

中西医结合综合治疗 阿拉伯国家慢性肾脏病患者的研究*

石家庄肾病医院国际一部 (石家庄 050061)

刘盼 张建国 董冲霄 王春寒 蔡京涛 杨启超 贾英辉 吕海燕 张灵芝 冯秀香

提要 目的: 研究中西医结合综合治疗阿拉伯国家慢性肾脏病 (CKD) 患者的临床疗效。方法: 选取2010年1月至2015年11月本院收治的阿拉伯国家 CKD 患者 189 例, 按照随机数字表法将患者分为 I 组 (95 例) 和 II 组 (94 例), I 组给予中西医结合联合血液净化综合治疗, II 组给予血液净化和中药外敷治疗, 2 组均治疗 2 个月, 比较 2 组治疗前、后肌酐 (Scr)、尿素氮 (BUN)、尿酸 (UA)、肾小球滤过率 (eGFR)、24 h 尿蛋白定量、白蛋白及中医症状积分。结果: I 组总有效率为 62.1% 显著高于 II 组的 52.1%, 2 组比较差异有显著性 ($P < 0.05$); 治疗后 2 组 Scr、BUN、UA、24 h 尿蛋白定量均明显降低, eGFR、白蛋白明显升高, 与治疗前比较差异有显著性 ($P < 0.05$); 2 组治疗后中医症状积分显著降低, 与治疗前比较差异有显著性 ($P < 0.05$), 且 I 组显著低于 II 组, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合综合治疗阿拉伯国家 CKD 具有较好的临床疗效。

关键词 中西医结合; 综合治疗; 中药治疗; 针灸治疗; 阿拉伯国家; 慢性肾脏病; 血液净化

中图分类号 R256.5 **文献标识码** A **文章编号** 1007-5615(2017)05-0014-04

DOI:10.16370/j.cnki.13-1214/r.2017.05.005

慢性肾脏病 (CKD) 指的是肾脏病理改变或肾脏损伤超过 3 个月, 伴或不伴肾小球滤过率 (eGFR) 降低的疾病。^[1] 近年来, CKD 的发病率呈逐渐增加的趋势, 目前国内外临床上治疗终末期肾脏病仍然是以对症治疗、血液净化、肾移植为主, 对患者生活质量有很大影响。因此, 寻求有效治疗 CKD 的方法具有重要意义。^[2-3] 本研究旨在分析中西医结合联合血液净化综合治疗阿拉伯国家慢性肾脏病患者的临床疗效, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月到 2015 年 11 月我院收治的阿拉伯国家 CKD 患者 189 例, 患者均来自阿拉伯国家 (巴勒斯坦 9 例、约旦 5 例、叙利亚 3 例、黎巴嫩 2 例、沙特阿拉伯 32 例、伊拉克 23 例、也门 8 例、科威特 27 例、阿联酋 26 例、卡塔尔 14 例、巴林 16 例、阿曼 24 例), 年龄 25 ~ 65 周岁, eGFR $< 10 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ 。排除标准: 妊娠或哺乳期妇女; 并发恶性肿瘤者; 存在严重肝功能异常者; 对药物过敏者; 不配合治疗者; 不能长期随访者; 存在其他影响生存期的疾病者。按照随机数字表法将患者分为 I 组和 II 组, I 组 95 例, 男性 50 例, 女性 45 例, 年龄 25 ~ 65 岁, 平均 (45.3 ± 3.2) 岁, 糖尿病肾病 31 例, 原发性高血压肾损伤 32 例, 慢性肾小球肾炎 32 例; II 组

94 例, 男性 49 例, 女性 45 例, 年龄 25 ~ 65 岁, 平均 (44.9 ± 2.5) 岁, 糖尿病肾病 32 例, 原发性高血压肾损伤 31 例, 慢性肾小球肾炎 31 例, 2 组患者性别、年龄及类型比较差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究由本院医学伦理委员会批准, 所有患者及家属均知情并签署知情同意书。

