

血液透析配合中药治疗尿毒症合并多浆膜腔积液临床观察

宋义清 李淑钦 杨翠莲 谢辉 苟小岩
(甘肃省宕昌县人民医院 宕昌 748500)

关键词: 血液透析; 中药; 尿毒症; 浆膜腔积液
中图分类号: R 692.5 文献标识码: B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.019

多浆膜腔积液是指患者在病程中,同时或相继出现胸腔积液、腹腔积液、心包积液等,最常见病因为恶性肿瘤,其次为结缔组织疾病、结核、肝硬化、心功能不全、甲状腺功能低下等,也是慢性肾功能衰竭尿毒症期患者常见的临床综合征之一,可加重患者心衰及呼衰,引起病情恶化,从而导致患者死亡。我科 2008 年 3 月~2011 年 1 月采用血液透析配合中药康肾疏水汤治疗该病,取得较明显的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2008 年 3 月~2011 年 1 月维持性血液透析且合并多浆膜腔积液的患者 15 例,按就诊时间顺序随机分为两组:治疗组 7 例,男 5 例,女 2 例,年龄 55~61 岁,平均(58.42± 3.73)岁,维持透析时间 2~27 个月,平均(11.86± 9.26)个月,病程 2~6 年,平均(3.57± 1.12)年,原发性肾小球疾病 3 例,糖尿病肾病 3 例,高血压肾损害 1 例,其中

4 例经胸片及彩超提示胸腔及心包、腹腔、阴囊积液,3 例腹腔、阴囊积液,彩超提示大量浆膜腔积液 3 例,中小量浆膜腔积液 4 例;对照组 8 例,男 5 例,女 3 例,年龄 52~65 岁,平均(57.75± 5.52)岁,维持透析时间 3~22 个月,平均(10.88± 8.00)个月,病程 1.6~6 年,平均(3.69± 1.66)年,原发性肾小球疾病 3 例,糖尿病肾病 4 例,药物性肾损害 1 例,其中 3 例经胸片及彩超提示胸腔及心包、腹腔、阴囊积液,3 例腹腔、阴囊积液,2 例胸腔及腹腔积液,彩超提示大量浆膜腔积液 3 例,中小量浆膜腔积液 5 例。两组在维持透析时间、年龄、病程、病种、浆膜腔积液方面均无统计学意义(P>0.05)。

1.2 治疗方法 两组患者均限制水钠摄入,尽可能准确评估患者干体重,充分透析,血液透析每 2 周 5 次,每次透析 4~5 h,根据患者血流动力学情况,每次脱水 1.5~5 kg,在透析开始时输注人血白蛋白 10 g 以提高患者胶体渗透压。均采用德国费森尤斯

表 2 两组肾功能改善比较 (X± S)

组别	n	时间	SCr(μmol/L)	CRP(mg/L)	IL-6(μmol/L)	CCr(mL/min)
对照组	40	治疗前	413.34± 102.87	29.48± 10.62	17.88± 6.75	43.91± 12.58
		治疗后	389.25± 106.66*	22.15± 10.67**	13.65± 4.68*	50.66± 11.77**
治疗组	40	治疗前	424.24± 109.32	30.22± 10.14	18.45± 7.54	42.32± 13.32
		治疗后	316.12± 111.21**	16.31± 8.08***	9.65± 5.34***	68.64± 15.67**

注:与治疗前比较,*P<0.01,**P<0.05,两组治疗后均优于治疗前;治疗后两组间比较,*P<0.01,***P<0.05,治疗组优于对照组。

3 讨论

CRF 是一种常见病,预后严重,其发病率有逐年上升的趋势。现代研究发现慢性肾衰患者存在着严重的免疫功能障碍,表现为体液及细胞免疫水平低下,T 细胞亚群比例失调。原发及各种继发肾脏疾病均存在机体免疫功能异常,自始至终都伴随着炎症因子的异常表达,其血中 CRP、IL-6 水平都显著升高,慢性肾衰患者尤其突出。

