

# 慢性肾功能衰竭中医外治法的研究概况

● 王 婷<sup>1</sup> 钟丽娟<sup>1</sup> 何紫阳<sup>1</sup> 晏子友<sup>2</sup>▲

**摘要** 慢性肾功能不全,又称慢性肾功能衰竭,是以体内各种代谢产物的蓄积使全身各系统受累为主要表现的一组临床综合征。临床上主要以对症治疗及肾脏替代疗法,如血液透析、腹膜透析、肾脏移植等方法为主要治疗手段,但由于其高昂的治疗费用使得其普及受到限制。近年来,中医外治法以其便捷、价廉、副作用小、治疗效果好等优势脱颖而出,主要包括中药灌肠、药浴、泡脚、针灸、穴位贴敷、拔火罐等,为多途径治疗 CRF 提供了新的可能,并有效地延缓了慢性肾衰竭的发生、发展。本文旨在综述近年来中医外治法治疗 CRF 的临床疗效,为指导 CRF 的治疗提供新的依据。

**关键词** 慢性肾衰竭 中医外治法 研究

慢性肾功能衰竭(chronic renal failure, CRF)是原发性肾病和继发性肾病发展到终末期的严重阶段,临床上主要以控制血压、纠酸、调节水、电解质紊乱等对症治疗和透析疗法、肾移植术为主要治疗手法<sup>[1]</sup>。其中,透析疗法和肾移植术是终末期肾脏病延缓生命的主要途径。然而,CRF 是缓慢进行的不可逆的一个肾脏受损的过程,病程长、预后差为其主要特点,故而多数患者及其家庭承受着巨大的经济负担<sup>[2]</sup>,最终使得 CRF 患者提前进入肾衰竭失代偿期,导致不良预后。近年来,中医外治法的应用不仅极大地丰富了内科保守治疗慢性肾衰竭的方法,更弥补了传统内科治疗方法价格高昂,操作复杂等不足,以其独特的优势引起

了国内外的重视。本文通过综述近年来中医外治法治疗 CRF 的临床疗效,以求为中医外治法的临床应用提供相关指导,具体如下。

## 1 理论依据

中医外治法是一种通过多途径给药,以刺激经络、穴位、皮肤、粘膜、肌肉、筋骨,使药物作用在腧穴、经络部位或透过体表渗透至病灶局部来达到防病治病的治疗方法。早在《黄帝内经》就比较全面地整理了传统的中医药用药经验,就包括了散、膏、药等外治法的使用,《素问·至真要大论》更指出“内者内治,外者外治”,为外治法的运用奠定了理论基础<sup>[3]</sup>。

从中医角度讲,慢性肾衰竭可归属于“水肿”“癰闭”“关格”<sup>[4]</sup>,

本病多因饮食、起居不慎致外感六淫,或劳倦过度,或水肿、淋证反复发作,迁延不愈致正气渐衰,日久伤及脾肾而成。多属本虚标实,主要以脾肾阳虚为本,水湿、瘀血、浊毒为标,治疗当以健脾益肾为主,兼以利水养阴、活血化瘀、泄浊解毒,宜标本兼顾,则邪去正安。中医外治法的多途径给药,可使药物自经络、皮肤、粘膜吸收,从而避免了肝脏代谢的首过效应,使体内浊毒自皮肤、大便等多途径排出,并能改善经络气血运行,延缓肾脏纤维化进程,使患者生命延长、生活质量提高。

## 2 中医外治方法

**2.1 中药药浴** 药浴是将药物粉碎后用纱布包好(或直接把药物放在锅内加水煎取亦可),煎汤取汁,将药液倒进浴盆内,待温度适度时进行洗浴,使药物作用于全身肌表、局部、患处,并经吸收,循行经络血脉,内达脏腑,由表及里,因而

▲通讯作者 晏子友,男,主任医师,医学博士,教授。主要研究方向:中医肾病临床与实验研究。E-mail:1109787291@qq.com

●作者单位 1. 江西中医药大学(330006);2. 江西中医药大学附属医院肾病科(330006)

