

浅谈张振忠老师治疗慢性肾功能不全

梁彬强 张振忠

(北京市石景山区中医医院, 北京 100043)

【关键词】慢性肾功能不全; 治疗方法

中图分类号: R256.5

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2011) 26-0133-02

1 病案讨论

1.1 病情简介

主因“发现肾功能不全伴见反复双下肢水肿2年”。2年前出现双下肢水肿, 腰痛, 小便少, 头晕, 在“首钢医院”确诊“慢性肾功能不全”。2年来患者反复出现双下肢水肿, 伴见心慌、胸闷、憋气。

1.2 既往病史

高血压病史5年, 血压180/70mmHg, 近1个月来服用“雷米普利片5mg, qd, 哌达帕胺缓释片1.25mg, qd”, 血压控制在140~160/60~70mmHg。冠心病病史5年, 心慌、胸闷偶出现, 未引起重视。糖尿病伴见糖尿病周围神经病变5年, 平时未监测血糖变化。

1.3 体格检查

P: 68次/分, BP: 118/60mmHg, 舌质暗淡, 苔滑, 脉沉。结膜显苍白。口唇显苍白。心前区无隆起, 心尖搏动尚可, 各瓣膜区未触及震颤。心界叩诊不大, 心率68次/分, 心音尚可, 心脏各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹部平软, 未见肠型蠕动波。腹软, 未触及包块, 全腹无压痛, 肝、脾肋下未触及, 叩诊呈鼓音, 移动性浊音阴性。肠鸣音4~6次/分, 未闻及血管杂音。双肾叩击痛(-)。脊柱四肢无畸形, 双膝关节无红肿, 双下肢未见水肿, 双侧足背动脉搏动尚可。肛门及外生殖器未检。神经系统检查未见异常。

1.4 实验室检查

快速血糖(随机): 7.6mmol/L。心电图: 窦性心律, T波异常。血分析: WBC $4.55 \times 10^9/L$ 、RBC $2.21 \times 10^{12}/L$ 、HCT 20.50%、HGB 66G/L、LY% 25.1%、GR 60.6%。C反应蛋白: 1mg/L。尿常规: 尿蛋白++++, 红细胞++, 镜检透明管型偶见。尿微量白蛋白 $>150\text{mg/L}$ 。尿沉渣: 未见明显异常。急诊生化: 尿素 24.48mmol/L, 肌酐 2.40mg/dL, 其余未见异常。急查电解质: 未见异常。红细胞沉降率: 50mm/h。

1.5 入院诊断

中医诊断: 关格(肾阳不足, 湿浊阻滞) 西医诊断: ①慢性肾功能不全、肾性贫血、低蛋白血症、肾性骨病; ②2型糖尿病、糖尿病肾病、糖尿病周围神经病变、糖尿病大血管病变、糖尿病视网膜病变; ③冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定型心绞痛、心功能Ⅱ级(NYHA分级); ④高血压3级(极高危险组); ⑤高脂血症。

2 诊疗计划

舒血宁注射液20mL qd, 活血化瘀; 黄芪注射液20mL qd, 益气温阳; 阿司匹林肠溶片0.1g qn; 马来酸左旋氨氯地平片5mg qd, 倍他乐克25mg qd; 单硝酸异山梨脂片20mg qd; 心血宁片4片tid, 活血化瘀; 肾炎舒片6片tid, 益肾温阳; 叶酸10mg tid, 速立菲0.4 tid, 重组人促红素注射液3000U皮下注射3次/周, 腺苷钴胺1.0mg qd; 开同4

片tid、碳酸钙片0.6 tid。羟苯磺酸钙胶囊0.5 tid。金水宝胶囊6粒tid, 益气保肾。碳酸氢钠片2.0 tid; 诺和灵R注射液早18u、晚12u; 中药给予益气温阳, 降湿化浊为主, 以真武汤合生脉饮加减。处方如下: 生黄芪30g, 丹参24g, 茯苓15g, 炒白术10g, 赤芍30g, 黑附片(先煎)12g, 黄连10g, 干姜8g, 苏梗8g, 虎杖15g, 草决明30g, 六月雪30g, 大黄(后下)15g, 大云18g, 生首乌15g, 水蛭10g, 7剂, 水煎服, 每日1剂, 早晚顿服。中药给予温阳通络, 活血化瘀为主, 泡洗及热敷。方药如下: 伸筋草15g, 艾叶8g, 当归12g, 川芎8g, 牛膝15g, 鸡血藤24g, 厚朴12g, 白鲜皮30g, 石韦15g, 4剂, 水煎泡洗及热敷。中药给予降浊化瘀, 排毒通便治疗, 方药如下: 丹参24g, 虎杖15g, 草决明24g, 当归8g, 大黄(后下)10g, 大云18g, 生首乌15g, 蒲公英30g, 4剂, 水煎灌肠。

