

临床报道

中西医结合治疗肾移植后并发症 2 例

李学铭* 计锦华* 李一文* 何灵芝* 马红珍* 郭佩玲*

主题词 肾移植 手术后并发症/中西医结合疗法

肾移植后排异是决定术后成败的关键,自环孢霉素问世以后,肾移植成功率已明显提高,使移植肾的成活率达到 95% 左右。但是,术后长期应用免疫抑制剂,其药物的副作用,以及由此引发的众多并发症如病毒、霉菌、细菌感染,内脏损害等已成为导致肾移植失败的主要原因,其中特别是巨细胞病毒感染以及肝脏的药物性损害,采用西药治疗往往缺乏满意的疗效。我们采用中医为主、中西医结合的治疗方法,治愈肾移植后肺部巨细胞病毒感染与药物性肝损害各 1 例,提示对肾移植后应用免疫抑制剂引起的并发症,应用中医中药治疗可以获得满意效果,为肾移植工作开辟了更广阔的前景。

例 1 肾移植后巨细胞病毒感染

殷某某,男性,23 岁,农民。住院号:184773。

因患慢性肾炎、慢性肾功能不全、尿毒症终末期于 1994 年 9 月 24 日在本院行异体肾移植术,手术经过顺利,术后即恢复肾功能并开始应用三联免疫抑制疗法,即环孢霉素 200mg/次,2 次/日(后减为 150mg/次,2 次/日),硫唑嘌呤 150mg/次,4 次/日(第 2、3 天为 100mg/次,4 次/日,第 4 天起减为 50mg/次,4 次/日),强的松每天 100mg(第 3 天起减为 10~20mg/日维持)。患者于肾移植后 3 个月出现低热,体温在 37.5℃ 左右,经应用抗炎治疗以后稍有控制。又 2 个月后,患者逐渐出现胸闷、气急、心悸,活动后加剧,但无明显咳嗽、咳痰,遂于

1995 年 3 月 27 日收住入院。入院时检查:体温 37.5℃,心率 120 次/分,律齐,呼吸 22 次/分,血压 18/10kPa,神清,激素貌,咽无充血,扁桃体无肿大,心界无扩大,未闻及异常心音,双肺呼吸音粗糙,未闻及明显干湿罗音,腹平软,肝脾未触及,右下腹可扪及移植肾,质中,无明显肿胀与压痛,双下肢无浮肿。实验室检查:血红蛋白 150.5g/L,白细胞 $6.1 \times 10^9/L$,中性 74.2%,淋巴 20.8%,血小板 $194 \times 10^9/L$,尿与大便常规正常,血肌酐 102.4 μ mol/L,血尿素氮 7.7mmol/L,尿酸 483.2 μ mol/L;血气分析示 pH7.41, PaO₂70mmHg, PCO₂38.4mmHg, HCO₃⁻ 24.8mmol/L, BE1.0mmol/L,血沉 54mm/h;血脂、肝功能、血粘度、电解质均正常;X 线胸部摄片示:双肺尖尚清晰,余两肺野可见多数斑点索条状影,考虑为霉菌性肺炎。入院后经用氟康唑 100mg,4 次/日,青霉素水粉剂 240 万单位,每日 2 次静脉注射,阿昔洛韦(Acyclovir Capsules)250mg,4 次/日静脉注射,共 15 天。体温继续上升至 40.3℃,胸闷、气喘加重,稍行动则喘息不能平卧,检血 CMV-IgMab(巨细胞病毒 IgM 抗体)阳性,C.O.I(抗巨细胞病毒抗体判断值)2.79,血培养阴性,分泌物 PCR-抗酸杆菌阴性、霉菌阴性,细菌培养阴性,纤维支气管镜检查无阳性发现,经院内外几次会诊诊断为巨细胞病毒感染,间质性肺炎。遂于 4 月 15 日起停用上述西药,改用中药治疗。

首诊:壮热旬余,上午益甚,恶寒怕风,无汗,胸闷喘息,不咳无痰,尿黄,溲时灼热,大便正常,口渴喜饮而不多,肌肤灼热干燥,面色潮红,两脉浮数,舌质红,苔黄腻。按表寒里热处理,采长沙大青龙法。处方:炙麻黄 10g,炙桂枝

* 浙江省中医院,浙江省杭州市邮电路 45 号
(310006)

收稿日期:1995-08-05

6g,杏仁10g,生甘草5g,生姜2片,红枣15g,生石膏(先煎)30g,黄芩10g。

二诊:服上药5剂以后,汗出、恶寒、怕风已罢,汗后一度热势小挫而未几作,最高仍达40℃以上,胸闷、喘息等症均无好转,X线胸片复查两肺病灶明显增多且波及两肺尖,舌脉无显著变化。时值春令,病在上焦,且近期多雨,再按风温夹湿论治。处方:连翘10g,黄芩15g,青蒿15g,银花20g,淡竹叶20g,鲜芦根30g,鲜石斛30g,川朴12g,藿香叶、佩兰叶各10g,知母12g,带叶苏梗12g,牛蒡子10g,大豆卷10g,炒枳壳10g,每日1剂半,煎3次,早中晚分服。

