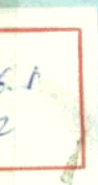


严重尿中毒中医治疗一得

南京中医学院附属医院著



江苏人民出版社



严重尿中毒中医治疗一得

南京中医学院附属医院著

*

江苏省书刊出版业营业登记证出〇〇一〇号

江苏人民出版社出版

南京湖南路十一号

江苏省新华书店发行 南京印刷厂印刷

*

开本 787×1092 耗 1/32 印张 7/8 字数 13,500

一九五九年十二月第一版

一九六〇年一月南京第二次印刷

印数 1,101—4,100

统一书号: T14100·138

定 价: (9) 八 分

R256
Q6

G36
236

样 本



G36
236

慢性腎炎所引起的尿毒症，一向被醫務界認為是難以治愈的病症，我院醫務人員也不例外。但是，1958年冬天，在黨提出破除迷信，解放思想，發揚敢想、敢說、敢做的共產主義風格的感召下，在中共南京中醫學院附屬醫院支部的直接領導下，終於治愈了一例由慢性腎炎、腎結石所引起的嚴重尿毒症患者——于鴻儒；其後又治愈了幾例病況類似的尿毒症患者。

于鴻儒是在1958年10月11日晚上入院的。入院後，患者身體瘦削，呼吸迫促，語言低微，兩眼凹陷，面色無神，兩足輕度浮腫，神情煩躁不安，全身疼痛異常。在入院之前流過鼻血並有嘔吐。經我院中醫師診斷認為“病久大肉脫盡，神衰色夭，氣促自汗，飲食不進，脈反浮數，為陰陽離決之絕症。”在我院實習的西醫師也認為根據國內外文獻記載，此病無法治療。因之，當時中、西醫師雖在搶救，思想上認為不過是聊盡人事而已。院黨支部得悉後，即深入了解情況，組織有關醫務人員開展辯論，終於打破了迷信權威定論的思想，認識到“雖然脈症不符，敗象畢露，但舌質還紅潤，尺脈尚有根基，這表示尚有一線生機，治療尚未至絕望境地”，因而提高了搶救的信心，並研究決定參考溫病治療大法，積極進行治療。在病情危急時，使用了犀角地黃湯；在極度缺水和呼吸困難時，由西醫輸液、給氧，緩和了危象；在病人劇烈頭痛時，採用針灸和貼膏藥治療，減少了病人的痛苦，為治好于鴻儒的絕症創造了有利條

40033



件。此外，搶救組全體同志不分晝夜地工作，以及全院行政、醫
護人員的支持，在搶救過程中起了積極的作用。

我們雖然先後治愈了幾例尿毒症患者，但終因病例太少，
經驗不夠，目前還不能總結出較完整的治療尿毒症的規律。蒙
各地醫院及有關單位關心和鼓勵，要我們介紹這方面的材料，
我們本着交流經驗的目的，主要通過搶救于鴻儒的過程，結合
治療其他幾例尿毒症的心得，整理成冊，希望共同探討，錯誤
之處，請加指正。

南京中醫學院附屬醫院

2k76/89

目 录

病况及抢救经过.....	1
(一)入院病情介绍	1
(二)抢救经过	3
一 第一严重阶段.....	4
二 第二严重阶段.....	5
三 转安阶段.....	8
四 善后调补阶段.....	9
(三)护理工作	10
关于病因、病机和治疗的理论探讨.....	12
(一)病之因.....	12
(二)病之变——虚体伏邪.....	14
(三)“湿”邪的产生和机制.....	15
(四)病机综述	16
(五)“逆”和“善”	18
(六)治疗大法	18
一 清营解毒法.....	19
二 镇肝熄风法.....	19
三 涤痰开窍法.....	20
四 益气回阳法.....	21
五 通腑解毒法.....	22
六 去秽化湿法.....	22
七 清利湿热法.....	23
八 醒胃助纳法.....	23
九 健脾温肾法.....	24