1.2 诊断标准 CKD 诊断: 肾脏损伤或 eGFR $< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$, 持续 3 个月。其包含 2 个诊断标准: (1) 肾脏损伤 (肾脏结构或功能异常) ≥ 3 个月, 可有或无 eGFR 下降, 表现为病理学检查异常; 肾损伤的指标阳性, 包括血、尿成分异常或影像学检查异常。(2) eGFR $< 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2 \geq 3$ 个月, 有或无肾脏损伤证据。

1.3 方法

1.3.1 一般治疗: 适当控制饮食, 嘱患者低钠、低脂、低钾、优质蛋白、高维生素饮食, 选择合适的降压药、降糖药或胰岛素, 纠正贫血、给予调节电解质、酸碱平衡、钙磷代谢紊乱药物。

1.3.2 I 组: 在一般治疗的基础上, 应用中医治疗。(1) 中药合剂口服。给予益气养血、活血通络的脉康合剂 (石家庄神通药业有限公司, 国药准字 B20020217) 60 mL , 1 日 3 次口服。(2) 中药口服。脾肾阳虚者给予参苓白术散合右归丸加减, 方剂组成: 人参、茯苓、白术、山药各 12 g , 扁豆 9 g , 砂仁、薏苡仁各 6 g , 杜仲 9 g , 枸杞子、山药各 10 g ; 肝肾阴虚者给予六味地黄丸合二至丸加

* 河北省石家庄市科学技术研究与发展指导计划项目:
No. 151461073

通讯作者: 张建国, 男, 教授, 主任医师。

减,方剂组成: 山茱萸 9 g, 熟地黄 12 g, 茯苓、牡丹皮各 9 g, 旱莲草 12 g, 女贞子 9 g; 气阴两虚者给予参芪地黄汤加减,方剂组成: 人参、黄芪各 12 g, 熟地黄 15 g, 牡丹皮 9 g, 山茱萸 20 g, 茯苓 9 g; 阴阳两虚者给予肾气丸加减,方剂组成: 巴戟天 15 g, 熟地黄 9 g, 山茱萸、石斛各 12 g, 肉苁蓉 10 g, 肉桂、五味子各 6 g, 茯苓 12 g, 麦冬 10 g, 甘草 3 g。各型均每日 1 剂,水煎取汁 400 mL,分早晚 2 次温服。(3)中药双肾区外敷。脾肾阳虚者给予右归丸合真武汤加减,方剂组成: 附子 10 g, 茯苓、白术各 15 g, 干姜 10 g, 山药、山茱萸各 20 g, 熟地黄 25 g; 肝肾阴虚者给予六味地黄汤合二至丸加味,方剂组成: 山茱萸 9 g, 熟地黄 12 g, 茯苓、牡丹皮各 9 g, 旱莲草 12 g, 女贞子 9 g, 枸杞子、菊花各 12 g, 麦冬 15 g; 气阴两虚者给予参芪地黄汤加减,方剂组成: 黄芪 30 g, 党参 12 g, 熟地黄 15 g, 山药、山茱萸各 12 g, 牡丹皮、茯苓、龟板、鳖甲各 15 g; 阴阳两虚者给予左归丸合右归丸加减,方剂组成: 熟地黄 25 g, 山药、山茱萸各 20 g, 杜仲 12 g, 当归 15 g, 菟丝子、怀牛膝各 12 g, 鹿角胶 10 g, 龟板 15 g, 枸杞子 12 g, 桂枝 10 g。以上方剂水煎取汁 80 mL 浸纱布热敷两侧肾腧穴,每次 2 剂,每次 45 min,1 日 2 次,用 NOD-4AE 型离子渗透仪导入。(4)中药足浴。黄芪 30 g, 女贞子 15 g, 旱莲草 30 g, 桑枝 20 g, 伸筋草 30 g, 鸡血藤 15 g, 土茯苓 40 g, 积雪草 30 g。以上中草药水煎取汁 8 000 mL,浸浴双下肢至足三里穴上,以汗出为度,1 日 2 次,每次 1 剂。(5)中药灌肠。方剂组成: 大黄 10 g, 蒲公英、海螵蛸、金银花各 15 g, 以上中草药水煎取汁 200 mL,高位保留灌肠 30 min,每次 100 mL,1 日 2 次。(6)药浴或汽浴熏蒸。气阴两虚者给予左归丸合右归丸加减,方剂组成: 熟地黄 25 g, 山药 20 g, 党参 15 g, 山茱萸 20 g, 川牛膝、龟板、鳖甲、枸杞子各 15 g; 肝肾阴虚者给予六味地黄汤合二至丸加减,方剂组成: 山茱萸 9 g, 熟地黄 12 g, 茯苓、牡丹皮各 9 g, 旱莲草 12 g, 女贞子 9 g; 脾肾阳虚者给予二仙汤合金匱肾气丸加减,方剂组成: 仙茅 12 g, 仙灵脾、巴戟天各 15 g, 山茱萸 9 g, 熟地黄 12 g, 茯苓、牡丹皮各 9 g, 桂枝 10 g; 湿热壅滞者给予萆薢分清饮加减,方剂组成: 藿香 10 g, 萆薢 20 g, 土茯苓 40 g, 积雪草 30 g, 石菖蒲 15 g, 乌药 20 g, 以上方剂水煎取汁 5 000 mL,放入浴缸浸浴全身洗浴,每次 30 min,每周 2 次。(7)熏蒸。将(6)项方剂中药液放入 SCZ-IC 熏蒸治疗机(中药气化治疗仪,河南省安阳市盛昌医疗器械有

