

水蛭地龙注射液合黄芪注射液治疗慢性肾炎的临床观察

向少伟 贺西南 赖申昌
(广西中医学院附属瑞康医院 南宁 530011)

关键词:慢性肾炎;疏血通;黄芪注射液;临床观察

中图分类号:R 692.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0025-02

慢性肾小球肾炎(CGN)是临床常见疾病,是导致终末期肾病的最主要原因,严重危害人类健康,现代医学尚无特效的药物疗法,因此从中医中药方面寻求有效的治疗措施正成为许多肾脏病学者的研究方向。自 2003 年 1 月~2006 年 7 月,我们采用水蛭地龙注射液(疏血通)联合黄芪注射液治疗 CGN,取得了较好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 诊断标准 参照 2003 年海口市会议所制订之标准^[1],入选病例血肌酐 $<350\mu\text{mol/L}$,24h 尿蛋白定量 $<3.5\text{g}$,病理分型按 WHO 标准^[2]。

1.2 病例选择 76 例 CGN 患者均为我院住院病人,查随机数字表随机分为治疗组 and 对照组。治疗组 38 例,男 23 例,女 15 例;年龄 21~57 岁,平均 (38.8 ± 14.9) 岁;病程 6 月~11 年,平均 (4.3 ± 3.6) 年;临床表现为单纯蛋白尿 12 例,蛋白尿伴血尿 26 例,合并高血压 14 例;肾病理活检 21 例,其中系膜增生性肾炎 9 例,膜增殖性肾炎 8 例,微小病变 4 例。对照组 38 例,男 21 例,女 17 例;年龄 19~58 岁,平均 (37.4 ± 15.1) 岁;病程 4 月~12 年,平均 (5.1 ± 4.3) 年;临床表现为单纯蛋白尿 10 例,蛋白尿伴血尿 28 例,合并高血压 12 例;肾病理活检 23 例,其中系膜增生性肾炎 12 例,膜增殖性肾炎 7 例,微小病变 4 例。2 组在年龄、性别、病程、临床表现及病理类型

丁、赤芍、黄芩清热解毒排脓;木香、枳实、厚朴行气化滞;柴胡、枳实、陈皮疏肝解郁;大黄有增强肠蠕动、清除肠内毒物、改善微循环、降低胆胰管压力作用,还对胰蛋白酶、胰淀粉酶及胰脂肪酶活性具有全面抑制作用^[3]。上述诸药合用,具有活血化瘀、清热解毒、消肿排脓、止痛止呕、促进肠蠕动及减轻腹胀等功效,既有改善胰腺微循环、阻止胰腺继续坏死、促进坏死组织溶解吸收的作用,还具有抗菌消炎、改善全身器官功能的作用。

2.2 中西医结合治疗 AP 的价值 近年已初步证明胰腺微循环障碍是坏死性胰腺炎发病机理中的始动因素,持续和加剧损害的因素^[4]。而且胰腺炎病变具有渐进性、多层次性,水肿、出血及早期坏死、晚期坏死犬牙交错,相互并存无明显分界线^[5]。同时胰腺炎尤其是重症胰腺炎还是一种全身炎症反应,可有多器官损害,并发症多、死亡率高。因此,AP 的治疗问题是一个很复杂的问题,需要寻求“一举多得”的治疗措施。西药方面的生长抑素能较好地抑制胰腺分泌。但是,国外多项随机临床试验研究曾提示,生长抑素在中度及重度急性胰腺炎治疗中未显示出确切疗效(如:降低患者死亡率)^[6]。也有报道,生长抑素在急性胰腺炎治疗中虽然未达到期望中的疗效,但在减少胰腺手术并发症及治疗胰腺假性囊肿方面有所帮助^[7]。在本组急性胰腺炎的治疗过程中,联合生长抑素治疗后,患者腹胀、腹痛明显减轻,胰酶进行性降低,疗效明显。

等方面经统计学处理,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.3 治疗方法 2 组均予低盐、低脂、优质蛋白饮食,积极控制血压(首选 ACEI 或 ARB 类)、感染,及时纠正水电解质酸碱失衡,避免加重肾脏损害因素。治疗组加用疏血通(国药准字 Z20010100)4~6mL 加入 5%葡萄糖注射液 100mL 中静滴,每日 1 次;黄芪注射液(国药准字 Z51021776)20~30mL 加入 5%葡萄糖液 250mL 中静滴,每日 1 次。2 组均以 2 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,疗程间歇 3~5d。

1.4 观察指标 治疗前后主要临床症状及体征,肾功能:血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、内生肌酐清除率(CCr),尿 β_2 微球蛋白($\beta_2\text{-M}$),24h 尿蛋白定量及 1h 尿红细胞计数等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS12.0 统计软件包进行数据的统计分析。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 参照《中药新药治疗慢性肾炎的临床研究指导原则》^[8]制定。完全缓解:24h 尿蛋白定量 $<0.2\text{g}$,和 / 或高倍镜下红细胞消失,肾功能正常;基本缓解:24h 尿蛋白定量减少 $\geq 50\%$,和 / 或高倍镜下红细胞不超过 3 个,肾功能正常或基本正常(与正常值相差 $<15\%$);好转:24h 尿蛋白定量减少 $\geq 25\%$,和 / 或高倍镜下红细胞不超过 5 个,肾功能正常或有改善;无效:上述指标检查无变化或恶化。

