

主编单位 全国中医理论整理研究会

主 编 冷方南

肾衰尿毒症 临床治疗学

SHENSHUAI NIAODUZHENG
LINCHUANG
ZHILIAOXUE



人民军医出版社

肾衰尿毒症

临床治疗学

肾衰尿毒症

临床治疗学

肾衰尿毒症临床治疗学

主编单位 全国中医理论整理研究会

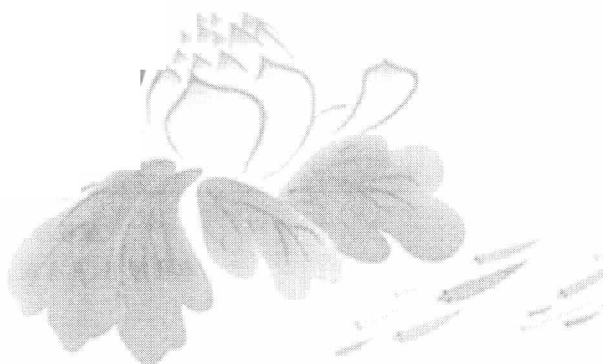
主 编 冷方南

副主编 勾振堂 江 林



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京



图书在版编目(CIP)数据

肾衰尿毒症临床治疗学/冷方南主编. —北京:人民军医出版社,2011.10
ISBN 978-7-5091-5128-0

I. ①肾… II. ①冷… III. ①肾功能衰竭—中医治疗学②尿毒症—中医治疗学
IV. ①R277.525

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 192329 号

策划编辑:路 弘 文字编辑:盛益华 刘 立 责任审读:吴 然

出 版 人:石 虹

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8061

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:潮河印业有限公司

装订:京兰装订有限公司

开本:710mm×1010mm 1/16

印张:18.5 字数:364千字

版、印次:2011年10月第1版第1次印刷

印数:0001—4500

定价:49.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

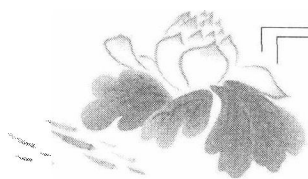


主编简介

冷方南教授，祖籍山东省海阳市，1936年出生于吉林省公主岭市。1963年毕业于北京中医学院（本科6年制），同年分配进入卫生部中医研究院（现中国中医科学院）广安门医院，期间曾奉调去两院（北京中医学院、中国中医研究院）合办研究生部工作2年，1987年奉调进入北京中医学院（现北京中医药大学）二附院工作。

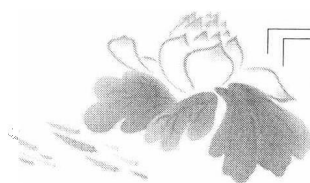
1980年起任中华全国中医学会中医理论整理研究会秘书长至今；1982～1992年任全国中医内科学会副会长兼副秘书长。2006年主持召开“全国首届肾病尿毒症专题学术会议”并任会议学术主席。

主编和著述有《中医内科临床治疗学》《肾炎临床治疗学》《感冒论治学》《中国基本中成药》（一、二部）《中国中成药优选》《中华临床药膳食疗学》等，以及古籍校勘《丹溪手镜》《脉因证治》《本草乘雅半偈》等20余部。



内容提要

本书为全国中医理论整理研究会组织多年从事肾病临床研究的学者集体编写的一部探讨肾衰竭、尿毒症临床治疗的专题著述。全书分导论篇、证治篇和附录篇。导论篇论述了中医学对肾衰、尿毒症的认识,病因病机、论治法则、外治疗法、膳食指导、中医辨证施护、康复指导。证治篇为本书编写重点。按肾衰竭临床较常出现的 14 个证候类型,详加论述。每一个证候类型,按临床表现、病机分析、治则治法、代表方剂、方药示例、处方解析、随症加减、辨治按语、外治疗法、中成药选、文献选录等项编写。附录篇刊载了慢性肾衰竭相关病证的研究进展、慢性肾衰竭中医专科(保定市中西医结合肾病医院)、治疗急慢性肾衰竭尿毒症中药新药临床研究的法规性技术文件等内容。本书内容丰富,科学性与实用性强,体现了当代中医规范化研究的新进展,可供中医医疗、教学、科研人员和中医爱好者参考。



