

中西医结合治疗慢性肾功能不全临床疗效观察

唐崇瑜 李宇丹

(江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

摘要:目的:观察中西医结合治疗早中期慢性肾功能不全临床疗效。方法:60 例慢性肾功能不全患者随机分组。对照组采用常规西医治疗,治疗组在西医治疗基础上加用金水宝口服及中药保留灌肠,14d 为 1 个疗程。结果:治疗组总有效率明显高于对照组,治疗组治疗后血肌酐清除率明显增加,尿素氮、肌酐明显降低。结论:中西医结合治疗慢性肾功能不全可以改善临床症状,疗效显著,用药安全,可有效保护残余肾功能,延缓肾衰进展。

关键词:慢性肾功能不全;中西医结合疗法;临床观察

中图分类号:R 692.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)06-0021-02

慢性肾功能不全是各种病因引起慢性进行性肾实质损害的一组临床综合征,为临床常见病多发病之一,目前内科保守治疗尚无特效药。透析治疗虽有较好效果,但价格贵及长期性很难为多数患者接受。故采取积极有效治疗,控制疾病发展尤为重要。近 2 年我们应用中西医结合治疗早中期慢性肾

功能不全患者 30 例取得良好疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 全部病例为我院 2007 年 1 月~2008 年 12 月期间住院病人,属于慢性肾功能不全第二三期。诊断标准参照 1992 年 6 月《中华内科杂志》编委会主持召开原发性肾小球疾病分型治疗及病因素目前还未完全确定,治疗效果不理想。中医学把人体看成一个以脏腑经络为核心的有机整体,健脾和胃汤重视机体内因及人与自然界的关系,强调整体观念和辨证施治,本方以健脾理气中药为主,具有调节胃肠功能、增强免疫力及调节内分泌、高级神经活动的作用;以舒肝清热中药为辅,增强胃肠功能调节,改善胆汁反流,增加食欲,从整体角度治疗多病因的 FD。有研究报道^[1],FD 患者血浆胃动素水平低下,表现为空腹血浆胃动素无峰值出现,或峰值低于正常值,进食后无明显峰值出现。亦有报道^[4],FD 患者血清胃泌素水平低于正常,经中药治疗后,血清胃泌素水平随着临床症状的改善有所升高,同时血浆胃动素水平亦有升高。本文治疗组疗效明显高于对照组,可能与该药有提高血浆胃动素、血清胃泌素水平等胃肠道内分泌激素水平有关,从而改善消化不良症状,提高功能性消化不良的治愈率,特别是提高 FD 的远期疗效。莫沙必利为选择性 5-羟色胺 4(5-HT4)受体激动药,通过兴奋胃肠道胆碱能中间神经元及肌间神经丛的 5-HT4 受体,促进乙酰胆碱的释放,从而增强胃肠道运动,改善功能性消化不良患者的胃肠道症状。故健脾和胃汤联合莫沙比利是治疗功能性消化不良有效方法。

2.3 统计学方法 采用 Ridit 检验。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治疗后症状完全消失为痊愈;治疗后症状改善 2 个等级但未完全消失为显效;治疗后症状改善 1 个等级但未完全消失为有效;治疗后症状加重或无变化为无效。临床症状总积分为 0 视为近期临床治愈;临床症状总积分下降 >75%为显效;临床症状总积分下降 ≤75%为有效;未达到有效标准为无效^[2]。

3.2 治疗结果

3.2.1 两组治疗效果比较 见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	42(70.0)*	16(26.7)	2(3.3)	96.7*
对照组	60	28(46.7)	20(33.3)	12(20.0)	80.0

3.2.2 两组各主要症状改善情况比较 见表 2。

表 2 两组各主要症状改善情况 例							
症状	治疗组			对照组			P
	n	有效	无效	n	有效	无效	
上腹胀满	41	38	3	30	20	10	<0.01
上腹痛	32	25	7	17	11	6	>0.05
早饱	35	31	4	20	12	8	<0.05
暖气	37	33	4	27	19	8	<0.05
食欲减退	39	36	3	22	16	6	<0.05

