

盛丽先老师防治小儿肾病综合征复发用药探讨

丁婷

(浙江中医药大学儿科在读硕士研究生 杭州 310000)

关键词: 儿科; 肾病综合征; 复发; 中药防治; 名医经验; 盛丽先

中图分类号: R 692

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.060

肾病综合征(nephrotic syndrome, NS), 尤其原发性肾病综合征(PNS)约占小儿 NS 总数的 90%。20 世纪 50 年代口服糖皮质激素(GC)一直是治疗 PNS 患儿的公认一线用药, 76%~93%患儿在初次缓解后出现复发、激素耐药等, 反复的激素使用及耐药后免疫抑制剂的应用, 对患儿带来严重的副作用。因此, 如何有效抗复发、缩短激素的疗程及降低副作用, 是当前治疗的难点。40 年来, 盛丽先老师从中医理论出发结合临床实践, 对小儿 PNS 复发进行深入分析和研究, 摸索出一套对应的中医防治方法和用药特点, 在临床上取得了较好疗效。兹介绍如下:

1 用药特点

1.1 益肺通阳, 复其治节, 配以疏宣 小儿肺常不足, 长时间使用激素等免疫抑制剂后, 虽病情缓解, 但往往又有多汗、易感等肺气耗散、固卫不足的临床表现。此易致外邪侵袭, 进而肺之治节失司, 宣肃失常, 津液精微不行其道, 清浊不分, 径走膀胱而导致蛋白尿, 临床常见于反复呼吸道感染导致蛋白尿反跳或迁延。可见“肺卫不固, 治节失司”是复发之外因。

故临床治疗当首先通过补肺固卫, 通阳化气, 调和营卫, 强化肺之主气功能, 使卫气充而藩篱固。方选玉屏风、五苓散、黄芪桂枝汤、黄芪生脉饮等。

主, 味甘、平淡, 既可药用, 又可食疗。黄连清热燥湿、泻火解毒, 长于清中焦之湿热, 佛手疏肝理气、和胃止痛, 黄连、佛手为佐使药。综上芡薏散具有健脾益肾、疏肝理气、和胃止痛之功效。魏老同时指出, 芡薏散散剂治疗胃病的效果明显优于同一处方煎剂, 且散剂成本低, 便于携带, 具备中医简、廉、便、验的优势, 值得推广。

3 病案举例

叶某, 女, 61 岁。2008 年 6 月 22 日初诊, 主诉胃胀, 心下痞满 2 年余, 近半年加剧。患者在饥饱时则心下痞满, 胃脘常感堵塞, 自觉上下不通气(即上不得噫气, 下不得矢气), 未能及时治疗。至 2008 年 5 月在外院经胃镜检查, 诊断为萎缩性胃炎。现感胃

当中黄芪为首选, 其不仅可入肺经, 益卫固表, 对实验性肾病也有一定对抗作用, 能增强机体免疫功能, 消除蛋白尿, 用量可达 15~30g; 猪苓、茯苓能促进细胞免疫和体液免疫, 能使玫瑰花环形成率显著上升。除了固卫通阳等扶正外, 配以质轻味薄的风药疏表达邪以恢复肺之宣肃是盛老师抗复发的又一特色。风药多因“风能胜湿”、“疏其气血令其调达”, 且多入肺经, 上焦之肺气宣畅, 水之源头正常, 脾能升清, 肾得封藏, 则三焦通调, 水谷精液归其正道, 水湿泛滥之变自可防护。风药多质轻味薄, 轻可去实, 味薄无碍胃气, 尤适合小儿“脏气轻灵”、“随拨随应”之特性。在辨证基础上, 兼有外感者常选用荆芥、防风、蝉衣、羌活、徐长卿、豨莶草等配伍甘平、淡渗利湿之玉米须、地骷髅等每多获效, 实为本清源之法。

1.2 健运脾土, 复其升运, 兼以温燥 小儿在激素用药之时, 常表现为脾胃功能亢进, 好食易饥。但事实上, 小儿脾胃之体成而未全, 脾胃之气全而未壮, 食入过多则积滞内停, 易化生内湿, 且肾病日久湿邪留连, 又易困脾胃, 脾喜燥恶湿, 一旦为湿所困, 运化不行, 则会导致清浊不分, 湿浊中阻之证。湿浊之邪混杂食积内停, 最终由痰食、湿热乃至湿毒为标实, 脾虚运化不行为本虚, 虚实夹杂而致肾病反复。

