

中西医结合治疗慢性肾衰竭的临床疗效观察

朱良伟 黄雪红 许文娟 陈继兴 李秋景

(福建省泉州市中医院 泉州 362000)

摘要:目的:观察加味升降散治疗早、中期慢性肾衰竭的临床疗效。方法:将 70 例早、中期慢性肾衰竭患者随机分为治疗组和对照组。对照组 35 例单纯用西药治疗,治疗组 35 例加用中药加味升降散治疗。4 周后观察疗效。结果:治疗组总有效率 77.1%,对照组总有效率 54.3%,两组比较有统计学差异($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗早、中期慢性肾衰竭疗效明显。

关键词:加味升降散;慢性肾衰竭;中西医结合疗法

中图分类号:R 692.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0032-03

我院肾内科从 2003 年 10 月~2008 年 10 月采用加味升降散治疗早、中期慢性肾衰竭 35 例,并与单纯西药治疗 35 例进行临床疗效对比观察。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 70 例患者均为 2003 年 10 月~2008 年 10 月本院肾内科诊治的早、中期慢性肾衰竭病人,随机分为中西医结合组(治疗组)和西医组(对照组)。治疗组 35 例中,男 18 例,女 17 例;年龄 20~65 岁,平均(45±18)岁;病程 9 个月~20 年,平均 3 年;原发病:慢性肾小球肾炎 18 例,高血压肾

病 6 例,糖尿病肾病 6 例,狼疮性肾炎 2 例,乙肝病毒相关性肾炎 1 例,多囊肾 1 例,慢性肾盂肾炎 1 例。对照组 35 例中,男 17 例,女 18 例;年龄 19~64 岁,平均(44±19)岁;病程 8 个月~21 年,平均 3.1 年;原发病:慢性肾小球肾炎 17 例,高血压肾病 7 例,糖尿病肾病 5 例,狼疮性肾炎 2 例,乙肝病毒相关性肾炎 1 例,多囊肾 2 例,慢性肾盂肾炎 1 例。两组性别、年龄、病程、原发病、肾功能及中医辨证经统计学处理无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及分期标准 西医诊断及分期标准参考《肾脏病学》^[1]。治疗组肾功能不全代偿期 15 例,肾

注:与治疗前相比,[△] $P < 0.05$;与对照组治疗后相比,^{*} $P < 0.05$ 。

表 3 两组治疗前后肠化生积分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别		n	肠化生积分
试验组	治疗前	30	3.47±0.82
	治疗后	30	1.40±0.86* [△]
对照组	治疗前	30	3.37±0.85
	治疗后	30	2.00±0.91

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$;与治疗前比较,[△] $P < 0.001$ 。

2.3 健脾益胃汤对 Hp 的影响 试验组治疗 3 个月 22 例 Hp 转阴,转阴率为 73.33%;对照组治疗 3 个月 21 例 Hp 转阴,转阴率为 70.00%。经 χ^2 检验,两组 Hp 转阴率无显著性差异($P > 0.05$)。

3 讨论

CAG 病位在胃,胃为阳明燥土,乃多气多血之腑,主受纳腐熟水谷。吴塘曾谓:“土为杂气,寄旺四时,藏垢纳污,无所不受。”外邪、饮食、情志皆可伤及胃腑,致胃气失和,中焦气机不利,变生诸症。此外,他脏之病,亦可累及于胃,如肝之疏泄失常,可影响脾胃的受纳运化及中焦气机的升降,《临证指南医案·木乘土》中指出:“肝为起病之源,胃为传病之所”,指出了肝与胃病发生的关系。以上内外因素皆可导致脾胃损伤,就 CAG 而论,其患者多数年龄较大,脏气衰退,外邪、饮食、情志等因素更易损伤脾胃,加之病程多数较长,正气受损较重,导致致病因素长期存在,脾胃益加受损,最终由实转虚,或虚实夹杂。脾胃之气虚弱,则胃之受纳腐熟失常、脾运