产生治疗效应的一种方法。古代医家早在《素问·阴阳应象大论》中就提出：“其邪者，渍形以为汗”，这是关于熏蒸发汗以祛风消肿的最早记载，由此可见药浴在慢性肾衰病的治疗中的重要作用。王春芳等<sup>[5]</sup>将88例慢性肾功能衰竭患者随机分为对照组、观察组，对照组采用饮食调节和内环境稳态调节等一般治疗，观察组采用一般治疗和中药药浴治疗，中药药浴处方为：麻黄50g，桂枝50g，大黄50g，苍术60g，红花50g，地肤子100g。经治疗后，观察组患者水肿、皮肤瘙痒、高血压、恶心、腰酸乏力等症状较对照组明显改善( $P < 0.01$ )。王氏认为，药浴时热气熏蒸下皮肤毛孔开放，汗腺分泌加强，排出汗液的同时带走一部分含氮废物，如肌酐、尿素、尿酸等蓄积的毒素，还使血液浓缩，血管内渗透压相对升高，促进组织内的水分进入血管以减轻水肿。同时，药浴的水压能刺激淋巴管收缩，促进体液循环流动，使肾血流量增加、尿量增多以排毒消肿。

**2.2 中药泡脚** 中药泡脚即在中医理论指导下选方配药，以药物加水煮沸，药液浸浴双足，水高至膝，水温调至微汗为度以达到内病外治的疗法。若配合按摩脚部肾反射区效果更佳(脚底板上半部“人字形”下约1厘米处)，一般30~40分钟。其功效体现在，能够刺激足底反射区和穴位，达到健脾益肾、活血化瘀的功效；中药泡脚<sup>[6]</sup>可促进汗液的排泄，能带走一部分毒素；肺主皮毛，中药直接作用于皮肤表面使腠理开泄，还能增强肺的宣发肃降的功能，加强肺主通调水道的作用，促使津液从膀胱排出。于敏等<sup>[7]</sup>用中药足浴法治疗CRF患者50例，总有效率为92%；

对照组50例，总有效率为72%，两组比较，治疗组优于对照组。霍长亮等<sup>[8]</sup>用中药足浴法治疗CRF患者40例，总有效率为92.5%；对照组40例，总有效率为77.5%，治疗组优于对照组；其中，两组患者治疗前后比较，治疗组在改善尿素氮(Urea nitrogen, BUN)、血肌酐(Serum creatinine, Scr)、血红蛋白(Hemoglobin, Hb)方面均优于对照组。

**2.3 中药灌肠** 中药灌肠即中药结肠透析疗法，是利用结肠黏膜的生物半透膜特性，根据病情，选用大黄、牡蛎、蒲公英等药物，水煎取液，在适宜温度下保留灌肠30min以上，以促进毒素从大便排出的方法。该方法主要用于慢性肾功能衰竭早中期(氮质血症期、肾衰竭期、终末期(拒绝透析、不适宜透析、无条件透析、暂无需透析者)。张全等<sup>[9]</sup>用中药保留灌肠治疗CRF患者50例，临床痊愈19例，显效15例，有效11例，无效5例，总有效率90%。吴林雁等<sup>[10]</sup>经中药保留灌肠治疗CRF患者20例，显效5例，有效10例，无效5例，总有效率75%。现代药理研究也已证实<sup>[11]</sup>，药液灌入肠道后，一部分在结肠内直接作用，另一部分被结肠吸收，可在体内起到整体治疗作用。当肾功能衰竭时，蛋白质代谢产物在肠道蓄积，结肠内细菌大量繁殖产生毒素，药液中的大黄被肠壁吸收后可促进肠道蠕动，使肠道氮质及毒素随大便排出。除此之外，牡蛎中富含钙质，也可使药液形成高渗状态而有利透析。

**2.4 针刺疗法** 针法是将特制的金属针运用一定的补泻手法，刺入特定腧穴以达到治病目的的方法。临床上常对症<sup>[12]</sup>选取太溪、肾俞、三交、脾俞、足三里、血海、丰隆、关

元、气海、阴陵泉、水分等穴位，以达到健脾益肾、化痰祛瘀、利水渗湿等功效，对改善中晚期患者的生活质量和提高患者免疫力有一定的疗效，有助于延缓病情进一步恶化。李屹等<sup>[13]</sup>用针刺疗法配合活血扶正中药治疗CRF患者30例，显效9例，有效17例，稳定3例，无效1例，总有效率86.67%；与单纯使用一般疗法的中药组相比，针药结合组疗效显著，对BUN、Scr等肾功能指标的改善均优于中药组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。万荣君等<sup>[14]</sup>针药并用治疗CRF患者30例，显效20例，有效7例，无效3例，总有效率90%；与单纯使用药物治疗的对照组相比，针药组降低24h蛋白尿、BUN、Scr，升高内生肌酐清除率(Creatinine clearance rate, Ccr)优于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。现代研究也已证实<sup>[14]</sup>，针刺可使血管紧张素II水平下降、出球小动脉扩张，从而改善肾小球内膜高压、高灌注状态而减少尿蛋白的漏出。还能够抑制肾小球系膜细胞增生、系膜基质扩张，从根本上延缓肾脏结构的改变，实现对靶器官的保护作用，这也是针刺疗法能够改善肾功能预后的主要作用机制。

