

# 中医药辨证治疗急性肾损伤合并非霍奇金淋巴瘤 1 例

陈菲菲 张 宁

(望京医院肾病内分泌科,北京市朝阳区花家地街,100102)

**关键词** 急性肾损伤;非霍奇金淋巴瘤;中医药

急性肾损伤(Acute Kidney Injury, AKI)是指肾功能短期(48h)内迅速减退,表现为血肌酐(CRE)升高 $0.3\text{mg/dL}$ ( $26.4\mu\text{mol/L}$ ),或血肌酐较基础值升高50%(1.5倍基础值),或尿量减少(每小时 $0.5\text{mL/kg}$ 持续6h)<sup>[1]</sup>。AKI是临床最常见的急危重症之一,发病率、病死率高<sup>[2]</sup>,常见病因包括外伤、手术、感染、药物、肿瘤等。病因各异,预后不同,总体预后不佳,只有少数患者肾功能完全恢复。我院近期收治一急性肾损伤合并非霍奇金淋巴瘤病例,病因复杂,病情反复,经中医药辨证施治后疗效显著,现报道如下。

## 1 病例资料

某,男,65岁,因“少尿,双下肢水肿”来诊,5天前因感染、发热曾静脉用硫酸依替米星、赖氨匹林和口服对乙酰氨基酚缓释片。输液当日开始出现尿量减少,双下肢轻度水肿,次日水肿加重,自诉尿量 $<300\text{mL/d}$ 。隔日仍少尿,下肢水肿加重,并出现眼睑、上肢水肿,尿蛋白+,尿潜血4+,血肌酐 $210\mu\text{mol/L}$ ,血常规正常。查体:全身浅表淋巴结未触及肿大,眼睑水肿,双下肢中度水肿,双上肢轻度水肿,余均未见异常。患者半年前体检查血肌酐 $77\mu\text{mol/L}$ ,尿常规正常,此次24h之内尿少、无尿,血肌酐较基础值升高 $>50\%$ ,可确诊为AKI。入院后立即停用肾毒性药物,西医予补液扩容、利尿消肿、改善肾脏微循环等治疗。用药后尿量有所增加,但水肿消退不明显,因此我们采取中西医结合而以中医为主的治疗方法。症见:少尿,双眼睑、四肢水肿,乏力,低热、干咳,鼻塞流涕,胃脘胀满,腰酸,纳差,大便偏干,夜寐差,舌红,苔黄微腻,脉浮滑。辨证属风寒外袭、湿热浸淫,表里同病,治以解表散寒、清热解毒,药用:柴胡10g,紫苏梗10g,竹茹10g,连翘15g,黄芩10g,牛蒡子10g,芦根、白茅根各15g,白芍10g,紫苏叶10g,桔梗10g。服药3剂,双手背水肿好转,午后及夜间间断低热,食欲恢复,中药于原方基础上加麦冬10g,石韦10g,车前草15g,沙参20g,加强养

阴通淋作用。服药5剂,外感症状已除,双侧眼睑、下肢水肿明显消退,乏力减轻,尿量增加,偶有脘痞、腹胀,中药于原方基础去竹茹、紫苏叶,加制香附10g以理气。服药7剂,眼睑、四肢已无水肿,尿量正常,诸症缓解,复查尿常规正常,血肌酐 $70\mu\text{mol/L}$ 。