【按】慢性肾功能不全主要的病机是瘀浊阻滞, 进而形成肾阳不足, 肾阴不足, 肾气不足, 最终形成水湿痰浊流注全身。肾阳不足选用真武汤配合生脉饮加大黄、细辛、桑寄生、杜仲等, 济生肾气丸配合虎杖、大黄、生首乌、六月雪, 金匮肾气丸配合桃红四物汤等; 肾阴不足选用六味地黄丸合一贯煎, 滋水清肝饮合生脉饮, 左归丸合知柏地黄丸等。肾气不足选用大补元煎合六味地黄丸。寒湿困表, 可以选用藿朴夏苓汤合银翘散加减, 化热加用三仁汤; 水饮湿邪阻滞流注肌肤, 可以选用实脾饮(或)胃苓汤配合五皮饮, 化热可选用猪苓汤, 三仁汤合小蓟饮子加减。治疗总体上把握瘀浊阻滞是疾病进展的主要因素, 不能“呆补”, 要“通补”。

3 实验室回报结果显示

生化1组, 总蛋白45.10g/L、白蛋白30.00g/L、尿素21.75mmol/L、肌酐281 $\mu\text{mol/L}$ 、碱性磷酸酶30U/L, 其余未见异常。WBC $4.85 \times 10^9/L$ 、RBC $2.64 \times 10^{12}/L$ 、HCT 24.30%、HGB 80G/L、LY% 22.1%、GR 67.4%。凝血1组, 未见异常。颈动脉超声, 双侧颈总动脉硬化伴斑块形成。心脏彩色超声多普勒, 主动脉瓣钙化伴少量反流; 左室舒张功能减低。胸部正位片, 双肺未见明确病变, 心外形饱满, 其余未见异常。空腹血糖, 7.0mmol/L, 餐后2h血糖, 12.9mmol/L。中药继续给予益气温阳, 降湿化浊为主, 以真武汤合生脉饮加减。处方如下: 生黄芪40g, 丹参30g, 茯苓15g, 炒白术10g, 赤芍30g, 黑附片(先煎)12g, 胡黄连10g, 干姜8g, 苏梗8g, 虎杖15g, 草决明30g, 六月雪30g, 大黄(后下)15g, 大云18g, 生首乌15g, 水蛭10g, 7剂, 水煎服, 每日1剂, 早晚顿服。中药给予温阳通络, 活血化瘀为主, 泡洗及热敷。处方同上。中药给予降浊化瘀, 排毒通便治疗: 丹参24g, 虎杖20g, 草决明24g, 当归8g, 六月雪30g, 大黄(后下)10g, 大云18g, 生首乌15g, 蒲公英30g, 生龙牡(先煎)(各)30g, 4剂, 水煎灌肠。

中西医结合治疗恶性淋巴瘤的临床研究

朱万寿 刘小莲 邓志萍

(广东省高州市人民医院, 广东高州 525200)

【摘要】目的 为了观察中西医结合治疗恶性淋巴瘤的优越性。**方法** 我们应用扶正固本生血汤并常规化疗治疗恶性淋巴瘤, 并设单纯西药化疗组为对照。**结果** 治疗组232例达CR 179例, PR 20例, 完全缓解率达77.15%, 总有效率达85.78%, 均明显高于对照组($P < 0.01$); 缓解所需平均时间为36d, 较对照组明显缩短($P < 0.05$); 不良反应明显减少($P < 0.01$), 且不良反应症状较轻; 其复发率为48.04%, 明显低于对照组($P < 0.01$), 而其生存质量优良者占70.25%, 明显高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 可见中西医结合治疗恶性淋巴瘤较单纯化疗明显优越, 值得推广应用。

【关键词】 恶性淋巴瘤; 中西医结合治疗

中图分类号: R733.4

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2011) 26-0134-02

为了探讨中西医结合治疗恶性淋巴瘤的优越性, 我们于1999年5月至2011年5月对收治的恶性淋巴瘤患者, 采用中药“扶正固本生血汤”联合化疗的综合治疗, 取得了良好效果。现将我们的临床资料情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例

本组(简称中西医结合组)病例共232例, 均为住院患者, 诊断

【按】 黄芪作为补气要药, 历来受到各家的推崇, 尤其在肾脏病领域。补脾、肾、肺, 肾脏疾病也多涉及上述脏腑, 尤其是疾病的晚期。肺不但纳气, 而且可以“奉心化赤”, 补肺黄芪多与阿胶、麦冬等同用; 脾脏不固, 精微物质下漏, 培补脾气, 可以“生金补火”, 黄芪多与山药, 芡实, 山茱萸, 金樱子等同用; 下焦不固, 肾阳亏虚, 上不能固摄, 下不能化气, 中不能健运中州, 浊邪内蕴, 黄芪功用丹参入血分, 可以培补正元, 加胡黄连入下焦气分, 可以传导下行。另外虎杖(阴阳莲)气血双走, 六月雪清热解毒, 生龙牡震撼浮阳, 达到“治气不忘血, 祛邪不忘脱”。

