

中药热奄包外敷联合西药治疗慢性肾衰竭失代偿期疗效观察*

王跃刚, 张灵芝, 段利民(石家庄肾病医院肾五科, 石家庄 050061)

【摘要】 目的 探讨中药热奄包外敷联合西药治疗慢性肾衰竭失代偿期的疗效。**方法** 选取 100 例慢性肾衰竭失代偿期患者,按随机数字表法平均分为治疗组和对照组各 50 例,治疗组患者给予中药热奄包外敷联合西药治疗,对照组患者仅使用常规西药治疗,比较两组患者疗效,以及两组治疗前后血压(BP)、血肌酐(Scr)、血尿素氮(BUN)、尿酸(UA)、血红蛋白(Hb)、内生肌酐清除率(Ccr)及水电解质变化情况。**结果** 治疗组治疗总有效率为 88.0%,明显高于对照组的 52.0%,比较差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组患者经治疗后收缩压、舒张压较治疗前明显降低,且低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组患者经治疗后其血清 Scr、BUN、UA、Hb 和 Ccr 水平较治疗前明显改善,且改善程度明显高于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。经治疗后,治疗组患者水电解质中 K^+ 水平较治疗前明显下降,而 HCO_3^- 较治疗前明显升高,且两种离子改善程度均明显优于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 中药热奄包外敷联合西药治疗慢性肾衰竭失代偿期疗效显著,可有效改善临床症状,延缓肾衰竭进展。

【关键词】 中药热奄包; 外敷; 西药; 慢性肾衰竭; 失代偿期

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.08.032 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)08-1107-02

慢性肾衰竭(CRF)是由多种肾脏疾病或累及肾脏的全身性疾病发展到一定程度所引起的慢性进行性肾脏功能损害,并表现出一系列临床症状及内分泌等代谢紊乱的综合征^[1],依据其恶化程度临床分为四个阶段:代偿期、失代偿期、衰竭期及终末期(尿毒症期)^[2]。早中期患者以保守药物治疗为主,一旦进入尿毒症期则需肾移植或长期透析治疗为主^[3]。因此,CRF 失代偿期是治疗的关键时期,在此阶段给予患者合理有效的治疗,可延缓肾脏功能的恶化,该时期的治疗日益受到人们的关注。本研究使用中药热奄包外敷联合西药治疗 CRF 失代偿期 50 例患者,疗效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 取 100 例患者,均符合慢性肾衰竭失代偿期诊断标准,其中男 55 例,女 45 例;年龄 30~86 岁,平均(54.6±10.9)岁;病程 3 个月至 4 年,平均(28.5±8.9)个月。按随机数字表法平均分为两组,50 例作为治疗组,50 例作为对照组,两组患者均为首次入院的原发性肾小球疾病患者,且在性别、年龄、病程等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:血肌酐(Scr)在 177~442 $\mu\text{mol/L}$ 之间,内生肌酐清除率(Ccr)在 20~50 mL/min 之间,血红蛋白(Hb)在 100 g/L 以下。排除标准:入组患者需排除其他继发性疾病或精神疾患,剔除有严重并发症如心力衰竭、严重高血压、极重度贫血和少尿无尿终末期患者。治疗过程中去除血液净化等其他干扰因素的影响。

1.2 治疗方法 对照组患者应用常规西医治疗,以低蛋白低脂饮食为主,糖尿病肾病患者积极控制血糖;适当摄入钠盐,积极纠正水、电解质、酸碱平衡失调;对贫血、血压进行治疗和控制,口服硝苯地平控释片 30 mg,每天 1 次,贫血患者加用硫酸亚铁,饭后 1 片/次,每天 3 次;治疗组患者在常规西医治疗的基础上全部加用中药热奄包外敷治疗,使用药物附子、细辛、红花、川芎、穿山甲、王不留行、苍术、白花蛇舌草、大黄等,根据患者病情辩证加减论治。对于伴有腰膝酸软,腹胀,纳少,倦怠乏

力,畏寒肢冷,舌淡脉弱者,适当加人参 50 g,肉桂 50 g,白术 65 g;伴有倦怠乏力,少气懒言,手足不温,夜尿清长,舌质淡有齿痕,脉沉细,加黄芪 65 g,熟地 65 g,山萸肉 30 g;伴有头晕耳鸣,失眠多梦,烦躁易怒,手足心热,腰膝酸软,苔薄黄,脉弦细者,加用枸杞子 55 g,夜交藤 55 g,钩藤 55 g 等。每次 40 min,每天 2 次,连续治疗 6 个月。

