

活血化瘀为主治疗慢性终末期肾功能衰竭的临床观察

苏州医学院附属一院中医教研室 中西医结合病区 实验室

卢君健 周自强 崔肖范 李文彩 钱 起 熊佩华 邓迎苏 王毓明* 李福民*
莫 莉* 张孝芳 潘肇荣 张 玲

内容提要 本文报告 50 例慢性终末期肾功能衰竭病人, 经活血化瘀为主的中药加小剂量肝素, 以及常规纠正酸中毒, 应用利尿合剂、输液等治疗。结果: 显效 7 例占 14%, 其中随访一年以上 3 例, 存活者 2 例; 有效 7 例占 14%; 总有效率为 28% (14 例)。有效加显效的 14 例的血尿素氮和肌酐治疗后明显下降。有效的 7 例治疗后红细胞电泳时间和血浆粘度明显下降。提示本疗法对疏通部分肾毛细血管, 增加肾血流量有一定作用。

慢性终末期肾功能衰竭 (CTRF) 是临床上常见的重危疾病。目前国内外对此均缺乏有效或较满意的疗法, 一俟肾脏萎缩、机化, 临床上表现为肾功能衰竭—尿毒症时, 多迁延或迅速死亡。如何保护残余肾单位, 防止进一步遭到破坏, 冀使肾组织获得再生或肾功能得到改善。在此设想基础上, 我们对 50 例 CTRF 患者采取活血化瘀为主的中西医结合疗法, 取得一定疗效, 部分患者临床及实验室检查获得改善, 报告如下。

临 床 资 料

一、病例选择与诊断: 本文 50 例中男 32 人, 年龄平均 42 岁; 女 18 人, 年龄平均 35 岁。根据 (1) 临床上有尿毒症症状和体征, 如贫血、浮肿、不同程度高血压、皮肤无光泽、弹性差、恶心、呕吐、腓肠肌疼痛、乏力、气急等; (2) 尿液沉渣检查有不同程度变化, 如有红、白细胞, 管型, 以及尿中蛋白等; (3) 持续血尿素氮 (BUN)、肌酐 (Cr) 增加, 超过正常 2 倍以上; (4) 酸中毒征象, 血二氧化碳结合力 (CO_2CP) 降低、血 pH 减低; (5) 无肾前或肾后性尿毒症征象。以此诊断为慢性肾功能衰竭。

患者入院时 BUN 平均值 $96.46 \pm 46 \text{ mg\%}$, 血 Cr 平均值 $9.3 \pm 7.5 \text{ mg\%}$, Hb 平均 $6.37 \pm 2.08 \text{ g}$, PSP 平均 $7.49 \pm 6.4\%$ (总量), CO_2CP 平均 $32.9 \pm 10.3 \text{ Vol\%}$ 。12 例作后腹膜充气造影多数显示一侧或二侧 (绝大多数双侧) 肾影缩小, 达正常的 $1/2 \sim 2/3$, 且边缘不光整, 有驼背样改变。50 例 CTRF 病种: 44 例为慢性肾炎尿毒症, 2 例痛风肾病 (继发), 2 例系统性红斑狼疮肾损害, 2 例多发性骨髓瘤引起肾功能衰竭。

二、检查及诊断方法: 入院后 (1) 常规作血、尿、电解质生化检查, 确定为慢性肾衰 (结合病史) 者进一步探查引起肾衰的原因, 并进行有关检查以确定诊断。 (2) 常规摄 X 线肾区平片, 如肾脏阴影大小等异常者, 视病情情况作腹膜后充气造影, 观察肾脏形态、大小、位置。

治 疗 方 法

俟各种检查完善, 诊断基本确定, 除制订对慢性肾功能衰竭的病因疗法 (如系统性红斑狼疮、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等) 外, 以“活血化瘀”为主治疗。治疗期间不控制饮食 (仍按患者原饮食习惯), 不作严格低蛋白饮食。治疗前、中、后作血液流变学及其它实验室检查, 以资对比。

