

尿毒清颗粒辅助治疗慢性肾功能衰竭临床观察

陈晓波, 张章

瑞安市塘下人民医院肾内科, 浙江 瑞安 325204

[摘要] 目的: 观察尿毒清颗粒辅助治疗慢性肾功能衰竭的临床疗效。方法: 回顾性分析 76 例慢性肾功能衰竭患者的病历资料, 对照组 38 例采用常规治疗, 观察组 38 例在对照组治疗基础上加用尿毒清颗粒治疗。观察 2 组患者临床症状(恶心、呕吐、浮肿及食欲缺乏、乏力)的改善情况, 检测 2 组患者治疗前后的生化指标, 统计 2 组的临床疗效。结果: 治疗后, 观察组各项临床症状、生化指标改善情况均优于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。观察组总有效率为 86.8%, 高于对照组的 42.1%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 应用尿毒清颗粒辅助治疗慢性肾功能衰竭有利于改善患者各项生化指标及症状, 提高临床疗效, 促进患者康复。

[关键词] 慢性肾功能衰竭; 尿毒清颗粒; 生化指标

[中图分类号] R692.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0073-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.031

慢性肾功能衰竭主要是在各种慢性肾脏疾病基础上, 肾脏受到严重破坏而缓慢出现肾功能衰退直至衰竭的一种临床综合征^[1]。患者临床主要表现为水肿、尿量减少、低钠血症等。预防及治疗肾功能衰竭需全面而系统性的治疗, 目前主要通过血液透析及对症治疗, 经济充裕且医疗发达或肾源合适者可选择肾移植来从根本上提高生活质量, 但同时还需加强心理辅导等; 后者因受费用等因素影响而较少实施, 前者虽可改善患者各项症状, 提高生活质量, 但所需费用高且易降低患者治疗依从性, 同时给患者带来的痛苦较大。中医学认为慢性肾功能衰竭的病机为本虚标实, 治疗应以扶正祛邪及标本兼治为原则。因患者病情复杂, 所以应用联合治疗有利于延缓肾功能损害进程, 从而改善预后。此次研究采用尿毒清颗粒辅助治疗慢性肾功能衰竭, 旨在探讨其临床疗效及安全性, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《肾脏病学》^[2]有关慢性肾功能衰竭的诊断标准, 血肌酐(Scr) $> 133 \mu\text{mol/L}$ 、内生肌酐清除率(CCr) $< 80 \text{ mL/min}$ 、存在慢性肾脏疾病或累及肾脏的相关疾病史、肾损害(影像学异常, 血、尿等异常) ≥ 3 月、肾小球滤过率 $< 60 \text{ mL}(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$, 且持续时间 ≥ 3 月, 属代偿期、失代偿期。

1.2 辨证标准 符合《中医内科学》^[3]有关脾肾气虚证辨证标准, 主症: 倦怠乏力, 食少纳呆, 气短懒言, 腰膝酸软, 大便不实; 次症: 口淡不渴, 脘腹胀满; 舌脉: 舌淡有齿痕、舌苔厚腻, 脉细沉。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准与脾肾气虚证辨证标准;

