

· 中医药教学 ·

糖尿病性肾病的中医治疗体会

魏子孝*

(* 中国中医科学院西苑医院内分泌科,北京市海淀区西苑操场1号,100091)

关键词 糖尿病性肾病/中医药疗法

糖尿病性肾病,又称糖尿病性肾小球硬化症,是由于糖尿病代谢紊乱引起的肾脏退行性病变(肾小管、肾小球均累及,而以肾小球为主)。在糖尿病人群中发病率很高,亚洲、黄种人明显高于欧、美、白种人。20世纪70年代日本糖尿病的死因,糖尿病性肾病占第2位。现代医学提倡早期诊断,认为早期通过控制血糖、血压的治疗,其病理改变是可逆的,一旦进入临床期,则治疗非常困难。然而进入糖尿病性肾病临床期的患者日益增多,在延缓其进展上中医发挥了一定的作用,现将个人心得介绍如下。

1 关于辨病、辨证、标本先后和“抓主症”

辨病与辨证相结合,在治疗中可以扩大视野,开阔思路。但在临床实践中,也要讲究方法学。辨病的目的是对该病的轻重、缓急、治疗难易、疗效指标做到心中有数,但辨病之下不要直接进入辨证分型,否则就会出现各种证型似乎均适合该患者的情况,使医者的思路被扰乱。中医药治疗的重要特点是个体化很强。要抓住病患的特性,在步骤上先“抓主症”;再处理好“标本先后”;然后围绕主症辨证论治。

“抓主症”就是中医病名诊断。有人认为中医病名诊断,很多是症状名,而治疗不能头疼医头,脚疼医脚,因此可有可无。这种认识实际上是不了解抓主症的意义。抓主症有以下实际意义:其一,解除痛苦,增强患者对顽症治疗的信心;其二,在西医诊断明确时,主症反映该患者的特殊性;其三,主症是把握标本先后的重要依据;其四,主症是衡量中医整体调节效果的重要依据;其五,局限了辨证范围;其六,拟定治法后,选方、加减用药针对性更强。

急则治标,缓则治本。以因、果而论(如原发与继发),病因为本,病症为标;以正、邪而论(如脾虚与水肿),正气为本,邪气为标;以先、后而论(如肾病与感染),先病为本,后病为标。在标、本的治疗不相互干扰的情况下,当然应标本兼顾(如糖尿病合并上感)。但若标本治疗不宜兼顾,其原则应是“先急后缓、先易后难”(先易后难,如舌质淡嫩与舌苔黄腻的处理:舌质淡嫩

是正气不足,补益收效尚需时日;舌苔黄腻是湿热蕴积,祛邪相对较易)。症状中最容易忽视的是大、小便,要注意《内经》所强调的“小大不利治其标”。

在以上两个前提下,辨证用药才能简捷而针对性强。掌握这一思路也就避免了对每一个西医病名进行漫无边际的证型设计。

2 糖尿病性肾病主症的特点及对策

糖尿病性肾病发病隐袭,在不知不觉中发生,又在似乎没有明确原因的情况下,渐趋加重,且这种进展难于控制。其临床表现(主症)则顽固、缠绵,而难于逆转。

蛋白尿:由蛋白尿时有时无过渡到持续蛋白尿,且渐趋增多。其治疗对策为早期着眼于消除蛋白尿(往往将其他降糖药改为糖适平,蛋白即可减少或消失,提示要重视减轻肾脏负担——药物、蛋白食物、盐分及运动等);蛋白尿在++以上着眼于控制进展,长期尿蛋白不增加,即视为有效;肾功能不全时,则不必着眼于蛋白尿(尿毒症时尿蛋白减少往往是病情加重)。

水肿:也是由时现时消过渡到持续存在。可出现肾病综合征(大量蛋白尿、高脂血症、明显浮肿、低蛋白血症)。糖尿病性肾病综合征的水肿较肾炎诱发者轻,但乏力感更明显,且对利尿药反应差。低蛋白血症还会造成多发性浆膜腔积液(伴胸水、腹水、心包积液)。出现肾病综合征多伴有明显的GFR下降,预后不良。治疗自始至终要重视以扶正为主(水肿到一定程度时,对利尿剂不敏感,而对改善低蛋白血症敏感的现象有所提示);保持大便正常与小便通畅;注意解除气滞血瘀。

