

40g/d, 11~19ml/min者 30g/d, ≤ 10 ml/min者 20g/d左右。并应重视蛋白的质量, 如蛋、奶、鱼、肉等属于血肉有情之品的优质蛋白, 应占蛋白总摄入量的50~70%, 且保证足够的热量供给(35~40kcal/kg·d), 不足时可补充碳水化合物及植物油。血磷高时加用碳酸钙或氢氧化钙等磷结合剂。现在多主张LPD加必需氨基酸、LPD加酮酸或LPD加肾灵片(Ketosteril Tablef)治疗。

二、扶正泄浊 CRF时正虚是本, 浊毒是标。治疗上应缓则治本, 急则治标, 或扶正泄浊, 标本同治。

1. 扶助正气 (1)脾肾气虚方: 适应于CRF脾肾两虚证, 有倦怠乏力, 腰膝酸软, 夜尿清长, 大便偏溏, 脉细舌淡者。药用: 生黄芪、生晒参15~30g, 白术、茯苓、巴戟天、仙灵脾、丹参各10g, 水煎, 上、下午分服。(2)肝肾阴虚方, 适应于CRF肝肾阴虚证, 有头晕头胀, 耳鸣目涩, 腰酸乏力, 舌干苔少者。药用: 干地黄20g, 山萸肉6~10g, 女贞子、北杜仲、枸杞子、知母各10g, 益母草15g, 水煎, 上、下午分服。(3)肾虚方: 适应于CRF肾虚证, 但见腰酸、乏力、脉细者。药用冬虫夏草4.5~9g, 水煎连渣服或代以至灵胶囊(人工虫草菌丝)6~12粒/d, 分3次服。亦可辨证配合脾肾气虚方或肝肾阴虚方同服。

2. 清除水湿浊毒 (1)和胃泄浊方: 适应于CRF湿浊中阻证, 有腹胀纳呆, 恶心呕吐, 舌淡苔腻者。药用苏梗、姜半夏、茯苓各10g, 吴萸、黄连、陈皮各6g, 制大黄6~10g。(2)温肾泄浊方: 适应于CRF脾肾阴虚、浊毒内留证, 有神疲体倦, 肢冷纳呆, 泛恶便秘, 舌淡苔腻者。药用: 生晒参30g, 淡干姜6g, 淡附子10g, 甘草4.5g, 生大黄6~10g(后下); 阳虚明显者, 再加别直参6g。(3)灌肠导浊方: 适应于CRF呕吐频繁, 不能口服汤药者。可用生大黄30g, 生牡蛎30~60g, 广木香10g, 水煎成150~200ml灌肠, 待吐止后再改口服。(4)峻逐水湿方: 适应于CRF大便秘结者, 可用本法峻泻, 希冀从肾外排泄氮质与水分。药用生大黄10~30g, 水浸透后, 煮沸片刻, 即服, 随后服20%甘露醇50~100ml; 如有失水征象者, 禁服。在清除浊毒诸方中, 方方皆含大黄, 因其能清热解毒, 行瘀通便, 推陈致新, 安和五脏。根据现代研究其机理可能与抑制蛋白分解, 改善氨基酸代谢; 抑制系膜细胞增殖; 对抗促肾生长因子对肾组织的损伤; 抑制肾小管代谢; 促进肠道氮代谢产物的排出等有关。根据笔者经验, 只有正确辨证组方, 合理

掌握剂量及炮制与煎煮的方法, 才能充分发挥大黄药效。若见瘀血证明显, 尚可选加丹参注射液或川芎嗪静脉滴注。

三、重视原发疾病的治疗, 保护残肾功能, 及时纠治可以逆转的增恶因素, 如避免劳累, 防治感染, 控制高血压, 维持水、电解质、酸碱平衡, 不用肾毒性药物等。

防止慢性肾炎发生肾功能衰竭

兰州医学院第二附属医院(兰州 730030)

