

仲景系列方治疗慢性肾衰 41 例

蔡文¹ 王志甫¹ 翟磊² 郝毅³ 高雨阳³

(1 河南省南阳市中医院, 河南省南阳市卧龙区七一路 939 号, 473003; 2 河南省南阳市第一人民医院; 3 河南省南阳市质量技术监督局)

关键词 慢性肾衰/中医药疗法; @ 高惠然; 非透析疗法

全国名老中医药专家学术经验继承工作导师、河南省南阳市中医院肾内科主任中医师高惠然, 根据对慢性肾功能衰竭(Chronic Renal Failure, CRF)的长期深入探讨和 40 余年治疗肾病的临床经验, 提出本病的主要病机为脾肾虚衰、浊毒瘀阻、本虚标实。CRF 患者体内多缺乏锌、锰、铁、钙等微量元素及甲壳质-几丁质、几丁聚糖, 我院以温通补益脾肾、扶正降浊解毒、活血化瘀利水为治法, 采用张仲景《金匮要略》大黄附子汤为主, 结合现在医学研究的微量元素学说和甲壳质学说研制出以脐疗、结肠点滴、药浴及口服等多种给药途径的“仲景康复脐袋”“肾衰灌肠液”“仲景救肾药浴液”“尿毒清”“补肾胶囊”等仲景系列的中医药非透析疗法, 用于治疗 CRF, 并与透析疗法对照观察, 取得了满意的结果, 兹介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 83 例患者均来自我院肾病科的住院及门诊患者。随机分为治疗组 41 例和对照组 42 例。2 组在性别、年龄、主要症状与病情上经统计学处理差异无统计学意义, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 诊断标准 诊断标准参照 1993 年卫生部《中药新药临床研究指导原则》制定^[1]。血肌酐 $> 221 \mu\text{mol/L}$; 有明显的肾功能减退、氮质血症或尿毒症临床症状(除外肾前或肾后因素所致); 中医辨证属脾肾虚衰、浊毒瘀阻、正虚邪实者。症状多见纳差腹胀、恶心呕吐、大便干结、少尿无尿、浮肿无汗、畏寒怕冷、鼻衄肌衄、皮肤瘙痒、小腿抽筋、头晕乏力、腰酸困疼、胸闷气短、面色苍白或黄胖或熏黑或污垢不爽, 舌质暗淡、舌苔白腻或厚腻、舌根水肿或如烂肉凸出状, 脉象沉细无力等。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 采用仲景系列的中医药非透析疗法^[2]。仲景肾复康脐袋(国家专利号: ZL-97212328.8)^[3]脐疗。仲景肾衰灌肠液(豫卫药制字: Z05130068)^[4]规格 200mL, 每日 2 次, 做高位结肠持续点滴。仲景救肾药浴液: 以大黄、附片、槐花、青黛、

艾叶、藿香等做药浴, 每次 30~60min, 每日 1~2 次。仲景尿毒清丸^[5-6]: 内含大黄、附片、砂仁、当归、黄芪、淫羊藿等。规格 100g, 每服 6g, 每日 3 次。补肾胶囊^[6-7]: 内含冬虫夏草、凤凰衣、龙衣、蝉衣、仙茅等。规格 0.3g, 每瓶 60 粒, 每服 3~5 粒, 每日 3 次。一般可先取前 3 法中的 2~3 种, 使恶心呕吐等胃肠道症状改善后再予口服其他药。其他辅助疗法^[7]: 1) 饮食疗法: 采用低钠、低脂、低糖、低蛋白或高级精蛋白, 少食多餐, 多种蔬菜水果, 瓜类等; 2) 根据二氧化碳结合力下降情况在肾衰灌肠液中加入 5% 碳酸氢钠 30~50mL; 3) 电解质紊乱者可予适当调节; 4) 严重贫血, HGB 低于 6g 者可予促红细胞生成素(EPO) 2000~3000 单位皮下注射, 每日 1 次; 或输新鲜红细胞成分血适量; 5) 血压过高可予降压药; 6) 低蛋白血症可输新鲜血浆或白蛋白; 7) 严重水肿可口服利尿药如双氢克尿塞, 安体舒通或氨苯蝶啶, 呋塞米, 托拉塞米等。