编委会名单

主 编 冷方南

副主编 勾振堂 江 林

编 者 (以姓氏笔画为序)

于慧卿	王耀光	卢国莲	史 伟
白 皓	朴志贤	吕宏生	刘 青
刘平夫	许庆友	孙健民	李 琦
李振江	李嘉明	何立群	张 萍
张大丰	张义锦	张素珍	赵 红
段光堂	段艳蕊	郭 敏	徐 英
徐子彦	高云凤	高宏宇	梅 红
董尚朴			

顾 问 (排名不分先后)

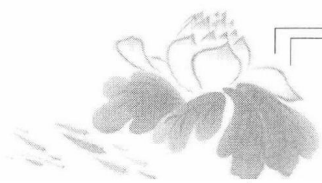
孟宪礼 叶传蕙 许志仁 尤 军

赵玉庸 沈华舒 戴希文 张镜仁

主编办 武 智

主编单位 全国中医理论整理研究会

参编单位 上海中医药大学曙光医院
山西医科大学第一医院
广西中医学院第一附属医院
天津中医药大学第一临床医学院
天津市中医院
石家庄市中医院
北京中医药大学
中国中医科学院广安门医院
长春中医药大学第一附属医院
云南省中医院
成都中医药大学第一附属医院
吉林省人民医院
河南中医学院第一附属医院
河北医科大学第二医院
河北医科大学中医学院
河北医科大学中西医结合学院
河北省疾病预防控制中心
河北省遵化市中医院
保定市中西医结合医院
保定市中西医结合肾病医院
保定市易县中西医结合医院
美国加州执照针灸医师公会
唐山市中医院
新疆医科大学第四临床医学院



前言

“肾衰”(急性肾衰和慢性肾衰)已确定为中医临床诊疗术语(国家技术监督局1997-03-04发布,1997-10-01实施。详见本书“附录篇”之肾厥诊断)。

“尿毒症”属于中医关格、癃闭、虚损等范畴(《中药新药治疗尿毒症的临床研究指导原则》卫生部1993年发布。详见本书附录篇)。

本书从临床治疗学的角度,探讨中医药治疗肾衰、尿毒症的方法、手段,故定名为《肾衰尿毒症临床治疗学》。

肾病特别是急慢性肾衰竭、尿毒症是当前医疗水平条件下的难治性疾病之一。半个多世纪以来,出版的专科专病学术著作很多(以时间为序排列),如贵阳医学院科学研究委员会肾炎研究组编著的《肾炎》(1962,人民卫生出版社);时振声等主编的《肾炎的中医证治要义》(1986,人民卫生出版社);程昭寰编著的《肾病证治概要》(1987,中医古籍出版社);张大宁等主编的《实用中医肾病学》(1990,中国医药科技出版社);沈庆法主编的《中医临床肾脏病学》(1997,上海科学技术文献出版社);时振声主编的《时氏中医肾脏病学》(1997,中国医药科技出版社);王自敏、吕宏生等主编的《中西医临床肾病学》(1997,中国医药科技出版社);全国中医理论整理研究会主持编写的《肾炎临床治疗学》(1998,山西科学技术出版社);赵玉庸、许庆友主编的《肾脏病》(2002,河北科学技术出版社);王纲等主编的《现代中医肾脏病学》(2002,人民卫生出版社);王纲主编的《肾功能衰竭中医治疗》(2002,江苏科学技术出版社);戴京璋主编的《实用中医肾病学》(2002,人民卫生出版社);何立群、沈庆法主编的《肾脏病的中医药研究新进展》(2004,上海中医药大学出版社);邵朝弟等主编的《中医肾病学基础》(2005,武汉大学出版社);王耀献等主编的《肾脏病中西医诊治》(2005,辽宁科学技术出版社);朴志贤主编的《肾脏病临床诊治》(2006,科学技术文献出版社);于俊生编著《肾脏病经方论治》(2007,人民卫生出版社)等,这些科学著述,在促进学科建设、加强学术交流、提高中医肾病治疗水平等方面,产生了积极的影响,使中医肾病研究