中不适, 脘胀而不痛, 不知饥饿, 但每天尚能勉强进食些饮食(如馒头、稀粥), 如油腻或硬饭, 则脘腹胀满加甚。饮食喜热饮、恶冷饮, 大便正常, 寐差, 消瘦甚。舌质紫暗边有齿痕, 舌苔黄腻, 脉缓弱。处方: 芡实 60g、薏苡仁 60g、鸡内金 20g、淮山药 30g、黄连 20g、佛手 20g、丹参 30g、红花 20g, 共研细末, 每天 2 次, 每次 6g, 1 个月为 1 个疗程。7 月 23 日二诊: 脘腹胀满见减, 胃中稍感舒适。过去只能侧卧, 如仰卧胃脘作胀, 现能够仰卧, 而胃不胀。有时腹中气行而肠鸣, 近日, 口味好转, 渐知饥而食香, 睡眠亦见好转, 舌苔黄腻减退, 脉渐强。守上方, 再进 1 个月。8 月 23 日三诊: 一切恢复正常, 肌肉渐见丰满, 建议继续服药 1 个月巩固疗效, 随访至今未见复发。

(收稿日期: 2010-08-11)

脾虚治本当补脾、健脾,脾不在补贵在运,故首先治在健运脾土。方选四君、六君、平胃等方顾护中州。其中以六君、平胃为常用,患儿初次缓解及之后的激素减量过程中,尽管已无明显水肿、蛋白尿,但如前所述,患儿多有脾胃功能亢进,易化生内湿,舌苔白腻、黄腻者,可见痰食、湿热夹杂。又肾病本为病水,痰、湿、水饮均为阴邪,非辛香温燥不化,在四君基础上加半夏、陈皮、川朴等于健脾中兼以燥湿,则标本同治。《幼幼集成》有言:“夫肿满之证,奚由脾土喜燥恶润,因中气素虚,脾虚无火,故水湿得以成之。”对于一般健脾燥湿后舌苔仍持续白黄腻或因反复胃肠道感染、皮肤湿疮而病情复发的脾虚湿盛患儿,盛老师认为当效法“补土派”酌加干姜、党参、苍术、木香等温中之品,成补中益气、理中、建中之辈,共奏升阳除湿之妙,达到从脾以治肾的目的。

1.3 平补肾精,复其封藏,佐以温潜 肾病患者脾虚,精微化生不足,肾中精气匮乏,又肾病使用激素疗效明显的患儿,机体代谢旺盛,从中医理解是动用了肾中所封藏的精气,以加速机体自身功能的恢复,肾中精气不断减少,真阳日益亏损不能潜藏,虚阳上浮,表面上肾病综合征客观指标恢复,实际上真阳亏损、肾失封藏则是日后复发的潜在根源。

故在激素减药停药的过程中一要运用熟地、龟板、鳖甲、鹿茸、紫河车等血肉有情之品填补肾精,但年龄较小的患儿脾胃娇嫩,又易挟湿困脾,不可过于滋腻碍胃,萸肉、五味子、菟丝子、枸杞子、补骨脂等温而不燥,性味平和,临床上较适合小儿肾病缓解期平补之用。二则佐以潜阳、温阳以恢复肾之封藏,亦为关键。激素疗效明显的患儿,机体代谢旺盛,临床常表现为舌红少苔、夜寐多汗、潮热烦躁等虚阳上浮之征。临床常用封髓丹为主方,黄柏味苦入心,禀寒水之气而入肾,色黄入脾,为调和肾中水火之枢纽;砂仁辛温,能宣中宫一切阴邪,又能纳五脏之气归肾;甘草补中,调和上下又能伏火。黄柏之苦合甘草之甘,苦甘化阴;砂仁之辛合甘草之甘,辛甘能化阳,阴阳合化,交会中宫,则水火既济。以此方灵活加减化裁,阳虚明显的可加用少量肉桂、淡附子助命门之火,夹有阴虚内热证的加用知母、生地等。用药注意阳中求阴,阴中求阳,阳得阴助则生化无穷,阴得阳升则源泉不绝。