1.3.2 对照组 采用透析疗法^[7]血液透析, 根据病情每周 2~3 次。腹膜透析。其他辅助疗法: 同治疗组。

2 结果

2.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]制定。显效: 症状减轻或消失, 血肌酐降低 30% 以上; 有效: 症状减轻或消失, 血肌酐降低 20% 以上; 无效: 不符合显效和有效判定标准。

2.2 治疗结果

2.2.1 2 组临床疗效比较, 见表 1。经 χ^2 检验, $P < 0.01$, 表明 2 组疗效间差异有统计学意义, 治疗组疗效优于对照组。

表 1 2 组疗效比较表

	合计	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	41	30	7	4	90.24
对照组	42	8	16	18	66.66
合计	83	38	23	22	82.26

2.2.2 2 组治疗前后化验指标改变比较结果, 见表 2。经 t 检验, 治疗前 $P > 0.05$, 表明 2 组间具有可比性, 治疗后 $P < 0.01$, 表明 2 组间差异有统计学意义, 疗组优于对照组。

表 2 2 组治疗前后 SCr、HGB 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	SCr($\mu\text{mol/L}$)		<i>t</i>	<i>P</i>	Hb(g/L)		<i>t</i>	<i>P</i>
	治疗前($\bar{x} \pm s$)	治疗后($\bar{x} \pm s$)			治疗前($\bar{x} \pm s$)	治疗后($\bar{x} \pm s$)		
治疗组(41)例	418.81 ± 271.65	197.24 ± 118.25	0.3621	<0.01	72.33 ± 33.46	82.12 ± 26.76	5.5134	<0.01
对照组(42)例	544.617 ± 220.83	436.4447 ± 265.48	3.6538	<0.01	62.38 ± 18.41	62.67 ± 18.05	0.1247	>0.05
<i>t</i>			0.141	3.934			1.5092	3.7359
<i>P</i>			>0.05	<0.01			>0.05	<0.01

表 3 2 组治疗前后症状改善情况比较(例)

	治疗组					对照组					χ^2	<i>P</i>
	治疗前	消失	改善	无改善	有效率(%)	治疗前	消失	改善	无改善	有效率(%)		
恶心呕吐	38	30	4	4	89.47	40	16	16	8	80.00	9.3882	<0.01
纳差腹胀	38	30	4	4	89.47	40	16	16	8	80.00	9.3882	<0.01
腰酸困痛	35	23	6	6	82.86	38	12	16	10	73.68	6.1400	<0.05
少尿无尿	33	28	1	4	87.88	34	10	14	10	70.59	17.2900	<0.001
浮肿	32	24	3	5	84.38	36	16	14	8	83.33	7.9765	<0.05
大便秘结	30	30	0	0	100	38	14	16	8	78.95	25.0924	<0.001
鼻衄肌衄	19	11	3	5	73.68	18	4	8	6	66.67	3.7850	>0.05
皮肤搔痒	21	15	3	3	85.71	20	6	8	6	70.00	4.8503	>0.05
无汗	20	6	7	7	65	26	11	6	9	65.40	1.3489	>0.05
怕冷	37	15	14	8	78.38	34	6	10	18	47.06	5.6959	>0.05
头晕乏力	36	13	12	11	69.44	37	8	18	11	70.28	1.8475	>0.05
心慌胸闷	17	8	5	4	76.47	16	4	4	8	50.00	1.8900	>0.05
舌苔厚腻	39	9	23	7	82.05	19	0	8	11	42.10	11.6337	<0.01
舌体瘀斑	18	5	9	4	72.22	18	4	8	6	66.67	0.3956	>0.05

2.2.3 2 组治疗前后症状改善情况 经 χ^2 检验,2 组治疗前后 14 个症状比较,其中大便秘结和少尿无尿项 $P < 0.001$,表明 2 组间差异有统计学意义,治疗组优于对照组;其中恶心呕吐,纳差腹胀和舌苔厚腻项 $P < 0.01$,表明 2 组间差异有统计学意义,治疗组优于对照组;其中腰酸困痛和浮肿项 $P < 0.05$,表明 2 组间差异有统计学意义,治疗组优于对照组;其中鼻衄肌衄,皮肤搔痒,无汗,怕冷,头晕乏力,心慌胸闷及舌体瘀斑等项 $P > 0.05$,表明 2 组间无统计学意义。见表 3。

