

化湿补肾泄浊法对早中期慢肾衰钙磷代谢的干扰

★ 谭永东 王鹄 郑晓军 张国洲 徐进 周勇进 陈彩仙 (江西省上饶市立医院 上饶 334000)

关键词:化湿;补肾;泄浊;早中期慢性肾功能衰竭;钙磷代谢

中图分类号:R 692.5 文献标识码:A

慢性肾功能衰竭是各种肾脏疾病致肾损害的最后阶段,该病又由于体内钙磷代谢的紊乱,活性维生素 D 缺乏等,导致继发性甲状旁腺机能亢进及肾性骨病等发生,我们在临床中根据“天人合一”的中医理论,结合南方多雨、多湿的地理环境,针对该病本虚标实的特点,以化湿补肾泄浊法对早中期慢肾衰患者的钙磷代谢紊乱进行干扰治疗,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 共计 62 例,其中 41 例为门诊病例,21 例为住院病例;男性 38 例,女性 24 例;年龄 23~65 岁;原发病为慢性肾小球肾炎 40 例,慢性肾盂肾炎 10 例,糖尿病肾病 9 例,高血压肾病 3 例。按 2:1 随机分为治疗组 42 例,对照组 20 例。

1.2 入选标准 (1)各种病因所致的慢肾衰病人,性别、年龄不限。(2)血清肌酐在 130~550 $\mu\text{mol/L}$ 范围,血钙低于 2.0 mmol/L,血磷大于 1.45 mmol/L。

1.3 排除标准 合并下述疾病:充血性心力衰竭,Ⅰ型糖尿病,肝脏疾病,梗阻性肾病,急性肾炎,肾病综合征等造成的可逆性肾功能不全,合并肿瘤,正在进行透析或血肌酐 $\geq 550 \mu\text{mol/L}$ 。

1.4 诊断标准 参照 1992 年 6 月安徽太平“原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题治疗座谈会纪要”^[1]。

2 方法

2.1 治疗方法 两组病人入选后均给予基础治疗,如低盐,优质动物蛋白饮食,控制高血压,纠正酸中毒及必要时控制感染。治疗组按化湿补肾泄浊法给予中药:杏仁 10 g,薏苡仁 30 g,白豆蔻 6 g(后下),藿香 12 g,佩兰 12 g,太子参 30 g,

炒白术 12 g,茯苓 12 g,煅龙骨、煅牡蛎各 20 g(先煎),杜仲 12 g,鸡血藤 30 g,续断 12 g,淮牛膝 12 g,生大黄 12 g(后下),王不留行 12 g。每日 1 剂,每剂煎 2 次,第一煎煮沸 15 分钟即可,第二煎煮沸 30 分钟。对照组给予“尿毒清”口服,广州康臣药业有限公司出品。

2.2 观察方法 两组均以 15 天一为疗程,完成 4 个疗程者结束治疗,并予以随访,两组病人均在治疗前后查血钙、磷、肌酐、尿素氮,并进行比较及统计学处理。

2.3 统计学处理 采用 t 检验和 χ^2 检验。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 肾功能改善标准,参照第十二届全国中医肾病学术会议制定的标准,显效:自觉症状显著改善,Scr 下降 $\geq 30\%$;有效:临床症状明显改善,Scr 下降 15~30%;改善:Scr 下降未达 15%,临床症状改善;无效:Scr 以及临床症状无改善或加重。

钙磷情况,经治疗后低血钙、高血磷得到改善,即为有效。

3.2 临床有效率 肾功能改善方面,治疗组 42 例中,显效 20 例,有效 14 例,改善 3 例,总有效率 88%;对照组 20 例,显效 7 例,有效 4 例,改善 4 例,无效 5 例,总有效率 75%。钙、磷代谢改善方面:治疗组低钙高磷代谢改善者 34 例,占 80.9%,其与肾功能改善呈平行关系,而低钙高磷情况无改善的患者其肾功能也未见改善或改善很小,对照组低钙高磷改善者 11 例,占 55%,治疗组改善率优于对照组, $P < 0.05$,有显著性差异。

3.3 治疗前后血 Scr、BUN、Ca、P 比较 见表 1。

表 1 两组治疗前后 Scr、BUN、Ca、P 比较

		Scr/ $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$	BUN/ $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$	Ca/ $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$	P/ $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$
治疗组	治疗前	436.72 $\pm$ 108.23	20.82 $\pm$ 6.32	1.85 $\pm$ 0.22	1.64 $\pm$ 0.56
	治疗后	236.24 $\pm$ 80.12** $\Delta\Delta$	13.20 $\pm$ 4.92** $\Delta\Delta$	2.59 $\pm$ 0.28** $\Delta\Delta$	1.09 $\pm$ 0.32** $\Delta\Delta$
对照组	治疗前	423.81 $\pm$ 125.10	22.95 $\pm$ 6.70	1.98 $\pm$ 0.27	1.58 $\pm$ 0.60
	治疗后	220.75 $\pm$ 91.30*	12.98 $\pm$ 5.92*	2.05 $\pm$ 0.31	1.39 $\pm$ 0.53

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.05$;与对照组同期比较, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

中药灌肠治疗慢性复发型溃疡性结肠炎急性发作期 30 例

★ 袁亮 李国栋 邱剑峰 洪子夫 (中国中医科学院广安门医院肛肠科 100053)

★ 王朝阳 (北京中医药大学针灸学院针灸教研室 100029)