出现了繁荣发展的局面。

为了进一步总结、交流国内在本病治疗和研究方面的成就,向专业人员提供一本中医药内容较充实的临床参考用书,由全国中医理论整理研究会组织临床治疗经验丰富、研究方面有一定成就并具有较高写作水平的专业人员组成本书编委会。2006年7月在“首届全国中医肾病尿毒症专题学术会议”期间,召开了第一次编写会议,会议对本书的编写指导思想、编写内容、编写要求等进行了充分讨论。本书编写重点是临床治疗,故书名定为《肾衰尿毒症临床治疗学》。本书编写贯彻以下原则:遵循中医药理论体系,保持发扬中医药特色,以临床实践为基础,系统总结近半个世纪以来中医药在肾衰、尿毒症临床治疗方面丰富多彩的方法、手段。内容编排方面,采用西医病名,中医分“证”方法;既总结近代临床实践经验,又结合前人的论述,体现出中医学术不断发展的实际情况。力求体现“四性”,即系统性、规律性、科学性、实用性。

在中医疾病范畴里,急慢性肾衰竭,如果以尿少、尿闭(无尿)为突出表现,属癃闭病范畴;若尿少、尿闭与呕吐俱见时,属关格病范畴;若因尿少、尿闭尿浊、瘀毒不能排出,脏腑受累,呼吸带有尿臭味,属温热病中的溺毒病范畴;若病久,病程缠绵,气血阴阳俱败,尤以脾肾虚损为主,属虚损病范畴;若以肾元虚损为主,亦称肾劳;若病程中出现水肿、胸腔积液、腹水为主,按水肿病辨证论治;病程中出现手足搐搦、抽搐痉厥,按痉病辨治;出现以神志昏蒙为主要表现,按肾厥辨治。慢性肾衰的临床治疗,涉及中医各科,极为复杂。

本书所举“证候”类型,仅是根据临床观察出现概率较多的举例列出。急慢性肾衰竭病程中,远不止本书所列的14个证候,所列证候仅起“举一反三”的作用。

证候的出现,没有固定模式和规律,多见的是,先为实证,继之虚实夹杂;纯虚证(纯气虚、纯阳虚、纯血虚、纯阴虚)往往甚少。病程后期,多脏虚损与寒、热、湿浊、瘀痰兼夹,尤为多见。特别应当指出的是,由于肾虚,肾阳衰微,机体卫外功能极度低下,稍有不慎,极易感受外邪;由于正气抵御外邪之力较弱,正邪斗争不烈,往往无明显发热,表邪即已入里,难以发现。所以,每当天气突变、降温、大风,乃至感受门窗、屋檐下对流风,均是感受外邪的危险时机。因此,医护人员要注意早期发现“轻感冒”的迹象,如打喷嚏,突发后背寒、鼻流清涕、咽痒等,均是轻感外邪的最早迹象,应迅即采取应急治疗措施:停药补益药,停药可能引邪入气、入营的方药1~3天,采取保暖,食热粥或热汤,促其微汗出,轻感之邪即可随微汗出而解。为防止留有余邪入里,可加服桑菊感冒片或维C银翘片等,清除可能残存的浮游之热,不致使残邪入里,增加病情的复杂化。若患者出现咽痒、微咳,舌苔薄白,立即投服止嗽丸或止嗽散汤剂,解表宣肺,令邪去表解,肺气宣降功能复常;表邪存在时,禁止使用含有石膏、桑白皮、板

