

肾药Ⅲ号灌肠液治疗尿毒症 52 例临床观察

王宏顺 宋卫国 程露
(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:慢性肾衰;尿毒症;肾药Ⅲ号灌肠液;保留灌肠
中图分类号:R 692.5 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.044

慢性肾功能衰竭(CRF)患者发展到尿毒症时,病情危重,临床症状变化多端,治疗棘手,现代医学多以血透、腹透、肾移植等替代治疗为主,费用昂贵。中医药在治疗本病时能够辨证施治,治疗效果明显,优势突出,现已在临床广泛应用。笔者 2009~2010 年运用院内制剂肾药Ⅲ号灌肠液治疗慢性肾衰尿毒症期患者 52 例,取得显著疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 104 例均为我院肾内科住院和门诊病人,其中男性 86 例,女性 18 例,平均年龄 46.5 岁,原发病为慢性肾衰者 72 例,高血压 18 例,糖尿病 8 例,其他 6 例。随机分为治疗组和对照组各 52 例,两组一般资料比较无显著性,具有可比性。

1.2 诊断标准 本组病例均符合中华医学会肾脏病专业委员会 1992 年制定的慢性肾功能衰竭分期诊断标准($GFR<10\text{ mL/min}$, $SCr>707\text{ }\mu\text{mol/L}$)。患者均有高血压、贫血、浮肿、蛋白尿等症状。

1.3 治疗方法 入选患者均给予低盐优质蛋白低磷饮食,同时给予 CRF 基础治疗,配合降压、改善贫血、纠正酸中毒等对症治疗。治疗组采用肾药Ⅲ号灌肠液(处方:生大黄 30 g、煅牡蛎 30 g、巴戟天 30 g、蒲公英 30 g、槐花炭 15 g,取上述五味药洗净浸泡

使双肾血流量下降,肾小球滤过膜两侧静水压代偿性升高,蛋白漏出增多,在一定程度上加重了低蛋白血症(血浆白蛋白 $<20\text{ g/L}$);肾病综合征时有不同程度的血脂异常,尤其是血总胆固醇(Ch)、甘油三酯(TG)及低密度脂蛋白(LDL)等指标显著升高,加重了高凝状态,影响了病程及预后,加速了肾小球的硬化。

肾病综合征均存在高凝倾向,易致肾静脉、外周静脉甚至动脉形成血栓,产生栓塞并发症。原发性肾病综合征高于继发性肾病综合征,确切机制不清楚。主要与以下因素有关:(1)凝血因子活性升高;(2)纤维蛋白溶解的抑制;(3)血小板的激活;(4)肾实质的凝血激活^[1]。以上因素通过内源性 & 外源性凝血机制,导致纤维蛋白在肾小球毛细血管内沉积。此外,低白蛋白血症使血浆内水分外渗导致

30 min,第 1 次加 6 倍药量的水,第 2 次加 4 倍药量的水,煎煮时间分别为 1 h 和 45 min,合并二次煎煮液,过滤,滤液浓缩至适量。将浓缩液冷置 12 h,取上清液再过滤,滤液浓缩至 250 mL,分装、灭菌即得。)250 mL 保留灌肠,每晚 1 次,保留时间为 1 h 以上,大便每日为 2~3 次,15 d 为 1 个疗程。对照组口服肾衰宁胶囊 4 粒 / 次,3 次 / d,15 d 为 1 个疗程。

1.4 观察指标 观察治疗前后临床症状(浮肿、头晕、呕恶、腰酸、皮肤瘙痒)及肾功能(SCr 、 BUN)变化情况。

1.5 疗效标准 按 1992 年肾脏病专业委员会制定的慢性肾功能衰竭疗效评定标准分别为显效、有效、无效。显效为临床症状明显改善, SCr 、 BUN 降低 $>30\%$;有效为临床症状改善, SCr 、 BUN 降低 $>10\%$;无效为临床症状无改善, SCr 、 BUN 无变化或者升高。

1.6 统计方法 运用统计软件 SPSS12.0 对数据进行处理:计量资料以均数±标准差($\bar{X}\pm S$)表示,配对资料采用 t 检验。

1.7 结果 治疗组显效 45 例,有效 6 例,无效 1 例,总有效率为 98.08%;对照组显效 30 例,有效 10 例,无效 12 例,总有效率为 76.92%。两组比较有显

血管内脱水、血液浓缩,血黏稠度增高,以及高脂血症、肾上腺皮质激素使用和内皮细胞病变均可加重血栓和栓塞并发症。

通过小剂量的尿激酶使用,患者肾小球内微循环障碍得到改善,肾小球的入球动脉、出球动脉压力降低,减少了尿中白蛋白的排出。肾小球的毛细血管内皮细胞、基底膜、脏层上皮细胞得到不同程度的修复,保证了肾小球滤过屏障对水及小分子溶质的高通透性,阻止了大分子物质(如蛋白质、红细胞等)的排出,从而真正意义上纠正了低蛋白血症,使肾病综合征得到治愈。

参考文献
[1]蒋季杰,范亚平.现代肾病学[M].北京:人民卫生出版社,2001. 318-328
[2]李学旺.现代内科学[M].北京:人民军医出版社,1998.336-342
(收稿日期:2011-06-03)