摘要:目的:观察中药灌肠方治疗湿热内蕴型慢性复发型溃疡性结肠炎急性发作期临床疗效。方法:采用随机对照法观察,治疗组 30 例采用中药灌肠方灌肠治疗;对照组 30 例用甲硝唑灌肠治疗,观察两组治疗后的疗效及症状改善程序。结果:灌肠方治疗组总有效率和临床缓解率分别为 93.3% 和 63.3%, 优于西药甲硝唑对照组的 76.67% 和 40%, P 均 < 0.05 ; 灌肠方在改善腹痛、腹泻、脓血便等主症方面疗效优于对照组, $P < 0.01$ 。结论:中药灌肠疗法对治疗溃疡性结肠炎具有良好的疗效。

关键词:慢性复发型;溃疡性结肠炎;急性发作期;灌肠

中图分类号:R 574.62 **文献标识码:**A

以溃疡性结肠炎为代表的炎症性大肠疾病是国内外难治性肠道疾病之一,目前西医治疗尚无突破进展,治疗难点是:复发率高,合并症多,有恶变倾向。大量文献表明,全身免疫功能异常、局部粘膜屏障功能下降、局部病理改变的形成对该病的发病和转归起重要作用。提示治疗上使用能直接作用于局部,改善局部粘膜免疫屏障功能、促进局部组织修复、降低病理改变程度的药物,同时再利用其它药物调节全身免疫功能,应该是治疗本病的最具针对性的治疗方法。而灌肠疗法配合中医辨证用药恰恰符合该要求。从中医角度来讲,该病发病通常总属本虚标实,上虚下实,本虚以脾虚为主,标实以大肠湿热为重,局部病机主要表现为湿热内蕴,采用清利湿热为主的中药灌肠,能够直达病所,以治其标,同时配合辨证治疗以治其本,可达到标本兼顾的目的。近十年的临床报道也表明,采用中药保留灌肠结合辨证施治治疗本病疗效满意。因此,作者总结中国中医研究院广安门医院肛肠科多年使用的中药灌肠经验方配合中成药辨证治疗与甲硝唑保留灌肠配合中成药辨证治疗进行临床疗效对比观察。

1 资料与方法

1.1 一般资料 治疗组男性 14 例,女性 16 例,年龄 26~68

岁,病程 1~17 年;病位直肠 8 例,直乙结肠 12 例,左半结肠 8 例,全结肠 2 例;其中湿热内蕴型 18 例,脾胃虚弱型 12 例。对照组男性 12 例,女性 18 例;年龄 18~65 岁;病位直肠 10 例,直乙结肠 12 例,左半结肠 7 例,全结肠 1 例;其中湿热内蕴型 16 例,脾胃虚弱型 14 例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:按 1993 年太原全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会制定的诊断标准。中医辨证分型诊断标准按 1992 年 8 月第四届全国中西医结合消化系统疾病学术交流会上制定的本病的辨证分型标准。

1.3 治疗方法 治疗组选用中药灌肠经验方。组成如下:黄连 9 g, 连翘 10 g, 栀子 10 g, 白芍 10 g, 防风 12 g, 甘草 12 g。由山西省药物研究所按本配方制成浓煎剂成药,封装在塑料瓶中,每瓶含药 20 mL,治疗时用水稀释成 100 mL,每晚保留灌肠一次。其中湿热内蕴型可酌情加服加味香连丸 6 g, 3 次/日;脾胃虚弱型加服成药参苓白术丸 6 g, 3 次/日。对照组:每晚用甲硝唑 100 mL,保留灌肠一次。配服药同上。两组均连续用药 3 周后复查各项指标,并观察结果。

1.4 统计方法 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。等级资料用秩和检验。

4 讨论

当处于肾功能不全失代偿期时,体内的钙、磷代谢就已经出现紊乱,肾小球滤过磷减少,肾小管回吸收磷不能进一步减低,甲状旁腺功能亢进等均使体内血磷升高;而由于患者厌食,呕吐及进食少等使钙的摄入不足,磷在肠道结合钙的排出等因素均造成体内血钙减少;低钙高磷的出现又加重继发性甲状旁腺功能的亢进及残余肾功能的损害,临床上出现肾性骨病、皮肤顽固性瘙痒、贫血、神经系统损害、心血管疾病等,已有学者将高磷血症称之为“肾衰患者的无声杀手”。因此对控制高磷血症调整血钙,对延缓慢性肾功能不全的进展显得尤其重要。我们通过化湿补肾泄浊法对慢肾衰患者的综合运用,干扰了慢肾衰钙磷代谢的紊乱,治疗组

与对照组在治疗后的钙、磷比较有显著性差异。治疗方中藿香、佩兰、白豆蔻、生大黄以化湿泄浊;太子参、杜仲、续断、鸡血藤、茯苓、白术、薏苡仁等补肾健脾扶正,改善保护残余肾功能;龙骨、牡蛎含有碳酸钙、磷酸钙、硫酸钙及镁、铝、钾等多种矿物质,加之生大黄的通腑泄浊功能,可抑制磷自肠道内吸收,控制磷滞留,起到降低血磷改善低钙血症的作用,从而达到延缓慢肾衰进展、改善症状、提高患者生存质量的目的。

参考文献

[1] 王海燕. 原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题治疗座谈会纪要[J]. 中华内科杂志, 1993, 32(2): 131

(收稿日期:2006-05-12)