蓝根之类引表邪直入气营的中药或含有枇杷叶、五味子、罂粟壳之类恋邪之品，以免影响表邪疏解，反延长病程。

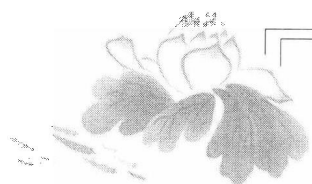
对于病程中经常出现的各种感冒证候，属兼夹病证，不列入本书“证治篇”论述。可参阅全国中医理论整理研究会主持编写的《感冒论治学》一书相关章节。

本书编写重点，一为辨别证候类型，明确证候诊断；二为贴近临床，重点在讨论治疗。对治疗中涉及的“方”和“药”，本书搜集历代文献和近半个世纪以来的临床报道，详加叙述；对治疗本证候中涉及的重点“药味”，本书遍搜历代医家论述，以期对该主要药味尽量做到全面掌握，达到临床正确运用，故对“方药”，除作“方解”之外，另设“文献选录”项，对拓展临床治疗思路有所裨益。

本书编写始于2006年7月，经1年半时间，2007年12月已完成初稿，其后几经补充修改，直至2011年1月历经4年半时间最终定稿。本书编写中存在的缺点和疏漏，敬请读者和同仁批评指正。

冷方南

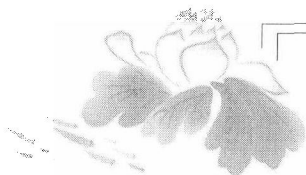
2011年2月春节书于北京



目 录

导论篇	(1)
中医学对肾衰竭、尿毒症的认识	(1)
病因病机	(6)
论治法则	(10)
外治疗法	(28)
膳食指导	(34)
中医辨证施护	(39)
康复指导	(45)
证治篇	(53)
三焦热毒炽盛证	(53)
火毒瘀滞(气营两燔)证	(60)
湿热蕴结证	(70)
气脱津伤证	(78)
肾阴亏损证	(88)
脾肾气虚证	(99)
脾肾气阴两虚证	(108)
脾肾阳虚证	(117)
肝肾阴虚证	(132)
气血阴阳俱虚证	(139)
痰湿中阻 浊邪上逆证	(148)
水气证	(153)
血瘀证	(179)
风动证	(189)

附录篇	(198)
慢性肾衰竭相关病证的研究进展	(198)
慢性肾衰竭中医专科(保定市中西医结合肾病医院)	(224)
慢性肾衰竭的中医治疗	(237)
急性肾衰竭的诊断标准(1982年全国危重病急救医学学术会议拟定)	(250)
慢性肾衰中医辨证分型和疗效判定标准(全国中医肾衰讨论会,1987年9月, 天津)	(252)
肾脏病诊断与治疗及疗效标准(第七届全国中西医结合肾病学术会议,2003年, 海口会议)	(254)
慢性肾衰竭的诊断、辨证分型、疗效评定试行方案(2006年中华中医药学会肾 病分会)	(256)
肾厥诊断(国家技术监督局发布,1997年)	(259)
中药新药治疗肾病综合征的临床研究指导原则(卫生部 1993年发布) ...	(260)
中药新药治疗急性肾衰竭的临床研究指导原则(卫生部 1993年发布) ...	(265)
中药新药治疗尿毒症的临床研究指导原则(卫生部 1993年发布)	(270)
中药新药治疗癃闭的临床研究指导原则(卫生部 1993年发布)	(274)
中药新药治疗慢性肾衰竭的临床研究指导原则(国家药监局 2002年发布) ...	(278)
参考文献	(284)



导 论 篇

中医学对肾衰竭、尿毒症的认识

一、西医学关于肾衰概念的变化

肾衰是急性肾衰竭(ARF)、慢性肾衰竭(CRF)的简称,其终末期表现称尿毒症,1840年由Piorry和L'Hérítier提出。

西医学是发展中的医学,其对肾衰的研究已历经两个多世纪,随着临床与实验研究的发展,疾病(综合征)名称概念也在不断发生改变,每一次疾病(综合征)名称概念的变化,都标志着对该疾病(综合征)在认识上的深入和发展。

