

- 资源特点研究[J]. 亚太传统医药, 2010, 6(2): 127-128.
- [5] 李惠新. 基层医院中药房管理模式的探讨[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(5): 206.
- [6] 刘英杰. 基层医院中药房管理存在的问题及改进对策[J]. 浙江中医药大学学报, 2009, 33(4): 584-585.
- [7] 吴皓东, 刘宏炳, 燕雪花. 中医医院中药房现代化管理工作的探讨[J]. 中国民族民间医药, 2009, 2(1): 46.
- [8] 潘锋君, 吴小芬, 关晓娟. 医院药房中药管理现状与改进对策[J]. 中医药管理杂志, 2014, 22(2): 229-230.
- [9] 张玉旗. 门诊中药房中药饮片调剂差错原因分析及防范措施[J]. 中国当代医药, 2012, 19(34): 170-171.
- [10] 李会银. 中药房中药饮片质量管理现状及对策[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(2): 97-98.
- [11] 侯立强, 王爽. 医院中药房中药饮片的质量管理分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(22): 637-638.
- (责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

王树声教授中西医结合治疗梗阻性肾病验案介绍

甘澍, 李思逸

广东省中医院泌尿外科, 广东 广州 510120

[关键词] 梗阻性肾病; 扶阳法; 中西医结合疗法; 王树声

[中图分类号] R692 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2015) 02-0304-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.140

王树声是广东省中医院泌尿外科主任, 广州中医药大学教授, 硕士研究生导师, 兼任中国中西医结合泌尿外科专业委员会副主任委员, 广东省中西医结合泌尿外科专业委员会主任委员, 广东省医学会泌尿外科分会结石组副组长, 广东省抗癌协会泌尿外科专业委员会副主任委员。王教授擅长以中西医结合的方法诊疗泌尿外科疑难重症, 尤其对梗阻性肾病有较深入的研究, 现将其治疗梗阻性肾病验案介绍如下。

1 辨病与辨证相结合

梗阻性肾病是指在尿路任何部位出现的引起尿流转运不畅而导致肾实质损害的一组疾病, 其临床可表现为疼痛、无尿、腰腹部肿块、血尿等, 本病属于中医学溺毒、癃闭、关格、淋证等。由于梗阻性肾病病情多较急重, 王教授通常都采取中西医结合的方法, 其特别重视在首诊时借鉴现代医学检验检查手段进行辨病, 明确病情。如结合 B 超或 CT 报告, 首先明确梗阻部位, 上尿路梗阻或下尿路梗阻; 再次分清梗阻的因素, 结石、肿瘤或其他, 然后结合实验室检查了解肾功能及酸碱、水、电解质情况, 以期对疾病的危重程度及预后有所预判。辨证方面, 王教授认为阳气是人体各个脏腑、组织、经脉发挥正常功能以及精血、津液输布的原动力, 人体五脏六腑、四肢百

骸, 只有得到阳气的推动和激发才能正常发挥生理功能。如《素问·生气通天论》所言: “阳气者, 若天与日, 失其所则折寿而不彰, 故天运当以日光明。是故阳因而上, 卫外者也。”阴阳失调或失衡是人体基本病理变化之一, 尤以阳气受损和阳气失常为先导的。所以, 阳气受损与失常, 乃疾病或死亡之根源, 如《素问·生气通天论》曰: “故阳强不能密, 阴气乃绝。”在临床治疗中, 王教授强调根据阳气受损的不同程度, 对梗阻性肾病的病情轻重缓急需做出判断, 尤其是慢性梗阻性肾病, 因为经年累月的慢性梗阻, 阳气日渐受损, 若不能固护已经损伤的阳气, 部分患者即使手术成功, 也会出现比较糟糕的愈后。王教授通常在这种情况下, 在手术治疗前后, 切入中医扶阳法, 运用扶阳的中药方剂, 中西医结合, 标本同治, 提高患者生活质量, 促进患者全身功能的早日康复。

