

· 经验交流 ·

中药口服加高位灌肠延缓慢性肾功能衰竭病程的临床研究

李海聪¹ 史载祥¹ 吕晋萍¹ 杨毅玲² 毛建生¹
张铁忠¹ 张久亮¹ 李 格¹ 贾海忠¹ 任在方¹

近年来,应用中西医结合的非透析疗法延缓慢性肾功能衰竭(CRF)病程发展问题,已引起国内外重视。我们根据中医的基本理论,对 20 例 CRF 患者进行辨证论治,同时采用中药灌肠,疗效显著。

临床资料

1 病例选择 按 CRF 的诊断标准⁽¹⁾,选择 1987~1995 年于我院住院的患者 20 例,治疗前有 4~12 个月的观察资料。

2 一般资料 20 例中,男性 13 例,女性 7 例;年龄 24~78 岁,平均 49.35 ± 13.47 岁;慢性肾小球肾炎 14 例,慢性肾盂肾炎 4 例,肾小动脉硬化 2 例;CRF 分期:氮质血症期 1 例,肾功能衰竭尿毒症早期 5 例,肾功能衰竭尿毒症晚期 14 例;中医辨证:属脾肾阳虚、水湿内停者 6 例,肝肾阴虚、湿热内蕴者 5 例,气血亏虚、痰瘀互结者 4 例,肝阳上亢、痰湿内阻者 5 例。本组病例在治疗前均已去除造成肾功能暂时减退的可逆因素,待病情稳定经过至少 2 次以上的血清肌酐测定作治疗前肾功能的水平,然后才列为观察对象。

治疗方法

1 内服中药 脾肾阳虚、水湿内停者给予附子 10g(先煎) 白术 10g 茯苓 30g 陈皮 8g 半夏 10g 太子参 30g 肉桂 3g(后下) 厚朴 6g 吴茱萸 6g 仙灵脾 10g;肝肾阴虚、湿热内蕴者给予生地 15g 熟地 15g 山萸肉 15g 茯苓 15g 淮山药 10g 丹皮 12g 滑石 15g(先煎) 佩兰 10g 竹茹 10g 生大黄 10g;气血亏虚、痰瘀互结者给予党参 15g 白术 10g 茯苓 10g 当归 10g 川芎 18g 熟地 15g 赤芍 15g 丹参 30g 枸杞子 12g 全栝蒌 30g 胆南星 10g 生大黄 10g;肝阳上亢、痰湿内阻者给予钩藤 12g(后下) 菊花 10g 石决明 30g 煅龙骨 30g 煅牡蛎 30g 竹

茹 10g 半夏 10g 茯苓 30g 夏枯草 15g。上述处方相对稳定,但仍可根据病情变化随症加减。每方中可加入大黄 8~12g 或加重大黄用量,使患者每天大便保持 2~3 次为宜,每天 1 剂,水煎服,30 天为 1 个疗程。可连用几个疗程。

2 中药灌肠 给予生大黄 60g 煅龙骨 60g 煅牡蛎 60g 附子 15g 蒲公英 30g 芒硝 30g,浓煎取汁 200ml,温度为 30~37℃,灌肠深度约 30cm,保留 30~60min,每天 1 次,与内服疗程同步。

3 治疗期间均根据不同肾功能情况给予优质低蛋白(每天 30~40g)、低磷饮食,并用葡萄糖补足热量,控制血压,纠正电解质紊乱,纠正酸中毒等对症处理,避免使用影响肾功能的药物和其他疗法。

4 观察项目 (1)临床症状积分变化;(2)生化指标:血清肌酐(Scr),血清肌酐值倒数(1/Scr),血尿素氮(BUN),内生肌酐清除率(Ccr),血、尿、便常规,ALT,心肌酶谱。以上指标治疗前已有 4~12 个月的时间观察,平均观察时间为 8.05 ± 2.39 个月;治疗观察阶段为 10~24 个月,平均为 15.25 ± 4.49 个月。于治疗观察阶段的每个疗程结束时均分别记录 1 次各项指标变化。按文献方法⁽²⁾,以患者 1/Scr 为纵座标,以病程时间为横座标,按 0、1、2、4、5……月数推移,使用统计学直线回归方法分析两者关系和治疗前后回归系数的差异。

结 果

1 疗效标准 参照第二届全国中医肾病专题学术会议制定的慢性肾功能衰竭的中医疗效判定⁽³⁾:显效:自觉症状消失,肾功能提高一级;有效:症状基本消失,肾功能提高不到一级;稳定:症状减轻,肾功能无变化;无效:症状与肾功能均无明显变化;恶化:症状加重,肾功能恶化。

2 综合疗效 20 例中显效 4 例,有效 6 例,稳定 6 例,无效 4 例,总有效率为 80%。

3 临床症状积分变化 平均症状积分值(分, $\bar{x}$)

1. 中日友好医院中医心肾科(北京 100029);2. 北京中医药大学诊断教研室

$\pm s$)治疗前为 16.73 ± 6.03 , 治疗后为 5.67 ± 2.39 , 平均减少 $11.06 \pm 3.54 (P < 0.01)$ 。