失职,而致胃脘胀满或隐痛,不欲饮食或食后不舒;食入不消,清浊不分,注入肠道,则见大便溏薄;脾胃为后天之本,五脏六腑之大源,脾胃虚弱,水谷精气化生不足,宗气亦虚,故气短懒言、乏力;脾胃气虚日久,常致脾阳损伤,故脾胃虚弱型 CAG 患者胃脘不舒且喜温喜按。导师在多年临床工作中总结出 CAG 患者多见脾胃虚弱证,以补益脾胃之气为根本大法,选黄芪、党参、白术健脾益气为主药;并兼顾“久病必瘀”,以丹参、赤芍、莪术活血化瘀;以桂枝振奋阳气,并可增强活血诸药的功效;在本病的发生、发展中肝木有着不可忽视的作用,一方面情志失调是致病因素之一,而本病患者又常有焦虑等表现,另一方面考虑到“土虚木乘”的疾病传变特点,以白芍柔肝止痛;脾胃虚弱,无力运化水谷,则生食滞,故用山楂消食导滞。纵观全方,以补益脾胃之气为本,兼顾血瘀、食滞,切合病机,配伍精当。

现代医学对 CAG 的治疗集中于抗 Hp、抗氧化、补充微量元素及对症治疗,但远期疗效尚无定论。健脾益胃汤联合抗 Hp 疗法相对于抗氧化联合抗 Hp 疗法,临床症状及病理疗效更有效,值得临床推广应用。

参考文献

[1]王吉耀,廖二元,胡品津.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.432
 [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.124-128

(收稿日期:2008-11-10)

功能不全失代偿期 12 例,肾衰竭期 8 例;对照组肾功能不全代偿期 14 例,肾功能不全失代偿期 12 例,肾衰竭期 9 例。中医辨证治疗组属气虚者 25 例,气阴两虚者 8 例,阴阳两虚者 2 例;对照组属气虚者 23 例,气阴两虚者 9 例,阴阳两虚者 3 例。

1.3 治疗方法 两组患者均低盐、低脂、优质低蛋白饮食;改善微循环,纠正贫血及水、电解质、酸碱失衡,以及降血压、降血脂、控制感染、利尿消肿、止吐等对症治疗,并根据肾功能损害程度加用复方 α -酮酸(开同),每次 4~8 片,每日 3 次。治疗组在对照组治疗基础上加用中药加味升降散:蝉衣 6g,僵蚕 10g,姜黄 6g,生大黄(后下)3~9g,黄芪 24g,丹参 10g,地榆 10g,茜草 10g,鸡血藤 15g,炒麦芽各 12g。气虚加党参 18g、茯苓 15g、白术 12g,气阴两虚加太子参 12g、赤芍 15g、何首乌 10g,阴阳两虚加菟丝子 10g、桑寄生 10g、枸杞子 10g。每日 1 剂,水煎 300mL,分 2 次温服。2 周为 1 个疗程,连用 2 个疗程观察疗效。

1.4 观察指标 (1)临床症状:在患者入院时和治疗 2 个疗程后,分别记录症状、体征,观察神疲乏力、恶心呕吐、腰酸腰痛、夜尿增多、水肿变化。(2)实验室指标:在患者入院时和治疗 2 个疗程后,分别检测血红蛋白和血清尿素氮、肌酐、二氧化碳结合力,同时根据 Cockcroft-Gault 方程计算内生肌酐清除率。

1.5 统计学方法 计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示。组间计量资料采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 参照 1987 年全国肾衰竭保守疗法专题学术会议临床疗效评定标准^[2]。显效:症状减轻或消失;内生肌酐清除率增加 $\geq 30\%$,或血肌酐降低 $\geq 30\%$ 。有效:症状减轻或消失;内生肌酐清除率增加 $\geq 20\%$,或血肌酐降低 $\geq 20\%$;治疗前后以血肌酐的对数或倒数,用直线回归方程分析,其斜率有显著意义者。无效:不符合显效和有效标准者。

2.2 两组治疗前后症状、体征变化比较 见表 1。

表 1 症状、体征变化比较 例

症状	组别	n	消失	减轻	无变化	好转率(%)
神疲乏力	治疗组	35	12	23	0	100**
	对照组	35	9	19	7	80.0
恶心呕吐	治疗组	20	6	11	3	85.0*
	对照组	21	2	9	10	52.4
腰酸腰痛	治疗组	26	6	16	4	84.6**
	对照组	25	3	9	13	48.0
夜尿增多	治疗组	35	0	7	28	20.0
	对照组	35	0	5	30	14.3
水肿	治疗组	29	4	18	7	75.9
	对照组	30	4	12	14	53.3