限公司) A (头、肩)、B (躯干)、C (下肢) 3 区,每区放药液 5 000 mL,药液距离床面 3 cm,患者着病员服单衣仰卧于熏蒸床,温度设置 38℃~40℃,每次 50 min,每周 2~3 次。(8)针灸。同时配合针灸。气虚者取穴气海、合谷、肾腧、关元; 阴虚者取穴肺腧、足三里、三阴交、太溪、气海、阴陵泉; 阳虚取穴关元、命门、中极、关元、命门治疗。必要时采用艾灸、督灸等治疗。上述(1)~(8)项同步运用。(9)透析。根据患者的情况适时给予血液净化。

1.3.3 II 组: 在一般治疗基础上,根据患者的情况给予血液净化和中药外敷治疗,药剂和方法同 1.3.2 中的(3)。

1.3.4 疗程: 21 d 为 1 疗程,患者住院期间治疗 1~3 个疗程。

1.4 观察指标 观察 2 组治疗前、后肌酐 (Scr)、尿素氮 (BUN)、尿酸 (UA)、eGFR (采用简化 MDRD 公式计算 eGFR)、24 h 尿蛋白定量、白蛋白。并观察中医证候积分,^[4]主要包括倦怠乏力、气短懒言、食少纳呆、腰酸膝软、恶心呕吐、口干口苦、面色晦黯及腰痛,每项评分 0~5 分,分数越高表示症状越重。

1.5 疗效评价 显效: 临床症状明显减轻,内生 Scr 清除率增加 $\geq 20\%$,血 Scr 降低 $\geq 20\%$; 有效: 治疗后患者临床症状有减轻,内生 Scr 清除率增加 $\geq 10\%$,血 Scr 降低 $\geq 10\%$; 稳定: 治疗后患者临床症状有所改善,内生 Scr 清除率或血 Scr 无改变; 无效: 治疗后患者临床症状、内生 Scr 清除率、血 Scr 均较前加重。^[5]总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.6 统计学方法 应用 SPSS17.0 软件统计和分析数据,其中计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,应用 t 检验,计数资料应用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有显著性。

1.7 随访 患者一般住院 1~2 个月,2 组患者出院前检测所有疗效指标。出院时 I 组带 1.3.2 项中(1)、(3)、(4)、(6)项治疗药物回国继续巩固治疗; II 组带 1.3.2 项中(3)项治疗药物回国继续巩固治疗。每 15 d 用视频连线随访 1 次。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 I 组总有效率为 62.1% (59/95) 显著高于 II 组的 52.1% (49/94),2 组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。详见表 1。