1.4 活血化瘀贯穿始终 《血证论》有云:“水病则累血……瘀血化水,亦发水。”肾病患者常处于高凝状态,且类固醇激素的运用更会使其加重,可见瘀血也是肾病反复的重要因素之一。盛老师在临床常

选丹参、川芎、赤芍、积雪草、马鞭草等,药理研究证实活血化瘀药物能扩张血管,改善血液循环,解除瘀血或供血不足状态,使增生性病变软化或吸收。用活血化瘀法治疗肾病综合征,能改善其局部病灶的瘀滞,增加肾脏血流量,使病灶部位逐步得到充足的供血,改善其营养,从而促进肾小球和肾小管的修复与再生,消除炎症病变,恢复肾功能。

综上所述,小儿 PNS 复发病机复杂,但总的以肺、脾、肾三脏气虚、阳虚及气阴两虚为病机之本,风、湿、热、瘀、浊等邪实为标,虚实夹杂从而构成各脏腑失调、阴阳失衡等错综复杂的病机。临床抗复发常标本兼施,在益肺固表基础上加以祛风解表、宣肺利水、祛风渗湿等系列祛风之法,补肾健脾、益气养阴配合清热祛湿;而活血化瘀无论在消除水肿、蛋白尿及改善肾功能方面的疗效均有较大提高,故常贯穿始终。

2 验案举隅

2.1 病例资料 赵某,女,7岁,2006年11月2日初诊。患儿反复浮肿、尿蛋白4年余,于2002年6月首次发病在省儿童医院住院治疗,诊断为“肾病综合征”,经激素治疗后肾病缓解,停药半年,于2003年12月因外感后急性扁桃体炎,感染控制后尿蛋白阳性而复发,激素重新疗程,此后每因同样情况肾病频繁反复。曾服匹多莫德、白葡奈氏菌等调节增强免疫,效果不甚理想。2006年10月底患儿又因外感,尿常规示:尿蛋白(++),始来我院儿科门诊要求中医治疗。当时强的松剂量17.5mg, qod,胃纳正常,大便偏干,咽充血,乳蛾红肿,舌红苔白腻,脉滑,先治拟清热疏风利咽。处方:蝉衣6g、僵蚕6g、制大黄3g、片姜黄6g、射干6g、野荞麦根9g、桔梗6g、甘草6g、连翘9g、黄芩6g、柴胡6g、浙贝9g。此剂加减用药2周,2006年11月16日复诊,尿检阴性,上症诸愈,患儿面色显苍白,夜寐多汗,少气乏力,纳便正常,舌淡苔薄白,脉细滑,治拟益肺健脾。处方:生黄芪15g、防风6g、白术9g、姜半夏9g、茯苓9g、生甘草6g、淮山药9g、生地9g、五味子6g、丹参9g、绞股兰9g、白茅根30g、玉米须30g。此方加减服用半年余,患儿外感次数明显减少,扁桃体炎未发,肾病亦未反复,复查生化等各项指标正常,病情稳定,激素得以顺利撤减。

2.2 讨论 肺主宣发卫气以温分肉,充皮肤,司开阖,若藩篱固而腠理密,则外邪难以入侵。患儿体质较弱,又长时间使用激素免疫抑制,本为肺气虚,卫表不固,故每因外感引起肾病复发。初诊时复因外

股骨粗隆间骨折动力髋螺钉内固定失败原因分析

熊冬林

(江西省德安县中医院 德安 330400)

关键词:股骨粗隆间骨折;动力髋螺钉(DHS);内固定;失败

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.061

随着社会人口的老龄化,髋部骨折的发生率不断增高,股骨粗隆间骨折是一种常见的髋部骨折,多发于 65 岁以上的老年人。由于动力髋螺钉(DHS)固定后能很好地恢复股骨的颈干角,且对骨折断端可产生加压力,目前已成为股骨粗隆间骨折的常用标准固定方法^[1]。我科 2004 年 3 月~2009 年 6 月间采用 DHS 治疗股骨粗隆间骨折患者 97 例,大多疗效满意,其中 13 例手术治疗失败。现将失败病例分析报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 13 例,男 5 例,女 8 例;年龄 47~89 岁,平均年龄 70.7 岁;骨折原因均为髋部外伤;参照 Tronzo 和 Evans 分类法^[2]:II 型 3 例,III 型 4 例,IV 型 5 例,V 型 1 例。合并高血压 4 例、糖尿病 1 例、慢性支气管炎 3 例,均经内科治疗病情稳定后手术。