CRF 为现代医学病名,属于中医学“关格”、“癃闭”、“水肿”、“虚劳”等疾病范畴。存在虚、浊、瘀、毒四大病理机制,但脾肾虚衰、痰瘀内阻始终贯穿于整个病程之中。脾肾虚衰为本虚,标实“痰”与“瘀”。故治以补肾健脾、通腑泄浊为法。温脾汤加味方中黄芪补气健脾,利水消肿;党参健脾益气,改善运化功能;大黄活血祛瘀,通腑泄浊;半夏化浊降逆,祛

除湿浊毒邪,以扶助正气,保养精血;砂仁理气和胃;藿香芳香化湿;茯苓健脾利水渗湿;山茱萸、山药同用,益气养阴,补肾健脾;姜、附温热,功能温脾祛寒;仙灵脾、当归益气补肾养血;丹参、桃仁活血化瘀。全方共奏补肾健脾、通腑泄浊、活血通络之效。本研究结果显示,中西医结合治疗 CRF 能大大改善慢性肾衰患者 SCr、CRP、IL-6、CCr 等功能,对患者的生活质量有明显改善作用,是治疗慢性肾功能衰竭的有效方法。

参考文献

[1]郑杨,张琪.中医药治疗慢性肾衰思路与方法[J].中国中医基础医学杂志,2004,10(8):39-40
[2]李志军.中西合璧蠲短举长 - 浅析中西医结合治疗慢性肾衰的优势与误区[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11(1):10-12
[3]王海燕,郑法雷,刘玉春,等.原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准座谈会纪要[J].中华内科杂志,1993,32(2):131-134
[4] 中药新药临床研究指导原则 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.163-168

(收稿日期: 2011-02-12)

4008B 透析机,透析器为空心纤维血液透析器(规格型号 F6HPS),透析面积为 1.3 m²,最高使用压力为 600 mmHg,血流量为 200~260 mL/min,透析液流量为 500 mL/min,透析液为联合捷然 TF- II -2 型透析粉(A 粉和 B 粉)。低分子肝素钙抗凝。彩超提示大量胸腹腔积液则给予穿刺抽取积液,中小量积液不予穿刺,根据原发疾病分别采取降糖、降压、纠正贫血、强心等综合治疗措施。

治疗组在血液透析的基础上,加用中药康肾疏水汤(自拟方):生黄芪 30 g,制附片 10 g(先煎),茯苓皮 30 g,白术 15 g,猪苓 12 g,泽泻 30 g,生姜 12 g,白芍 12 g,益母草 100 g(先煎),大黄 10 g,大腹皮 10 g,丝瓜络 10 g,白芥子 6 g,丹参 10 g,水蛭 6 g,生甘草 3 g。煎服方法:首次煎煮时先将益母草 100 g 加水 1 500 mL,煎煮 30 min,除去药渣,再将制附片加入煎煮 30 min,然后将剩余药物全部加入煎煮 40 min,第二次煎煮时直接加水煎煮 40 min(从煮沸时开始计时),每剂药煎煮 2 次,混合共得药汁 450 mL,餐后半小时每次口服 150 mL,每天服 3 次,每日服药 1 剂。

1.3 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]治疗慢性肾功能衰竭疗效评定标准制定。临床痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%,B 超探测浆膜腔积液完全消失;显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%,B 超探测浆膜腔积液比治疗前减少 50%以上,患者勿需再定期抽胸水或腹水治疗;有效:临床症状、体征明显好转,证候积分减少≥30%,B 超探测浆膜腔积液比治疗前减少 30%~50%;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足 30%,B 超探测浆膜腔积液比治疗前减少不足 30%或增加。两组综合治疗 1 个月、3 个月后分别进行疗效评价。

1.4 统计学方法 结果以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 *t* 检验比较,*P*<0.05 为有统计学意义。

2 结果

治疗 1 个月与 3 个月后,两组总有效率比较,差异均有显著性(*P*<0.05)。见表 1、表 2。

表 1 治疗 1 个月后两组疗效对比 例					
组别	<i>n</i>	临床痊愈	显效	有效	无效
治疗组	7	1	4	1	1
对照组	8	0	3	2	3
表 2 治疗 3 个月后两组疗效对比 例					
组别	<i>n</i>	临床痊愈	显效	有效	无效
治疗组	7	1	5	1	0
对照组	8	0	4	3	1

