

# 中西医结合治疗急性中毒肾损害疗效观察

何婕

(浙江省德清县人民医院 德清 313216)

关键词:肾功能衰竭;急性中毒;中西医结合疗法;参麦注射液;中药清毒液;保留灌汤

中图分类号:R 692.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)04-0047-02

笔者对我院 1996 年 1 月~2003 年 10 月收治的急性中毒所致的肾损害——急性肾功能衰竭 56 例,运用中西医结合方法进行救治,并与纯西药对照组 40 例进行对照分析,治疗组疗效明显优于对照组,现报道如下:

## 1 资料和方法

1.1 一般资料 所有病例均为急诊收住院病例,均具备下列条件:(1)病前无肾脏疾病、肾功能正常,均因某种食物或药物中毒或毒物咬伤后引起的血肌酐迅速升高,肾小球滤过率下降超过原来的 50%以上,根据王海燕《肾脏病学》第 2 版诊断标准,均符合急性肾衰竭诊断;(2)均排除肾前性因素、肾后性梗阻所致的急性肾功能衰竭。病例均按随机分为治疗组和对照组:治疗组 56 例,其中男性 32 例,女性 24 例,年龄 8~72 岁;对照组 40 例,男性 22 例,女性 18 例,年龄 7~74 岁。

便溏,舌体胖大,苔白腻,脉沉细。治疗宜益气健脾,温阳补肾,方用金匱肾气丸加减。常选用生地 9g、山药 12g、山萸肉 6g、丹皮 12g、茯苓 15g、泽泻 15g、肉桂 6g、制附子 10g、仙茅 15g、仙灵脾 15g 等。(4)在激素停用阶段反复感冒或感染者,用玉屏风散加减:黄芪 30g、白术 10g、防风 10g、党参 15g、金银花 30g、蒲公英 30g 等。在应用环磷酰胺等免疫抑制剂时,可有白细胞减少、脱发、疲乏无力等气血不足见症,对此我们采用补益气血之八珍汤加减。

## 2 结果

2.1 疗效标准 按照 2003 年肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论会修定的关于原发性肾病综合征的疗效评定标准<sup>[1]</sup>(1)完全缓解:多次测定蛋白尿阴性,尿蛋白 $\leq 0.2\text{g/d}$ ,肾病综合征表现完全消除,血浆白蛋白大于  $35\text{g/L}$ ,肾功能正常。(2)显著缓解:多次测定尿蛋白  $< 1.0\text{g/d}$ ,血白蛋白显著改善,肾功能正常或接近正常。(3)部分缓解:多次测定尿蛋白有减轻,尿蛋白  $< 3.0\text{g/d}$ ,血白蛋白改善,肾功能好转。(4)无效:尿蛋白及血白蛋白与治疗比较无大改变,肾病综合征临床表现未消除,肾功能无好转。

2.2 疗效比较 治疗组 35 例完全缓解 18 例,显著缓解 8 例,部分缓解 6 例,无效 3 例,总缓解率为 91.4%。对照组 30 例中完全缓解 13 例,显著缓解 5 例,部分缓解 3 例,无效 9 例,总缓解率为 70%。2 组总缓解率经统计学处理 ( $P < 0.05$ ),有显著性差异。

2.3 不良反应 使用强的松的不良反应常表现为柯兴氏综合征,如满月脸、水牛背、多毛、多发性肝肿,神经、精神症状,上消化道出血,并发或加重感染等;用 CTX 后则表现为白细胞减少等骨髓抑制现象、脱发、可逆性肝损害、出血性膀胱炎等。2 组患者出现不同程度的不良反应,中西医结合组不良

中毒类型主要有急性鱼胆中毒、毒蛇和蜂毒中毒、农药和中草药中毒。

1.2 治疗方法 治疗均按急性肾功能衰竭处理原则,去除病因,充足的营养支持治疗及纠正内环境紊乱,防治并发症等。若血肌酐  $> 442 \sim 884 \mu\text{mol/L}$ ,无尿 2d 以上,血  $\text{K}^+ > 6.5\text{mmol/L}$ ,则加用血液灌流治疗,每周 3 次,每次 4h。在以上治疗基础上,治疗组加用参麦注射液(正大青春宝药业生产)加入 5%GS 250mL 静脉输注日 1 次;及自配中药清毒液(生大黄 30g,制附子 10g,生牡蛎 30g,蒲公英 30g,黄芪 40g,益母草 30g,枳实 20g)保留灌肠,每天 1 次,1 次时间  $\geq 3\text{h}$ ,插入肛门深度 30cm。