目前,胰酶的异常激活仍被认为是急性胰腺炎的发病原因,而胰酶损害胰腺的过程中激活单核巨噬细胞引起大量炎症介质释放,致胰腺微循环障碍和远隔器官损伤,造成患者疾病甚至死亡。中医中药可以把活血化瘀、清热解毒、消肿排脓、止痛止呕、促进肠蠕动及减轻腹胀等方面的中药合理组合使用,从多环节、多方面一起发挥作用。本组 25 例轻型 AP 在西医治疗待腹痛缓解、呕吐停止后加服中药汤剂,病人腹痛很快消失,排便次数增加,腹胀明显减轻。本组 3 例重型 AP 在急性期使用中药静脉制剂如丹参针、参麦针,发烧用醒脑静注射液,配合西药治疗,待急性期急性炎症反应缓解、有肠鸣音时开始服用中药。笔者认为在西医治疗的基础上加用中医中药治疗 AP 效果显著,可明显减少并发症,降低病死率,缩短住院时间,节省医疗费用。

参考文献

[1]李仪奎,姜名瑛.中药药理学[M].北京:中国中医药出版社,1993.76
[2]张延龄.细胞因子与急性胰腺炎[M].中国实用外科杂志,1999,19(9):521
[3]何跃明,艾中立,孙权.重症急性胰腺炎再手术原因及时机的探讨[J].中国实用外科杂志,1999,19(4):249
[4]Wilmer A.ICU management of severe acute pancreatitis[J].European Journal of Internal Medicine,2004,15:274~280
[5]Nemeth AM.Somatostatin in the treatment of pancreatic diseases[J].Orv Hetil,2002,143(19):1 099~1 108

(收稿日期: 2007-01-04)

2.2 2 组临床疗效比较 治疗组总有效率 86.84%, 对照组 60.53%, 经 Ridit 检验, 治疗组优于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗前后临床疗效比较 例 (%)

组别	n	完全缓解	基本缓解	好转	无效	总有效率 (%)
治疗组	38	5 (13.16)	12 (31.58)	16 (42.10)	5 (13.16)	86.84
对照组	38	2 (5.26)	7 (18.42)	14 (36.84)	15 (39.47)	60.53

2.3 2 组主要临床症状比较 治疗后治疗组水肿、腰膝酸软、少气乏力、易于感冒等临床表现均有明显好转, 经 Ridit 检验, 与对照组比较均有显著性差异 ($P<0.05\sim 0.01$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后主要临床症状比较 例

		n	缓解	减轻	无效	改善率 (%)	P
水肿	治疗组	27	16	6	5	81.48	<0.05
	对照组	29	10	5	14	51.72	
腰膝酸软	治疗组	24	15	5	4	83.33	<0.05
	对照组	24	8	5	11	54.17	
少气乏力	治疗组	30	16	10	4	86.67	<0.01
	对照组	29	8	6	15	48.28	
易于感冒	治疗组	21	7	10	4	80.95	<0.05
	对照组	19	3	6	10	47.37	

2.4 2 组治疗前后肾功能变化比较 治疗后治疗组 SCr、BUN 和 CCr 均显著改善 ($P<0.05\sim 0.01$), 且明显优于对照组 ($P<0.05$), 而对照组仅 SCr 有所下降 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组治疗前后 SCr、BUN、CCr 比较 ($\bar{X}\pm S$)

组别	n	SCr/ $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$	BUN/ $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$	CCr/ $\text{mL}\cdot\text{min}^{-1}$
治疗组	治疗前 38	143.74 $\pm$ 65.85	8.93 $\pm$ 4.25	62.46 $\pm$ 33.24
	治疗后 38	101.16 $\pm$ 41.56 ^{△*}	7.11 $\pm$ 2.65 ^{△*}	77.83 $\pm$ 26.57 ^{△*}
对照组	治疗前 38	148.58 $\pm$ 61.36	8.77 $\pm$ 4.65	61.74 $\pm$ 36.13
	治疗后 38	123.15 $\pm$ 45.16 [△]	8.44 $\pm$ 2.98	64.28 $\pm$ 31.43

注: 与治疗前比较, [△] $P<0.05$, ^{*} $P<0.01$; 与对照组比较, ^{*} $P<0.05$ 。

2.5 2 组治疗前后尿 $\beta_2\text{-M}$ 、尿蛋白定量及尿红细胞计数变化比较 治疗后治疗组尿 $\beta_2\text{-M}$ 、尿蛋白定量及尿红细胞计数显著改善 ($P<0.01$), 且明显优于对照组; 而对照组治疗前后则无显著变化。见表 4。