中医活血化瘀为主的常用药物为当归、川芎、丹参、桃仁、红花、玄参等；配合清热解毒、益气温肾、祛风化湿等药物的应用，如大青叶、黄芩、黄芪、仙灵脾、忍冬藤、白术、猪苓、乌梅、山楂等。西医治疗则用小剂量肝素，开始剂量每日 1,250~2,500 u，以后渐增量至 3,750 u，最大不超过 5,000 u，用 5% 葡萄糖水 20ml 稀释后静脉注射。肝素治疗期间密切观察有无牙龈出血、皮肤粘膜出血点、瘀斑等出血倾向。但一般不作治疗前后的试管凝血时间、血小板计数等实验室指标的检查，除非临床有明显出血倾向时。如有出血倾向即减肝素量或停止使用。此外，常规纠正酸中毒、利尿合剂应用及输液疗法等均沿用。

结 果

一、疗效判断：1. 无效：治疗后症状、体征及实验室检查均无改善者。

2. 恶化：治疗后症状、体征及实验室检查反较治前加剧者。

3. 有效：治疗后症状、体征、实验室检查三项中有二项改善者。

4. 显效：治疗后症状、体征、实验室检查均明显改善者。

二、治疗结果：50 例中显效 7 例 (14%)，显效 7 例中，随访 1 年以上 3 例，其中存活者 2 例。有效 7 例 (14%)，总有效率 28% (14 例)，其余均为无效。

三、治疗前后的 BUN、Cr 等实验室检查指标的对比，见附表。

附表 有效 14 例治疗前后统计配对 t 值、P 值

		M	S	t 值	P 值	n
BUN	前	79.5	29.32	2.204	$P < 0.05$	14
	后	46.92	18.32			
Cr	前	6.6	1.26	3.714	$P < 0.01$	14
	后	3.7	1.32			

活血化瘀加小剂量肝素治疗 CTRF 能改善肾功能，肌酐下降有非常明显差别 ($P < 0.01$)、

尿素氮下降有显著差别 ($P < 0.05$)。

四、7 例有效患者红细胞电泳、全血粘度、血沉、红细胞压积、纤维蛋白原、胆固醇、甘油三酯、血浆粘度等血液流变学指标测定结果，除红细胞电泳与血浆粘度治疗前后有显著差异 ($P < 0.05$) 外，余均无改变。

讨 论

慢性肾功能衰竭是一综合征，由多种原因引起，因此针对病因治疗是最根本的疗法。然而，有时病因诊断是相当困难的。同时，慢性肾衰的后期，肾脏多已机化、萎缩、临床上出现多系统的损害，夹杂并发症也较多，治疗矛盾不少。因而如何使肾机化组织软化，促使再生，以及残余肾组织的保护，消除增恶因素等，这些都是“治本”疗法中的探索问题。我们根据慢性肾功能衰竭中有“瘀血”这一病理现象，同时，中医认为是湿浊内阻。由于肾功能衰竭，水盐代谢障碍，体内湿浊之邪不能从肾排泄，浊阴弥漫，升降失常，影响气化之本，生化之源，以致阴阳失调，气血不能互荣，而造成阴阳两虚而又上下痞隔的“关格”重证。其中重要一环是“瘀”，气滞而导致血瘀，而主要瘀在肾。现代医学也证实肾局限性或弥漫性“瘀血”，均可引起肾血流减少，继发肾小球滤过率下降，进而导致肾功能减退或衰竭。其中最主要的是纤维蛋白在肾小球毛细血管内沉积。本文 50 例都作血液流变学测定，其中纤维蛋白原和全血粘度均相对较正常增高，说明此种瘀血机理在慢性肾衰发病中的可能性。目前已知，除免疫复合物外，多种因素可促使纤维蛋白大分子在肾毛细血管内形成血栓，如肾上腺素能受体受到刺激或兴奋，血管紧张素 II 等可在无任何严重血管内皮损伤情况下，在肾小球内形成血栓。因此，血瘀或血液流通异常对于肾脏的病变和功能起决定性作用。针对中西医这一共同病理现象，选用活血化瘀为主的中药，并适当配合清热解毒、益气温肾、祛风化湿，加上小剂量肝素的应用，以“通瘀”，或扩张血管，或抑制及/或解除纤维蛋白在肾脏的沉积。