1.3 观察指标 所有病例均观察尿量、尿比重、血尿素氮、血肌酐、肌酐清除率及尿比重、肾衰指数等。

反应者 6 例,西医组 16 例,2 组不良反应在统计学上有显著性差异 ( $P < 0.05$ )。

2.4 2 组复发情况 中西医结合组随访 1 年复发 3 例,西医组 1 年内复发 12 例,2 组复发情况比较在统计学上有显著差异 ( $P < 0.05$ )。

## 3 体会

肾病综合征属于中医“水肿”、“癰闭”、“虚劳”等范畴,其病程缠绵,复发率高。单纯西医治疗往往不能取得理想效果,尤其是一些难治性肾病综合征。而采用中西医结合的方法治疗肾病综合征,不仅扩大了治疗途径,且临床证实取得了可喜疗效,被认为是较理想的治疗方案<sup>[2]</sup>,原则上所有肾病综合征患者均适宜用中西医结合的方法进行治疗。在应用大剂量激素、细胞毒类药物阶段,中医中药的目的主要是减轻激素、细胞毒类药物的副作用,保证激素、细胞毒类药物的治疗疗程完成;但对在激素撤减阶段反复发作,激素依赖的患者,中医中药的治疗应转为主要治疗手段,目的是通过辨证论治,纠正机体内环境失衡,提高激素疗效。西药应用激素、细胞毒类药物等,同时联合中医中药分阶段辨证施治,既能抵抗西药的副作用,减少并发症以及撤减激素后的反跳现象,又能缩短激素的用药时间,提高肾病综合征对激素治疗的敏感性,预防感染,增强机体的免疫力,减少复发,提高治愈率。

## 参考文献

- [1]叶任高,陈裕盛,方敬爱.肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(6):355~356
- [2]宋卫国,王茂泓,蔡浚远.中西医结合治疗原发性肾病综合征 24 例[J].实用中西医结合临床,2002,2(2):5~6

(收稿日期:2004-02-07)

# 蒲银汤治疗急、慢性肾盂肾炎 70 例临床观察

周燕丽

(江西省九江医专附属医院 九江 332000)

关键词 :肾盂肾炎 ;蒲银汤 ;六味地黄丸 ;临床观察

中图分类号 :R 692.7

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0048-02

## 1 一般资料

本组共 70 例患者,门诊病例 22 例,住院病例 48; 男性 17 例,女性 53 例;年龄最大者 70 岁,最小者 20 岁;已婚 64 例,未婚者 6 例;病史最短者 2d,最长者达 10 余年;首次感染者 45 例,病程最短者 7d,最长者 94d。70 例病人有明显的尿频、尿急、尿痛症状或伴有发热、腰痛。尿常规有蛋白尿,白细胞在高倍镜视野中  $\geq 8$  个,红细胞多少不定,中段尿培养部分病人有致病菌生长,部分病例可有白细胞计数增高。

## 2 治疗方法

以蒲银花汤治疗:蒲公英 30g,金银花 15g,五倍子 10g,白术 10g,木通 6g,车前子 10g,泽泻 10g,六一散 10g。尿痛短涩者,加瞿麦、萹蓄,车前子剂量加大;少腹或尿胀痛者,加乌药、枳壳、玄胡;血尿者,加小蓟、白茅根、丹皮、蒲黄;尿液浑浊者,加萹蓄、苡米;年老体弱,小腹下坠欲尿或尿不自禁者,加黄芪、党参、升麻;舌红少津者,加生地、知母、芦根;尿频而无急痛者,加桑螵蛸、益智仁。在急性期,每日 2 剂,待症状控制后改为每日 1 剂,每剂煎 2 次,分 2 次服完;每日 2 剂者,

分 4~6 次服完。病程长达 1 个月以上者,待症状消失后,用六味地黄丸善后调养。

## 3 疗效观察

急性者 4 例,临床症状消失,尿常规检查连续 3 次以上无异常或中段尿培养无致病菌生长者为痊愈,计 41 例;临床症状消失,尿常规检查蛋白微量,白细胞在高倍镜视野中 3~10 个为好转,计 4 例。慢性肾盂肾炎 25 例,治愈 19 例,好转 4 例,无效 2 例。

