

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, 吲达帕胺缓释片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>150mg/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; 单硝酸异山梨酯片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, 石苇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, 金匱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281μmol/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

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

【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, 黄芪加用丹参入血分, 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, 生龙牡震摄浮阳, 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231 μ mol/L, 其余未见异常。血分析, WBC 5.00×10^9 /L、RBC 2.94×10^{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, 活血化痰为主, 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

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”, 这样才能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180 μ mol/L, 其余未见异常。血分析, WBC 6.00×10^9 /L、RBC 3.04×10^{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, 活血化痰为主, 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110 μ mol/L, 其余未见异常。血分析, WBC 7.00×10^9 /L、RBC 3.54×10^{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。