4 后续检查结果

生化复查, 总蛋白50.10g/L、白蛋白32.00g/L、尿素22.35mmol/L、肌酐231μmol/L, 其余未见异常。血分析, $WBC 5.00 \times 10^9/L$ 、 $RBC 2.94 \times 10^{12}/L$ 、HCT 26.40%、HGB 82G/L、LY% 22.6%、GR 66.0%。便常规+潜血, 褐色软便, 其余未见异常。空腹血糖, 8.1mmol/L。餐后2h血糖, 8.9mmol/L。中药继续给予益气温阳, 降湿化浊为主, 以真武汤合生脉饮加减。处方如下: 生黄芪40g, 丹参30g, 太子参18g, 茯苓15g, 炒白术10g, 赤芍30g, 黑附片(先煎)12g, 胡黄连10g, 干姜8g, 苏梗8g, 虎杖15g, 草决明30g, 六月雪30g, 大黄(后下)15g, 大云18g, 夜交藤15g, 水蛭10g, 7剂, 水煎服, 每日1剂, 早晚顿服。中药给予温阳通络, 活血化瘀为主, 泡洗及热敷。处方同上。中药给予降浊化瘀, 排毒通便治疗, 方药如下: 丹参24g, 虎杖20g, 草决明24g, 当归8g, 六月雪30g, 大黄(后下)10g, 大云18g, 夜交藤15g, 蒲公英30g, 生龙牡(先煎)(各)30g, 4剂, 水煎灌肠。

【按】 随着精微物质的固摄, 身体正气的增强, 这时要加强对气阴的固护, 西洋参是首先考虑的药物, 不伤阴液, 平补健肾。精微物质的培补虽然与脾肾的关系比较密切, 但是在身体正气恢复的过程

符合天津1986年恶性淋巴瘤分型讨论会标准。男142例, 女90例, 年龄从6.5~54岁, 中位年龄33岁。其中霍奇金病55例, 非霍奇金淋巴瘤177例, 初治219例, 复治13例。同时, 我们设计了对照组(简称西医组), 选取1999年5月至2011年3月在高州市人民医院化疗科住院单纯化疗的恶性淋巴瘤患者80例作对照。两组的一般情况、病情相比较, 无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

中, 不能使肺脏受损, 避免造成上虚下实的病理假象, 这时要加强培补“金脏”, 使“金水相生”, “金土协同”, 这样才可以保证在疾病治疗的后续阶段, 五脏平和。太子参, 石斛, 麦冬, 五味子, 沙参, 桑叶, 菊花都可以选择。

5 持续治疗后检查结果

生化复查, 总蛋白55.10g/L、白蛋白36.00g/L、尿素17.00mmol/L、肌酐180μmol/L, 其余未见异常。血分析, $WBC 6.00 \times 10^9/L$ 、 $RBC 3.04 \times 10^{12}/L$ 、HCT 29.40%、HGB 89G/L、LY% 23.6%、GR 66.2%。处理意见: 中药继续给予益气温阳, 降湿化浊为主, 以真武汤合生脉饮加减。处方如下: 生黄芪40g, 丹参30g, 太子参18g, 茯苓15g, 桂枝8g, 赤芍30g, 黑附片(先煎)12g, 胡黄连10g, 石斛12g, 虎杖15g, 草决明30g, 六月雪30g, 大黄(后下)15g, 麦冬8g, 枸杞子15g, 水蛭10g, 鹿衔草12g, 7剂, 水煎服, 每日1剂, 早晚顿服。中药给予温阳通络, 活血化瘀为主, 泡洗及热敷。处方同上。中药给予降浊化瘀, 排毒通便治疗, 处方同上。

【按】 慢性肾功能不全在治疗的后期阶段, 主要是保证五脏阴阳的平衡, 避免“药伤”, 《内经》有云, “毒药治病, 十去其六”, 阴阳动态平衡是疾病向愈的主要病机。可以采用“阴中求阳, 阳中求阴”的治疗方法。阴中求阳选用, 石斛, 麦冬, 枸杞子等; 阳中求阴选用鹿衔草, 桂枝等。

6 门诊复查

生化复查, 总蛋白60.00g/L、白蛋白40.00g/L、尿素19.00mmol/L、肌酐110μmol/L, 其余未见异常。血分析, $WBC 7.00 \times 10^9/L$ 、 $RBC 3.54 \times 10^{12}/L$ 、HCT 32.40%、HGB 120G/L、LY% 22.6%、GR 60.8%。尿常规: 尿蛋白+, 红细胞, 镜检, 未见异常。尿微量白蛋白115mg/L。尿沉渣: 未见异常。