## 4 体会

急、慢性肾盂肾炎以尿频、尿急、尿痛或伴有寒战、高热、腰痛为主。在中医学中属于“淋证”和“腰痛”范畴。《丹溪心法》说:“淋有五,皆属乎热”。故笔者认为淋证的主要病因是热毒蕴结在下焦,膀胱气化受阻,因而自拟蒲银汤以清热解毒为主。蒲公英除清热解毒之外,兼能利水通淋,泻下焦湿热为主药,与银花配伍加强清热解毒作用;辅以车前子、木通、六一散、泽泻利水通淋;五倍子清热解毒并化浊(《本草纲目》曰:“其寒,能散热解毒者,其性收,能除(下转第 77 页)”)。

1.4 统计学方法 数据以  $(\bar{X} \pm S)$  表示,采用 *t* 检验。

## 2 结果

所有病例,在治疗后第 3、7、15、21d 查血尿素氮、肌酐、尿常规、尿比重、尿钠,记录每天的尿量,治疗组有 51 例 15d 内血 Bun、Scr 及尿量恢复正常,肾衰指数  $< 2$ ,治愈率达 91.7%,3 例 21d 内恢复正常。对照组 30 例 15d 内上述指标恢复正常,治愈率 75%,6 例 21d 内恢复正常。2 组血 Bun、Scr、Ccr 恢复治疗组较对照组缩短,2 组比较有统计学差异 ( $P < 0.05$ )。结果见表 1。

表 1 2 组尿量及肾功能改善比较  $(\bar{X} \pm S)$

组别	尿量 /mL	Bun/mmol·L <sup>-1</sup>	Scr/ $\mu$ mol·L <sup>-1</sup>	Ccr/mL·min <sup>-1</sup>
治疗前	340 $\pm$ 60	18.4 $\pm$ 8	576 $\pm$ 60	28 $\pm$ 3
治疗组治疗后 7d	1300 $\pm$ 40*	15.2 $\pm$ 1*	347 $\pm$ 02*	50 $\pm$ *
治疗后 15d	1600 $\pm$ 50*	6.2 $\pm$ 8*	76 $\pm$ 3*	80 $\pm$ *
治疗前	350 $\pm$ 80	18.9 $\pm$ 5	620 $\pm$ 80	30 $\pm$ 5
对照组治疗后 7d	1150 $\pm$ 10	19.7 $\pm$ 8	520 $\pm$ 10	33 $\pm$
治疗后 15d	2650 $\pm$ 50	10.5 $\pm$ 7	92 $\pm$ 9	50 $\pm$ 0

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

在临床上急性中毒较多,引起急性肾功能衰竭者为数也不少,尤其以吞服鱼胆、蛇胆及蜂毒、农药与某些有毒中药(如草乌、雷公藤、蜈蚣)、毒蛇咬伤等多见。引起肾损害的主要原因有:(1)过量服用或服用不当,所含毒素导致肾小管损伤;(2)是毒素导致肾小管损伤及坏死,临床表现为急性肾功能衰竭;(3)服用中药导致全身过敏反应,从而引起急

性过敏性间质性肾炎<sup>[1]</sup>。目前对急性肾功能衰竭治疗主要有去除病因,充足营养支持治疗,及纠正内环境紊乱,预防并发症。在药物治疗上主要有利尿剂多巴胺、激素,生长因子、细胞因子、心钠素等<sup>[2]</sup>。本治疗组在常规西药处理的基础上,加用参麦注射液和中药灌肠制剂,参麦注射液成份为人参、麦冬。有报道该注射液对兔缺血再灌注肾损伤有预防作用<sup>[3]</sup>,对造影剂所致的大鼠急性肾功能损害有保护作用<sup>[4]</sup>。而中药灌肠剂清毒液中生大黄、制附子,两药相配温补脾肾,化瘀降浊;黄芪补气、健脾助运;益母草活血化痰、利水消肿;生牡蛎益阴潜阳、镇静,可制附子温燥之性;枳实行气散结,消痞除满。诸药制剂灌肠后大便次数增加,尿量增多,促使毒素的排泄。故治疗组加用上述两制剂,在毒素排泄、肾功能恢复疗效上明显优于单纯西药对照组,缩短了治疗时间,提高了治愈率,值得临床推广使用。

## 参考文献

[1]郭兆安.中草药性肾损害[J].中国中西医结合杂志,1998,18(1):55  
 [2]陈孝文,刘华锋.急性肾衰竭药物治疗[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(7):373~374  
 [3]余喜凤,李莉华,冯志强,等.参麦注射液对兔缺血再灌注肾损伤的预防作用研究[J].泸州医学院学报,2000,23(6):343~345  
 [4]Duan SB,Luo JA,Lui RH.Protection of shenmai injection on rats with contrast medium-associated acute renal failure[J]. CJIM.1998,4(5):290~292

(收稿日期:2004-03-10)