年龄 18~80 岁; 同意参与研究且签署知情同意书, 意识与表达清楚。

1.4 排除标准 患有恶性肿瘤, 严重心、脑、肝等疾病, 严重全身性感染或营养不良, 精神疾病; 妊娠或哺乳期妇女; 过敏体质、透析者等。

1.5 一般资料 回顾性分析 2014 年 1 月—2015 年 1 月于本院治疗的 76 例慢性肾功能衰竭患者的病历资料, 按治疗方法不同分为 2 组。对照组 38 例, 男 20 例, 女 18 例; 年龄 47~75 岁, 平均(62.5 \pm 5.7)岁; 病程 5 月~4.8 年, 平均(2.6 \pm 0.7)年; 原发疾病: 高血压肾病 12 例, 糖尿病肾病 18 例, 慢性肾炎 5 例, 慢性肾盂肾炎 3 例。观察组 38 例, 男 22 例, 女 16 例; 年龄 45~73 岁, 平均(62.2 \pm 5.5)岁; 病程 6 月~4.9 年, 平均(2.7 \pm 0.6)年; 原发疾病: 高血压肾病 13 例, 糖尿病肾病 16 例, 慢性肾炎 7 例, 慢性肾盂肾炎 2 例。2 组性别、年龄、病程和原发疾病等资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 积极控制血压、血糖等, 及时纠正水、电解质紊乱等, 加强饮食控制, 给予优质低蛋白饮食。氢氯噻嗪片(天津力生制药股份有限公司, 规格: 每片 25 mg), 每次 2 片, 每天 1 次, 连续服用 5 天。同时还可补充钙剂和维生素, 及时纠正贫血等症状。

2.2 观察组 于对照组治疗基础上加用尿毒清颗粒[康臣药业(内蒙古)有限责任公司, 规格: 每袋 5 g], 温开水冲服, 每天

[收稿日期] 2016-02-01

[作者简介] 陈晓波 (1975-), 男, 主治医师, 主要从事肾内科临床工作。

4次, 6、12、18时各服1袋, 22时服2袋; 每天最大服用量为8袋。

2组均治疗2月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者临床症状(恶心、呕吐、浮肿及食欲缺乏、乏力)的改善情况; 改善: 恶心呕吐症状减轻或消失, 浮肿减轻, 食欲增加, 乏力减轻或消失; 否则为无改善。检测2组患者治疗前后的生化指标, 统计2组临床疗效与治疗期间的不良反应情况。于治疗前及治疗2月后第2天分别抽取患者空腹静脉血液5 mL, 离心处理(转速3000 r/min, 离心10 min), 采用日立全自动生化分析仪检测尿素氮(BUN)、血红蛋白(Hb)、血肌酐(Scr)、内生肌酐清除率(CCr)、胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、24 h尿蛋白定量(24hUP)、尿蛋白排泄率(UAER)、血纤维蛋白原(Fg)、 α 微球蛋白(α -MG)、尿N-乙酰 β 葡萄糖苷酶(NAG)、血清胱抑素C(Cys C)。

3.2 统计学方法 数据采用SPSS18.0软件进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据UAER来判断临床疗效。显效: UAER较治疗前下降>50%或恢复正常; 有效: UAER较治疗前下降30%~50%; 无效: UAER较治疗前下降<30%或升高。

4.2 2组治疗后各项临床症状改善情况比较 见表1。治疗后, 观察组各项临床症状改善情况均优于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

表1 2组治疗后各项临床症状改善情况比较 例(%)

组别	n	恶心/呕吐	浮肿	食欲缺乏	乏力
对照组	38	17(44.7)	20(52.6)	18(47.4)	20(52.6)
观察组	38	26(68.4)	31(81.6)	28(73.7)	34(89.5)
χ^2 值		4.34	7.21	5.51	12.54
P值		0.04	0.01	0.02	0.00

4.3 2组治疗前后各项生化指标比较 见表2。治疗前, 2组各项生化指标水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组各项生化指标均较治疗前改善, 观察组各指标改善程度均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2组临床疗效比较 见表3。观察组治疗总有效率为86.8%, 明显高于对照组的42.1%, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4.5 不良反应 治疗期间, 对照组1例轻微呕吐、1例轻微头痛, 观察组1例轻微呕吐, 但均未采取任何处理措施, 患者于30 min后症状自行消失, 未对治疗产生任何影响。

5 讨论

慢性肾功能衰竭发病原因及机制十分复杂, 中医学认为该病是因先天禀赋不足、后天素体失养及情志不畅等所致, 为

表2 2组治疗前后各项生化指标比较($\bar{x} \pm s$, $n=38$)