3 讨论

尿毒症期由于肾单位数量显著减少,肾小球滤过率进行性下降,体内代谢废物的蓄积,导致人体内分泌及代谢功能紊乱,引起各种并发症,其中水

钠潴留引起的充血性心力衰竭、浆膜腔积液比较常见。血液透析可有效清除患者体内的尿毒症毒素,改善水钠潴留,纠正水电解质、酸碱紊乱,稳定内环境,排除体内部分炎性介质,减轻炎症反应,从而改善心功能,增加肾血流量,同时还能减轻肾间质水肿,改善肾功能,最终使浆膜腔积液明显减少或消失。临床中血液透析仍为尿毒症合并浆膜腔积液的首选治疗方法,但部分患者浆膜腔积液较顽固,即使通过充分血液透析(HD)也不能纠正。有学者提出,尿毒症合并浆膜腔积液的机制较为复杂,除肾小球滤过率下降致水钠潴留外,与多种因素相关,尤其是与中分子物质的蓄积有关^[2]。血液透析仅对小分子物质清除作用较佳,而对中分子物质的清除作用较差。为此,我们在规律血液透析的同时,选用了中药康肾疏水汤,协助提高疗效。

尿毒症并多浆膜腔积液依据其临床特征,应属于中医学“关格”、“肾劳”、“水肿”、“溺毒”、“悬饮”等病证范畴。病机属本虚标实、虚实夹杂之证,本虚责之脏腑亏虚,标实责之水湿、痰热、尿毒和瘀血潴留。病位主要在肾,与心、肺、肝、脾、胃、三焦等脏腑密切相关。脾肾衰败、肾络瘀阻贯穿疾病全过程。治疗以补虚泄实为主,补虚主要温补脾肾等脏腑的亏损,泻实主要采用通调水道、通腑泄浊等治疗方法排除淤积体内的邪毒。治疗组选用的康肾疏水汤为自拟经验方,方中生黄芪、制附片温补脾肾,茯苓皮、白术、猪苓、泽泻、大腹皮、生姜、益母草宣通水道,大黄通腑泻浊,丝瓜络、白芥子、丹参、水蛭化痰利水,白芍防止利水伤阴。诸药合用,脏腑得补,气化得行,邪毒得排,三焦畅通,水湿积液自然消除。现代药理研究表明:黄芪能明显提高细胞免疫和体液免疫功能,增加机体抵抗力和网状内皮系统的吞噬作用,提高蛋白质的合成率,降低血肌酐水平和自由基产生,并能增加对自由基的清除,改善肾脏功能^[3];丹参能扩张血管,改善组织灌注,增加肾血流量,提高肾小球滤过率^[4];大黄能抑制肝脏、肾脏合成尿素而降低血氨,降低血中甲基胍水平,纠正高磷血症,从而达到降低血尿素氮、肌酐和缓解尿毒症症状的作用^[5]。

本研究结果显示,在血液透析基础上,加用中药康肾疏水汤口服,能较快消除尿毒症引起的多浆膜腔积液,减轻临床症状,改善患者预后,提高患者生活质量,可降低血液透析相关并发症,临床疗效远高于对照组,值得在临床中推广。

参考文献

[1]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.163
[2]郭红,于仲元.血液透析滤过对 SDS-PAGE 检出的尿毒症相关物

中西医结合治疗急性胰腺炎 50 例

潘学武 龙勇

(江西省宜春市人民医院 宜春 336000)

关键词:急性胰腺炎;中药胃管注入;中药外敷;中西医结合疗法

中图分类号:R 567

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.020

急性胰腺炎是一种严重的分解代谢疾病,病情发展迅速,甚至危及生命,重型胰腺炎常由于剧烈全身炎症反应和全身性感染引起呼吸困难、休克、多器官功能障碍(MODS)。治疗中如何控制其发展是提高急性胰腺炎治愈率和降低病死率的关键。我院采用中西医结合的方法治疗急性胰腺炎,收到较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院 2000 年 1 月~2010 年 1 月收治急性胰腺炎 86 例,均符合本科教材《内科学》诊断标准,CT 提示胰腺有不同程度肿大。单纯西医治疗(对照组)36 例,男 24 例,女 12 例;年龄 22~78 岁;病程 1~65 h;胆源性 18 例,暴饮暴食 13 例,高脂血症 2 例,无明显诱因 3 例。中西医结合治疗(试验组)50 例,男 30 例,女 20 例;年龄 23~75 岁;病程 3~70 h;胆源性 25 例,暴饮暴食 18 例,高脂血症 4 例,无明显诱因 3 例。两组一般资料比较无显著性差异,具有可比性。