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。

2.3 两组治疗前后实验室检查比较 见表 1。

组别	n	尿素氮 (mmol/L)	肌酐 (μ mol/L)	内生肌酐清除率 (mL/min)	二氧化碳结合力 (mmol/L)	血红蛋白 (g/L)
治疗组	35	16.23±6.32	383.21±139.92	26.78±16.23	21.12±2.94	105.82±18.35
		12.14±5.27* [△]	216.84±126.54* [△]	32.68±19.09* [△]	23.36±2.17*	109.74±16.36
对照组	35	16.51±6.38	384.82±144.67	27.02±17.12	21.28±2.85	106.08±17.84
		15.42±6.19	379.03±127.39	28.11±18.39	22.37±2.46	108.45±18.62

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.4 临床疗效比较 见表 3。

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	5(14.3)	22(62.8)	8(22.8)	77.1*
对照组	35	3(8.6)	16(45.7)	16(45.7)	54.3

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

慢性肾衰竭是指慢性肾脏病引起的肾小球滤过率下降及与此相关的代谢紊乱和临床症状组成的综合征,累及心血管系统、呼吸系统、胃肠道、血液系统、神经肌肉系统、内分泌及骨骼等,早、中期主要表现为乏力、食欲减退、腰酸、夜尿增多、贫血、代谢性酸中毒,晚期可出现急性心衰、严重高钾血症、消化道出血、中枢神经系统障碍等,甚至有生命危险。早、中期西医治疗主要为控制蛋白尿、血压、血糖;低蛋白饮食加肾必需氨基酸或 α -酮酸;ACEI 和 ARB 以及其它对症治疗^[3]。

慢性肾衰竭属于中医学“水肿、虚劳、肾劳、癃闭、关格、肾风、溺毒”等病证的范畴,古代医家在这些病证的病因、病机等方面有着极其丰富的经验。如李中梓《证治汇补》说“既关且格,必小便不通,旦夕之间,陡增呕恶,此因浊邪壅塞三焦,正气不得升降,所以关应下而小便闭,格应上而呕吐。”何廉臣在《重订广温热论》中指出的“溺毒入血”既是其病因,也是其病证^[2]。中医认为,本病多因素体禀赋不足,或感受外邪、过度劳累、饮食不节等损伤脾肾,致气化不足,升清泌浊功能障碍,化生湿、毒、瘀而致。故本病为本虚标实之证,其病机重点在于升降失调,血热蕴毒。

笔者采用加味升降散,以黄芪补脾益气、利水消肿为君;以升降散升清降浊、调节气机为臣,“盖取僵蚕、蝉蜕,升阳中之清阳;姜黄、大黄,降阴中之浊阴,一升一降,内外通和,而杂气之流毒顿消矣”^[4];以丹参、地榆、茜草、鸡血藤化湿解毒、凉血通络为佐;以炒麦芽消食和中、健脾开胃,助其降浊之力为使;全方共奏健脾益气、升清降浊、凉血化瘀、祛湿解毒之效。中焦气机正常,则三焦浊邪得除。现代研究表明,升降散有抗病毒、调节免疫、抗炎等作用^[5];扶正固本之品具有提高机体免疫功能之效,黄芪、党参还能扩张外周血管,降低血管阻力,增加血流,有较好的抗缺氧作用^[6]。

因此,无论是从中医理论来分析,还是从临床观察来论证,加味升降散对治疗慢性肾衰竭有显

黄葵胶囊联合赖诺普利治疗 IgA 肾病的临床研究

唐卫刚 许敏 卢景奎 马桂香
(江苏大学附属武进医院 常州 213002)

摘要:目的:观察黄葵胶囊联合赖诺普利治疗 IgA 肾病的疗效。方法:将 120 例 IgA 肾病患者随机分为黄葵胶囊联合赖诺普利组(治疗组)和单用赖诺普利组(对照组),分别检测两组治疗后 24h 尿蛋白定量、血清白蛋白、血肌酐、总胆固醇,并进行组间比较。结果:治疗组总有效率显著高于对照组($P < 0.01$);治疗组与对照组均能显著降低 24h 尿蛋白定量及血肌酐($P < 0.01$),两组比较有显著性差异($P < 0.01$)。结论:黄葵胶囊联合赖诺普利治疗 IgA 肾病比单用赖诺普利能更显著地降低尿蛋白排出,改善肾功能。

关键词: IgA 肾病;黄葵胶囊;赖诺普利;尿蛋白

中图分类号:R 692

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0034-02

笔者自 2005 年 4 月~2008 年 10 月在常规西医治疗的基础上,采用黄葵胶囊联合赖诺普利治疗 IgA 肾病,取得良好效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照 2003 年海口会议所制订之标准,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 标准为系膜增生性肾炎。

