毒症期,尤其應重視健脾益腎,不僅可以對症治療,而且能提高機體免疫能力,防止其他併發症。

由于糖尿病腎病水腫的病機是精微滲漏、陰精耗損導致脾腎虧虛,水津不歸正化,聚而為水為腫。因此,脾腎虧虛是根本,治當補益脾腎,固澀精微,并非見到水腫就通利,故曰“塞因塞用”。臨床常用澀精秘氣藥如芡實、金櫻子、白果、蓮子、五味子、訶子、桑椹子、桑螵蛸等。血不利則為水,血行則水行,因此,應用固澀之法需要建立在活血化癥基礎之上,才能收到精微秘固和水腫消退的雙重效果。需要注意的是,中藥固澀之品具有固腎縮尿功用的同時大多兼有澀腸止瀉之功,故易導致癱閉和便秘,引起郁熱加重,內熱傷陰,可致痰濕瘀血阻滯更甚。所以需同時與利濕(水)、通便劑配伍,仔細推敲二者的用藥比例,達到既使尿之精微漏出減少,又使大小便保持通暢的目的。

總之,糖尿病腎病發展至終末期,病情往往錯綜複雜,故需注重以上治療原則。如若病情危急,見昏迷、抽搐等重症,應配合西醫急救;而對于一些腎臟病理損害較重,病勢已無法挽回者,中藥保守治療的同時還應及早進行血液透析,以延長患者生存期。

參考文獻

- [1] 汪海穎,陳以平.糖尿病腎病的中醫研究進展[J].中國中西醫結合腎病雜誌,2001,2(12):738-741.
- [2] 黎磊石,劉志紅,張景紅,等.大黃延緩慢性腎功能衰竭的臨床及實驗研究[J].中西醫結合雜誌,1991,11(7):392-396.

(收稿日期:2009-12-10;修回日期:2009-12-24)

[編輯:黃健]

全國名老中醫經驗傳承高級論壇暨中西醫結合治療心血管疾病新進展高級研修班通知

我國歷代、當代名醫輩出,流派紛呈,對中醫藥的發展作出了巨大貢獻。為貫徹“繼承與創新並重”的中醫戰略方針,由中醫雜誌社主辦,北京展旭醫學研究院承辦的“全國名老中醫經驗傳承高級論壇暨中西醫結合治療心血管疾病新進展高級研修班(國家繼續教育項目330202084)”將於2010年10月在北京舉行。現將征文和研修班報名相關事宜通知如下。

1.名醫論壇及授課內容:將邀請國醫大師、全國老中醫藥專家學術經驗繼承指導老師、名老中醫進行學術講座;舉辦診治心血管疾病的

高級研修班及臨床經驗交流。

2.征文內容:名老中醫學術水平、學術特點的經驗總結;名老中醫經驗的科學研究總結和成果;名老中醫臨証特色和遣方、用藥規律探討、心血管疾病的發病機制、預防、診斷及新療法,治療方法包含:中醫、針灸、民族醫藥、中西醫結合及非藥物療法;防治腦血管疾病經驗總結,及當前科研現狀和各科最新研究進展。

3.名醫論壇暨研修班結束后,將向參加者授予國家二類繼續教育學分。參加者將優先被北京展旭醫學研究院聘為研究員,一經受聘,其科研成果、創新技術、專利項目,在成果轉化、融資等方面,可優先獲得本院的政策傾斜或資金扶持。優秀論文將在《中醫雜誌》發表。

4.來稿及報名函請寄至:北京市東直門內南小街16號中醫雜誌社,58號編輯收,電子文稿請發至:myw@acsyx.com 電話:010-52204958 52204956(兼傳真)。截止日期:2010年8月30日。相關細則請登陸 www.acsyx.com查詢。