

· 医案析评 ·

难治性高钾血症 1 例中医药治验体会

赵润栓

【摘要】 本文针对 1 例难治性高钾血症患者,详细阐述了笔者对病情的分析、治疗的经过,及治验的体会,对中医救治危急重症提出了自己的见解。笔者紧紧抓住脉象与血压这条主线,认为脉象与血压是反映患者体内“阴液”盈亏的重要指征,即使患者表现为阳虚水泛的症状,也要把握有“水”方可补“火”、脉微切忌利尿、滋阴莫忘疏浚的原则;并提出对于老年糖尿病患者,当出现脉微细、低灌注表现时,不可过分强调血糖控制;同时,处置危急重症时,要运用中医“辨证论治”的思维对西医急救手段加以权衡使用,若与中医理论不矛盾,可以并用;若与中医理论相悖,则弃用之。

【关键词】 难治性高钾血症; 中医药疗法; 中医急诊医学

【中图分类号】 R589.4 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.07.009

1 病历摘要

患者,女,57 岁,以“背部怕冷,持续高血钾 3 年余”于 2015 年 7 月 18 日初诊。患者患糖尿病 17 年,现靠皮下注射诺和灵 50R 控制血糖,早晚餐前半小时各注射一次,每日用量 24u。自诉 2013 年已出现“慢性肾功能不全”,时测尿素氮 6.8 mmol/L,肌酐 227 μ mol/L,血钾 6.3 mmol/L,尿蛋白(+).当地医院给予利尿、口服降钾树脂治疗,血钾降至正常后出院,嘱避免食用含钾高的食物或药物,并定期复查电解质及肾功能。患者及其家属平素饮食极其注意,凡含钾高的食物概不入口。但近三年来血钾每次复查均居高不下,波动在 6.1~8.4 mmol/L 之间。家属代诉 2015 年 6 月因“呼吸衰竭、循环衰竭、肾衰竭”在当地医院重症监护室实施抢救,并告病危。医院采用葡萄糖注射液加胰岛素静脉输注及口服降钾树脂治疗后,病情好转出院,口服降钾树脂维持。为求进一步治疗,就诊于中医门诊。刻下症:精神欠佳,形寒肢冷,多衣近暖,背部尤其怕冷,面色晄白,下肢轻度浮肿,食欲欠佳,饮水不足,尿量较少,尿色偏深,大便偏干,唇色淡暗、起皮,舌淡红瘦薄,舌面少津,舌苔斑驳不均,六部脉极细极弱,几近微绝。无舌麻、唇麻、腹胀、软瘫等症状。血压 90/60 mmHg。查近两年化验单,血糖控制始终不佳,糖化血红蛋白在 7.3% 上下,血钾常在 6.3 mmol/L 以上,严重时达 8 mmol/L 以上,血钙、血氯偶尔低于正常值标准,二氧化碳结合力正常或略低,血肌酐 210~340 μ mol/L 之间波动,尿蛋白(+)(++),尿白细胞(+)(++),血红蛋白 119 g/L。心电图结果:心率 64 次/分,T 波高尖,高血钾。告知患者及

其家属高血钾的危害及其可能出现的严重后果,患者表示知情,但表示不愿意再住院,只求中医调治。

2 病情分析

2.1 病证分析与治疗思路

《伤寒论》曰:“少阴之为病,脉微细,但欲寐。”该患者六部脉极细极弱,畏寒,神疲,是病在少阴。从形寒肢冷、背部怕冷、面色晄白、多衣近暖看,毫无疑问属于“阳虚”之证,如果把下肢水肿考虑进来,似乎属于《伤寒论》真武汤所主之阳虚水泛证,应处以温阳利水的治法。何况患者如此高的血钾,利尿降钾似乎毋庸置疑。

但是,该患者可否用温阳利水法治疗?笔者认为不可以。准确地说,是不可以单纯用温阳利水的方法。该病难治之处在于危险的、顽固的高钾血症,而且该患者是糖尿病肾病,并已出现肾功能衰竭。在所有导致慢性肾功能衰竭的原发病当中,糖尿病属于很棘手的一种病,病情复杂,合并症多,难以控制,预后也差。何况患者糖尿病病程已有 17 年,目前胰岛素用量显然不足以控制好血糖,从糖化血红蛋白可以说明这一点。

血糖控制不理想,目前已有蛋白尿、尿路感染、血肌酐升高,并伴随严重的、危险的高钾血症,不管患者此前因何原因导致“肾衰竭”“呼吸衰竭”,患者在重症监护室抢救过,并被告知病危,足见该病的复杂性与严重程度。而患者又明确表示,不愿再住院治疗,只求中医药调治。