健脾疏肝汤治疗腹泻型 IBS 临床观察

谢明君¹ 葛来安²

(1 江西中医学院 2009 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 肠易激综合征; 腹泻型; 健脾疏肝汤; 中医药疗法

中图分类号: R 574.4

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.045

肠易激综合征 (IBS) 是一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变和 (或) 大便秘结异常的功能性肠病^[1]。在我国, IBS 患者在消化专科门诊中就诊的比例达 20%~50%^[2], 属于常见病多发病。本病可分为便秘型、腹泻型、便秘腹泻交替型, 其中腹泻型是临床较常见病症。本病因尚不十分清楚, 现代医学治疗本病往往疗效欠佳或只能取效一时, 迄今还没有单一药物被证实为有效的治疗药物。该病属中医“泄泻”范畴, 近年来, 我们采用自拟健脾疏肝汤治疗腹泻型肠易激综合征, 取得良好疗效。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例患者均为 2010 年 4 月~2011 年 3 月江西中医学院附属医院消化科门诊及住院病人, 其中男 12 例, 女 20 例, 年龄 18~65 岁, 病程最短 3 个月, 最长 20 年。

1.2 病例选择 (1) 所有病例均通过胃肠镜、腹部 B 超等排除器质性病变; (2) 符合罗马 III 标准且均为 D-IBS 患者: 稀便 (糊状便) 或水样便占大便量 $\geq 25\%$, 硬便或块状便占大便量 $\leq 25\%$ ^[3]。

1.3 治疗方法 口服健脾疏肝汤: 白术 15 g、防风 8 g、白芍 15 g、陈皮 10 g、苏梗 15 g、薏苡仁 20 g、蝉衣 7 g、徐长卿 10 g、茯苓 15 g、柴胡 8 g、佛手 15 g、薄荷 10 g、炙甘草 5 g, 上方水煎服, 日 1 剂, 14 d 为 1 个疗程。共观察 4 个疗程。

1.4 疗效评定 痊愈: 大便正常或恢复至病前水平, 腹泻、腹痛及其它症状全部消失。有效: 腹泻次数及便质改善, 腹泻、腹痛及其它症状均有好转。无效: 腹泻、腹痛及其它症状均无改善。

1.5 治疗结果 32 例病例中痊愈 10 例, 占 31.2%; 有效 18 例, 占 56.2%; 无效 4 例, 占 12.6%。差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 讨论

慢性肾功能衰竭属中医“水肿”、“关格”、“溺毒”范畴, 以脾肾亏虚、浊邪内蕴为发病机理, 虚实夹杂, 故临床治疗需补虚泻实, 标本同治, 既要补益脾肾, 又要泻浊解毒。肾衰 III 号灌肠液以大黄为主, 通腑降浊, 清热解毒活血; 煅牡蛎固涩下焦, 同时助

好转 19 例, 占 59.4%; 无效 3 例, 占 9.4%。总有效率为 90.6%。

2 典型病例

患者陈某, 女, 35 岁, 于 2010 年 7 月 9 日就诊。患者 2 年前无明显诱因出现腹痛、腹泻, 近 3 周加重, 痛则泻, 泻后痛止, 形体偏瘦, 平素易怒易恼, 情绪紧张、生气时或者稍进食辛辣刺激食物后症状即发, 发时以脐周疼痛为主, 大便时夹白色黏液, 未见夹血便, 腹泻有时见未消化食物, 纳呆, 无反酸、呃逆, 舌淡, 苔微黄腻, 脉弦细。肠镜检查未见明显异常改变。曾服诺氟沙星、培菲康等治疗, 未见明显好转。中医诊断为泄泻 (肝脾不和), 治以疏肝健脾、祛风渗湿止泻, 中药以健脾疏肝汤加减。服药 14 剂后腹痛减轻, 大便偶见黏液及未消化食物, 症状较前明显好转。再服 14 剂腹痛缓解, 大便成形, 质软, 未见黏液便, 症状基本消失, 病情稳定, 后随访 3 个月未复发。

3 讨论

现代社会生活节奏增快、压力增大, 我们在临床发现本病多与情绪紧张有关, 患者脉多弦。西医亦认为本病的发病和精神情绪相关, 情绪的波动导致肠道易激惹, 从而引起胃肠道功能紊乱。《医方考》云:“泻责之脾, 痛责之肝; 肝责之实, 脾责之虚; 脾虚肝实, 故令痛泻。”此病的发生多因肝实脾虚, 肝木乘土。中医学认为肝为将军之官, 主疏泄, 主情志, 喜条达恶抑郁。本病患者因情志发病致肝气郁结气机不畅、肝失调达、横逆侮脾从而发生腹痛, 脾虚运化失常, 无力运化水湿, 湿邪蕴结肠道, “湿盛则濡泻”, 故可见泄泻、纳呆、解黏液便。笔者在临床运用自拟健脾疏肝汤治疗腹泻型肠易激综合征效大黄祛湿降浊; 蒲公英、槐花清热解利湿; 巴戟天温补脾肾, 除寒湿。五药合用共达补益脾肾、泻浊解毒之功。中药保留灌肠是通过以结肠为半透膜将药液注入肠腔内, 药液通过肠腺和毛细血管进入血液循环系统, 将体内的毒素经过肠腔排出体外, 达到治疗效果。本疗法费用低廉, 疗效肯定, 是治疗慢性肾功能衰竭的有效手段。

(收稿日期: 2011-07-05)