

四联疗法治疗慢性肾功能衰竭 53 例

空军总医院肾内科

刘云海 朱晓明 李伟生 刘英华 张 弦 张春京 陈 凯

慢性肾功能衰竭(CRF)是一种常见病,透析疗法和肾移植是治疗本病的重要手段,但限于条件目前尚不能普及,故非透析疗法将具实际意义。近 3 年来,我们用中西医结合的“四联疗法”治疗 CRF 53 例,取得满意效果,报告如下。

资料与方法

一、一般资料:53 例中男 29 例,女 24 例;平均年龄 58.36(21~78)岁;原发病分别为慢性肾炎 30 例,慢性肾盂肾炎 10 例,肾动脉硬化 5 例,高尿酸肾病 3 例,糖尿病肾病 2 例,狼疮性肾炎、紫癜性肾炎、肺心病各 1 例。

肾衰氨基酸(EAA)成分:每 0.25L 中含 8 种必需氨基酸和组氨酸;氨基酸总量为 13.83g,含氮 1.62g。

健肾灵成分:本品为我院协定处方,每 100g 中含生大黄 48g、元明粉 40g、活性碳 12g。

低蛋白食谱:主食为麦淀粉(含蛋白质 0.3~0.4%)制作的食品 and 少量米饭、粉条、藕粉等;副食包括蛋、奶、肉类、植物油、蔬菜及少量水果等。每日食物中含蛋白质 22~24g,其中高生物价蛋白质占 80%左右,总热量 1800~2000cal。

二、治疗方法:“四联疗法”包括:(1)全部患者进低蛋白饮食;(2)每日静脉滴入 EAA 0.25L;(3)每日口服健肾灵 2~4g;(4)双肾区超短波理疗每日 30 min。平均治疗时间 27.1 天。

结 果

一、疗效标准:将血尿素氮(BUN,平均下降 27.4%)、内生肌酐清除率(CCr,平均上升 20%)改善定为主要标准,血红蛋白(Hb,平均上升 0.2%)、血钙(Ca^{++} ,平均上升 6%)、血磷($P=$ 平均下降 1%)、尿量(平均增加 >100ml/日)及临床症状改善定为次要标准。显效:7 项指标中具备 5 项以上,其中必须含主要指标 1 项;有效:7 项指标中具备 3 项以上,其中必须含主要指标 1 项;无效:7 项指标中不足 3 项者。

二、结果:本组 CRF 患者共 53 例,其中显效 25 例(47.17%);有效 21 例(39.62%);无效 7 例(13.21%);总有效率为 86.79%。

三、治疗前后分析对比:其结果见附表。

附表 CRF 患者治疗前后各项指标对比观察

	BUN (mmol/L)	SCr (μ mol/L)	CCr (L/min)	Hb (g/L)	Ca^{++} (mmol/L)	$P=$ (mmol/L)
治前	20.42 ± 11.49	535.72 ± 254.60	0.015 ± 0.008	86.30 ± 22.30	2.00 ± 0.25	1.65 ± 0.35
治后	14.83 ± 6.09 (53例)	495.94 ± 266.97 (52例)	0.018 ± 0.011 (52例)	87.60 ± 24.40 (43例)	2.11 ± 0.20 (47例)	1.49 ± 0.28 (44例)

注:括号内为该项指标测定例数;($\bar{X} \pm SD$)

经 t 检验,结果表明:血 BUN 下降十分显著($P < 0.001$),血肌酐(SCr)虽有下降但无统计学意义。CCr 增加有显著差异($P = 0.02$),Hb 稍有提高但无统计学意义($P = 0.53$),血清钙升高显著($P = 0.005$),血磷下降明显($P = 0.007$),血清钾、钠、氯治疗前后无明显差异。同时,观察对比了 49 例 CRF 患者治疗前后 24 小时尿量的改变,平均每日增加 0.175L($P < 0.05$)。53 例中 38 例治疗前有明显的消化道症状,治疗后 34 例明显改善($P < 0.001$)。有效病例中随访 10 例,6 例推迟到 2 年后进行透析治疗,4 例已随访 3 年,仍坚持轻工作。

讨 论

众所周知,CRF 由于肾小球滤过和清除功能下降,体内蛋白代谢产物堆积是造成氮质血症和一系列临床症状的主要原因。故进低蛋白饮食,以糖类和少量精蛋白(产生尿素较少)来维持患者的营养,可使氮质血症和临床症状减轻。为纠正氮的负平衡,静脉补充 EAA。EAA 在合成蛋白质的过程中,可以利用一部分尿素并使体内蛋白质合成增加,分解减少,从而氮质血症得以改善。

大黄有泻热毒、荡积滞、行瘀血作用,服后可以达到胃肠透析之目的。由于其尚具活血作用,配合肾区理疗可改善肾脏微循环,对保护残余肾功能有益,故使尿量增加。大黄对革兰氏阳性及革兰氏阴性杆菌均有抑制作用,可以减少肠道内由于细菌分解产生的毒素。但由于大黄中尚含鞣质,久服反可出现便秘,加用元明粉,在肠腔内形成高渗,两者协同可以更好地荡涤胃肠。