基于这样的病情,中医治疗的思路会直接影响病情的转归与预后。为什么说不可以单纯温阳利水?笔者认为,患者基础疾病是糖尿病,清代医家叶天士《临证指南医案》提出“三消一证,虽有上、中、下之分,其实不越阴亏阳亢,津涸热淫而已”,意即糖尿病病机多属于“阴虚为本,燥热为标”。从患者目前症状来看,燥热征象虽不明显,但阴虚症状十分

作者单位:102211 北京小汤山医院健康管理中心;北京市健康管理促进中心

作者简介:赵润栓(1975-),硕士,副主任医师。研究方向:慢性病的中医药防治与健康管理。E-mail:runshuan@126.com

明显。尿量较少,大便偏干,口唇干燥起皮,舌淡红瘦薄,舌面少津,舌苔斑驳不均,六部脉极细极弱,全是“阴伤”征象。加上患者近期胃纳欠佳,又因高钾血症而对食物近乎苛刻,亦因浮肿而不敢多饮水,可想而知,必定存在水谷精微化生不足的情况。很难说患者前段时间因肾衰竭而抢救,不是因为摄入量不足或其它原因导致肾脏灌注不足而引起的急性肾功能衰竭。极细极弱,几近微绝的脉象加上仅仅 90/60 mmHg 的血压,说明患者此时就存在血容量不足,即中医所说“阴液匮乏”现象。正常最低值的血压,反映出身体为了保障生命安全而保护性地收缩血管,以保证包含肾脏在内的重要脏器的血液灌注。

这种情况下,还可以因为轻度浮肿而“利水”吗?中医认为血尿同源,越利水,只能越伤阴,加速本已匮乏的阴液的耗竭。

2.2 症状解释

畏寒之症,一是因热量摄入不足,过分苛刻的饮食和食欲不佳,让患者没有摄取充足的热量(中医可以理解为人体阳气不旺),因而怕冷。背部为阳脉之海——督脉与足太阳膀胱经所过,人体阳气不足时,背部尤其容易畏寒。二是血容量不足(中医可以理解为阴液匮乏),只有血液流经、且血液循环正常之处(中医可以理解为没有瘀血阻滞),人体才不会觉得冷。这也即“气为血之帅,血为气之母”的道理,阳气必须借助阴血的循行才能发挥其温煦功能,而阴血必须靠阳气的推动才得以正常循行。患者脉象极细极弱,就说明血管是干瘪收缩的,没有太多的血量在周身循环,“阳气”的温煦功能当然不能发挥,自然会畏寒。这种情况下,一味“温阳”,好比暖气管中没有足够的水液循环(阴液匮乏),暖气片不热,为了取暖,不断加火(温阳),结果只能是让本就不足的水(阴液)加速耗干(阴液涸竭)。因此,不能单纯以温阳、利水之法来治疗该病。

怎么解释居高不下的高血钾呢?血钾反应的是每升血液中含多少毫摩尔钾离子。患者血容量不足,相当于钾被浓缩,又因为肾脏灌注不足,所以尿液生成受限,因而排钾功能也受限,导致数年来血钾长期保持高水平。现代医学关于降钾的措施,一是利尿降钾,但在该患者身上使用此法有风险,越利尿,越加速“阴液”耗竭,有可能导致生命危险,中医称之为“阴竭阳脱”。二是服用阳离子交换树脂,从肠道排钾,患者目前正服用该类药物,可以继续使用。三是补钙降钾,对于中医门诊患者,静脉推钙诸多不便。四是静脉输注葡萄糖注射液加胰岛素,促使钾离子向细胞内转移。患者是控制不佳的糖尿病,静脉输注葡萄糖不当,会加重糖尿病风险,何况患者已尝试过该法,使用后反觉不适。五是静脉输注碱性溶液,纠正酸中毒的同时,促进肾小管的钠钾交换。此法可行,但中医门诊实施困难,也缺乏必要的监护人员与设备。六是血液透析降钾,患者不接受。

2.3 确立治法

最终落实到中医中药上,该如何立法组方?笔者认为当

滋阴与温阳并举,滋阴与温阳药的配伍比例应达到 7~8:1;同时还要育阴与利水共治。盖一味滋阴,容易导致壅滞,加之如此高的血钾和水肿,不利尿,只靠降钾树脂,恐难胜任。补充阴液的同时,适当给予出口,水液才会因势利导,疏浚得当。可仿六味地黄丸“三补三泻”之法,既补且泻,但以补为主,利水只为了让阴液“活”起来。如此处方,庶几可以取得效果。