病况及搶救經過

(一) 入院病情介紹

患者于鴻儒，男，25岁，已婚，天津人，系南京市晨光机器厂机械工。

1958年10月11日入院，住院号1699。

病史：患者于1955年10月中旬，发现眼脸浮肿，即至某卫生所診治，經注射青霉素及葡萄糖治疗。三日后，全身出現浮肿，恶心呕吐，病情加重，乃轉請某中医治疗，服藥多剂，效不著。遂于同年11月住××医院內科，并經我院会诊，服用中藥（有逐水利尿藥），水肿漸漸消退，亦曾多次小量輸血，病情显著減輕。但稍稍活动后仍显浮肿，午后下肢微肿。住院130天，于1956年4月出院，回家休养。至1957年冬开始半天工作。当时除下午仍有下肢輕度浮肿外，无其他明显症状。

在这以后的六个月中，小便时常有細砂子排出，而且尿道痛甚，甚至不能挺立。在××医院作腎盂造影經X綫摄片，診斷为“左腎結石”。当时下肢浮肿加重，按之可凹，并常有心悸、腰痠、面色蒼白、消瘦、无力等症状。

入院前23天，在××医院摄腹部X綫平片，繼又經膀胱鏡检查，逆行造影，診斷为“泌尿系結石”（从X片所見，左側腎孟有三枚結石）。膀胱鏡檢后第二天，恶寒发热，体温达40°C，头胀身痛，腰部痠疼，左側尤甚，腹胀，恶心呕吐，大便不暢，小

便短赤，有灼痛感，次數增多，且曾有尿淋小便二天，心悸氣急，但能平臥，鼻衄二次，量中等度。經多方診治未效，乃于1958年10月11日轉至我院內科治療。

既往史：幼年常患嗓子痛，但無眼皮浮腫、下肢水腫及腰痠關節痛等病史。1950年發現有內外痔，經常在大便時脫出，于1952年經手術治療而愈。1956年右下第二白齒牙齦發炎，引起右頰部腫痛，經注射青霉素數日而愈。平素有抽紙烟及喝酒嗜好。家中無同病者。

入院體檢：體溫38.3°C，脈搏120次/分，呼吸32次/分，血壓156/110毫米汞柱。慢性衰弱病容，面色灰滯，形體極度消瘦，皮下脂肪及彈性消失；意識模糊，煩躁不安，語無倫次，言語音低，間或大聲喊叫；呼吸短促，口唇干燥，眼球凹陷，瞳孔形圓等大，對光反應存在；扁桃體不紅腫，口鼻氣息有明显尿臭。全身淋巴腺未檢見異常。

兩肺呼吸運動起伏一致，較急促而淺，叩診清音，听診呼吸音正常，未聞得囉音。

心濁音界不擴大，心率120次/分，心律整，心音較弱，心尖部可聞及輕度收縮期雜音。

腹部略呈舟狀凹陷，腹壁柔軟，無明显壓痛，肝脾均未觸及，亦未摸到其他腫物，無移動性濁音，腸鳴音正常。

二側脊肋角有壓痛及扣擊痛，左側尤甚，兩腎區亦均有明显的壓痛、叩擊痛，四肢無畸形，下肢有輕度浮腫，壓之有凹痕，膝反射遲鈍。

脈象：兩脈細數。

舌苔：舌尖紅，苔薄，質紅絳。

實驗室檢查：紅血球278萬/立方毫米，血色素46%，白血球總數15400/立方毫米，中性87%，淋巴13%。

出血時間1分，凝血時間1½分。血小板21万/立方毫米。

尿：黃且混，反應中性，蛋白++++，胺細胞++，紅血球少許，顆粒管型++++，透明管型少許。

大便：除有蛔蟲卵少許外，未見異常。

大小便培養均陰性。

酚紅試驗，兩次檢查（每次留2小時全尿），排出率0%。

血漿非蛋白氮150毫克%，肌酐4.285毫克%，二氧化碳結合力24毫升%。

中醫診斷：1. 溫熱伏邪；2. 水氣；3. 砂淋。

西醫印象：1. 尿中毒；2. 慢性腎炎；3. 腎盂腎炎；4. 腎結石。

（二）搶救經過

患者于鴻儒，自1958年10月11日入院，病情已甚嚴重。中醫認為，病人既有久病而又挾“標病”，正虛邪盛，脾腎陽衰，而陰津又不足，甚難救治。西醫根據病史、症狀、檢驗所見，診斷為慢性腎炎、重度尿中毒，認為預後極為惡劣。入院後即進行搶救措施，直至1958年10月22日（入院後第12天），始漸脫離險境，臨床症狀由昏迷，狂躁，漸轉安靜清醒，體溫正常，各項化驗結果均漸見好轉。其後迭經辨證治療，通過救逆固脫、健脾養胃、培補脾腎等治療階段，症狀均逐漸消失。化險為夷，進入佳境。前後計分四個階段，歷時三個月。茲將搶救過程中的病情轉變、病變機制、各種治療方法（包括簡單的分析、立法、治療要求、用藥等），介紹于後。