**2.5 穴位贴敷** 穴位贴敷是将某些药物调和成膏状、丸剂或饼剂贴敷在人体的腧穴，借着药物的刺激性刺激药物在特定部位的吸收，从而发挥药理作用。贴敷药物多选用气味俱厚、芳香走窜等易于渗透皮肤之品，并根据疾病合理配制，贴敷时根据病情辨证选穴，以达到调整阴阳、扶正祛邪的功效。据现代研究显示<sup>[15]</sup>，穴位贴敷的益肾扶正、活血化瘀的功效，可改善血脉壅塞和血脉运行异常，使肾功能及微炎症状态得到改善，能够有效

降低尿素氮、肌酐水平,延缓慢性肾衰竭进展。叶钊<sup>[16]</sup>用穴位敷贴治疗 CRF 患者 40 例,治疗 3 月后治疗组总有效率 92.5%,单纯使用一般对症支持治疗的对照组总有效率 77.5%,治疗组在疗效方面优于对照组 ( $P < 0.05$ )。且两组在治疗前后 Scr、BUN、尿酸及 24 小时尿蛋白定量的变化相比较,治疗组在治疗后各指标变化明显改善,尤其以肌酐水平下降显著 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。

**2.6 穴位注射** 穴位注射是选用中西药物直接注入有关穴位,通过针刺与药物共同刺激穴位经络,以达到激发经气运行,改善机体机能的方法。穴位注射结合了针刺循经调节作用和药物作用的优势,弥补了药物肌肉注射起效慢、作用弱的缺点,临床上应用较广泛<sup>[17]</sup>。张雪芳<sup>[18]</sup>用穴位注射治疗 CRF 伴恶心呕吐者 29 例,显效 21 例,有效 5 例,无效 3 例,总有效率 89.65%;且治疗组比对照组显效时间缩短 ( $P < 0.05$ ),有效时间也缩短 ( $P < 0.05$ )。马建国<sup>[19]</sup>用穴位注射法治疗伴随症状难以控制的 CRF 患者 20 例,显效 11 例,有效 7 例,无效 2 例,总有效率 90%;且经治疗后患者的血 BUN、Cr 明显下降,酸中毒得以纠正,治疗后 3 项指标明显低于治疗前 ( $P < 0.05$ )。据研究证明<sup>[17]</sup>,腧穴对药物的理化刺激具有相当的敏感性,且药物能够通过经络气血运行到相应的病变局部发挥作用,从而调节脏腑功能、提高机体修复能力。

**2.7 中药离子导入** 中药离子导入是新型的中药给药方式,我科多采用双肾区离子导入法<sup>[20]</sup>,即通过强弱不同的电流刺激将中药液中的分子电离子,使其从肾区皮肤、粘膜直接作用于双肾发挥作

用,达到活血化瘀、软坚散结、抗炎镇痛的目的,从而抑制肾间质纤维化,延缓疾病进展。临床上多使用温肾助阳(附子、黄芪之类)、活血化瘀(川芎、丹参、益母草、水蛭之类)、泄浊解毒(大黄之类)等药物,一般不宜超过 4~6 味。该法使药物经皮肤渗透直接作用于肾脏,病灶局部药物浓度高,药效持续时间长,用药量少,避免了肝脏的首过效应,其作用已被广泛认可<sup>[21]</sup>。杨楠<sup>[22]</sup>使用中药离子导入法治疗 CRF 患者 30 例,显效 13 例,有效 9 例,稳定 5 例,无效 3 例,总有效率 83.33%,明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。从具体症状、舌脉及体征,生化指标来看,治疗组治疗前后各项指标均差异有极显著意义 ( $P < 0.01$ ) 或差异显著意义 ( $P < 0.05$ ),与对照组相比,差异有极显著意义 ( $P < 0.01$ ) 或差异显著意义 ( $P < 0.05$ )。

