

尿毒症的中药保留灌肠治疗

一、大黄、草果仁煎剂保留灌肠为主治疗慢性肾功衰竭

黑龙江鸡西矿务局总医院内科 孙 怡 张桂庭

慢性肾功衰竭的治疗困难，预后极差，目前只有少数有条件的医院开展血液透析、肾脏移植等，可挽救和延长部分病人的生命。对于缺乏人工肾等设备的大多数基层医院，对该病的治疗仍很棘手，故开展中西医结合治疗则成为值得探讨的重要途径。

我院自 1977 年至 1979 年曾采用大黄、草果仁煎剂保留灌肠结合西医治疗慢性肾功衰竭、氮质血症 7 例，取得良好效果，现报告如下：

一般资料：7 例中男性 3 例、女性 4 例，年龄 30~50 岁。诊断标准：1. 有慢性肾炎迁延不愈病史；2. 有恶心、呕吐、腹泻、腹胀等尿毒症引起的消化道症状；3. 有神经精神症状；4. 尿检有大量蛋白尿、管型等明显改变；5. 血 NPN 明显升高， $>60\text{mg}\%$ 。（本资料的 NPN 均在 $82\sim233\text{mg}\%$ ）；6. 伴有电解质失调、酸中毒；7. 齿龈出血或鼻衄。均参照 1977 年 10 月北戴河会议关于原发性肾小球疾病的临床分类初步方案。

治疗方法及效果：除内科常规治疗，如降压、调整水电平衡、纠正心衰、抗菌素及吸氧等，主要用大黄25g、炒草果仁 50g，加水 250ml，煎至 50~60ml，每晚睡前清洁灌肠后插入肛管 30cm，缓慢将药液注入，保留。每日一次，5 次一疗程。需要时，休息两天，可继续第二疗程。NPN 接近正常，临床症状减轻时，可改服中药维持。

疗效判定标准：显效：尿毒症症状完全消失，血 NPN 正常；好转：尿毒症症状完全消失，血 NPN 略高于正常；无效：尿毒症症状不减，血 NPN 仍高，甚或加重，酸中毒加重等。

7 例中显效 2 例，好转 5 例。大多数病例一疗程即获效。半年后随访，1 例死亡，6 例健在，恢复正常工作。

讨论：慢性肾炎尿毒症的临床症状主要是由于高氮质血症引起，因此，临床治疗中应抓此主要矛盾，根据急则治其标的原则，采用泻下降浊法，可使氮质代谢产物自肠道迅速排除。但是，慢性尿毒症患者又

多属久病阳虚，故选用温泻法，扶阳降浊，标本兼治，可获推陈致新的作用（上海第一医学院：实用内科学，1003 页，人卫出版社，1973）。有报道谓单用大黄灌肠对血中尿素氮下降效果并不理想，但用大黄附子牡蛎汤灌肠则使一例尿素氮明显下降（中医研究院西苑医院一病区：慢性肾功衰竭 31 例中医治疗体会。内部资料，1980）正说明用大黄配附子可达到温下扶阳降浊的作用。

祖国医学认为大黄具有泻下解毒、荡涤肠胃、推陈致新等功效，用得恰当“除邪而不伤正气”（《本草正义》）、“去陈垢而安五脏”（《汤液本草》）。所以慢性尿毒症虽多为虚证，可大胆使用之。再配合炒草果仁辛温助阳，温补脾肾阳气，矫佐大黄之寒，又芳香化浊，二者配伍，取扶阳降浊，解毒除陈垢，对慢性肾功衰竭、高氮质血症的治疗恰到好处。用灌肠法又解决了因尿毒症恶心、呕吐等难以口服进药的难题，方法简便，值得进一步研究。

二、中药辨证加减保留灌肠治疗尿毒症

山东文登县第二人民医院 郭泗训

尿毒症患者常并见恶心、呕吐、便秘或腹泻等胃肠道症状。我们在开展中西医结合治疗中，对因胃肠道症状严重，不能服药者采用中药辨证加减，保留灌肠法，结合西医疗法，获得较好疗效。

中医辨证：本病多属湿浊内蕴、胃寒停饮，或见热毒结聚、胃热上逆。

方药及加减：熟附子 10g，肉桂 3g，生军 15g，桃仁 10g，芒硝 10g。中医辨证属胃寒停饮者，附子、肉桂用量宜大；属胃热上逆者，生军、芒硝用量宜大；血压偏高者，加生牡蛎、石决明各 30g。

方法：取大号导尿管、插入肛门 20~30cm（至乙状结肠），将温度适宜的中药煎液，用 100cc 针管缓慢推入，每次灌入 50~100ml，每日两次。灌后抬高床尾，取左侧卧位保留。

疗效：据观察，灌肠后当天大便次数增多；第二天头痛、头晕、恶心、呕吐等症状开始减轻，尿量逐渐增多；第三天始血中非蛋白氮即明显下降。本疗法对各种原因引起的急性肾功衰竭，疗效更为显著。