三诊:上方共服7天后每日最高体温38℃,少量自汗出,胸闷喘息略有减轻,舌红、苔白腻,脉数。原方除鲜石斛、藿香叶、佩兰叶、带叶苏梗、牛蒡子、大豆卷、枳壳,加入虎杖30g,野荞麦根30g,紫地丁30g,败酱草30g,赤芍12g,丹参20g。服法同二诊。

上方又服5天后体温降至37.5℃左右,胸闷喘息进一步减轻,除原方随症加减继续服用以外,又加用上海长征医院提供的抗巨细胞病毒制剂液,14天后体温正常,临床症状基本消失,两肺呼吸音正常,X线胸片复查病灶基本吸收,继续中药巩固治疗半月后出院。出院时血检CMV-IgMAb阳性,C.O.I 2.26。2个月以后再次复查X线胸片无异常发现。

例2 肾移植后药物性肝损伤

柴某某,男性,39岁,工人,住院号188403。

因慢性肾炎、慢性肾功能不全、尿毒症终末期于1995年4月27日在本院行异体肾移植术,手术经过顺利,术后即肾功能恢复并开始应用三联免疫抑制疗法,使用环孢霉素、硫唑嘌呤与强的松,用法与剂量与例1相同。手术后15天检查发现血清转氨酶升高达98u/L,即给以利肝能(维生素B₁₅, Diisopropylamine dichloroacetate)及联苯双酯片口服,治疗4天后复查肝功能,转氨酶升至258u/L,总胆红素27.5μmol/L,遂加用强力宁(甘草酸单胺)80mg,每日4次,静脉注射,门冬氨酸钾镁30mg,每日4次,静脉注射,环孢霉素剂量减为

180mg/次,2次/日,同时配合中药治疗。

首诊:肾移植术后20天,10天前出现口苦、恶心、纳呆、脘腹胀满,口干不喜多饮,2天前双目轻度黄染,小便深黄,大便2日1行、偏干,皮肤无黄染,脉沉滑数,苔黄腻。证属黄疸,湿热并重。处方:黄连3g,厚朴12g,陈皮5g,姜半夏10g,藿香10g,茵陈15g,卷柏30g,生苡仁12g,桃仁10g,地龙12g,黄毛儿草(Hedyotis Chrysotrichae)30g,碧玉散(包)12g。

二诊:上方服3剂后恶心、脘部痞满已除,目黄、尿黄同前,大便干2日1次,口干苦,脉沉滑,苔黄厚。中焦热郁,改以通泄。处方:制大黄10g,炒山栀10g,茵陈15g,荷包草(Dichondrae)30g,大青叶10g,人中黄10g(包),秦艽10g,泽泻12g,岩柏30g,车前子12g(包),海金沙12g(包),郁金12g。

三诊:服上药7剂后大便溏软,每日1~2次,小溲转清,目黄消退,脉细弦,苔薄白腻。复查肝功能恢复正常,经用清热化湿活血治疗至术后3个月,复查肝肾功能与尿常规均正常,出院继续免疫抑制治疗。

按:肾移植后应用中药与治疗肾病综合征时应用中药的目的不同,虽然二者都以西药免疫抑制治疗为主要方法,但后者之应用中药目的在于减少与防止撤停免疫抑制药物后引起的反跳,提高与巩固免疫抑制疗法的疗效,因此以温补脾肾为主要治法,或在某一阶段中应用滋阴降火剂拮抗激素副作用,或对症治疗并发症以保证免疫抑制药的疗程顺利完成。在肾移植后,一则三联免疫抑制疗法已基本解决了抗排异的问题;二则也不存在撤停免疫抑制药物后出现反跳的情况;三则虽然患者在用药以后免疫功能受到抑制,感染机会增多,但全身虚弱情况并不明显;四则经肾移植手术以后,离经之血或多或少地存在。因此应用中药的目的在于治疗并发症、夹杂症,而清热活血、祛除病邪应当是主要的治疗方法。关于肾移植术后应用中医中药治疗的方法,笔者认为还是要应用平脉辨证、审证求因、辨证论治的传统方法。如例1,首诊时的脉苔症状符合《伤寒论》寒郁化热的大

青龙证而径投大青龙汤加黄芩清肺热,2剂后汗出、恶寒已罢,又服3剂而自汗、高热不退。按《内经》曰:“体若燔炭,汗出而散”,此证汗出而热不退,以高热、自汗、口干、气喘、面红、脉数、苔腻为主症,且发病时值春季,又按叶天士“春日受风,其气已温”的理论而诊为风温,再结合当时天阴多雨与症状特点,断为风温夹湿之候,治以银翘散减荆芥、薄荷、豆豉,加入苏梗、豆卷轻宣达表,知母、黄芩清肺凉胃,藿佩、厚朴芳香化湿,药后热势顿挫,喘息渐平。再如例2,首诊时以目黄、尿黄、脉滑、苔黄腻不燥,伴以恶心、纳呆、便干不畅、脘腹痞胀为主症,符合中医黄