**2.8 耳穴压豆** 耳穴压豆法即在耳穴表面贴敷压丸,使其产生痠、麻、胀、痛等刺激感应的一种简易治疗方法<sup>[23]</sup>。此法可持续刺激穴位,操作简单,安全无痛,目前已广泛应用于临床,疗效可观。早在《灵枢·口问》就有记载:“耳者,宗脉之所聚也。”《内经》详细地论述了耳与十二经脉、经别、经筋之间的联系。现代研究也已证实,刺激耳穴后可产生放射性感应,沿经络浅放射而发挥作用。除此之外,分布在耳廓上的迷走神经和交感神经对全身脏器有双重支配作用,能协调和维持全身脏器的正常运动。蔡保兰等<sup>[24]</sup>曾用耳穴压豆治疗慢性肾衰竭患者 30 例,显效 18 例,有效 8 例,无效 4 例,总有效率为 87%,高于对照组 ( $P < 0.05$ )。且治疗前后两组各项指标相比,观察组的睡眠时间、治疗前后生化指

标改变、总疗效均有显著的差异 ( $P < 0.05$ )。此外,耳穴压豆还能改善 CRF 患者伴随的高血压、失眠、恶心呕吐等症,从而提高患者的生存质量,延缓疾病进程。

**2.9 热敏灸** 热敏灸即利用热敏点对艾热极易激发感传的特性,使受到刺激的热敏部位出现热敏灸感(透热、扩热、传热等),高效激发热敏直达病所,从而提高艾灸疗效的一种新疗法。新型的艾灸疗法临床疗效显著,曾晓智<sup>[25]</sup>等用热敏灸等外治法治疗 CRF 患者 46 例,总有效率为 95.7%,仅使用一般治疗的对照组总有效率为 63.6%,治疗组在疗效方面优于对照组 ( $P < 0.05$ )。且两组在治疗前后 Scr、BUN、Hb 的变化相比较,治疗组各项指标改善更明显,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。据大量研究证实,热敏灸能够健脾肾以补久病之虚,通经络以利三焦之水湿,故可提高人体自身的调节能力,助机体排出湿、毒、瘀等病理产物,从而延缓疾病的进展。陈日新教授<sup>[26]</sup>也曾通过大量临床实验指出,热敏化腧穴对艾热极为敏感,通过艾热刺激可激发热敏部位的经气传感,使艾热更易透过皮肤表面,向周围、远部、深部扩散,因而较之普通艾灸疗法具有更高效、治疗范围更广的优点。

### 3 小结与展望

中医外治法是古代医家在长期的临床经验的基础上总结出来的,具有一定疗效的、有别于传统内科治疗的一类方法。其不经胃肠吸收<sup>[27]</sup>,减少了药物毒性的吸收,避免了肝脏的首过效应,且不良反应少、种类繁多,为 CRF 患者的治疗提供了多样化的选择。虽然,中医外治法已取得了较好的疗效,但是

中医证型复杂多样,中医药的使用、选择配伍、疗效评价均无统一的标准,各家说法不一。且中医外治法的基础研究薄弱,缺乏统一的理论研究和现代实验研究的支持,使得外治法的推广受到限制。希望以后的临床工作者能更多地发掘整理历代文献古籍的经方、验方,结合现代科学的先进技术研发出更多中医外治药物新剂型,使外治法的操作规范化、统一化,并着眼于丰富中医药的动物实验研究,完善中医外治法的作用机制理论,为外治法的推广提供有力的依据。

### 参考文献

[1]王雪,张文铠.慢性肾功能衰竭中医治疗的研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(8):65-67.

[2]魏明刚,熊佩华,孙伟,等.慢性肾衰竭患者的免疫功能与中医证候关系的临床研究[J].辽宁中医杂志,2008,35(7):966-967.

[3]李成银,巴元明,李鸣.中医外治法治疗慢性肾衰竭的研究进展[J].湖北中医杂志,2011,33(1):80-82.

[4]李金田.慢性肾功能衰竭的发病机理及中医药治疗[J].河北医学,2002,8(2):183-184.

[5]王春芳,夏艳.中药药浴治疗慢性肾功能衰竭的临床观察[J].中国社区医师:医学

专业,2012,14(21):218-219.

[6]王爱红,马洪宇.中药足浴护理慢性肾衰竭[J].长春中医药大学学报,2015,31(3):598-600.