王教授根据临床中梗阻性肾病阳气损伤程度不同, 归纳出梗阻性肾病的 3 大病程和病机: 初期: 阳气郁闭或阳气受损; 中期: 脾肾阳虚, 水湿壅滞; 晚期: 阳气暴脱。根据不同病程和病机, 王教授总结出 3 大治法和主方: 初期的治法是通阳化气, 以桂枝汤类为主方; 中期的治法是扶阳固肾、利水通淋, 以五苓散合四逆汤为主方; 晚期以回阳救逆固脱为大法,

[收稿日期] 2014-06-27

[基金项目] 广东省科技厅课题 (2012B031800201)

[作者简介] 甘澍 (1982-), 男, 主治医师, 研究方向: 泌尿系结石基础与临床。

以四逆汤合独参汤为主方。王教授在重视阳气的同时,也重视实邪的损伤,他认为梗阻性肾病多属虚实夹杂之证,常兼有湿、热、瘀等实邪阻滞,因此临床治疗中,在扶阳法的大则下常结合化湿、除热、祛瘀等方法,常用的中药有茵陈、木通、金钱草、丹参、赤芍等。

2 治标与治本兼顾

王教授认为梗阻性肾病总的治疗原则是尽快解除梗阻,去除病因,控制感染,挽救肾功能。具体治疗方案应考虑造成梗阻的病因、发病缓急、肾功能的损害程度等因素来决定,治疗方法应强调治标与治本两不误,体现在以下3方面:①在病情允许时,治标与治本同时进行,即尽量解除梗阻与治疗病因同时进行,如双输尿管下段结石急性梗阻导致双肾积水,可行双输尿管镜碎石取石术以处理病因和解除梗阻,术后配合辨证施治促进恢复;②在病情急重时,治标为主,固本为辅,即先解除梗阻,再配合辨证施治,待病情稳定后处理梗阻病因,如前列腺增生导致肾功能衰竭,水电解质紊乱时,可先行留置尿管或行膀胱造瘘术,后以温补脾肾为大法,待患者身体状况改善后择期手术处理前列腺;③在病情危重时,固本为主,择期治标,如肿瘤腹膜后广泛转移导致双输尿管梗阻,肾功能衰竭,酸碱失衡,电解质严重紊乱时,应先大补元气,回阳固脱,并配合透析疗法,待患者脱离生命危险后,再行肾造瘘或输尿管内支架置入解除梗阻,以处理原发病。

3 病案举例

例1:刘某,男,60岁,因左腰痛伴无尿3天入院。入院症见精神疲倦,面色苍白,左腰疼痛,无尿,尿频,尿急,眼睑浮肿,畏寒,腰膝酸软,纳呆,舌淡暗、苔微黄腻,脉沉。既往无特殊病史。检查:BP128/80 mmHg,贫血浮肿貌,双肾区叩痛,双下肢浮肿,余无异常发现。急诊生化提示电解质基本正常,血肌酐(Cr)508 $\mu\text{mol/L}$,B超:双输尿管上段结石,双肾积液。王教授认为此患者在发生尿路梗阻后,导致水道不通,水湿蕴而化热,阻遏阳气及气机,使气化功能失常,致脾肾受损,脾肾阳气衰败,则清浊不分,升降失常。本病辨病为梗阻性肾病,肾功能衰竭,双输尿管上段结石,辨证为脾肾阳虚,湿热瘀阻。遂采用治标与治本同时进行的方法,急诊行双输尿管镜软激光碎石取石术,同时予扶阳固肾、兼清热利水化痰为法,处方:熟附子、泽泻、炙甘草、丹参、赤芍各10g,干姜、党参、猪苓、茯苓、白术、金钱草、滑石各15g,肉桂5g,每天1剂。方中四逆汤扶阳固肾为君,五苓散利水通阳为臣,佐以丹参、赤芍活血化痰,金钱草、滑石利水通淋。3剂后患者精神较前明显好转,面色仍稍白,无明显腰痛,无明显畏寒,仍有腰膝酸软,胃纳改善,排尿顺畅,无尿频尿急尿痛,尿量每天约2500~3000 mL,舌淡暗、苔薄白,脉沉,复查Cr降至258 $\mu\text{mol/L}$,考虑术后邪实已去,正气仍虚,治以温补脾肾为主。2周后患者精神好,面色较前红