— 第一严重阶段

患者入院时，主要症状为：发热，神志不清，大肉尽脱，形容消瘦；自汗，动则气促，口有尿臭，两鼻衄血，脉象细数，舌质红绛，苔薄。病属脾肾之阳素虚，虚体兼挟伏邪，邪热乘虚直入少阴，温邪自里而发，即所谓“肾气先虚，故邪乃乘之”（柳宝诒）。正虚邪实，正邪相搏，颇有内溃之可能，如溃入厥阴则可产生厥逆抽搐，风动痰壅，预后极恶；若邪不得外达，营热内燬，灼燬阴血，血去气随以脱，预后亦坏。其病机特点为：（1）邪势盛，正气虚（尤以阴气不足，脾肾衰败）；（2）邪盛耗燬阴津，以致正气更虚，正气不足以敌邪，因而邪热更为鸱张，形成恶性循环。

根据上述机制，针对主要矛盾所在，反复讨论，结论是：必须采取“标本兼顾”、“急则治标”的原则。

立法：

（1）清营分邪热，佐以凉血；（2）滋养阴津（既顾正气，又可清热）；（3）宁心，安神。

要求：

- （1）挫折温热邪势；
- （2）阴津有来复之机，正以胜邪；
- （3）防护心包，不使受邪，免致内溃。

处方：犀角三分 生地黄一两 丹皮二钱
鲜茅根一两 麦门冬三钱 甘草梢一钱
淡竹叶一钱半 血珀四分 西洋参一钱半

服药一剂后鼻血即止，烦躁渐安。续服一剂，舌绛转淡红，尿道刺痛灼热感显见好转，小便较利，但仍混浊。口干不能多饮，得饮则脘腹作胀，脉象依然细数。分析病情，邪热有暂时

退舍之勢，鼻衄止，神識清，煩躁轉安，舌絳轉淡，均是佳象，然而陰液尚亏，脾腎之陽素虛，下焦濕熱留戀。

立法：

(1) 標本兼顧，以育陰生津為主，參以護衛陽氣，以陽行則；(2) 滋腎，通關，補腎之虛，滲清膀胱之濕熱。

處方：西洋參一錢半 麥冬三錢 阿膠珠四錢

鮮石斛三錢 茯苓四錢 生白芍三錢

生地黄四錢 鱉甲六錢 附子五錢

通關滋腎丸四錢(包煎)

二 第二嚴重階段

患者服上藥後，病情無甚出入，食欲稍好轉，能進軟面少許，腹微脹，間或噯氣，呼吸氣中已無明顯尿臭。小便仍有白色混濁，腰痛，轉側不便，舌苔薄白，尖邊較紅，脈仍細數而軟。在此階段，雖鼻血止，神清，舌絳轉淡，然邪伏未徹，正氣尚虛。清營之劑理應續進，當時未注意及此。于10月18日起，患者自覺頭昏目花加劇，伴有氣促呃逆，神志乍清乍昧，常現恐懼之表現，偶有撮空、叫號，面色更形晦滯，不欲引飲，口唇干燥，脈息細軟而數，時呈浮大，舌苔前半光紅，根中薄白。

綜合病情：患者因正氣虛甚，雖經數進清營生津，扶正達邪之品，病有轉機，但終因邪伏深細，再加之清營生津之劑，未能一鼓再進，驅邪外達，使之由營透氣，所以邪氣乘虛而遞傳厥少之經，以致神志時清時昧，譫語撮空，有神不守舍之勢。患者由于脾腎陽衰，脾弱生痰，痰濁上凌，蒙閉中宮，使升降失司，故見胸否呃逆。熱與痰交蒸，則邪勢更為猖獗，心竅被蒙，而神靈為昧；越陷越深，將不得外出而致閉脫矣。