4 1/Scr 与病程的回归直线关系 治疗前所有回归直线均明显向下倾斜, 而治疗后直线的倾斜度明显改善。多数病例的斜线变为平坦或有上升趋势。

5 肾功能变化与回归系数的关系 20 例患者最短观察时间均在 10 个月以上, 故以第 10 个疗程结束时的 Scr($\mu\text{mol/L}$)与治疗前比较(治疗前为 652.40 ± 283.56 , 治疗后为 457.04 ± 187.41)有显著性差异($P < 0.05$)。回归系数(b_1)的平均值治疗前为 -0.0140 ± 0.0146 , 治疗后为 0.0069 ± 0.0162 , 两阶段回归系数的 t 检验有显著性差异($P < 0.001$)。

6 存活时间 存活 > 2 年者 14 例(70%), > 3 年者 11 例(55%), > 4 年者 6 例(30%), > 5 年者 3 例(25%)。

7 毒副反应 治疗期间所有患者均未发现异常变化。证明该治疗无毒副反应, 安全可靠。

讨 论

一般认为, CRF 病程较长, 病理机制比较复杂, 除血液透析外, 一些非透析治疗措施, 长期综合使用, 效果常难以判定^[4]。目前尚找不到一种简便易行的方法对 CRF 病程疗效可以做出较为合理的判定或评价。1976 年, 有人采用直线回归方法分析了 CRF 病程时间和 1/Scr 的关系, 发现其呈线性相关^[2]。本研究证实中医辨证论治加高位中药灌肠, 长期应用能达到一定的治疗效果, 除了缓解临床症状外, 还能延长患者的生存时间。

慢性肾功能衰竭属中医“虚劳”、“关格”、“腰痛”、“水肿”、“少尿”、“癃闭”等病的范畴。根据我们多年的临床观察, 本病病机多为脾肾阳虚, 肝肾阴虚, 气血不足或肝阳上亢等, 而且多数夹杂有湿浊或痰瘀的情况, 属本虚标实, 虚实夹杂。治疗应用温肾健脾, 补益气血

或滋补肝肾, 平肝潜阳, 或活血祛瘀, 利湿化浊等法则。通补兼施, 正邪兼顾, 补与泄溶为一体, 补得消则补而不滞, 消得补则泄泻益彰, 故在延缓肾功能病程的同时, 能改善或消除临床症状, 尤以纳差, 恶心呕吐, 皮肤瘙痒等症改善为明显。

还值得说明的是, 本研究中强调患者每天大便须保持 2~3 次, 因此各型治疗用药中均加有大黄, 以保持大便通畅, 对尿毒素的排出有一定的作用。

本研究采用中药高位灌肠, 目的是使患者能较长时间地保留灌肠液体, 以充分发挥作用。近年来大量资料和临床实践证明^[5]中药保留灌肠对肾功能衰竭(尿毒症)的治疗能够取得缓解病情, 改善症状, 延长生命的功能, 对恢复部分肾功能有实用价值。其作用机制虽然尚未肯定, 但与其能迅速降低血中氮质等有害物质有关, 尤其是以大黄为主煎剂更为显著, 有资料证明, 大黄灌肠不仅能使粪氮排出量增加, 而且还能阻止氨基氮从肠道吸收。这可能是本研究取得疗效的原因之一。

参 考 文 献

1. 林兆耆, 戴自英. 实用内科学. 第 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 1521—1522.
2. Alvestrand A. Retardation of the progression of renal insufficiency in patients treated with low-protein diets. *Kidney Int.* V24 Suppl 1983; 16: 268.
3. 张佩青, 李宝祺, 吴深涛, 等. 补脾肾泻湿浊解毒活血法治疗慢性肾功能衰竭的临床研究. *中国中医药科技* 1994; 1(3): 9—11.
4. 毕增祺, 郑法雷, 康子琦, 等. 非透析疗法与延缓慢性肾功能衰竭病程. *中华肾脏病杂志* 1986; 2(21): 58—60.
5. 孙冠兰. 中药保留灌肠临床应用近况. *中医杂志* 1991; 32(9): 50—52.

(收稿: 1997-02-05 修回: 1997-08-20)

河北石家庄冀中医学专修学校(原华中医士学校)面向社会招生

我校是一所全日制医学专业学校, 采用全国统编教材, 由专家、教授、讲师任教。中专设中西医结合专业及医疗专业, 学制 3 年(含实习 1 年), 学费、住宿费、实验费两年共 5100 元; 成绩及格颁发省教委验印的中专毕业证书。大专中西医结合专业, 学制 3 年(含实习 1 年), 学费、住宿费、实验费两年共计 5400 元, 学习期间部分学科参加省考院统考, 成绩及格颁发大专毕业证书, 各专业毕业生由卫生部门考核颁发技术职称证书和行医证, 可申请开业和参加人才市场交流, 品学兼优可留校或向用人单位推荐。即日起初、高中应届、往届毕业生持毕业证明, 单位介绍信, 照片 6 张, 来人来函报名均可, 交报名费 10 元, 预交学费 200 元, 9 月 21 日开学。校址及报名联系地址: 河北省石家庄市栾城段干冀中医学专修学校, 校长王志, 联系人: 王天、张云芝, 邮编: 051430, 电话: 0311-5481406, 5481807。电挂: 石家庄市栾城: 5664, 来人由石家庄火车站南侧汽车站院内乘 202 路(东线)段干站下, 或由河北饭店门口乘石家庄市炼油厂班车八方站下。