治疗结果有效率仅 28 % (是否与同时应用常规疗法有关。因为常规疗法往往容易破坏肾脏本身残余肾单位的调节平衡作用, 加重肾衰)。然而已较我院过去的常规疗法有效率一般 5 ~ 10 % 为高。其中有的病例住院治疗不久即复工, 两个月后复查肾功能仍维持出院时水平未恶化。另外, 14 例有效患者治前 BUN 均值为 79.5, 治后为 46.92, Cr 治前均值为 6.6, 治后为 3.7, 经统计学处理有显著差异。因此我们认为上述疗法对部分 CRFT 患者是有一定疗效的。再从 7 例有效患者治疗前后血液流变学指标对比, 经统计学处理可看出红细胞电泳和血浆粘度有显著差异, 故推论可能活血化瘀中药加小剂量肝素改变了血流粘滞度, 对疏通部分肾毛细血管, 增加肾血流量有一定作用。我科动物实验室在给犬静脉注射活血化瘀中药, 观察肾动脉血流量的实验中发现红花、赤芍、川芎、丹参、郁金、三棱可使肾血流量增加 50 % 或 >

50 %, 也证实了此点。此外, 清热解毒、益气温肾、祛风化湿中药也有一定抗过敏、清除免疫复合物的作用。至于有效 14 例治疗前后的纤维蛋白原和全血粘度变化不大, 是否与活血尚不够有力有关, 尚须探讨。此外, 根据我们的经验, 对于慢性肾功能衰竭患者的治疗过分“积极”, 使用过多的药物 (包括中药) 并无裨益, 反而增加肾脏负担, 进一步破坏肾脏脆弱的、残余的自体调节功能, 促使肾功能恶化。

当然, “血瘀”仅是发病机理中一个重要环节, 不是疾病发生发展的全过程。必须从病因学角度探讨引起“血液流动异常”的原因, 如中医方面认为的外感六淫、内伤七情、饮食劳倦等, 西医如病毒、细菌感染、代谢障碍、精神紧张、免疫异常等, 进一步对每一例慢性肾衰者从病因学上中西医结合标本联合治疗, 或许疗效会有更大的改观。

小青龙汤治疗小儿喘息型肺炎 11 例

河北省获鹿县李村医院 李学清

根据小儿喘息型肺炎临床表现特点, 经中医辨证, 首选小青龙汤治愈 11 例, 报告如下。

临床资料 11 例中男 6 例, 女 5 例; 年龄 6 月以内 2 例, 6 月~1 岁 5 例, 1 岁~2 岁 4 例。

临床表现及辨证: 起病前多有一、二日低热及轻度上感症状, 继则不发热或仅有低热。咳嗽加重, 气喘明显, 同时烦躁不安, 拒食或吸奶片刻喘更加重, 出现典型哮鸣音。重则面色发灰, 唇绀等。

中医辨证: 病初为表受寒邪 (上感症状), 寒邪内传至中焦, 中焦受寒, 水不化气, 上泛而为痰喘。外邪内袭, 邪正相争, 咳喘多汗, 故为阳证; 面色淡灰, 脉紧, 为寒证; 邪盛正盛则为实证。故本病辨证属表、寒、实证 (阳证)。

治疗方法 选用小青龙汤: 麻黄 6 g 桂枝 6 g 芍药 6 g 五味子 2 g 干姜 3 g 半夏 3 g 细辛 2 g 甘草 3 g。方中麻黄、桂枝、干姜、五味子应快火急煎; 细辛后下。烦重者重用五味子, 痰粘者可加竹沥,

苔黄者加黄芩。一剂两煎, 混合后分 4 ~ 6 次口服, 喘重者隔 30 分钟服一次。喘减轻后, 服药间隔可适当延长。喘止, 两肺哮鸣音消失, 转为大中湿鸣或痰鸣时, 可换服二陈汤数剂, 可善其后。

无继发感染不用抗生素及激素, 严重烦躁患儿可用镇静剂, 心衰者使用西地兰 (或毒毛 K) 及吸氧。

治疗效果 11 例全部治愈。住院时间最短 2 天, 最长 1 例 25 天, 平均 7.5 天。症状缓解时间: 服药后第一天 4 例, 第二天 5 例, 第三天 2 例, 平均 1.5 天。症状消失时间: 11 例中最短 2 天, 最长 1 例因贫血、消化不良为 12 天, 平均 3.8 天。

体会 《伤寒论》曰“伤寒表不解, 心下有水气, 干呕, 发热而咳……或喘者, 小青龙汤主之”。该方功效主要是发汗解表、温化水饮。在临床上用于治疗具有小青龙汤证的小儿支气管炎、喘息型肺炎等, 疗效颇佳。至于其治疗原理, 需待进一步研究。