疸证之湿热并重型,以王氏连朴饮为主方加减施治。再诊时脾湿已化而胃热不减,故治用茵陈蒿汤参入泽泻、车前、海金沙之类利尿退黄,此符合前人“治黄疸不利小便,非其治也”的理论,前后服药共10余剂后复查肝功能已经正常。当然在以上两例治疗过程中不能排除所用西药的良好效果,但就中医而言,如果当时不采用平脉辨证、药随证变的传统治疗方法,而从现代医学的病毒感染、药物损害等病理考虑,那么在院内外几次会诊中均未发现治疗巨细胞病毒感染确凿有效的治疗药物与有关成功的临床报告,若据此而应用中药,也就无所适从了。

中药治疗急性白血病合并肺脓疡1例

李海燕* 薛艳萍*

肺部感染是急性白血病治疗中最常见的合并症之一,虽然多数用抗生素可以控制,但有些单用抗生素亦难奏效,影响白血病继续治疗。本文报告1例急性白血病化疗后并发肺部感染,用多种抗生素治疗疗效欠佳,后经中医辨证施治肺部感染迅速控制。

顾某某,男,37岁,病案号51813。因胸背痛、乏力1个月,伴发热、咳嗽1周,查血发现白细胞增多及幼稚细胞于1993年6月住院。经骨穿等检查确诊为急性髓细胞白血病—M5b,上呼吸道感染。即予青霉素、丁胺卡那霉素、先锋美他醇等抗感染。同时予HAD方案化疗(高三尖杉酯碱4mg/日,6日;阿糖胞苷200mg/日,6天;柔红霉素60mg/日,3日)。化疗期间病人发热、咳嗽,胸片示右肺轻度肺炎感染。化疗后骨髓抑制期因白细胞减少,血白细胞计数 $0.5 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对值为0,肺部感染加重致高热($40^\circ C$),咳嗽,痰中带血。至停止化疗2周至3周时胸片示双肺炎症,两肺肺脓疡。此间交替联合使用多种抗感染药物:先锋必、优力欣、妥布霉素、万古霉素、甲硝唑、二性霉素等。至停止化疗30天时血白细胞达 $7.6 \times 10^9/L$,白血病已获完全缓解,但2次复查胸片肺脓疡仍无明显好转。为治疗白血病,此时以给予第2疗程HAD化疗。之后病人发烧、咳嗽明显加剧,痰中血量增多,呈鲜红血块状,痰呈黄色

脓样,使用新灭菌、环丙氟哌酸4日体温未降,因肺部感染长期不能控制,于停止化疗第8日请中医会诊。血白细胞 $1.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $0.28 \times 10^9/L$,血小板计数 $14 \times 10^9/L$,体温 $39^\circ C$,精神差,呼吸促,咳脓血痰,大便略燥,舌质红苔黄,脉滑数。辨证为肺痈。因其化疗后正气受损,热灼肺络,故咯血量多,成脓排毒不力,致邪毒深陷难愈。治疗以清热凉血解毒,宣肺化痰排脓为法,处方用苇茎汤加味:苇茎30g,苡仁30g,冬瓜仁25g,桃仁10g,桑白皮15g,黄芩12g,半夏10g,陈皮12g,白及20g,鱼腥草30g,桔梗15g,生地30g,丹皮10g,赤芍10g,阿胶10g(烊化),生甘草6g。7剂。每日1剂,分2~3次服。同时体位引流。病人服药后咳出多量腥臭脓痰,血痰渐无,顿觉胸中舒畅,3剂热退,体温降至正常。二诊于前方中去白及,加知母10g,北沙参20g,百部15g,浙贝母15g,茯苓10g,以养阴润肺,止咳祛痰,7剂。服后咳减痰易咯出,无血,痰色渐由脓样转为白色。复查胸片示炎症已有吸收,带药7剂出院。

本例患者不同于一般肺脓疡病人,因其急性白血病治疗不容延迟,而其兼证亦不容忽视,其起病自上呼吸道感染渐至双肺炎症及至双肺脓疡时逾2月,病邪由表及里,渐深至损肺耗血,呈加重趋势,加之身经2次化疗致骨髓抑制,全血细胞减少,免疫功能低下,正虚更难敌邪,故虽先后使用多种抗感染药物,仍迁延难愈,而中医药的辨证施治此处显示了独到优势。经中西医结合治疗,终获满意疗效。

* 中国医学科学院血液病研究所血液病医院,天津市南京路288号(300020)

收稿日期:1994-11-24