據此病情，非清熱、饒肝、熄風則不足以平厥陰之風，非芳

香开窍则不足以醒神志、定昏逆，非通阳泄浊则不足以消中宫阴霾之气。然固阳以防其脱，养阴以滋其液，亦为不可或缺之措施。

立法：

(1) 芳香开窍；(2) 清热镇肝；(3) 通阳化湿；(4) 扶正滋液。

处方：别直参三钱 西洋参二钱 黄连三分
淡干姜一钱 龙骨四钱 牡蛎六钱
枫石斛三钱 旋伏花二钱 橘红络各一钱
羚羊角三分 鬱金五分 沉香末三分
苏合香丸一粒(分二次冲服)

当时，由南京第一医学院附属医院内科、泌尿科主任共同会诊。根据化验检查，结合临床症状，认为肾功能显著减退，高度酸中毒，且有继发感染。因此，采取合并治疗，用5%葡萄糖盐水 $\frac{1}{6}$ M乳酸钠、10%葡萄糖酸钙作静脉点滴注射，并用链霉素、青霉素作肌肉注射。因患者狂躁不宁，静脉输液量仅500毫升左右即中止。故劝患者服药汤及鲜鸡汤等达1,000毫升左右。一日之间，尿量860毫升，神志渐转安宁，自感服苏合香丸后胸腹胀满较宽舒，晚上能入睡四小时许。迨翌晨从眠中醒后不久，神志又复错乱，极度狂躁不安，扬手掷足，泛吐粘痰，语无伦次，面呈青暗，两目直视，时复戴眼；脉象虚弱，右大于左，寸关空虚，幸尺脉还算有力；舌质淡红，舌苔淡黄。足见少阴之窍虽开，阴霾之气虽化，然而正虚素甚，邪伏深锢，厥阴之风嚣张，故出现“水不涵木，风阳暴动”之征象。内闭外脱，危殆在即。

立法：

(1) 育阴潜阳，平肝熄风；(2) 清热化痰，安定神志。

处方：牛黄清心丸一粒(研冲服)

西洋参三錢	麦門冬三錢	元参五錢
鳖甲五錢	生牡蠣八錢	龙齿骨各五錢
羚羊角二分	天竺黄三錢	远志肉三錢
鲜菖蒲一錢半	生甘草一錢	黛灯心一錢
川貝母三錢		

服上药后4小时，神志渐清，能認識周围的人，狂躁亦定，并主动提出愿意再注射葡萄糖盐水(靜脉点滴)。是晚即予輸液(糾正酸中毒)。初覺心胸煩悶，头昏，时有泛惡，但无物吐出，左腰痛甚，脉象細促，精神衰憊，张口呼吸。

临时处理：

(1) 真珠粉二分、血珀粉二分，人参粉四分，以蜜調，分二次服。

(2) 生附子一个研碎，把葱白打烂，同捣，制成餅，貼两足心涌泉穴，紗布包裹。

(3) 大阳和膏一张，加桂心一分，麝香三厘，貼左腰部，外以热水袋温敷。

是晚，患者大便一次，量不少，不成型。大便之后，突然自汗，心悸，呼吸急促，两脉尺寸俱微弱，有暴脱之征象。立即給予人参蛤蚧散(野山参粉二錢和蛤蚧尾一对研粉)內服，药后片刻汗止喘平，恢复原来状态。第二天晚上又复有类似状态发作，突然呼吸困难，煩躁，自汗，面色爪甲青紫，脉象微細欲絕，有阴阳离决之象。急給予参附湯，救逆回阳，漸获緩解。病情錯綜复杂，变化多端。在处理上，要随时掌握病机，辨証施治，病变治亦变。所以在治法上，一方面顧到主要矛盾，即阴伤时以滋阴为主，阳越时則采用回阳为主；另一方面从全面整体着想，要求“扶阳不伤阴”，“滋阴不碍阳”，“补正不恋邪”，“攻