21世纪初,国际上提出“急性肾损伤”和“慢性肾脏病”的概念。

1. 急性肾损伤(AKI) 是对既往急性肾衰竭(ARF)概念的扩展和向疾病早期的延伸,是指由多种病因引起的短时间(几小时至几天)内肾功能突然下降而出现的临床综合征。2005年急性肾损伤网络(AKIN)将AKI定义为:病程<3个月的肾功能或结构异常,包括血、尿、组织学、影像学及肾损伤标志物检查的异常。AKI既可发生在原来无肾脏疾病的患者,也可发生在原有慢性肾脏病的基础上。肾小球滤过率(GFR)下降的同时伴有氮质废物如肌酐和尿素氮等潴留,水、电解质和酸碱平衡紊乱及全身各系统并发症。由于肾功能轻度减退即可导致并发症、发病率及总体死亡率升高,故肾脏病学界和危重病医学界趋向弃用ARF而统一采用AKI,以期早期诊断和防治,在GFR开始下降,甚至肾脏有损伤(组织学、生物标志物改变)而GFR尚正常的阶段即能及时识别,并进行有效干预。

国际急性肾损伤网络(AKIN)制定的AKI诊断标准为:肾功能的突然(在48h内)减退。表现为血肌酐升高绝对值 $\geq 0.3\text{mg/dl}$ ($\geq 26.4\mu\text{mol/L}$),或血肌酐较基础值升高 $\geq 50\%$;或尿量减少[尿量 $<0.5\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$,时间 $>6\text{h}$]。

急性肾损伤临床诊断标准主要包括血肌酐升高和尿量减少两个方面,前者指在

48h内血肌酐绝对值升高 $\geq 26.4\mu\text{mol/L}$ 或较基础值升高 $\geq 50\%$;后者指尿量 $< 0.5\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$,时间 $> 6\text{h}$ 。根据血肌酐升高程度和尿量减少程度及持续时间,AKI分为危险期(1期)、损伤期(2期)、衰竭期(3期)(表1-1)。从病因上分,AKI可分为肾前性、肾性和肾后性三大类。AKI时肾结构和肾功能可完全或部分恢复,不恢复或不能完全恢复者,可发展为慢性肾脏病。

表 1-1 急性肾损伤(AKI)分期

分期	血肌酐标准	尿量标准
1期	绝对升高 $\geq 0.3\text{mg/dl}$ 或相对升高 $\geq 50\%$	$< 0.5\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$, $> 6\text{h}$
2期	相对升高 $> 200\%\sim 300\%$	$< 0.5\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$, $> 12\text{h}$
3期	相对升高 300% (或在 $\geq 4.0\text{mg/dl}$ 基础上再急性升高 $\geq 0.5\text{mg/dl}$)	少尿 $< 0.3\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})\times 24\text{h}$ 或无尿 $\times 12\text{h}$

须注意:

用尿量改变作为诊断与分期标准时,须考虑到影响尿量的某些因素,如尿路梗阻、血容量状态、使用利尿药等。

影响血肌酐的因素众多,且敏感性较差,故血肌酐并非最佳的肾损伤标志物。一些反映肾小管上皮细胞损伤的新生物标志物在AKI诊断和指导治疗中的作用仍是今后研究的重点之一,如中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白(NGAL)、肾损伤分子-1(KIM-1)、白细胞介素-18(IL-18)等。

2. 慢性肾脏病(CKD) 是指(1)肾脏损伤(肾脏结构或功能异常) ≥ 3 个月,伴或不伴有肾小球滤过率(GFR)下降,临床上表现为肾脏病理学检查异常或肾脏损伤(血、尿成分或影像学检查异常);(2) $\text{GFR} < 60\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$, ≥ 3 个月,有或无肾脏损伤证据。CKD进行性进展引起肾单位和肾功能不可逆的丧失,导致以代谢产物和毒物潴留、水电解质和酸碱平衡紊乱以及内分泌失调为特征的临床综合征称为慢性肾衰竭(CRF)。CRF常常进展为终末期肾病(ESRD),CRF晚期称为尿毒症。