指标	对照组		观察组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
BUN(mmol/L)	22.29 \pm 4.72	14.68 \pm 2.63 ^①	22.31 \pm 4.68	6.78 \pm 2.08 ^②
SCr(μ mol/L)	461.72 \pm 126.54	142.74 \pm 34.96 ^①	459.87 \pm 127.11	115.79 \pm 20.67 ^②
TQ(mmol/L)	5.22 \pm 0.91	4.26 \pm 0.75 ^①	5.19 \pm 0.95	3.07 \pm 0.85 ^②
TQ(mmol/L)	2.87 \pm 1.19	2.15 \pm 0.98 ^①	2.89 \pm 2.20	1.38 \pm 0.71 ^②
24hUP(g)	0.26 \pm 0.08	0.19 \pm 0.07 ^①	0.27 \pm 0.09	0.11 \pm 0.04 ^②
Fg(g/L)	5.46 \pm 0.76	4.11 \pm 0.89 ^①	5.51 \pm 0.75	3.07 \pm 0.62 ^②
α -M(g/L)	0.0281 \pm 0.0011	0.0142 \pm 0.0012 ^①	0.0282 \pm 0.0012	0.0071 \pm 0.0004 ^②
UAER(mg/24h)	164.25 \pm 23.87	121.33 \pm 20.11 ^①	165.01 \pm 23.68	94.71 \pm 16.57 ^②
NAG(U/L)	489.11 \pm 16.68	261.57 \pm 22.36 ^①	490.01 \pm 16.60	215.21 \pm 12.69 ^②
Cys C(mg/L)	1.82 \pm 0.71	1.45 \pm 0.32 ^①	1.79 \pm 0.69	1.12 \pm 0.26 ^②
CCr(mL/min)	32.52 \pm 10.17	9.41 \pm 4.25 ^①	32.49 \pm 10.21	3.56 \pm 1.31 ^②
Hb(g/L)	5.11 \pm 0.62	5.82 \pm 0.75 ^①	5.09 \pm 0.69	8.88 \pm 1.22 ^②

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

表3 2组临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	38	11	5	22	42.1
观察组	38	26	7	5	86.8
χ^2 值					17.12
P值					0.00

本虚标实之证, 本虚在于脾肾亏虚, 标实在于湿热、血瘀阻滞^[4]。本次研究所采用的尿毒清颗粒, 主要由大黄、黄芪、桑白皮、白术、苦参、茯苓、丹参、制首乌等复合而成, 其中丹参可活血化瘀; 大黄可清热解毒、通腑泄浊; 黄芪可健脾补气; 白术、茯苓可健脾除湿; 桑白皮利水消肿; 苦参清热燥湿、利尿; 制首乌可补肾益精; 诸药合用, 可通腑利湿、益气活血、健脾益肾等。现代药理学研究结果提示, 大黄可改善糖尿病肾病患者的糖脂代谢紊乱, 并减轻肾脂质过氧化损伤, 影响肾内血流动力学, 降低肾小球高滤过状态等^[5]。黄芪可改善微循环及扩张血管、降低血糖及血液黏度, 同时还可增加肾血流量等, 对肾脏具有一定保护作用, 并可减少早期糖尿病肾病尿微量清蛋白的排泄^[6]。丹参含有丹参酮、丹参素及维生素E等, 可提高机体耐缺氧能力, 促进纤溶, 抑制血小板聚集和血栓形成, 改善患者肾脏血液循环, 从而增加肾血流量, 保护肾功能, 减少蛋白尿^[7]。

Cys C受性别和年龄、饮食等因素影响较小, 人体肾脏为清除其的唯一器官^[8], 此次研究中, 患者治疗后Cys C水平明显下降, 由此说明服用尿毒清颗粒可加速Cys C排泄, 保护肾功能。并且尿毒清颗粒可通过降低BUN和Scr水平, 从而稳定患者的肾功能, 延缓肾衰竭, 对改善肾性贫血具有重要作用。而本研究结果显示, 观察组Fg显著下降, 提示尿毒清颗