3 治疗经过

基于以上的分析,笔者做如下诊疗。

诊断:2 型糖尿病,糖尿病肾病,慢性肾功能衰竭(失代偿期),高钾血症,肾性贫血,尿路感染。中医诊断:虚劳,脾肾阳虚,气阴双亏。治则:补泻兼施。治法:滋阴温阳,育阴利尿,行气活血。济生肾气汤、温阳降浊汤加减化裁,组方如下:熟地黄 15 g、山药 20 g、山茱萸 20 g、女贞子 20 g、墨旱莲 15 g、制首乌 20 g、当归 20 g、生白芍 20 g、石斛 20 g、麦冬 30 g、天花粉 20 g、制附子^{先煎}10 g、怀牛膝 20 g、茯苓 20 g、车前子^{包煎}20 g、熟大黄 9 g,7 剂,水煎服,每天 1 剂,早晚分服。嘱患者不必太过限制水分摄入量,降钾树脂继续服用。并开出生化检验单,要求患者次日晨抽空腹血检验电解质浓度、二氧化碳结合力、肾功能、血糖,以明确目前病情,为临床留下证据,并为今后治疗效果做对比用。

方中滋阴药比例占 80%,温阳药只选择了一味力大刚猛的制附子,剂量也没敢太大,是想先观察一下患者用药后的反应,再做调整。怀牛膝、茯苓、车前子活血、健脾、利水,希望滋阴的同时,不至于壅滞,引导阴液输布,同时促使血钾经尿排出。大黄是降浊保肾的良药,但性味苦寒,与本病阳虚之病机相左,故用酒制大黄。酒可以牵制大黄之寒性,保留其泻下之功,同时还有活血祛瘀之功。既能促进肌酐毒素从大便排出,也可与降钾树脂相得益彰。大黄煎煮之法未采用后下,是不欲其泻下之功太峻,避免再伤阴液。滋阴药未选择龟板、鳖甲等血肉有情之品,是因为从现代医学理论来看,动物类食物或药物的代谢产物大多是酸性,本病存在代谢性酸中毒倾向,故不欲加重病情,而采用植物类药物。该病病情复杂,危险性高,遣药组方以稳妥为上。

一周后,患者复诊。诉服药后并无任何不适,畏寒症状略有改善。脉象虽仍细弱,但较前似有好转。舌苔不似先前那样少津、斑驳,有水润之象。血压 94/60 mmHg。问及生化结果,答曰,因未觉明显不适,未及化验。笔者认为,服药后没有不适,便是效果,因为组方思路应该没有错误,且舌苔转润,血压升高俱是佳兆,况有形之阴不能速生,遂继续守原思路调理。原方制附子增至 12 g、茯苓增至 30 g、余药未变,继续服 7 剂。并希望患者配合做生化检验。

三诊,患者精神好转,诉背部畏寒症状减轻,尿量较前增加,尿色也不似先前那般深暗,大便每日两次,食欲一般,苔薄白,脉沉细。血压 94/64 mmHg。近日生化检验结果,血钾

5.6 mmol/L, 尿素氮 8.1 mmol/L, 肌酐 230 μ mol/L, 血糖 7.3 mmol/L, 其余项目大致正常。患者自我感觉较好, 对目前血钾水平也较满意。笔者也认为病情在趋于好转, 从尿量、尿色、血压状况看, 阴液在逐渐充盈。食欲一般, 恐是养阴药滋腻碍脾所致, 二诊方熟地黄用量减至 12 g、附子增至 15 g, 并加党参 15 g、干姜 12 g 温脾阳, 助运化, 继服 7 剂。

四诊, 患者精神可, 畏寒明显减轻, 无明显不适, 脉象沉细, 但有力。血压 100/70 mmHg。守三诊方继服 7 剂。并嘱将早晚胰岛素用量各增 2 u, 择期再验血钾、肾功。

五诊, 患者精神、气色较前大为好转, 测血钾为 5.2 mmol/L, 已属于近年来最为理想的状况。肾功能保持平稳。四诊方基础上增加了红花 15 g、生黄芪 30 g, 继服 7 剂。

先后调理三个月, 根据病情, 每次适当调整养阴、利尿、泻下、温阳、活血、健脾、补肾的药物配比, 及降钾树脂、胰岛素用量。患者血钾基本保持在正常水平, 血肌酐在 210 μ mol/L 水平维持。

4 体会

4.1 有“水”方可补“火”, 脉微切忌利尿, 滋阴莫忘疏浚

中医无“高血钾”之病, 患者以背部明显畏寒作为主症, 医者很容易认为属于“阳虚”之证, 加上浮肿一症, 更易判断为“阳虚水泛”。如果开始治疗就用温阳利水之法, 后果难以想象。固然可以一时改善畏寒, 也是饮鸩止渴, 必将耗竭阴液, 发生变证。纵然是张仲景的真武汤, 其组方中, 除了温阳的附子, 利水的茯苓、白术、生姜, 尚有一味白芍, 其中的用意值得后学者揣摩。虽是阳虚水泛, 但温阳与利水的同时, 极易伤阴, 应当固护阴液, 避免利湿伤正。