邪不伤正”。在战术上运用了“集中力量”，“速战速决”的方法。

此后五天中，按照上述方法进退为治。药后，口中臭味渐消，尿量增多（日量达1100毫升），睡眠宁静，呼吸渐均匀，头昏目花等症亦见好转。惟全身奇痒，皮肤出现小红斑，分布于胸腹四肢，色鲜红，有根。身不甚热，此系营分之热外泄之象，佳兆也。为清营分之余热，兼凉血解毒，治用犀角地黄汤加减；因症出入，连服十剂后，红斑渐退，然皮肤仍痒甚，肌肤甲错，腰疼减而未已，两脚拘攣不能伸，胃呆谷食不馨，精神仍极度困乏。然神志清、身不热、小便利等主要方面好转，已说明脱离危险境地。

主要血化学数值：非蛋白氮54毫克%，肌酐1.95毫克%，二氧化碳结合力64毫升%。

酚红试验，二小时排出率10%，第一刻钟排出率7%。

三 转安阶段

经两度抢救之后，病情虽日趋佳境，但面色灰滞，缺乏生气，目眶凹陷，形瘦骨立，精神萎顿，一派气阴并伤之象，未有起色，尤其是胃气不振，不思纳食，舌光如镜。脾胃为后天之本，乃生化之源泉；久病以胃气为本，有胃则生，无胃则死，故险境虽越，尚未履进稳途。据此病理特点，确定以健脾养胃为主要治法，冀能安谷纳旺，始有根本转机希望。腰痛，溲少而混，脾肾两虚，湿在膀胱，未获廓清。又配合针灸、外治，兼筹并顾。

汤药：红参三钱 党参五钱 炒干朮三钱

甘草一钱 谷芽一两 白芍三钱

黄耆一两 杜仲五钱 淮山药三钱

针灸：肾俞、大肠俞、太溪。

外治：阳和膏，加丁桂散，外貼腰部。

經針灸，貼膏藥后，腰痛及小便熱少等症，均有顯著好轉。

四 善后調補階段

經予健脾養胃之治療，半个月后，胃氣漸蘇，納谷轉旺，睡眠亦安，身半以上肌膚漸見潤澤；腰以下仍有甲錯之征，兩膝拘攣仍如旧，全身筋骨作痛，睡醒以后，口唇發干，多言則感氣短，舌質淡而無苔，脈象仍形細數，稍動則數尤甚。大便不實，小便混濁，雜有細砂。此時胃氣雖是來復，而脾腎之陽仍虛，故大便不實，舌質無華；中氣不足，故多言即感氣短；肝腎精血內亏，無以濡養筋骨，故筋攣骨痛，頭昏，腹脹，腰痠。總之，三陰久虛，脾腎尤亏。病后調補甚為重要，故擬峻補三陰、培養氣血為法，着重從本圖源。

處方：(1) 鹿角膠三錢 炙黃芪一兩 歸身三錢
補骨脂三錢 煅牡蠣五錢 龜板膠三錢
茯苓四錢 白芍三錢 杜仲五錢
阿膠珠五錢 于朮三錢 熟地六錢
制附片四錢 上黨參五錢 淮山藥三錢
炒谷芽一兩 紅棗十個（煎劑一日量）

(2) 別直參粉四分 血茸粉三分 河車粉四分
血珀粉二分 魚腦石粉四分（一日量，分三次吞服）

上方連服一月，病狀日益好轉，面色轉紅潤，舌質轉紅，漸生薄苔，肌肉漸丰，肌膚潤澤，脈數轉靜，大便正常，精神振作，能自由轉側，漸漸起床活動。為進一步補正培本，巩固療效，自1959年1月14日起，服用膏滋，代替煎藥，徐圖調補。

處方：大熟地七兩 山萸肉二兩 茯苓二兩
澤瀉二兩 全當歸二兩 白芍二兩

淮山藥三兩 制附片三兩 上肉桂五兩(研細末收膏用)
党參四兩 杜仲四兩 芡實三兩
黃芪五兩 補骨脂二兩 陳皮一兩五錢
北五味一兩五錢 鷄內金三兩

上藥煎濃汁，以鹿角膠三兩、阿膠二兩、龜板膠二兩，烱化，用文火10兩收膏。早晚各服一茶匙。

另每日以血茸粉三分、別直參粉四分、河車粉四分、血珀二分、魚腦石粉五分，分二次沖服。

自服用膏滋以後，臨床症狀次第消失，一般情況良好。患者在室內活動，一般如常，精神煥發，無病容，營養中等，皮下脂肪漸見充盛，無下肢可凹性水腫，心肺大致正常，腹平坦、濡軟，腰部叩擊無痛點，呼吸平穩，20次/分，體溫正常，脈搏68次/分，血壓116/80毫米汞柱。小便檢查：小便清，酸性，比重1013，紅血球消失(或偶見)，蛋白⁺，膿細胞⁺。血常規：紅血球462萬/立方毫米；血色素92%；白血球總數6500/立方毫米，中性53%，淋巴46%，酸性1%。