高血压:有既往存在的,有继发于肾病之后的,可有症状(如头目胀痛等),也可无相应症状,一般均是依赖药治的持续状态。其虚证多于实证,或为虚中夹实。因此不能被阴虚、阳亢的常规思路所困,而依赖滋阴降火。由于目前中成药降压力度有限,而高血压是肾病进展的条件,故需适当选用西药,但也不要放弃中药治疗,对于一些内分泌、神经因素引起的高血压,通过燮理阴阳、调和气血,就可能恢复正常血压。

血尿素氮与肌酐:对于血尿素氮与肌酐升高,中药治疗有效,表现在以下几个方面:可以改善轻度的化验指标升高;可以降低由于某种原因引起的快速增高;可

以稳定尿毒症早期的相关指标。但绝不能认为中医药可以解决一切肾功能不全问题,因为还没有总结出治疗的固定方案模式,且疗效与个人经验相关。达到透析指征,必须透析,挽救生命,以抢救救治时机。中医治疗肾功能不全,是依据中医理论作为指导,原则是固本祛邪、辨证论治,其基本思路与西医不同的是,西医着眼于排毒,中医讲究扶正祛邪。至尿毒症期,肾脏的功能难以恢复,据个人经验在扶正方面绝大多数应是健脾重于补肾,也就是杜绝水谷转化为湿浊之邪的问题。

其他:凡后起之症,虽属标,因均可影响肾病而致恶化,故当先治,如各种感染及消化道症状等。

3 临床显性期治疗

3.1 蛋白尿:蛋白尿属于中医的“精微”范畴,宜藏而不宜泄。五脏中统摄精微物质的关键在脾、肾两脏。“脾升清”、“肾藏精”,清气不升、肾不藏精,则精气下漏,发生蛋白尿。因此脾肾两虚是蛋白尿的主要病因,虚证演变的一般特点是缓慢、渐进。治本应以益肾健脾立法,以参芪地黄汤为基本方。兼有实邪则兼顾祛邪,气滞加陈皮、木香;瘀血加泽兰、丹参;有痰加半夏、竹沥;有水气加牛膝、车前子。邪气不重时,偏阳虚,加桂枝、附子;偏阴虚,加麦冬、五味子;脾虚证显,加苍术、白术、薏苡仁;肾虚证显,加菟丝子、炒杜仲;尿蛋白量多,可加收涩之品,如金樱子、芡实、莲须、五味子、覆盆子、桑螵蛸等,选加一、二味;蛋白尿毕竟属清浊不分,还应考虑配伍清利之品,如草薢、车前子、玉米须、石苇、白茅根、益母草、土茯苓等,选加一、二味。

如果突然发生蛋白尿,或尿蛋白排泄量骤增,则应考虑到实邪(如感染)影响脾肾功能,以上呼吸道、泌尿系感染最多见,应先治其标。

3.2 水肿:糖尿病性肾病的水肿属虚中夹实,本虚标实。中医认为,水肿的发生与肺、脾、肾三脏,膀胱、三焦两腑相关。膀胱失于温化,则小便不利,其关键在于肾气不足,所谓“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣”。三焦为原气之别使,原气(即肾气)充沛,脾胃强健,才能形成其“上焦如雾,中焦如沤,下焦如渎”的功能状态,使后天有继,清升浊降,小便调畅。肺为水之上源,因其宣发、肃降之功能而主行水,宣发有利汗液排泄,肃降则水液下行。而宣降功能也是依靠肾气的鼓动、脾气的散精维系着。因此以正气来说,最重要的是肾气、脾气健旺,为本虚的关键。治本从脾肾入手,仲景治痰饮的法则是以“温药和之”。故其基础方:肾气虚用济生肾气丸加减;脾气虚用春泽汤加减;脾肾两虚用附子汤加减。

不言而喻,标实自然是指水湿有形之邪,其与脾肾

之气衰微形成恶性循环。所以既要看到扶正以祛邪的一面,也要看到祛邪以复正的一面。《内经》“开鬼门,洁净府”、“去宛陈莖”,基本上概括了祛邪逐水的治法。在药物选择时,要注意以下四点:符合证候;顾护正气;考虑病位;警惕某些药物的肾毒性。治标着眼于水湿,但水湿停聚常夹气滞血瘀,重视调畅气血则事半功倍。兼气滞者用大橘皮汤(五苓散加陈皮、木香、槟榔、滑石、生姜、甘草)加减;兼血瘀者用当归芍药散加减。