3 典型病例

某,女,40 岁。1993 年 7 月 14 日 4pm 入院。主诉:全身浮肿伴恶心呕吐 4 个月余。现病史:于 4 个月前因过度劳累又受凉感冒后出现头痛,低热,尿量减少,继之出现恶心呕吐,全身浮肿。先在外院服中西医药治疗 2 个月无效,且症状日益加重。某院诊断为慢性肾炎并发尿毒症,治疗 20 余天仍不见好转,因畏做人肾血液透析而转来我院住院治疗。既往史:10 年前因左侧下肢静脉曲张而行左侧下肢大隐静脉切除术,术后侧肢循环建立不佳,静脉回流障碍,引起下肢水肿,继引起大量蛋白尿等症状,经治疗时轻时重,迁延至今。刻下症见:头晕乏力,语声低怯,全身浮肿,无汗,纳呆,腹胀如鼓,恶心呕吐频作,尿量 24h < 500mL。检查:痛苦面容,面色暗滞,污垢不爽,口唇苍白,皮肤

粗糙起皮如甲错,双下肢按之没指如泥,腹部膨隆,腹水征(+),舌质淡胖,边有齿痕,苔白腻,脉沉细濡弱,双尺脉欲绝。实验室检查:pro(+3),WBC(+),粗颗粒管型 3-5。SCr530.4 $\mu\text{mol/L}$,Hb50g/L,RBC2.00 $\times 10^9/\text{L}$,ESR12mm/h,ASO838u。西医诊断:慢性肾功能衰竭。中医诊断:水肿、关格。辨证:脾肾阳虚,浊毒瘀阻。治法:温补脾肾,降浊解毒,活血利尿。治疗:1) 仲景肾复康脐袋,外敷神阙、关元、双肾俞等。2) 仲景肾衰灌肠液 200mL,临用前加 5%SB50mL,做高位结肠持续点滴,Bid。1993 年 7 月 19 日查房,以上法治疗次日,恶心呕吐基本消失,可进食,大便溏日解 3 次,尿量 24h > 1000mL,浮肿大减,腻苔渐退。守法继用,另加服仲景尿毒清丸,每次 10g,每日 3 次,1993 年 8 月 21 日查房:诸症消失,精神转佳,面色转红润,尿量 24h > 2000mL,大便溏薄,日行 2 次,舌质淡红苔薄白微腻,脉细数而较前有力,查 SCr185.64 $\mu\text{mol/L}$,BUN9.46mmol/L,CO₂-cp19.935mmol/L。带药出院巩固治疗,至 1993 年 12 月 27 日来诊:病情稳定,并已上班,一边工作,一边治疗。舌质淡红苔薄白,脉细弦。查 SCr123.76 $\mu\text{mol/L}$,BUN 6.069mmol/L,CO₂-cp20.7mmol/L,Hb100g/L,继续以上法巩固治疗至 1993 年底,复查肾功能等指标均正常,可见其面色红润并一直坚持工作。经长期追踪随访至今 18 年余未

复发。

4 讨论

4.1 神阙与 CRF^[9] 神阙穴又称脐中或肚脐,其在人体胎儿时为母体供应血液和营养的唯一通道,其与人的五脏六腑、四肢百骸、十二经脉均相通行,是一个先天赋予人类的极为理想的给药枢纽。脐疗是古代中医的一种传统的行之有效的外治方法,在古医著中早有记载,其功用已被历代医家所证实,“仲景肾复康脐袋”(国家专利号:ZL-97212328.8)正是继承这种传统方法。发掘仲景经方奥旨,结合现代药理研究,改变给药途径,内病外治,以柔克刚,而缓图治本。

4.2 大黄与 CRF^[8-10] 在仲景系列非透析疗法中共有4种给药途径(口服、脐疗、药浴、结肠点滴),均不离大黄这味峻下之品,大黄其性苦寒剽悍,自古被医界誉为无坚不破的“将军”,其峻下泻毒、破积行瘀之力甚猛,如《本草正义》谓:“大黄迅速善走,无坚不破,有荡涤积垢,犁庭扫穴之功!”正是大黄之通腑泻毒作用可使尿素氮等排出体外,且方中配有附片等可缓解大黄峻下之猛,故用之无妨。