2.2 2 组 Scr、BUN 和 eGFR 比较 治疗前 2 组 Scr、BUN 和 eGFR 比较差异无显著性 ($P > 0.05$); 治疗后 2 组 Scr、BUN 均明显降低,eGFR

明显升高,与治疗前比较差异有显著性 ($P < 0.05$); 治疗后 I 组 Scr、BUN 显著低于 II 组, eGFR 显著高于 II 组,差异有显著性 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 1

2 组临床疗效比较

例 (%)

组别	例数	显效	有效	稳定	无效	总有效率 (%)
I 组	95	19 (20.0)	40 (42.1)	25 (26.3)	11 (11.6)	62.1 [△]
II 组	94	17 (18.1)	32 (34.0)	28 (29.8)	17 (18.1)	52.1

注: 与 II 组比较, $\Delta P < 0.05$

表 2

2 组治疗前、后 Scr、BUN 和 eGFR 水平比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	Scr ($\mu\text{mol/L}$)	BUN (mmol/L)	eGFR (mL/min)
I 组	治疗前	543.43 $\pm$ 14.28	21.52 $\pm$ 1.39	18.21 $\pm$ 2.35
	治疗后	372.52 $\pm$ 12.09 ^{*△}	13.09 $\pm$ 0.32 ^{*△}	34.35 $\pm$ 3.56 ^{*△}
II 组	治疗前	542.89 $\pm$ 9.03	21.49 $\pm$ 0.98	18.23 $\pm$ 1.62
	治疗后	393.26 $\pm$ 4.27 [*]	17.02 $\pm$ 1.24 [*]	22.63 $\pm$ 2.07 [*]

注: 与治疗前比较, $* P < 0.05$; 与 II 组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 2 组 24 h 尿蛋白定量和白蛋白水平比较
治疗前 24 h 尿蛋白定量和白蛋白比较差异无显著性 ($P > 0.05$), 治疗后 2 组 24 h 尿蛋白定量均明显降低, 白蛋白明显升高, 与治疗前比较差异有显著性 ($P < 0.05$), I 组 24 h 尿蛋白定量显著低于 II 组, 白蛋白显著高于 II 组, 比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。详见表 3。

2.4 2 组中医证候积分比较 治疗前 2 组中医证候积分比较差异无显著性 ($P > 0.05$), 治疗后 2 组中医症状积分显著降低, 与治疗前比较差异有显著性 ($P < 0.05$), I 组中医证候积分显著低于

II 组, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。详见表 4。

表 3 2 组治疗前、后 24 h 尿蛋白定量和白蛋白水平比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	24 h 尿蛋白定量 (g/24 h)	白蛋白 (g/L)
I 组	治疗前	2.02 $\pm$ 0.05	21.14 $\pm$ 0.67
	治疗后	0.51 $\pm$ 0.03 ^{*△}	38.31 $\pm$ 1.09 ^{*△}
II 组	治疗前	2.04 $\pm$ 0.06	21.09 $\pm$ 0.58
	治疗后	0.89 $\pm$ 0.04 [*]	29.94 $\pm$ 2.42 [*]

注: 与治疗前比较, $* P < 0.05$; 与 II 组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 4

2 组治疗前、后中医证候积分比较

($\bar{x} \pm s$)