刘宝厚

慢性肾小球肾炎(简称慢性肾炎)是一组临床表现相似, 但病因、病理改变, 临床经过和预后不尽相同的肾小球疾病。从国内1397例慢性肾功能衰竭的资料分析来看, 在引起终末期慢性肾衰的各种原发病中, 慢性肾炎占首位, 达64.1%。因此, 寻求防治慢性肾炎的有效措施和改善肾脏功能的药物疗法, 对防止慢性肾炎发展为慢性肾衰至关重要。现代医学对慢性肾炎至今尚无理想疗法, 对恢复肾脏功能更乏良术。近年来, 国内运用中药治疗该病, 收到了较好的疗效。现结合个人体会作一介绍。

慢性肾炎的中医病机是本虚标实。笔者通过1157例慢性肾炎本证与标证的分析来看, 标证在本证中的发生率, 风邪以气虚型最高, 其次为气阴两虚型; 血瘀在各型中均存在, 只是程度不同; 湿热以气阴两虚型最高, 阴虚型次之; 水湿以阳虚型最高, 气虚型次之; 湿浊以气阴两虚型较高, 阳虚和阴虚型次之。据此我们制订的证治方案如下。

一、气虚(肺肾或脾肺)血瘀型 表现面浮肢肿, 面色萎黄, 少气乏力, 易感冒, 纳差或腹胀, 腰脊酸痛, 舌淡胖嫩, 脉细弱, 全血粘度升高。治宜益气化瘀。药用: 生黄芪、白术、防风、茯苓、石苇、益母草、丹参、僵蚕、蝉衣。

二、阴虚(肝肾)热瘀型 表现目睛干涩或视物模糊, 头晕耳鸣, 五心烦热, 口干咽燥, 腰脊酸痛或梦遗或月经失调, 舌红少苔, 脉细数或弦数, 血浆粘度升高。治宜养阴化瘀。药用: 生地、知母、女贞子、旱莲草、野菊花、钩藤、怀牛膝、石苇、益母草、丹参、地龙、蝉衣。

三、阳虚(脾肾)血瘀型 表现浮肿明显, 面色㿠白, 畏寒肢冷, 腰脊酸痛或胫酸腿软, 足跟痛, 神疲乏力, 纳呆便溏, 性功能失常(遗精、阳痿、早泄)或月经失调, 舌淡胖嫩、有齿印, 苔润, 脉沉细, 全血

粘度降低, 血浆粘度升高。治宜温阳化瘀。药用: 生黄芪、党参、锁阳、巴戟天、菟丝子、茯苓、泽泻、山药、车前子、益母草、丹参、蝉衣。

4. 气弱(脾肾)两虚瘀阻型 表现面色无华, 少气乏力或易感冒, 午后低热或手足心热, 口干咽燥或长期咽痛, 咽部暗红, 舌质偏红、少苔, 脉细或细数, 全血粘度和血浆粘度均升高。治宜益气养阴, 活血通络。药用: 生黄芪、当归、太子参、生地、元参、山萸肉、山药、茯苓、石苇、益母草、丹参、僵蚕、蝉衣。

以上是按正虚血瘀辨证论治, 治标可随证加减或急则先治标。若感受风邪, 证属风寒者, 用麻黄连翘赤小豆汤加减; 证属风热者, 用银翘散合四苓散加减。若夹湿热, 表现脘闷纳呆, 苔黄腻者, 选加藿香、佩兰、厚朴、炒苡仁、黄连; 表现皮肤疖肿, 疮疡者, 选加蚤休、半枝莲、银花、蒲公英; 咽喉肿痛者, 选加黄芩、元参、山豆根; 小便涩痛不利者选加忍冬藤、车前草。全身中度以上水肿和(或)胸腹水者, 选加黑丑、白丑、椒目、大腹皮、陈葫芦。如见纳呆, 恶心, 呕吐, 精神萎靡或嗜睡, 血肌酐、尿素氮升高者, 选加藿香、佩兰、姜半夏、炒竹茹、生大黄, 或用复方大黄煎剂(生大黄、附片、牡蛎、川芎)保留灌肠, 每日1次, 10次为1个疗程。