CKD临床表现多样化,早期缺少特征性临床表现,出现如下征象时应考虑CKD诊断:①合并中、重度贫血的高血压病;②合并夜尿增多的恶心、呕吐等消化系统症状;③合并中、重度贫血的皮肤瘙痒;④合并中、重度贫血的高钾血症或低钙血症。晚期尿毒症患者,尿蛋白可以是微量,尿沉渣可基本正常,因此不能以尿常规基本正常而除外CKD的诊断。相反,尿成分异常也并非均可确定为肾脏病变,如膀胱、尿道、前列腺、睾丸、附睾的炎症及肿瘤等,均可出现尿成分异常;肾脏肿瘤、肾脏血管病变及出血性疾病,可导致血尿的长期存在。

根据美国肾脏病透析质量倡议(K/DOQI),慢性肾脏病根据肾小球滤过率(GFR)下降程度分为1~5期(表1-2),其中CKD 5期又称为终末期肾病(ESRD),应

接受透析或肾移植治疗。

表 1-2 慢性肾脏病(CKD)分期

分期	GFR[ml/(min · 1.73m ²)]	肾功能状况
1	≥90	有肾损伤但肾功能正常
2	60~89	肾功能轻度下降
3	30~59	肾功能中度下降
4	15~29	肾功能重度下降
5	<15 或透析	肾衰竭

3. 慢性肾衰竭(CRF) 又称慢性肾功能不全,是指各种原因造成的慢性进行性肾实质损害,致使肾脏不能维持其基本功能,诸如排泄代谢废物、调节水盐和酸碱平衡、分泌和调节各种激素代谢等,从而呈现氮质血症、代谢紊乱和各系统受累等一系列临床症状的综合征。

依据肾功能损害程度将 CRF 分为四期:(1)肾功能代偿期:内生肌酐清除率(Ccr)>50%,血肌酐<133μmol/L,一般无临床症状;(2)氮质血症期:CCr 在 25%~50%,血肌酐 133~221μmol/L,除轻度贫血、夜尿增多等症状外,无明显不适,但在劳累、感染、血压波动或食用蛋白质过多时临床症状可出现或加重;(3)肾衰竭-尿毒症早期:CCr 在 10%~25%,血肌酐为 221~442μmol/L,大多具有明显的消化道症状及贫血症状,可有轻度代谢性酸中毒及轻度钙磷代谢异常,常无特殊并发症,无明显水盐代谢紊乱;(4)肾衰竭终末期,即尿毒症晚期:CCr<10%,血肌酐>421μmol/L,常呈现各种尿毒症症状,如明显贫血、严重恶心、呕吐及各种神经系统并发症,水盐代谢和酸碱平衡明显紊乱。

二、中医学对肾衰、尿毒症的认识

1. 中医学将肾衰、尿毒症归属于“癃闭”“水肿”“关格”“五淋”“痰饮”“失血”“虚劳”“肾厥”“水毒”“肾风”“痙病”等病证中。从大量的古代文献中,可找到类似慢性肾衰竭的记载。《素问·宣明五气篇》云“膀胱不利为癃”;《素问·藏气法时论》有“肾病者,腹大胫肿,咳喘身重”的记述。《伤寒论·平脉法第二》提到“关则不得小便,格则吐逆”。《景岳全书·癃闭》亦有“小水不通,是为癃闭,此最危最急症也。水道不通则上侵脾胃而为胀,外侵肌肉而为肿,泛及中焦则为呕,再及上焦则为喘,数日不通则奔迫难堪,必致危殆”。《寿世保元》云:“溺洩不通,非细故也,其朝不通,便令人呕,名曰关格。”《证治汇补·关格门》:“关格者……既关且格,必小便不通,旦夕之间,徒增呕恶,此因浊邪壅塞三焦,正气不得升降,所以关应下而小便闭,格应上而生呕吐,阴阳闭绝,一日即死……最为危候。”《类证治裁·关格》:“下不得出为关,二便俱闭也,上不得入为格,水浆吐逆也,中焦气不升降,乃阴阳离绝之危候。”及《重订广温病论·验