两周后因急性肠梗阻行手术治疗,病理诊断为小肠非霍奇金氏淋巴瘤(Non-Hodgkin Lymphoma, NHL),术后再次出现水肿、蛋白尿,血肌酐 $90\mu\text{mol/L}$ ,腹部手术伤口难以愈合,症见:双下肢轻度肿胀,乏力,纳差,消瘦,大便偏干,夜寐差,舌红,苔薄微黄,脉细滑。辨证以气血亏虚为本,湿热浸淫为标,加之患者平素焦虑,属肝郁脾虚体质,治以补益气血、清热利湿消肿,兼疏肝理脾,药用:生黄芪15g,山茱萸15g,生地黄、熟地黄各15g,白术10g,石韦15g,地龙15g,薏苡仁10g,白茅根、芦根各20g,猪苓15g,石莲子15g,佛手10g,当归10g,紫苏梗10g,焦三仙各10g。服药7剂,水肿消退,蛋白尿消失,伤口缓慢愈合,此时出现口干、舌淡少苔等阴液耗伤之象,上方去猪苓,生黄芪加量为30g,加太子参15g、茯苓10g、淫羊藿10g,以益气养阴、健脾补肾,继服7剂,诸症缓解,伤口已完全愈合。出院后患者行常规化疗,并间断服中药调理,血肌酐、尿检均正常。

## 2 病例讨论

2.1 病因分析 AKI既往被称为急性肾功能衰竭(Acute Renal Failure, ARF),大量研究显示,血肌酐轻微改变即与不良预后相关,故近年来国际肾脏病和急救医学界趋向于用AKI来取代ARF的概念,对于早期诊断、早期治疗和降低病死率具有更积极的意义。AKI可分为肾前性、肾性和肾后性三类<sup>[3]</sup>,诊断AKI后应尽快明确病因,快速识别和纠正其可逆因素,防止肾脏进一步受损。本病例起病急,有明显诱因,无原发性肾小球疾病及继发性肾脏病史,无明显贫血,双肾彩超示大小正常,可基本除外慢性肾功能不全基础上的急性肾损伤,泌尿系彩超及腹平片均未见异常,肾后性急性肾损伤亦可除外。究其病因,有以下三方面:1)初次

发病时有肾毒性药物应用史,氨基糖苷类抗生素、非甾体类抗炎药均可引起不同程度的肾损伤。2)患者自发现少尿即开始严格限制饮水量,加之感染、发热、食欲差,体液丧失,入量不足,入院后查尿Na:16mmol/L,钠排泄分数:0.1%,肾衰指数:0.155mmol/L,再次发病时有外科手术史,这些均提示存在肾前性肾损害。3)患者最终明确诊断非霍奇金淋巴瘤,亦可能存在肿瘤引起的肾损伤。恶性淋巴瘤肾损伤主要有淋巴瘤的肾脏浸润、肾小球疾病和电解质紊乱等导致的肾损害3种类型<sup>[4]</sup>,NHL尸解33.5%有肾损害<sup>[5]</sup>,最常见的病理类型为膜增生性肾炎占25%,其余肾小球微小病变、膜性肾病、新月体肾炎、淀粉样变性及其轻链沉积病<sup>[6]</sup>。然而其通常发生在疾病晚期,且无临床症状,Wen等<sup>[7]</sup>曾报道1例以急性肾损伤和范可尼综合征为首发表现的NHL病例。结合诱因,考虑本AKI病例由多方面因素所引起,同时存在肾前性因素(感染、发热、手术)和肾性因素(肾毒性药物、肿瘤)。

2.2 中医治疗 传统中医学中并没有急性肾损伤的专属病名,根据急性肾损伤在某一阶段的临床表现或其发病的诱因,可散见于中医关格、癃闭、水肿、肾劳、鼓胀、腰痛、积聚等内容<sup>[8]</sup>。急性肾损伤病因虽繁,但不外邪毒侵袭、瘀热阻络和气血亏虚两大类<sup>[9]</sup>,其病程一般包括少尿期、多尿期和恢复期,随着病程衍变,虽有不同临床表现,但正邪相搏是其病机发展变化的本质。少尿期以邪实证居多,亦可见正虚邪实夹杂之证,邪实有湿、热、瘀、毒之分,治以祛邪为主;多尿期则邪气渐退,而正气亦衰,此期祛邪同时须兼顾扶正,且祛邪力度应减缓,以免损伤正气;恢复期则以脏腑虚损、气血亏耗为主,治以补益气血,调理脏腑阴阳。本病涉及肺、脾、肾等脏腑,究其病机,瘀热相搏、湿毒内蕴、三焦壅塞是其发病的主要关键<sup>[10]</sup>。急性肾损伤时由于少尿或无尿,膀胱不能及时排泄水湿,湿阻气机,气化不利,湿聚浊留,清浊相干,蕴而成毒,湿浊毒蓄积而内壅为患,郁而化热,加之气机失调,阻碍血行,可致血行涩滞,瘀热相搏,进一步加重肾功能的损害。病情日久,“湿胜则阳微”,湿毒内阻,影响了肺的宣肃、脾之运化、肾阳之蒸腾气化,致三焦气化不利,决渎无权,分清泌浊功能减退,秽浊溺污不得外泄。湿浊瘀毒之邪既是肾功能衰竭的病理产物,又是导致多种临床症状并决定疾病轻重深浅及发展进程的重要病理因素。临床审因辨证时要抓其本质,针对其病因病机、邪气与