CRF 的非透析疗法报道较多,本组疗效较好的原

因是将饮食疗法、EAA、中药、理疗等进行合理的组合,相互间起到协同或互补作用。

本组材料表明:“四联疗法”不仅早期 CRF 患者适用,除个别终末期患者实难配合治疗外,各期患者均

可采用,且方法简便,易于普及。除静滴 EAA 过快(>30 滴/min)部分患者稍觉恶心或口服“健肾灵”超量而致腹泻次数过多外,无其他副作用。

下肢深静脉血栓形成患者体外血栓试验 与中医辨证分型的关系(摘要)

山东中医学院附属医院外科 金星 陈柏楠* 尚德俊

中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成已取得显著成绩。为了探求本病中医辨证分型的客观指标,我们采用反应血液凝固性的体外血栓试验对77例本病患者进行检测,分析如下。

临床资料 健康人组35人,男25人,女10人;平均31岁。经查未发现心、脑、肝、肾等疾病。患者组77例,男49例,女28例;根据1984年中国中西医结合研究会周围血管病专业委员会制定的诊断标准,诊为下肢深静脉血栓形成;年龄22~79岁,平均38岁;病程24小时~20年,平均1年。其中35例经中西医结合系统治疗,门诊治疗18例,住院17例。

辨证分型与治疗方法 (1)湿热下注型:为发病早期,肢体肿胀,疼痛,伴发热,舌质红、苔白腻,脉滑数。应清热利湿,消肿止痛,内服四妙勇安汤加味或茵陈赤豆汤加减。(2)血瘀湿阻型:深静脉炎症消退,下肢肿胀,浅静脉或皮肤毛细血管扩张,舌质红绛或有瘀斑,脉弦。应活血化瘀、利湿通络,内服活血通脉饮加味。(3)脾气亏虚型:为疾病后期,下肢静脉机能不全,患肢沉胀,体倦乏力,朝轻暮重,久立则下肢肿胀加重,舌质淡、苔薄白,脉沉细。应益气健脾、利湿活血,内服温阳健脾汤。内服中药均每日1剂,30天为1疗程,同时用低分子右旋糖酐500ml加丹参注射液20ml静脉滴注,每日1次,15天为1疗程。

检测方法:用改良 Chandler 法,用国产 XSNR I 型血栓仪等,检测每组体外血栓各值。

结果 健康人组与患者组体外血栓各值($M \pm SD$)血栓长度(mm)及湿、干重(mg),健康组依次为 12.06 ± 1.44 、 47.29 ± 4.82 、 10.17 ± 1.23 ;患者组为 35.99 ± 5.29 、 95.97 ± 9.91 、 30.38 ± 9.00 。经t检验患者组各值均非常显著地高于健康人组($P < 0.001$)。

中医辨证分型体外血栓各值结果如附表所示。

中西医结合治疗前后体外血栓各值:治疗前分别

附表 中西辨证分型与体外血栓值的关系 ($M \pm SD$)

中医分型	例数	长度(mm)	湿重(mg)	干重(mg)
湿热下注	36	$40.22 \pm 7.33\Delta$	$101.78 \pm 14.22\Delta^*$	$32.65 \pm 3.75\Delta^*$
血瘀湿阻	30	$29.00 \pm 7.21\Delta$	$85.33 \pm 13.60\Delta$	$27.80 \pm 4.95\Delta$
脾气亏虚	11	37.60 ± 12.32	$74.67 \pm 13.81^*$	$23.24 \pm 7.11^*$

*与血瘀湿阻型比, $P < 0.05$; Δ 与脾气亏虚型比, $P < 0.001$

为 38.60 ± 8.55 、 90.32 ± 13.24 、 31.11 ± 4.59 ;治疗后为 19.35 ± 3.61 、 60.44 ± 8.25 、 17.69 ± 3.38 。经t检验示治疗前后差异有显著性意义($P < 0.01$)。

讨论 下肢深静脉血栓形成发病后,患者血液仍处于高凝状态,患者组血栓各值高于健康人组,可能是由于体内促高凝因素依然存在,而这种持续存在的血液高凝状态无疑会加重病情,及时地控制血液高凝对临床治疗有重要意义。

本病属于血瘀症。其血液高凝程度也存在显著差异。本试验发现,下肢深静脉血栓形成早期(发病14天以内)患者体外血栓各值明显高,血液呈高凝状态,临床上出现肢体肿胀、疼痛等血栓性深静脉炎表现,属于中医湿热下注型,此型血栓各值明显地高于其它型,估计与发病早期血液高凝及静脉炎有关,表明中医辨证的湿热与血液高凝有密切关系,临床上可利用本试验检测血液凝固性变化,作为中医辨证分型的客观依据和判定疗效的参考。

另外,血液高凝并不是发病后才出现,对高龄、术后、分娩、有血栓病史、肿瘤等易发生本病者,应结合体外血栓检测等,应用活血化瘀药,早期治疗,预防发病。本组治疗35例患者,临床总有效率为94.29%,但治疗后体外血栓各正常值仅为38.71%,表明血液高凝仍然存在,应长期治疗观察,防止复发,促使血栓早日机化吸收。