1.2 方法 对照组采用禁食、胃肠减压、纠正水电解质平衡失调、抑制胰液分泌、应用抗生素及营养支持、应用生长抑素及制酸药物治疗。试验组在此基础上,加用中药汤剂:大黄 10 g、厚朴 25 g、枳壳 15 g、木香 15 g、桃仁 10 g、赤芍 10 g、黄芪 25 g、当归 15 g、金银花 15 g、蒲公英 30 g,水煎 200 mL,分 3~4 次经胃管注入。并以芒硝 250 g+冰片 100 g 碾成细颗粒状,以白醋调匀装入布袋持续外敷腹部,尤其是胰腺体表投影区,及时更换新药。

1.3 疗效标准 临床治愈:症状、体征消失,血常规、血和尿淀粉酶复查完全恢复正常,B 超及 CT 复查完全正常。显效:临床症状、体征有改善,血常规、血和尿淀粉酶基本恢复正常,B 超及 CT 复查有改善。无效:临床症状、体征改善不明显,血常规、血和尿淀粉酶及 B 超、CT 复查均无改善或加重,或中断内科治疗者。

1.4 统计学方法 采用 SPSS11.0 统计学软件进行处理。

2 结果

2.1 并发症 对照组并发腹膜炎 29 例,黄疸 7 例,腹水 5 例,肠梗阻 4 例,休克 1 例,低氧血症 1 例。试验组并发腹膜炎 20 例,黄疸 6 例,腹水 4 例,肠梗阻 3 例,低钾血症 2 例,肾功能不全 1 例。两组比较差异有显著性,试验组并发症的发生率低于对照组。

2.2 肠功能恢复时间 对照组肠功能恢复时间为(5.56±1.73) d,治疗组肠功能恢复时间为(2.56±0.98) d,试验组肠功能恢复时间较对照组明显缩短。

2.3 淀粉酶恢复正常时间 对照组血和尿淀粉酶完全恢复正常时间为(6.48±1.56) d,试验组血和尿淀粉酶完全恢复正常时间为(4.36±1.12) d,试验组的恢复时间较对照组明显缩短。

2.4 两组疗效比较 对照组临床治愈 23 例,显效 6 例,无效 7 例,总有效率为 80.6%;试验组临床治愈 43 例,显效 4 例,无效 3 例,总有效率为 94.0%。两组总有效率比较,差异有显著性(P<0.05)。

3 讨论

急性胰腺炎发病机制有众多因素的参与,如胰酶引起自身组织的消化、胰腺的微循环障碍、氧自由基的作用、内毒素等,可导致全身脏器的损害,病情发展迅速,甚至危及生命,尤其急性重症胰腺炎易合并器官功能障碍或局部并发症,病死率高。治疗中如何控制其发展是提高急性胰腺炎治愈率和降低病死率的关键。目前,中医药在急性胰腺炎治疗中的作用已得到肯定。按中医理论,急性胰腺炎属“胃脘痛”、“脾心病”、“结胸”等范围,系由肝胆失疏、湿热蕴结之病机,进一步演变为热毒炽盛,瘀热内阻,或上迫于肺,或内陷心包,或热伤血络则谓之重型。其病机之关键是实热血瘀。因此,以通腑泄

质的清除作用[J].中国实用内科杂志,2000,20(9):553-555
[3]杨焕荣.黄芪对 CRF 患者免疫功能影响[J].中西医结合实用临床急救,1997,4(9):404-405
[4]叶传惠.中医药治疗 CRF 思路与方法[J].中国临床医生,2002,30(1):52
[5]鲁祥明.大黄的临床应用及药理浅析[J].中医药信息,1997,14(3):18
(收稿日期:2011-03-22)