1.2 手术方法 均采用连续硬膜外麻醉,患者仰卧牵引床牵引复位,C 臂透视确定骨折块复位良好,颈干角恢复,维持牵引,于患肢大腿外侧切口切开,打入 135° 动力髋螺钉固定,术后常规引流 24~48h,早期开始肌肉等长收缩。术后定期行 X 线检查了解骨折愈合及内固定的情况。

1.3 内固定失败的评价标准 复位不良颈干角未恢复,内固定松动髋内翻,加压钉切割股骨头颈穿钉,钢板拔钉,钢板折断,髋螺钉退出。

2 结果

内固定失败 13 例(占 13.4%),包括髋内翻 5 例、拉力螺钉穿破股骨头 4 例、下肢旋转畸形 2 例、螺钉退出 1 例、钢板拔钉 1 例,失败病例均表现出不同程度的髋关节疼痛、下肢短缩、跛行及关节活动受限。其中 III、IV、V 型骨折皆属于不稳定骨折共 10 例,占有失败病例数的 76.9%;II 型稳定骨折 3 例,占 23.1%;本组无 I 型失败病例。

感致扁桃体发炎,治应驱邪为先,用升降散加减清热疏风利咽。治疗 2 周后患儿尿检转阴,外感症状消除,此时虽外邪已去,但夜寐多汗,肺气虚本象显现,故首用玉屏风益肺增强肺之卫外功能,减少外感,又二陈汤健脾培土以生金,生米仁、玉米须利

3 讨论

股骨粗隆间骨折多为老年人,均有不同程度的骨质疏松,且常合并心脑血管、骨关节等方面的疾病,因跌倒粗隆受直接撞击所致。保守治疗需遵循的肢体制动和长期卧床使骨折畸形愈合及伤侧下肢短缩发生率明显增加,且会诱发肺部、泌尿系感染等疾病,从而丧失生活自理能力甚至危及生命。多数学者主张股骨粗隆部骨折只要患者能耐受应尽早手术治疗,以防止骨折后长期卧床而导致的各种甚或致命的并发症,减少病死率,并提高患者的生活质量^[3]。因此,手术治疗也成为了股骨粗隆间骨折的基本治疗方法。牢固的内固定是骨折愈合的关键,而骨折能否获得牢固内固定取决于以下因素:(1)骨骼质量,(2)骨折类型,(3)骨折复位质量,(4)内固定物设计,(5)内固定物在骨骼中的置放位置。分析本组失败病例我们认为影响股骨粗隆间骨折 DHS 内固定疗效不佳的主要因素如下。

3.1 术前准备不充分 股骨粗隆间骨折多为老年人,术前除处理好其它系统的并发症外,应综合考虑老年人骨质疏松的特点。因老年人骨质疏松导致的骨密度降低,骨皮质变薄,皮质内空隙增加,螺钉拧入后把持作用下降,导致螺钉松动;同时由于骨质疏松骨质脆性增加,故股骨粗隆间骨折多为粉碎性骨折,其稳定性差,复位困难。因此术前应充分考虑骨折的特点选择合适的内固定材料,确立合理的内固定方式。

3.2 术中操作不当 术中能否获得良好的复位是手术成功的关键,良好的复位不但能使骨折端的稳定性增加,同时也缩短了骨折愈合的时间。头钉置放的位置是否合理能有效地防止头颈切割、穿钉、松动等情况的发生。头钉的位置应位于股骨头颈中下 1/3 偏后,长度应位于股骨头关节面下 5mm,此区域骨质致密,螺钉拧入后有良好的把持作用。

湿,生地、五味子补肾纳气,丹参、绞股兰活血化瘀,从肺、脾、肾、瘀四方面综合治疗,有效增强患儿免疫力,从而控制肾病频发,以便顺利完成激素疗程。

(收稿日期:2010-06-24)