4 讨论

FD 临床上不但患病率高,且多长期困扰患者。国内有关资料显示,FD 占消化门诊的 30%~40%,虽然近年来国内外学者对 FD 作了大量的研究,但发

参考文献

[1]李增烈,廖宁逊.我国功能性消化不良临床类型概况及治疗回顾的研究[J].中华消化杂志,1997,17(1):13-15
[2]陈中和.中西药联合治疗功能性消化不良 20 例[J].中国中西医结合杂志,2000,20(10):790-791
[3]候晓华.胃液体排空延迟非溃疡性消化不良病人血清胃动素的动态变化[J].中国实用内科杂志,1995,15(2):98-99
[4]李涯松,单兆伟,沈洪,等.和胃胶囊促胃动力作用的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2001,21(7):498-500

(收稿日期:2009-06-08)

疗效判定标准会议制定标准。选择 CRF 二期以上病例,即 $SCr>178\mu\text{mol/L}$,并排除尿毒症末期患者,即 $SCr>707\mu\text{mol/L}$ 。将 60 例慢性肾功能不全患者随机分成两组。治疗组 30 例,男性 16 例,女性 14 例,年龄 22~75 岁,平均 45.6 岁,病程 3~11 年,其中慢性肾炎 16 例,高血压肾病 4 例,糖尿病肾病 7 例,肾综 3 例。对照组 30 例,男性 18 例,女性 12 例,年龄 20~70 岁,平均 42.8 岁,病程 2~9 年,其中慢性肾炎 18 例,高血压肾病 5 例,糖尿病肾病 5 例,肾综 2 例。两组资料对比差异无显著性。

1.2 方法 两组均进行严格低磷优质蛋白饮食控制,同时根据病情给予控制血压、利尿消肿、补充必需氨基酸、纠正贫血、纠正水电解质及酸碱失衡等治疗。治疗组在西医治疗基础上给予金水宝胶囊(国药准字 Z10890003)6 粒,每日 3 次,同时予以中药(大黄 30g、丹参 30g、煅牡蛎 30g、槐花 20g、蒲公英 30g,浓煎成 150mL)保留灌肠,取侧卧位,灌肠后静卧 1h,每日 1~2 次。两组均以 14d 为 1 个疗程,连用 2 个疗程后判定疗效。

1.3 观察指标 治疗前及治疗后每周检测 BUN、SCr、CCr,同时观察恶心呕吐、食欲不振、乏力浮肿等临床症状及体征改变。

1.4 疗效判定标准 参照 1989 年全国肾衰保守疗法专题学术会议和《中药新药临床研究指导原则》制定标准^[1]。显效:临床症状减轻或消失,SCr 降低 $>30\%$,肌酐清除率(CCr)增加 $\geq 30\%$ 。有效:临床症状减轻或消失,SCr 降低 $>20\%$,肌酐清除率增加 $\geq 20\%$ 。无效:临床症状与实验室指标均无明显改善或病情加重。

1.5 统计学方法 计数资料用均数 $\pm$ 标准差表示,计量资料用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组疗效比较 例				
组别	n	显效	有效	无效
治疗组	30	17	9	4
对照组	30	8	10	12

注:两组有效率比较, $P<0.05$ 。

2.2 治疗前后生化指标比较 见表 2。

表 2 两组治疗前后生化指标比较 ($\bar{X}\pm S$)				
组别	BUN(mmol/L)	SCr($\mu\text{mol/L}$)	CCr(mL/min)	
治疗组	治疗前	19.5 $\pm$ 4.5	351.1 $\pm$ 62.5	32.5 $\pm$ 5.8
	治疗后	13.3 $\pm$ 3.6	275.3 $\pm$ 48.2	48.4 $\pm$ 6.3
对照组	治疗前	19.6 $\pm$ 5.4	350.9 $\pm$ 54.3	31.5 $\pm$ 4.7
	治疗后	15.4 $\pm$ 5.8	328.2 $\pm$ 42.9	34.8 $\pm$ 6.7