1.2 一般资料 2005 年 4 月~2008 年 10 月本院 120 例 IgA 肾病患者,均经肾穿刺活检、肾组织免疫荧光检测确诊。随机分为黄葵胶囊(规格 0.5g/粒,国药准字 Z19990040)联合赖诺普利组(治疗组)70 例,单用赖诺普利组(对照组)50 例。治疗组男 42 例,女 28 例,年龄 16~52 岁,平均 (30.18 ± 16.26) 岁,病程 15d~6 年,平均 (3.26 ± 2.85) 年;对照组男 30 例,女 20 例,年龄 17~51 岁,平均 (31.25 ± 15.36) 岁,病程 18d~5.8 年,平均 (3.58 ± 2.68) 年。两组年龄、性别、病程、临床表现、生化检查比较无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.3 治疗方法 治疗组:口服赖诺普利片 10mg, 2 次/d;口服黄葵胶囊 5 粒, 3 次/d。对照组:口服赖诺普利片 10mg, 2 次/d。两组均连续给药 8 周。此外,两组病例还采取利尿、抗感染等治疗,均予以优质低蛋白、低盐、低脂饮食。

1.4 疗效判断标准 参照卫生部《中药新药治疗 IgA 肾病临床研究指导原则》^[1], 疗效分级为:(1)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;(2)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 $< 15\%$;(3)

显著效果,它可明显改善神疲乏力、腰酸腰痛、恶心呕吐等症,同时对降低血尿素氮、肌酐,提高内生肌酐清除率疗效明显。故中西医结合治疗早、中期慢性肾衰竭疗效明显,值得临床推广。

参考文献

[1]王海燕.肾脏病学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1996.1 385
[2]沈庆法.中医临床肾脏病学[M].上海:上海科学技术文献出版社,

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;(4)无效:上述指标检查无变化或恶化。

1.5 观察指标 两组临床疗效、24h 尿蛋白定量、血清白蛋白、血肌酐、总胆固醇。

1.6 统计学方法 等级资料用秩和检验,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。

2 结果

两组临床疗效比较、两组治疗后临床观察指标变化见表 1、表 2。治疗组临床疗效总有效率显著高于对照组。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	n	完全缓解	基本缓解	好转	无效	总有效	P 值
治疗组	70	33(47.1)	26(37.1)	5(7.1)	6(8.6)	64(91.4)	<0.01
对照组	50	8(16.0)	11(22.0)	14(28.0)	17(34.0)	33(66.0)	

表 2 两组治疗后临床指标比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	尿蛋白定量 (g/24h)	血清白蛋白 (g/L)	血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	总胆固醇 (mmol/L)
治疗组	70	2.72 \pm 0.78	25.3 \pm 3.86	181.62 \pm 22.11	7.06 \pm 1.25
		1.09 \pm 0.53* [△]	37.2 \pm 4.52* [△]	85.81 \pm 24.72*	5.21 \pm 1.13* [△]
对照组	50	2.78 \pm 0.63	24.3 \pm 3.15	177.6 \pm 19.13	6.97 \pm 1.13
		2.12 \pm 1.02*	28.7 \pm 5.02*	101.71 \pm 71.17*	6.87 \pm 2.28

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

3 讨论

IgA 肾病是一种常见的肾脏疾病,其病因主要是肾小球免疫性炎症性损伤。肾活检及免疫病理检查在肾小球系膜区有以 IgA 为主的颗粒样沉积,临床上以血尿、蛋白尿为主要表现^[2]。其临床表现归属于中医的“水肿”、“腰痛”、“血尿”、“虚劳”范畴,临床常见神疲乏力、腰酸酸痛、面色无华、面浮肢肿,为正虚邪实证。近年来,湿热作为慢性肾病的一个重要因素,其对肾病的发生、发展以及预后转归的影响越来越受到关注。而尿蛋白对肾小球系膜细胞有毒性作用,这些大分子物质在系膜区的沉积可引起系膜细胞损伤、系膜细胞增殖和系膜基质生成增

1997.315-438

[3]陆再英,钟南山.内科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008. 549-555

[4]李宁.升降散源流及临床应用体会[J].中医药学刊,2005,23(8): 1 486

[5]韩星罡.说说升降散[J].中西医结合学报,2004,2(6): 455

[6]季宇彬.中药复方化学与药理[M].北京:人民卫生出版社,2003.333

(收稿日期: 2009-01-08)