

中西医结合治疗造影剂肾病 60 例

★ 张孝亮 (浙江省安吉县人民医院 安吉 313300)

摘要:目的:观察中西医结合与纯西医治疗对造影剂肾病(CIN)的疗效。方法:将 60 例病人进行随机分为中西医结合治疗组和西医治疗组各 30 例,其中中西医结合治疗组给予相应口服中药煎剂进行治疗。其余与西医治疗组相同。比较两组病人的治愈率。结果:西医治疗组 11 例治愈,中西医结合治疗组治愈 28 例,两组比较, $P < 0.05$ 。结论:中西医结合疗法治疗造影剂肾病疗效更佳。

关键词:造影剂肾病;中西医结合疗法

中图分类号:R 981⁺.1 **文献标识码:**B

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2003 年 3 月~2007 年 3 月我科住院的造影剂肾病患者 60 例,年龄 20 岁~75 岁(平均 35 ± 11.5 岁),男 35 例,女 25 例,符合造影剂肾病(contrast-induced nephropathy CIN):指使用造影剂后 2~3 天发生的以血清肌酐上升超过 0.5 mg/dl 或较基础值上升 $> 25\%$ 为特征并除外其他肾脏损害因素的急性肾功能损害性疾病标准。

1.2 治疗方法 60 例研究对象随机分成中西医结合治疗组和对照组,每组 30 例,中西医结合治疗组中医临床始终按照有肝瘀脾湿、瘀血内阻、湿热下注、三焦不通、升降失调肾失封藏之证,贯穿于肾病之中。在治疗过程中掌握好“肾”的病位与病机。将临床中的肾病的表现归类划分为“五证”、“五候”。给予相应口服中药煎剂进行治疗。两组均按造影剂肾病(CIN)规范化治疗,包括激素、利尿剂,有扁桃体炎、中耳炎、鼻窦炎、龋齿时应及时诊治,控制血压等。

2 结果

见表 1。

表 1 两组治愈率比较

例

组别	n	治愈	无效	P 值
治疗组	30	28	2	<0.05
对照组	30	11	19	
合计	30	39	21	

3 讨论

CIN 可延长患者的住院时间,增加病死率,还可增加其呼吸衰竭、败血症等其他并发症的发生率。发病机制:目前公认造影剂引起肾脏髓质缺血性损伤及对肾小管上皮细胞产生的直接毒性效应是 CIN 的主要机制^[1]。

(1)肾脏血流动力学变化,其机制可能由于造影剂引起渗透性利尿后,反射性引起肾素释放增加所致。(2)对肾小管上皮细胞的损害,造影剂对肾小管的损害包括对肾小管细胞的直接毒性作用及肾小管阻塞。此外造影剂能使尿酸、草酸盐、Tamm-Horsfall 蛋白等排泄增加,加上脱水,导致了肾小管的阻塞,从而引起少尿或无尿。(3)氧自由基损伤,器官缺血后会导致活性氧自由基的增加,老年、慢性肾功能不全及糖尿病又可以增强氧自由基的损伤。(4)其他机制,一些学

者认为内皮素(ET)及一氧化氮(NO)等血管调节因子的局部失调,细胞凋亡等也是造影剂造成肾脏损伤的机制,但这些机制目前仍存在争议。^[2]

在使用造影剂前选择合适的病例可以降低 CIN 的发病率。目前使用造影剂一般来说较安全,但均不能完全避免肾毒性。他汀类药物、钙通道阻滞剂、血液滤过可以考虑,造影后给予血液滤过治疗可以有效清除造影剂,但是否可以有效预防 CIN,以往一直未达成共识。

肾病是临床中的常见病,但治疗相当棘手,西医多以激素类药物为主,临床有相当的副作用,出现很大程度的反复。笔者依据“五证”、“五候”辨证归类,确立了“保真清浊、活血化瘀、疏肝利湿”为法的临床治疗思路。通过临床反复总结,认为肾病的临床治疗不光要考虑临床疗效,更重要的是多考虑预后效果。^[3]

近年来随着临床医师对造影剂肾病的认识越来越深入,对该病的重视程度也不断加强,对于 CIN 的危险因素及预防取得了较大的进展。CIN 是可以预防的,关键是重视高危患者,避免促发 CIN 的危险因素。对于必须要造影的高危患者,应在造影前积极纠正诱发因素,改善肾功能,并予补液、药物等各种方法预防 CIN 的发生。

本次观察的用药原则是:尿检有蛋白时不用固涩药,有血尿及红血球时不用止血药,肾功能损伤导致血肌酐、尿素氮升高时不采用泻下解毒法。遵循中医治病求因的特点,在整体观念的基础上,调节升降,改善肾脏的微循环,恢复肾脏微循环毛细血管壁的弹性及肾脏微循环结构中的电荷作用,以达治病治本的目的。

参考文献

- [1]陈静,范崇济.造影剂肾病的危险因素及防治研究进展[J].医学综述,2006,98(6):14-20.
- [2]肖龙,黄湖辉.造影剂肾病的危险因素及预防[J].国际泌尿系统杂志,2004,45(6):493-503.
- [3]孙蔚明,杜晔.非离子型造影剂致肾损害的临床分析[J].中国医学影像学杂志,2005,13(4):254-261.

(收稿日期:2008-12-30 责任编辑:曹征)