3 讨论

慢性肾功能不全为内科难治性疾病,临床死亡率。中医学把它归属于“癃闭、关格”等疾病范畴,其病机以湿浊内阻、瘀毒留滞为主,病久导致脾肾亏虚,肾虚无力化浊别清,水道不通,故治则以通下

泄浊、活血化瘀、清热解毒为主。西医一般采用治疗基础疾病、纠正可逆因素、延缓肾衰进展、处理并发症等措施,单纯用西药治疗疗效欠佳,大多数病人肾功能仍进行性减退。中医药治疗慢性肾衰可延缓疾病进程。中药灌肠方中大黄通腑导泻,行瘀活血,清热解毒。现代药理研究证实其有改善血液循环、减少肠道毒素产生和吸收、降低血清尿素氮及肌酐,改善患者氮质代谢作用^[2-3]。牡蛎收涩敛阴,有吸附肠道毒素、中和酸性作用,与大黄合用,可使大便溏而不泄,利而不伤正。现代药理研究认为牡蛎有提高机体免疫功能、调节新陈代谢、降血脂、抗疲劳等作用。丹参活血化瘀,改善肾脏微循环,增加肾脏血液灌注,且具有抗凝、去纤、溶栓和降血脂作用,能改善慢性肾衰所致肾小管阻力增加、红细胞淤积、血管阻塞、肾血流减少、局部循环障碍、供氧减少和肾素释放连锁反应^[4]。槐花、蒲公英有清热解毒、增强大黄排泄尿素毒素作用。诸药合用共达泄浊排毒之功。中药灌肠主要通过肠壁吸收,改善内环境不平衡,平衡微量元素含量,调整免疫功能,纠正内分泌功能及胃肠功能紊乱,防止出血倾向,降低血浆中中分子物质,升高血清过氧化物歧化酶及改善贫血和血液流变学异常。中药灌肠给药,操作简便,安全无创伤,患者易于接受,适用绝大多数肾功能不全患者临床治疗。

金水宝胶囊主要成分为人工培养之冬虫夏草菌丝,对人体治疗作用与天然冬虫夏草类似,而且有天然冬虫夏草功能。金水宝胶囊中所含腺苷、维生素 E、硒、酮等直接参与机体 SOD 代谢,具有抗肾衰作用,其机理为减轻肾小管细胞溶酶体毒性损伤,保护细胞膜 Na-K-ATP 酶,减少细胞脂质过氧化,促进肾小管上皮细胞 DNA 和 RNA 合成,保护患者肾脏免受损伤,改善肾血流,维护肾小管功能,并能有效抑制血小板聚集,促进肾脏细胞修复,抑制肾小管萎缩和间质纤维化,对改善微循环、减少尿蛋白排泄、改善肾功能起重要作用^[5]。两药合用具有清除代谢废物、减轻肾脏负担、有效保护残余肾功能、延缓肾衰进展的作用,是安全、有效的疗法。

参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑)[S]. 1993.167-169
[2]马骏,林善琰.大黄治疗慢性肾功能衰竭作用机理探讨[J].中国中西医结合杂志,1993,13(9):570-571
[3]毕增祺,郑法雷.大黄灌肠治疗慢性肾功能衰竭氮平衡研究[J].中西医结合杂志,1987,7(1):22-23
[4]张素芳.复方丹参注射液加能量合剂治疗慢性肾功能衰竭[J].中国中西医结合急救杂志,1998,5(4):153-154
[5]戴春算,刘志红,李恒,等.冬虫夏草防治环孢霉素 A 肾毒性的体内与体外实验研究[J].肾脏病与透析移植杂志,2000,9(4):322-323

(收稿日期:2009-06-02)