4.3 皮肤与 CRF^[9] 皮肤是一个非常理想的给药途径。皮肤和汗腺是人体重要的器官,药物透皮吸收的量已被试验所证实。慢性肾功能衰竭患者的皮肤由于严重的氮质血症而常出现大量的尿素霜,常引起皮肤瘙痒,汗腺阻塞,无汗畏寒,面色污垢等症,采用“仲景救肾药浴液”,可把有效成分通过皮肤吸收,并及时清理全身的尿素霜,而不致于再吸收入体内,具有重要的临床价值,实际上此法是一个“皮肤透析”法,并且能起到透析功效。

4.4 结肠与 CRF^[9] 结肠是消化道的终末段,以吸收水分为主要功能,尤其在降结肠下端形成的结肠袋

是一个非常好的给药途径,其具有很强的吸收和排泄功能。采用“肾衰结肠透析液”200mL,加温至45℃左右,做高位持续点滴结肠透析^[6],具有良好的弥散透析作用,既可将成分吸收入体内,又可将体内非蛋白氮等毒素吸附而随大便排出体外。此法适应于CRF的各个阶段,尤其是当患者出现恶心呕吐,纳食不进而无法口服给药时,水肿少尿,腹水胸水而无法通过静脉途径给药时,则更能显示出其快速应急的独特优势。

总之,仲景系列非透析疗法,具有明显缓解症状,改善肾功能指标,降低血肌酐,升高血色素,纠正肾性贫血,提高生活质量等作用。其中灌肠和药浴可解毒降浊,活血利水急则治标;脐疗和口服可补益脾肾,扶正祛邪以缓图治本。以多种途径,使有效药物充分吸收发挥作用,力求解决口服和静脉给药困难的难题,此法在挽救和延长慢性肾功能衰竭患者的生命中起着重要作用。

参考文献

- [1] 麻仲学. 世界传统医药[M]. 美国世界科学出版社,1998:159.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑)[M]. 北京,1993:167.
- [3] 中国科技信息杂志社. 深圳市亿科源专利信息有限公司合编. 中华优秀专利技术精选[M]. 工商出版社,1998:196.
- [4] 何任. 金匱要略通俗讲话[M]. 上海科学技术出版社,1958:55.
- [5] 王自敏. 中西医临床肾病学[M]. 中国中医药出版社,1997:67.
- [6] 高惠然. 中国中医急症(4)增刊,1995:45.
- [7] 张俊庭. 中华医药大百文库. 中华名医高新诊疗通鉴[M]. 中医古籍出版社,北京,2000:1342.
- [8] 沈庆法. 慢性肾功能衰竭的研究与展望. 中医杂志,1988,(4):67.
- [9] 左言富. 世界名医成果研究[M]. 香港:香港医药出版社,2000:91-96.
- [10] 中华人民共和国卫生部. 中国卫生事业与社会经济发展[M]. 北京:中国医药科技出版社,2004:197.

(2011-12-19 收稿)

投稿须知:关于摘要与关键词

摘要:论著类的文章,均须附中文和英文摘要。中、英文摘要的内容要一致。采用第三人称撰写,不用“本文”等主语。论著类文稿的摘要形式使用结构式。结构式摘要主要分目的(Objective)、方法(Methods)、结果(Results)和结论(Conclusion)4部分。

关键词:选词要规范,应尽量从美国国立医学图书馆编辑的最新版 Index Medicus 的 Medical Subject Heading (MeSH) 词表中选用规范用词,中文译名可参照中国医学科学院医学信息研究所编译的《医学主题词注释字顺表》。中医药词汇以中国中医研究院图书情报研究所编著的《中医药学主题词表》为准。未被词表收录的词,如确有必要可作为关键词标注。关键词数目一般3~5个,关键词之间用“;”分隔。无摘要的文稿,只需标注中文关键词,关键词置于正文之前;附中英文摘要的文稿须中英文关键词,中文关键词置于中文摘要下方;英文关键词应与中文词相对应,置于英文摘要下方。