因此, 本病看似阳虚, 实则阴液匮乏才是最主要病机。切不可一味温阳利水, 否则必加重病情。阴阳双补的同时, 以养阴为当务之急。阴液一旦耗竭, 再如何补火助阳, 亦是枉然。养阴的同时, 还要因势利导, 既充盈, 还疏泄, 往往比单纯的滋阴效果要好, 这方面经典的方剂是钱乙的六味地黄丸。何况, 本病毕竟是高血钾症, 伴有水肿, 利尿一法应当运用。只是一点, 利尿的前提是有尿可利, 即血容量(中医学之阴液)不少。反之, 阴液不足而利尿, 越利越伤。

在使用温阳补火药附子的时候, 笔者也是由小剂量逐渐加大用量, 就是为避免补火的同时, 更加耗竭阴液。水少时, 则火也小; 水多时, 则火也旺。最终调理好人体阴阳水火之平衡, 达到稳中求胜的目的。

本病治疗的全程, 笔者始终关注着患者的血压、脉象、舌苔的变化。血压的渐升, 脉象的渐起、舌苔的渐润, 是患者体内阴液逐渐充盈的直接证据。只有在有“水”的前提下补“火”, 周身的阴液、阳气才可以发挥温煦、滋养的功能, 患者畏寒肢冷的症状才会逐渐减轻。也只有在有阴液的前提下利湿, 则水湿浮肿可去, 血钾从尿可排, 而阴液不至损伤。

4.2 强化血糖控制, 要权衡利弊

患者血糖控制不理想, 是否该强化降糖? 笔者认为, 以目前的病情, 强调血糖控制达标不是时机。一方面, 较高水平的血糖, 目前看来, 还有利于保持血液渗透压, 对维持血压水平有一定的积极意义, 并保证肾脏的灌注与一定的排钾功能。基于这样的考虑, 笔者决定, 暂不增加胰岛素用量, 维持目前剂量控制血糖。但患者阴虚症状明显, 从中医对糖尿病“阴虚为本, 燥热为标”的认识角度考虑, 滋阴药物必需用, 且要重用。

患者是糖尿病, 病程很长, 变证丛生, 本应当强调基础疾病的良好控制, 但鉴于患者的年龄及就诊时的危险状况, 要权衡强化控制血糖的利弊。2015 年 9 月 17 日在斯德哥尔摩召开的关于 2 型糖尿病强化降糖的研讨会上, 也有澳大利亚的学者提出, 严格控制血糖对 2 型糖尿病患者心血管事件结局影响甚微。在评估强化降糖(糖化血红蛋白 < 6%) 是否比标准血糖控制(糖化血红蛋白 7.0% ~ 7.9%) 更能减少心血管事件发生的研究中, 显示糖化血红蛋白水平平均降低 1.1%, 全因死亡率和心血管死亡分别增加 22% 和 35%, 该研究结果提醒人们除了关注血糖, 更应关注患者整体状况。本病一开始若从强化降糖入手, 血糖固然降低了, 血压也可能会更低, 连 90/60 mmHg 都难以为继, 必然导致肾脏灌注不足, 诱发急性肾功能衰竭及更可怕的高血钾。只有当血容量(阴液)补充起来了, 血压也回升了, 尿量也在增加, 此时再强调基础疾病——糖尿病的控制, 方为稳妥。

4.3 处置危急重症时要中西医思路互补

迫于当前的医患关系, 中医治疗危急重症, 医者承担的风险颇多。要充分考虑到可能出现的种种后果, 向患者及家属讲清病情及可能出现的最严重的后果, 争取征得患者的理解。现代医学可用的急症治疗手段, 也要运用中医“辨证论治”的思想来权衡使用, 与中医理论不相悖的急症措施, 可以一并使用, 可以起到相辅相成之效, 如同中药配伍之相须、相使; 若与中医理论相悖, 则弃之不用, 反之会削弱中药疗效, 如同中药配伍之相畏、相杀。本案中, 辨证地使用了利尿降钾(育阴与利水并治)、纠正酸中毒降钾(用草本药物而不用动物类药物)、阳离子交换树脂降钾(大黄与降钾树脂的配合)的西医措施, 对于保证疗效功不可没。

4.4 医者要注意自我保护

最后要提一下生化检验的及时跟进。在用中医药调治危急重症时, 只有客观的检验结果才能说明病情的危重程度和药物治疗的效果, 也是医生自我保护的一种方法。所以, 面对复杂、危险的疾病, 一定要保留好客观的证据, 一方面可动态监测病情、分析疗效, 另一方面, 也可应对可能出现的纠纷。

(收稿日期: 2015-11-02)

(本文编辑: 蒲晓田)