症状	I 组 (分)		II 组 (分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
倦怠乏力	3.94 $\pm$ 0.05	2.01 $\pm$ 0.06 ^{*△}	3.95 $\pm$ 0.11	3.04 $\pm$ 0.03 [*]
气短懒言	3.78 $\pm$ 0.12	2.13 $\pm$ 0.13 ^{*△}	3.78 $\pm$ 0.15	3.12 $\pm$ 0.09 [*]
食少纳呆	3.69 $\pm$ 0.09	2.03 $\pm$ 0.02 ^{*△}	3.71 $\pm$ 0.36	3.02 $\pm$ 0.05 [*]
腰酸膝软	3.83 $\pm$ 0.57	2.15 $\pm$ 0.17 ^{*△}	3.84 $\pm$ 0.25	3.14 $\pm$ 0.04 [*]
恶心呕吐	3.79 $\pm$ 0.41	2.34 $\pm$ 0.08 ^{*△}	3.79 $\pm$ 0.04	3.35 $\pm$ 0.64 [*]
口干口苦	3.82 $\pm$ 0.21	2.42 $\pm$ 0.06 ^{*△}	3.84 $\pm$ 0.42	3.41 $\pm$ 0.17 [*]
面色晦黯	4.15 $\pm$ 0.52	3.01 $\pm$ 0.62 ^{*△}	4.21 $\pm$ 0.43	3.05 $\pm$ 0.07 [*]
腰痛	3.78 $\pm$ 0.07	2.68 $\pm$ 0.38 ^{*△}	3.79 $\pm$ 0.16	3.67 $\pm$ 0.14 [*]

注: 与治疗前比较, $* P < 0.05$; 与 II 组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

3 讨论

CKD 是一种慢性病, 病程较长, 呈进行性、缓慢且不可逆性进展, 是临床上较难治疗的疾病之一。随着医疗水平的提高, 人们对 CKD 的认识不断深入, CKD 不仅仅是肾脏的损伤, 也是在肾脏损伤基础上的多环节、多器官的全身性综合性疾病, 对全身多个系统、器官均有影响。^[6] 现阶段,

世界各国临床上治疗本病主要是对症治疗和血液净化, 如降压、降糖、纠正贫血、改善电解质、酸碱失衡、钙磷代谢紊乱等, 血液净化治疗虽为 CKD 患者的长期生存提供了希望, 但其长期治疗的并发症及昂贵的医疗费用已是世界多国大众关注的健康问题之一, 因此寻求更经济、有效的治疗方法是各国临床肾病专业人员致力探索的热点之一。经过长

期的实践证实, 中医学治疗 CKD 凸显出优势, 在改善患者临床症状、各种理化指标上效果确切, 获得国内外患者的认可。^[7]

中医学认为, CKD 是由各种因素引起的脏腑功能紊乱, 引起浊毒、水湿及瘀血等病理产物在体内停留, 进而影响脏腑的正常生理功能, 引起病理产物产生, 而这些病理产物又会集聚在体内, 形成恶性循环。^[8-9] 因此, 认为 CKD 的病机是本虚标实, 其中脾肾亏虚是根本, 浊瘀毒滞等为标。在中医整体观念和辨证论治理论的指导下, 确立以调理阴阳、扶正祛邪、调理脏腑功能为主的基本治疗原则, 并根据其中医证候将 CKD 患者分为脾肾阳虚型、肝肾阴虚型、气阴两虚型、阴阳两虚型, 本研究根据不同证型采用不同路径, 利用口服、外敷、足浴、药浴、熏蒸、灸疗等多种方法, 有效结合, 对肌体进行整体调节, 促进毒邪排除体外。口服中药根据《医学心悟》治疗八法“汗、吐、下、和、温、清、消、补”及《景岳全书》的“补、和、攻、散、寒、热、固、因”八略, 辨证后, 对肌体进行整体调节, 排除体内瘀浊之毒; 脉康合剂, 益气养血、活血通络; 中药穴位外敷采用内病外治的原理, 贯通经络, 直达病灶; 足浴有效刺激足底穴位, 调节气血运行; 中药灌肠, 促进毒邪从肠道排除, 降低毒素在体内堆积, 这在一定程度上降低了肾脏负担。配合浸浴和汽浴熏蒸可以使药物从皮肤浸入, 也可以缓解皮肤干燥引起的瘙痒, 同时浸浴和汽浴还可以促进汗液排除, 使一部分毒素从汗液中排除。根据患者的情况进行针灸、艾灸或督灸, 能温通经脉, 和畅气血, 达到调理脏腑的作用。各种方式联合应用调动肌体内在因素和免疫系统, 与外来药物治疗形成合力, 起到治疗的叠加效应。因此, 本研究观察中西医结合联合血液净化综合治疗阿拉伯国家 CKD 患者的效果, 结果显示, I 组总有效率显著高于 II 组, 说明中西医结合一体化联合血液净化治疗阿拉伯国家 CKD 具有较好的临床疗效, 提示应用中西医结合联合血液净化综合治疗阿拉伯国家 CKD 效果确切。分析其原因为: 中西医结合联合血液净化综合治疗一方面通过西医对症支持治疗改善患者症状, 另一方面配合中医各种方式治疗, 从根本上进行调理, 进而从本质上改善患者病情, 增强治疗效果。本研究还显示, 治疗后 2 组 Scr、BUN、UA、24 h 尿蛋白定量均明显降低, eGFR、白蛋白明显升高, 且 I 组优于 II 组, 与其他研究结果有相似性,^[10] 说明中西医结合联合血液净化综合治疗阿拉伯国家 CKD 能有效改善患