酚紅試驗：一刻鐘排出率15%，二小時共排出率20%。血二氧化碳結合力67.2毫升%，非蛋白氮37.8毫克%，肌酐1.36毫克%。

患者已接近痊癒階段。再經短期觀察後，准予出院。

(三) 护理工作

醫療與護理是臨床工作不可分割的兩個主要部分。在搶救于鴻儒同志的過程中，护理工作起了重要的作用。護理同志在“一切為了傷病員”、“全力搶救”的前提下，表現出高度的政治熱情，不辭辛苦，日夜守護在病床邊，並針對不同的病情，

随时訂出不同的护理要求和計劃。由于在搶救于鴻儒同志过程中的护理工作是十分細致、复杂的，所以不可能詳細地介紹。茲仅擇其主要內容分述于下：

1. 搶救阶段：

(1) 着重观察病人每分每秒的病情变化及其精神状态，特別要結合中医特点，慎密观察，每一个症状的性质和輕重程度。

(2) 准备好一切紧急处理的藥物及器械，如輸氧、輸液的器具，以及中藥中的独參湯、附子酊、苏合香丸、牛黃丸等。

(3) 病房設炉灶(有条件可用电炉)，以便随时煎藥、随时制备飲料、食品。

(4) 专人精心磨藥，如水磨羚羊、犀角等。

2. 轉安阶段：

(1) 加强精神护理，根据病情，适当予以言語鼓励和安慰，或朗誦一小段有趣味的书报，以解除病人的寂寞和精神上苦恼。

(2) 掌握好飲食宜忌，以及进食的质量和時間。尽量补充营养，但要注意不使过食而伤脾胃。根据中医的食餌疗法特点，可以制备一些杜仲腰花湯、杜仲雞絲湯、鷓子湯、鷄汁等以应需要。待患者食欲好轉，能吃半流时，可給予水包子、千层糕、鷄絲干、烂面等。

(3) 調节病室温度，保証勿使患者受凉(当然要根据季节来决定)。

(4) 經常保持病室安靜，光綫适宜。掌握探病時間及人次。

(5) 腎病禁风，門內用屏风，以免“风水相搏”引起水肿。

(6) 各种棉垫务求柔軟、干燥、整洁，防止褥疮发生。

关于病因、病机和治疗的理论探討

尿毒症系肾脏机能衰竭，不能排除血液中的代謝产物，使水与电解质的代謝失調，而致人体自身中毒的綜合病征。尿毒症主要的原发疾病，以慢性血管球性肾炎为最多見，其次为特发性高血压合并肾硬化等病症。

中医診疗疾病，以辨証論治为主要的方方法，故虽从来无尿毒症之病名，然若能按照中医理論体系进行分析辨証施治，同样可以获得一定的效果。如能同时配合現代科学理化檢驗以及必要的輔佐治疗，則当更趋于完善。尿中毒一症，在以往一致認為是严重的病症，医者往往束手无策。但随着祖国医学宝藏的不断发掘，深信有可能征服尿毒症，使之不再成为不治之症。上面介紹的尿中毒患者——于鴻儒同志，是經西医确切診斷为慢性肾炎、尿毒症，而經中西医密切协作，以中藥治疗为主，大力搶救获愈的。繼于鴻儒病例以后，又搶救了三例类似的尿症患者。这給我們很大的鼓励。現就于鴻儒同志这一病例治疗搶救过程中所获得的点滴体驗，結合中医理論体系，試行对尿中毒的发病机制、病理、治疗等理論方面提出探討意見。愿同道指正和共同研究，以謀求更有效的措施，为征服尿中毒而努力。

(一) 病之本

从临床症状来看，本病在发生尿中毒之初，常先有胃腸症