表 4 2 组治疗前后尿 $\beta_2\text{-M}$ 、尿蛋白定量及尿红细胞计数比较 ($\bar{X}\pm S$)

组别	n	尿 $\beta_2\text{-M}/\text{ng}\cdot\text{mL}^{-1}$	尿蛋白定量/ $\text{g}\cdot 24\text{h}^{-1}$	尿红细胞计数/ $\text{万}\cdot\text{h}^{-1}$
治疗组	治疗前 38	451.87 $\pm$ 148.44	1.98 $\pm$ 1.28	22.58 $\pm$ 14.68
	治疗后 38	318.78 $\pm$ 121.56 ^{△*}	1.21 $\pm$ 0.64 ^{△*}	13.14 $\pm$ 10.21 ^{△*}
对照组	治疗前 38	442.25 $\pm$ 141.58	1.89 $\pm$ 1.33	21.36 $\pm$ 13.98
	治疗后 38	394.55 $\pm$ 131.25	1.76 $\pm$ 1.03	18.89 $\pm$ 11.05

注: 与治疗前比较, [△] $P<0.01$; 与对照组比较, ^{*} $P<0.05$, ^{*} $P<0.01$ 。

3 讨论

慢性肾炎是一种常见病, 病程长, 迁延难愈, 预后较差,

是引起慢性肾功能衰竭的主要原因。其病因主要是肾小球对某些致病原的免疫反应, 导致肾小球免疫性炎症性损伤, 而高凝状态在疾病的发生发展过程中起着重要作用, 这与中医学认为本病因气虚而发, 因血瘀而致迁延难愈相符合。因此治疗上在补气扶正的同时, 重用活血化瘀之法, 既能通过益气调整机体的免疫功能, 同时, 活血化瘀能改善毛细血管的通透性, 改善微循环, 以利病变组织的修复。

疏血通注射液是我国传统活血化瘀中药水蛭、地龙的复合制剂。水蛭能破血逐瘀, 地龙具有化血通络之功效。水蛭的有效生物活性物是水蛭素, 可抑制凝血酶, 降低血液黏度, 溶解已形成的血栓。实验证实水蛭素能阻断凝血酶介导的系膜细胞增殖以及系膜细胞细胞间黏附分子 1 蛋白和 mRNA 的表达, 不仅能够防治肾小球内凝血, 而且有可能在抗系膜增殖和炎细胞浸润过程中起重要作用^[4]。地龙所含有的蚓激酶可激活纤维蛋白酶原从而降低血液中纤维蛋白原, 能抑制血小板聚集, 防止血栓形成。研究发现蚓激酶能刺激组织纤溶酶原激活物 (t-PA) 释放增加, 使 t-PA 活性增高, 而纤维酶原激活物抑制物 (PAI) 活性降低, 具有明显的抗凝、促进纤溶和改善血液流变的作用^[5]。黄芪性甘而微温, 具有益气补虚、升阳固表的作用。现代研究表明, 黄芪能通过多种机制, 改善水钠潴留^[6]; 抑制成纤维细胞增殖和转化生长因子- β_1 的分泌, 延缓肾间质纤维化进展^[7]。疏血通注射液与黄芪注射液合用, 辨证与辨病相结合, 不仅能改善 CGN 患者临床症状, 亦能减少蛋白尿、血尿, 保护肾功能。

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):335~357
[2]林善铤.当代肾脏病学[M].上海:上海科技教育出版社,2001.382
[3]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].第1辑.1993.167
[4]陈香美,傅博,叶一舟,等.凝血酶介导肾小球系膜细胞细胞间黏附分子1表达上调及水蛭素的阻断作用[J].中华肾脏病杂志,1998,14(4):211~214
[5]马培志,邵凤民.蚯蚓提取物对原发性肾病综合征患者凝血系统的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2002,3(9):528~529
[6]刘少军,顾勇,蒋殷睿,等.黄芪对肾病综合征大鼠肾脏水通道蛋白的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2004,5(11):627~630
[7]陈清江,杨丽,王辉,等.黄芪对肾间质成纤维细胞增殖和转化生长因子- β_1 表达的影响[J].郑州大学学报(医学版),2005,40(5):871~873

(收稿日期: 2006-11-06)

自拟开胃散治疗小儿厌食 82 例疗效观察

董华山

(浙江省富阳市中医医院 富阳 311400)

关键词: 小儿厌食; 中医药疗法; 开胃散

中图分类号: R 725.7

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0026-01

笔者自 2005 年 1 月~2006 年 12 月用自拟开胃散治疗小儿厌食取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 82 例患儿均为门诊病儿, 其中男 34

例, 女 48 例; 年龄 2.1~8.4 岁, 平均年龄 5.6 岁; 病程 3~14 个月。所有患儿均符合国家中医药局 1995 年制定的《中医诊断疗效标准》中厌食的诊断标准。

1.2 治疗方法 应用自拟的开胃散, 处方: 太(下转第 31 页)