方妙用》的“溺毒入血，血毒上脑之候，头痛而晕，视物蒙眬，耳鸣耳聋，恶心呕吐，呼气带有溺臭，间或猝发癫痫状，甚或神昏痉厥，不省人事，循衣摸床，撮空，舌苔起腐，间有黑点，其症极危”等证的描述。

2. 中医药对肾衰、尿毒症系统的临床研究始于 20 世纪 50 年代 1956 年 12 月《中医杂志》报道天津市中医院治疗尿毒症 2 例；1958 年中医研究院岳美中发表治疗尿毒症报道；1961 年北京市中医医院姚正平发表尿毒症治疗规律探讨；1974 年中医研究院广安门医院发表中西医结合治疗慢性肾衰竭探讨；1979 年中医研究院西苑医院赵锡武老中医治疗慢性肾衰竭体会；1980 年北京发表大黄煎剂保留灌肠治疗慢性肾衰竭；江苏发表通腑泄浊法用于尿毒症观察；1981 年上海张镜人发表丹参治疗 CRF 48 例临床分析；北京发表中药辨证加减灌肠治疗尿毒症；1982 年上海张镜人发表慢性肾功能不全证治探讨；中医研究院西苑医院时振声发表 CRF 治验；全国中医急症北京会议发表附子大黄汤治疗尿毒症 46 例报道；1983 年中医研究院西苑医院时振声发表 CRF 中医治疗体会并 53 例分析；1986 年 11 月全国中医理论整理研究会在京召开肾炎专题学术会议，组织全国性科研协作，主要针对肾小球肾炎，历经 4 年时间，全国 13 个医疗科研单位参加，研制开发了肾炎系列药——肾炎解热片（针对风热证）、肾炎消肿片（针对湿邪困脾证）、肾炎温阳片（针对脾肾阳虚证）；组织编写出版了《肾炎临床治疗学》一书（1993 年 9 月山西科学技术出版社）。1986 年以后，对肾衰、尿毒症的临床研究在全国范围内逐步展开，全国中医内科学会肾病专业委员会在推动全国性的学术交流中做了大量实际工作，成效显著。2006 年在保定召开了肾衰尿毒症专题学术会议，是一个中医药治疗肾衰尿毒症的总结、反思会。半个世纪的探索，有成功的经验，也有反思和吸取教训的地方。

“反思半个世纪以来，中医药治疗急慢性肾衰竭的临床实践，亟待思路与方法的突破，突破实验医学模式，回归中医人体医学模式，复杂的病机用复杂的治则应对，坚持动态辨证，采取内治与外治综合治法，早期发现，早期介入，慢性肾功能不全是可以逆转的，过早死亡是可以避免和延缓的。”

以上这段话，是 2006 年 7 月 28～31 日在保定召开的《首届全国中医肾病尿毒症专题学术会议》纪念碑碑文上刻的一段话。首届全国中医肾衰尿毒症专题学术会议上，总结了半个世纪以来中医药治疗肾衰、尿毒症的成就和进展。成功的经验，既有国内重要科研、医疗、教学医院的，还有不少是来自地市级医疗机构的，展现了中国在肾衰、尿毒症中医临床治疗上的概貌。

20 世纪 50 至 80 年代，半个世纪的前 30 年是奠基，基本上是中医药的探索，没有这 30 年的艰辛探索，就没有今天的局面。回顾 30 年的艰辛探索历程，在中医药治疗肾衰尿毒症的学术发展史上，我们应当记住几个医疗科研单位和几位学者的名字：天津市中医医院、中医研究院（现为中国中医科学院）西苑医院和广安门医院、北京市中医医院；中医学者岳美中、赵锡武、张镜人、时振声、姚正平等。