笔者自1978年以来, 采用上述方案治疗慢性肾炎374例, 完全缓解率为54.12%, 总有效率达93.23%。其中62.3%的患者治疗后肾功能得到不同程度改善。

中西医结合方法处理慢性肾功能衰竭血透前后并发症的体会

上海龙华医院(上海 200032)

陈以平

我院自开展血液透析疗法以来, 一些终末期尿毒症患者, 在透析前后出现各种并发症。笔者采用中医药为主, 配合西医疗法治疗, 体会如下。

一、急性左心衰 患者钱某某, 女性, 24岁, 住院号: 96204。患者因气促、胸闷、夜晚不能平卧, 于1991年6月8日收住院。入院时血肌酐1936mmol/L, BUN35mmol/L, BP32~27/18~15kPa, 诊为尿毒症急性左心衰。除予以降压药外, 给颈静脉碳酸紧急插管, 2次HD后出现心包摩擦音、胸片示心胸比

例54.3%。HD由每周2次改为3次, 并加强脱水。患者气急改善仍不够理想, 夜晚咳嗽频繁, 不能平卧, 给予野山参粉, 每日1g, 连服3日。患者诉症状有好转, 要求继服此药。继续治疗2周后胸闷、气急消失; 胸片复查结果: 两肺肺纹理增强, 心影不大。此例心衰的根本纠正固然与HD加强有关, 但在当HD尚未很快收效时, 加用野山参粉患者自觉症状有改善, 可能由于野山参粉对尿毒症心肌有营养作用所致。本人曾用此药治疗心肌梗塞之心源性心衰有肯定疗效。对尿毒症之心衰也能起到辅助治疗作用。

二、顽固性呃逆 患者郭某, 男性, 57岁, 透析号: 923209。患者内瘘造好, 尚未使用, 出现呃逆不止, 连续3日。中医辨证属脾胃虚弱, 湿浊上逆。治当温中散寒, 和胃降逆。药用: 紫苏、黄连、半夏、茯苓、白芍、甘草、公丁香、柿蒂、旋覆花、代赭石。服药2付呃逆即停止。尿毒症时出现顽固性呃逆, 有人认为与尿毒症之神经毒有关。本人曾遇到数例, 辨证服用中药均能收到较满意的疗效。

三、全身抖动, 持续抽搐 患者惠某, 男性, 59岁, 透析号: 910808。患者于入院后内瘘尚未造好时出现抽搐, 牙齿不停咬嚼而不能进食, 不能睡眠。曾用镇静药物无效。笔者认为此症多发生在尿毒症晚期, 可能与中分子毒素有关。中医辨证为虚风内动, 重用重镇熄风之品可以生效。药用: 白芍、甘草、磁石、龙齿、龟版、生牡蛎、淮小麦、大枣、知母、菖蒲、党参、丹参。药后3日内抽搐停止, 曾治3例均可收效。有1例在数月后复发, 再用此药仍有效。

四、透析后发热 患者洪某, 男性, 37岁, 透析号: 911012。患者在诱导透析期间, 每次透析后当晚发热37.8~38.2℃, 停透日体温正常。此症可能与透析失衡有关。因患者诉疲乏, 但无自觉热象, 面色苍白。脉濡, 舌白质淡。中医辨证为气虚发热。予补中益气汤宗甘温除大热法, 连服7日后, 发热渐低, 2周后体温正常。以后遇到类似患者采用此法均能收到较好疗效。

五、男性乳房肿块 患者林某, 男性, 39岁, 透析号: 911818。1991年10月开始HD。3个月后发现左侧乳头旁有一鸽蛋大小肿块, 触之疼痛。此症可能与尿毒症之内分泌功能失调有关。中医辨证认为乳房结块与肝失疏泄有关。肝肾同源, 水煎服用补肾药肉苁蓉2个月后, 乳房肿块逐渐缩小。嘱患者坚持服药, 基本治愈。