者各项指标, 充分说明中医各种疗法可以从内在调理各脏腑生理功能, 从肠道、皮肤等排出 Scr、BUN、UA, 使体内 Scr、BUN、UA 水平降低, 而 Scr、BUN、UA 水平的降低, 可大大减轻对肾脏的损害, 起到尿蛋白减少, 白蛋白水平升高。本研究还显示, 2 组治疗后中医症状积分显著降低, 且 I 组低于 II 组, 分析其原因为:^[11] 西医对症处理同时配合中医各种治疗方式, 能改善 CKD 的致病根本与标症, 因此从各个方面改善患者的临床症状, 进而使患者临床症状评分得到改善。

综上所述, 中西医结合联合血液净化综合治疗阿拉伯国家 CKD 疗效确切, 能有效改善患者临床症状, 降低各项指标, 同时改善患者中医证候评分, 可以于临床推广应用。

参考文献

- [1] 许杰, 杨菊红, 单春艳, 等. 住院 2 型糖尿病患者合并慢性肾脏病的患病率及其危险因素分析 [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2014, 30 (7): 597-600
- [2] 刘红春, 苏利沙, 赵占正, 等. 血清胱抑素 C 评估慢性肾脏病患者肾小球滤过率的应用研究 [J]. 中华检验医学杂志, 2014, 37 (3): 184-188
- [3] 戴恩来. 慢性肾脏病“毒损肾络”病机概论 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15 (2): 97-100
- [4] Nelson A, Otto J, Whittle J, et al. Subclinical cardiopulmonary dysfunction in stage 3 chronic kidney disease [J]. Open Heart, 2016, 3 (1): e000 370
- [5] 蒋阳, 胡耀琪, 唐娟, 等. 老年非透析慢性肾脏病合并高血压患者难治性高血压的影响因素 [J]. 中国老年学杂志, 2014, 34 (11): 3 020-3 022
- [6] Fukasawa Y, Makino Y, Ogawa M, et al. Factors related to deterioration of renal function after singleton delivery in pregnant women with chronic kidney disease [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2016, 55 (2): 166-170
- [7] 刘壮竹. 中医药治疗对 CKD 患者血清白蛋白影响的研究现状 [C]. 广东省中医药学会、中西医结合学会肾病专业委员会 2010 年学术年会论文汇编, 2010. 164-168
- [8] Yuan H, Chen S, Hu F, et al. Efficacy of Two Combinations of Blood Purification Techniques for the Treatment of Multiple Organ Failure Induced by Wasp Stings [J]. Blood Purif, 2016, 42 (1): 49-55
- [9] 田寿福, 费梅, 陈爱平, 等. 前列地尔注射液联合疏血通注射液治疗慢性肾脏病的疗效观察 [J]. 中国血液流变学杂志, 2014, 24 (3): 407-408
- [10] 沈文清, 邢艳芳, 钱捷, 等. 益肾化湿颗粒对慢性肾脏病患者微炎症和氧化应激状态的影响 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15 (12): 1 097-1 099
- [11] 乐晓琴, 王成军, 鲍晓荣, 等. 原发性慢性肾脏病患者动态血压特点及其与左心室肥厚的关系 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15 (7): 620-623

(2017-08-29 收稿)