润,无明显不适,尿量每天约2000~2500 mL,胃纳好,舌淡红、苔薄白,脉弦,复查Cr恢复正常。随访至今,患者结石尚未复发,肾功能正常,未诉明显不适。

例2:陈某,女性,63岁,反复双下肢浮肿9年,高血压6年,持续性腰部钝痛伴乏力1月余,无尿3天入院。入院症见:患者精神疲倦,懒言乏力,语声低微,面色晦暗发白,眼睑浮肿发黑,腰部持续性钝痛,腰膝酸软,畏寒,腰部以下尤甚,四肢冰凉,无尿,纳差,恶心欲呕,舌淡暗滞、苔白厚腻,脉沉弱。既往慢性肾小球肾炎病史。检查:BP140/95 mmHg,贫血浮肿貌,双肾区叩痛,双下肢浮肿,余无异常发现。化验:Hb75 g/L,尿蛋白(+++),红细胞(++++) ,脓细胞0~3/HP,ESR132 mm/h。BUN42.5 mmol/L, Cr1199 $\mu\text{mol/L}$,腹部B超及CT见双肾体积增大,双肾盂积水,腹膜后淋巴结肿大融合成团,侵及两侧肾门及腰大肌,腹腔大血管及双输尿管均被肿块包绕其中。王教授认为,此病患有癌毒日久,脾肾真阳虚衰,辨病诊断为梗阻性肾病、腹膜后恶性淋巴瘤、慢性肾小球肾炎、尿毒症,辨证为脾肾阳虚、瘀血内阻。考虑患者病情危重,应先急则治标,急诊血透,同时处以回阳救逆之中药,处方:制附片(先煎2h)60g,生姜、生晒参、桂枝各20g,干姜40g,茯苓、生白术、砂仁、猪苓各15g,泽泻、丹参、赤芍各10g,炙甘草45g,水蛭3g,每天1剂。方中重用四逆汤为君,回阳救逆、温扶相火,并健脾温中;五苓散为臣,利水道,配伍四逆汤则能使肾与三焦之气化正常,消散独阴。另外病情日久,瘀血内生,则需佐用活血祛瘀之药,水道通则水更易散,此方较例1加多1味水蛭,因其对于日久的瘀血,有祛瘀而不伤气的作用。5天后患者精神好转,复查Cr降低,尿蛋白、红细胞减少,畏寒、恶心症状改善,择期行腹膜后淋巴结清扫术以解除肾梗阻,术后仍以温补脾肾、利水泻浊、活血祛瘀为大法,在上方中加减,再服药7天后,面色稍转红润,腰痛明显缓解,乏力、畏寒改善,腰膝酸软缓解,纳转佳,排尿顺畅,尿量每天约1500~2000 mL,舌淡暗、苔薄白,脉沉,复查血Cr降至362 $\mu\text{mol/L}$,予出院门诊长期调理。6月后随访,精神较好,语声增大,四肢转温,无明显水肿,胃口尚可,无恶心欲呕,无明显腰痛,尿量每天约1000~1500 mL,舌淡暗、苔薄白,脉细,血Cr163 $\mu\text{mol/L}$ 。

王教授在治疗梗阻性肾病的时候,思路清晰,中西医并用,重视辨病与辨证,定位与定性。在处方用药时,重视扶助阳气,认为抓住阳气的病理病机,便能“执一不失,能君万物”。在配方用药方面,重视伤寒方剂的合方配伍,也重视使用后世确有良效的方剂和药材,因此在临床治疗中,常取显著疗效。

(责任编辑:骆欢欢,李海霞)