脏腑气血的盛衰之不同,“虚则补之”“实则泻之”,酌情选用相应治法,方能应手取效。

本患者为老年男性,平素脾胃亏虚,运化失司,升降失调,清浊相干,湿滞从中而生,水湿久羁,郁而化热,加之风寒、邪毒(肾毒性药物)外袭,风、湿、热、毒闭阻三焦气机而发病。根据“急则治其标,缓则治其本,治标不忘本,治本兼顾标”的法则,在发病早期,外感表证兼有湿热浊毒之邪,当以治标为主。从“风水”及“三焦”论治,投以疏风宣肺发汗之药,使上焦气机得通则水道通调,可下输膀胱以利湿,冀以汗出肿退或不汗出而小便反多,肿亦可退;投以健脾利湿消肿之药,健运中焦兼通利下焦,中焦和则上下气顺,下焦顺则膀胱畅,水湿之邪得以从下而出;适加疏肝理气之品以助条达气机;同时投以解毒泄热之品,以达到三焦气机宣通,湿热毒邪之胶结随之而解的效果。湿热毒蕴易耗伤气血,利湿易伤阴,随着邪气渐退,正气亦渐虚,此时当以扶正治本为主,在尿量增加早期即加用益气养阴、调理气血之药以顾护正气,在疾病缓解期,投以疏肝理气、补益脾肾之药,以固表护肾、保证机体气机通畅,防止病情复发。

#### 参考文献

- [1] Farley S J. Acute kidney injury/acute renal failure: standardizing nomenclature, definitions and staging. Clin Pract Nephrol, 2007, 3: 405.
- [2] 何桂琴, 马红珍. 急性肾损伤常见病因及预后分析. 中国中西医结合肾病杂志, 2010, 11(3): 247-248.
- [3] 梅长林, 张彤. 急性肾损伤的诊断及治疗进展. 上海医学, 2009, 32(3): 177-179.
- [4] 王海燕. 肾脏病学. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1599-1623.
- [5] 叶任高, 李幼姬, 刘冠贤. 临床肾脏病学(第2版). 北京: 人民卫生出版社, 2007: 499-500.
- [6] 程骏章, 马特安, 潘卉萱. 以肾损伤表现首诊的肾外恶性肿瘤19例分析. 内科急危重症杂志, 2009, 15(6): 295-296.
- [7] Wen - ling Ye, Bing Han, Bing - yan Liu, et al. Non - Hodgkin's Lymphoma Primarily Presenting with Fanconi Syndrome and Acute Kidney Injury. Chin Med Sci J, 2010, 25: 185-188.
- [8] 张静. 陈绍宏教授谈急性肾衰中西医结合非透析疗法应注意的几个问题. 成都中医药大学学报, 2007, 30(1): 11-12.
- [9] 吕宏生, 彭勃. 吕承全老中医治疗急性肾功能衰竭经验. 河南中医, 1994, 14(3): 147.
- [10] 朱虹, 王灿晖. 论通导瘀热是治疗急性肾衰的重要治法. 中华中医药杂志, 2007, 22(9): 618-621.

(2012-02-20 收稿)