此外,某些药的利尿作用容易忽视,举数例作为参考:马齿苋(含大量钾盐,与排钾利尿药合用,利尿效应增强)、鱼腥草(因含槲皮苷、大量钾盐等具有利尿作用)、苦参粉(有人用8g/日,分3次,饭后服。治疗顽固水肿如肝硬化、肾硬化等,收到显效)、龙胆草(有明显的利尿作用)、茵陈(行水最捷,善于消肿)、猪苓(排钾利尿,故应注意电解质平衡。有实验研究将中西药物比较,五苓散、柴苓汤、噻嗪类利尿药及利尿磺胺,均不如猪苓汤利尿作用显著)、桂枝(动物实验表明,五苓散中利尿作用以桂枝最强)、刘寄奴(朱良春认为有良好的化瘀利水作用,可用治瘀阻癃闭,尤适用于前列腺肥大所致的尿闭短少)。

3.3 高血压:中医药治疗高血压,有长有短。如相关症状明显,也要抓主症,如眩晕、耳鸣、头痛、目胀等;症状不明显,则分析病机,整体调治,无非辨阴阳、抓肝肾、察清浊。首辨阴阳,阳证重在肝肾,体瘦者多,据证滋阴、潜阳、补阳和阴,各有侧重;阴证重在脾虚痰浊,体胖者多,健脾化痰,升清降浊,熄风通络。但在遣方用药时,要注意糖尿病性肾病、肾病综合征的特点,即脾肾气虚、瘀浊互阻而见水肿、蛋白尿。再者,病本绵长,用药需注意顾护正气,避免长期苦寒,损脾胃。故下两方常用:肾气虚用验方仙茅汤(即二仙汤)加减;脾气虚用半夏白术天麻汤加减。加减:头晕加枸杞子、菊花、赤芍、白芍;耳鸣加石菖蒲、磁石、蝉蜕;目胀加夏枯草、茺蔚子;头痛加葛根、川芎、赤芍、白芍;头痛重加僵蚕、全蝎;大便干燥加决明子、大黄;夹瘀加赤芍、川牛膝;痰浊重加胆南星、昆布、泽泻等。

4 肾功能衰竭期治疗

肾功能衰竭在中医一般可分为虚损期和关格期。肾衰患者病情轻重差异很大,早期治法同上,进入尿毒症期,则诸脏腑功能均受累,而进入衰竭状态,形成虚劳,临床表现非常复杂。在控制血压、注意电解质平衡的前提下,中医药治疗确有延缓衰竭进展、减少透析次数的效果。其治疗思路仍是掌握标本缓急和明确中医病名诊断(抓主症)为先。主症:癃闭,呕恶纳呆,支饮悬饮,虚劳。

4.1 癃闭:属急则治标范畴,为首要解决的问题。因难度非常大,又需要抢时机,必要时应中西医配合。首先要注意膀胱充盈与否,并结合相关检查结果,排除下尿路梗阻性(前列腺肥大、结石、肿瘤等)及神经性尿潴留。如属尿路梗阻性(前列腺肥大、结石、肿瘤等);选择行气活血、散结利水、排石等法。《沈氏尊生书》:“血瘀小便闭者,以牛膝、桃仁为要药”。如属神经性尿潴留:除上法外,充分利用外治。如确属肾性少尿或无尿,湿热者用己椒苈黄丸加减;虚寒者用真武汤加减。低蛋白血症少尿比较常见,不可单纯依赖补充白蛋白,应同时补气健脾,重用黄芪、人参、党参、白术、肉桂、大枣、郁金、淡水鱼等。治疗中要同时通利大便。药物治疗失败应考虑透析。

4.2 呕恶纳呆:肾衰属中医虚劳之证,其治最重视后天脾胃。道理很明显,其一,保障化源有继;其二,保障药物之受纳、吸收、运化。在二便尚可的情况下,先调理脾胃,故呕恶纳呆也是当务之急。夹湿热者用黄连温胆汤加减;夹虚寒者用香砂六君子汤。用药宜简而轻,服药方法以患者能受纳为目的。呕吐常用方:苏连饮、小陷胸汤、半夏泻心汤、旋覆代赭汤、半夏厚朴汤、吴茱萸汤等。呕吐常用药:紫苏、赭石、半夏、旋覆花、橘皮、佛手、厚朴、檀香、藿香、石菖蒲、草豆蔻、生姜、草澄茄、吴