粒可改善患者的高凝状态。

综上所述,在常规治疗基础上加用尿毒清颗粒综合治疗慢性肾功能衰竭疗效显著。然此次研究因受各种因素(如检测及样本数量、研究时间等)影响而导致研究结果并不全面,所以为得出更为准确的数据,尚需扩大研究样本以深入研究分析。

[参考文献]

- [1] 蔡源,董俊武.尿毒清颗粒联合复方 α 酮酸对CKD-MBD患者PINP、CTX及FGF23的影响[J].中国生物化学杂志,2015,35(2):100-103.
- [2] 王海燕.肾脏病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,1998:1393.
- [3] 周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:446.
- [4] 郑海生,王荣,刘凯,等.中医补肾泄浊法与尿毒清治

疗慢性肾功能衰竭随机对照试验的系统评价和Meta分析[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(3):306-310.

- [5] 涂玥,孙伟,万毅刚,等.大黄类经方延缓慢性肾脏病进展[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(5):222-228.
- [6] 曹玲玲,李维祖,司秀莲,等.黄芪甲苷对肾小球系膜细胞氧化应激损伤的保护作用及其机制[J].中国中药杂志,2013,38(5):725-730.
- [7] 李建恒,乔亚君,侯力峰,等.丹参脂溶性有效成分丹参酮研究进展[J].河北大学学报:自然科学版,2015,35(2):217-224.
- [8] 王一丁,赵娟,黄勇,等.血清胱抑素C检测在老年慢性肾功能衰竭诊断中的意义[J].四川医学,2015,36(5):719-721.

(责任编辑:吴凌)

小柴胡汤联合西医治疗慢性肾功能衰竭湿热证临床观察

周华虹,成栋

金华市中医医院,浙江 金华 321017

[摘要] 目的:观察小柴胡汤联合西医治疗慢性肾功能衰竭湿热证患者的临床疗效。方法:将68例慢性肾功能衰竭湿热证患者按照随机数字表法分为对照组与观察组各34例。比较2组患者的临床症状改善情况及治疗前后的血红蛋白(Hb)、24h尿蛋白定量、尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、内生肌酐清除率(CCr)。统计2组的临床疗效及不良反应。结果:治疗后,观察组患者各项临床症状改善情况均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2组BUN、SCr、CCr、血红蛋白、24h尿蛋白定量均较治疗前改善($P < 0.05$),观察组各指标改善情况均优于对照组($P < 0.05$)。观察组临床总有效率为85.3%,明显高于对照组的44.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:应用小柴胡汤加减联合西医治疗慢性肾功能衰竭湿热证的临床疗效显著且安全。

[关键词] 慢性肾功能衰竭;湿热证;中西医结合疗法;小柴胡汤

[中图分类号] R692.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0075-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.032

慢性肾功能衰竭患者常伴皮肤瘙痒、水肿及失眠等症状,从而影响其日常生活。目前现代医学主要采用药物及肾脏替代治疗慢性肾功能衰竭,但因治疗费用昂贵,且需患者具有严格依从性等,因此给患者造成一定困难,并影响最终疗效。中药治疗慢性肾功能衰竭具有其独特优势,通过辨证论治地运用中药,对改善临床症状、消除毒素及延缓病情、保护残余肾功能等有显著效果。因单纯中药治疗起效慢,治疗时间长,会降低

患者的治疗依从性,不利于巩固疗效及病情改善。为此,中西医结合治疗慢性肾功能衰竭成为临床治疗的一种趋势。本次研究于西医疗法基础上加小柴胡汤加减辅助治疗,观察临床效果,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《内科学》^[1]中慢性肾功能衰竭的诊断标准,血清肌酐(SCr) $\geq 133 \mu\text{mol/L}$,肾小球滤过率(GFR) < 60

[收稿日期] 2016-02-12

[作者简介] 周华虹(1981-),女,主治中医师,研究方向:肾内科。