[7]于敏,赫岩,李萌,等.中药足浴法治疗慢性肾衰竭50例临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2011,4(4):73-74.

[8]霍长亮,陈波,江桂林,等.中药足浴治疗慢性肾功能衰竭40例临床观察[J].浙江中医药大学学报,2014,38(2):165-167.

[9]余敏.中药保留灌肠治疗慢性肾功能衰竭50例[J].河南中医,2013,33(9):1523-1524.

[10]吴林雁,周晓丽,包冬英.中药保留灌肠治疗慢性肾功能衰竭20例的临床观察与护理体会[J].齐齐哈尔医学院学报,2011,32(13):2215-2216.

[11]李涛,杨海俊,王保和.中药保留灌肠治疗慢性肾衰竭的研究现状[J].四川中医,2012,30(3):52-55.

[12]邵俊,杨骏.针灸在慢性肾功能衰竭治疗中的运用观察[J].中医药临床杂志,2013,25(6):495-496.

[13]李屹,何立群.针刺结合活血扶正中药干预大量蛋白尿致早中期慢性肾衰的研究[J].上海中医药杂志,2006,40(2):26-28.

[14]万荣君,李月红.针药并用治疗慢性肾功能不全临床观察30例[J].四川中医,2012,30(12):121-124.

[15]何艳英,张春丽,韦启其,等.中药贴敷对慢性肾功能不全微炎症状态的影响[J].内蒙古中医药,2014,33(4):60-61.

[16]叶钊.穴位敷贴治疗慢性肾衰竭40例

[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(16):65-66.

[17]代丽娟,朱晓明,刘春燕,等.中医特色疗法治疗慢性肾衰竭[J].中医药信息,2015,32(4):124-126.

[18]张雪芳.足三里穴位注射治疗慢性肾衰竭呕吐[J].吉林中医药,2003,23(11):41.

[19]马建国.药物穴位注射治疗慢性肾功能不全疗效观察[J].济宁医学院学报,2002,25(3):39.

[20]江英.中药离子导入治疗慢性肾衰竭疗效观察[J].护理学杂志,2006,21(9):12-13.

[21]任平,孔繁荣,黄爱华.直流电中药离子导入法的临床应用进展[J].当代护士(专科版),2010,12(12):5-6.

[22]杨楠.中药离子导入治疗慢性肾功能衰竭的临床研究[J].求医问药(下半月),2012,10(6):92-93.

[23]石学敏.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2002.

[24]蔡保兰,冯雪梅,刘万梅,等.耳穴压豆结合中药保留灌肠治疗慢性肾功能衰竭30例[J].江西中医药,2011,42(12):55-57.

[25]曾晓智,陈均兴.热敏灸等外治法为主治疗慢性肾功能衰竭疗效观察[J].针灸临床杂志,2012,28(4):21-23.

[26]陈日新,康明非,陈明人.《内经》腧穴概念在热敏灸中的重要指导作用[J].江西中医药大学学报,2010,22(3):36-38.

[27]王慧,薛国忠,戴恩来.外治法治疗慢性肾衰竭现状与展望[J].山东中医杂志,2012,31(2):147-149.



## 东垣丹溪治病方论

东垣、丹溪治病,多自制方,盖二公深明本草药性,洞究《内经》处方要法,故能自制。自宋以来,《局方》盛行,人皆遵用,不敢轻率自为。《局方》论症治病,虽多差谬,丹溪曾辩论之,然方皆名医所制,其君臣佐使、轻重缓急、大小多寡之法,则不瘥也。近见东垣、丹溪之书大行,世医见其不用古方,也率皆效颦,治病辄自制方,然药性不明,处方之法莫究,卤莽乱杂,反致生无甚有变症多端,遂难识治耳!且夫药之气味不同,如五味子之味浓,故东垣方少者五、六粒,多者十数粒,今世医或用二、三钱;石膏味淡薄,故白虎汤用半两,今世医不敢多用;补上治上剂宜轻小,今不论上下,率用大剂;丸散汤液各有攸宜,今不论缓急,率用汤煎。如此类者多矣。今之医者,若不熟读《本草》,深究《内经》,而轻自制方,鲜不误人也!

愚按方仿也,仿彼而准此也。至于应用,更贵权宜,非曰确然不可移而巍然不可动者也。是以《素问》无方,《难经》亦无方,汉时才有方,盖仿病因以立方也。

(明·王纶《明医杂著》)