茱萸(与生姜同服效力更强)、沉香、竹茹、灶心土、白扁豆、枇杷叶等。

4.3 痰饮:水肿严重(尤其是低蛋白血症)可发生心包积液、胸水、腹水,影响心、肺功能。《金匱要略》:“饮后水流在胁下,咳唾引痛,谓之悬饮”;“咳逆倚息,短气不得卧,其形如肿谓之支饮”。于临床,胸水即属悬饮;心包积液即属支饮。支饮用苓桂五味姜辛汤合葶苈大枣泻肺汤加减;悬饮用小青龙汤合葶苈大枣泻肺汤加减。上两方应用过程中,均要注意通大便,葶苈子、大黄一般用量较大。《伤寒论》牡蛎泽泻散(牡蛎、泽泻、瓜蒌根、蜀漆、葶苈子、商陆、海藻各等份,为散,白饮服),用于治胸膈间水气较适宜。

4.4 虚劳:在病情相对稳定时,按虚损期对待,即从虚劳调治。在实邪不突出的情况下,益肾健脾当为首要,若虚损症状突出时应着眼于有关脏器的虚寒。值得注意的是,由于本病特点,在调补脏气虚损的同时,补血、活血、祛湿解毒之治应贯彻始终。如脾肾两虚,参芪地黄汤加减;心气虚,生脉饮合苓桂术甘汤加减;脾气虚,补中益气汤加减;肾气虚,金匱肾气丸加减。补血常用当归补血汤加鸡血藤、生山楂。活血化瘀常用莪术、泽兰、虻虫等。祛湿解毒常用土茯苓、大黄、生姜等。

(2006-09-01 收稿)

《世界中医药》征订启事

《世界中医药》杂志是由国家中医药管理局主管,世界中医药学会联合会主办,向国内外公开发行的综合性中医药国际交流权威学术期刊。以中医、中西医结合的科研、教学、临床工作者为主要对象,报道中医、中西医结合方面的最新科研成果和诊疗经验。本刊继承与发展并重,提高兼顾普及,理论与实践并举,坚持中医特色,内容丰富,实用性强,权威性强,涵盖世界各国(地区)中医药学术进展。本刊设有论坛、科研成果、科研方法和进展、理论研究、临床研究、临床报道、名老中医经验、临床经验交流、中医药教学、文献研究、实验研究、中医药新产品、中医药国际化、各地中医药、综述等栏目。

请读者注意 2007 年征订日期,及时到当地邮局办理征订手续。本刊 ISSN 1673-7202, CN 11-5529/R, 为双月刊,大 16 开本,64 页,全年 6 册。国内邮发代号 80-596,国内每册定价人民币 8.80 元。国外发行代号 BM 4982(国外由中国国际图书贸易总公司发行,100044,北京 399 信箱订阅),国外每册定价美元 8.00 元。

邮购地址:北京市朝阳区小营路 19 号财富嘉园 A 座 303 室,《世界中医药》杂志编辑部,邮编:100101。电话:0086-10-58239055,传真:0086-10-58239066, E-mail: zzs@wfcms.org, wfcms2006zzs@163.com, 联系人:汪焰、朱晓磊。

美国《国际日报·中国中医药(专版)》2007年1月1日正式出版

中国中医药报社 美国国际日报社 联合主办

为扩大中医药的对外宣传,进一步推动中医药走向世界,经中共中央对外宣传办公室正式批准(中外宣发[2006]88号),中国中医药报社从 2007 年 1 月 1 日起,将与美国《国际日报》合作出版《中国中医药(专版)》(下称“专版”),在中国北京编辑出版,美国洛杉矶排序制版,世界各地印刷发行。

美国《国际日报》于 1981 年在洛杉矶创刊,是世界上首份彩色印刷的中文繁体字综合类报纸,在加拿大、墨西哥和印尼、马来西亚、泰国、新加坡等东南亚国家及我国港澳台地区发行量最大,是全世界特别是华人及时了解中国和中华文化的首选平面媒体。每日每份报纸对开 60~80 版(《人民日报[海外版]》、香港《文汇报[美洲版]》同份组合发行),全球日发行量数十万份。

与美国《国际日报》合办《中国中医药(专版)》,是加强我国中医药对外宣传的一条重要途径。在国际上建立权威的中医药舆论宣传平台,真实、准确地向世界各国读者宣传介绍我国的中医药文化和最新科技成果,普及宣传中医药防病、保健知识,让世界各国人民真实地了解中医药的科学内涵以及特色优势,正确认识并合理使用中医药,消除对中医药的误解,推进中医药更快更好地走向世界,具有十分重大的意义,欢迎中医药界予以关注。