1.3 观察指标 治疗过程中每月定期复查血压(BP)、Scr、血尿素氮(BUN)、尿酸(UA)、水电解质、Hb、Ccr 等,连续复查半年。

1.4 疗效判断标准 依据《中药新药临床指导原则》制定的疗效标准^[4]:显效,临床症状减轻或消失,Scr 降低大于或等于 30%;有效,临床症状减轻或消失,Scr 降低大于或等于 15%;无效,不符合显效和有效条件者。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以百分率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗疗效比较 治疗组经治疗后总有效率为 88.0%,明显高于对照组的 52.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者疗效比较

组别	<i>n</i>	显效(<i>n</i>)	有效(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	总有效率(%)
治疗组	50	16	28	6	88.0*
对照组	50	5	21	24	52.0

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后血压变化比较 治疗组患者经治疗后收缩压、舒张压分别为(132.5±23.1)、(84.3±12.8)mm Hg,较治疗前明显降低,且低于对照组的(148.9±24.8)、(89.8±

* 基金项目:河北省中医药管理局 2014 年度中医药类科研计划课题(2014232)。

13.1)mm Hg,比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血压变化比较($\bar{x}\pm s$,mm Hg)

组别	n		收缩压	舒张压
治疗组	50	治疗前	153.6±24.5	96.8±13.2
		治疗后	132.5±23.1 ^{△▲}	84.3±12.8 ^{△▲}
对照组	50	治疗前	154.0±25.1	96.5±12.9
		治疗后	148.9±24.8 [△]	89.8±13.1 [△]

注:与同组治疗前比较,[△] $P<0.05$;与对照组比较,[▲] $P<0.05$ 。

表 3 两组患者治疗后各生化指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n		Scr($\mu\text{mol/L}$)	BUN(mmol/L)	UA($\mu\text{mol/L}$)	Hb(g/L)	Ccr[mL/(min·1.73 m ²)]
治疗组	50	治疗前	276.5±60.3	14.3±4.8	468.4±80.5	93.5±20.4	35.6±8.1
		治疗后	239.7±58.9 ^{△▲}	10.3±3.9 ^{△▲}	403.4±87.6 ^{△▲}	102.4±23.8 ^{△▲}	44.2±7.3 ^{△▲}
对照组	50	治疗前	280.2±59.8	14.5±4.9	469.5±84.5	93.9±9.8	35.8±9.0
		治疗后	264.6±58.7 [△]	13.1±4.4	435.8±89.4 [△]	96.2±20.6	37.5±8.6 [△]

注:与同组治疗前比较,[△] $P<0.05$;与对照组比较,[▲] $P<0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前后血电解质变化比较($\bar{x}\pm s$,mmol/L)

组别	n		K ⁺	Na ⁺	Cl ⁻	Ca ²⁺	HCO ₃ ⁻
治疗组	50	治疗前	4.3±0.6	138.5±3.0	96.7±8.2	1.7±0.2	17.4±7.0
		治疗后	4.1±0.9 ^{△▲}	142.2±5.2	100.9±8.5	1.9±0.3	25.5±6.9 ^{△▲}
对照组	50	治疗前	4.3±0.5	137.9±2.9	96.5±8.6	1.7±0.2	17.6±6.9
		治疗后	4.2±0.6	140.1±6.1	98.2±8.4	1.8±0.2	19.8±7.3

注:与同组治疗前比较,[△] $P<0.05$;与对照组比较,[▲] $P<0.05$ 。

3 讨 论

近年来,随着生活水平的提高,慢性肾衰竭患者呈逐年上升趋势,临床表现为一系列消化系统、精神、造血系统、代谢紊乱、电解质平衡紊乱以及继发感染等综合性病症^[5]。肾衰竭早期合理有效的药物治疗,可有效改善临床病症,延缓肾衰竭,提高患者生存质量,传统西药综合治疗方案主要为限制蛋白质、脂质及糖的摄入量,控制血脂,纠正贫血及水、电解质、酸碱紊乱等,同时结合抗感染治疗,从而改善氮质血症及保护残存的肾功能,但疗效一般^[6-7]。有研究组报道,采用中西医结合方法治疗 CRF 疗效显著,并已取得一定的成绩^[8]。

中医认为,慢性肾衰竭属“水肿”“关格”“癃闭”“腰痛”“虚劳”“肾风”等范畴,其主要病理特点是正虚邪实,正虚以脾肾阳衰为本,邪实以浊邪内阻为标^[9]。发病早期多表现为脾肾阳虚,以正虚为主。其病情的恶化和发展也是由于各种慢性肾病失治、误治而变迁延日久,脏腑功能虚损,其中以脾肾亏虚为主,或因外邪侵袭、劳累过度、情志饮食所伤等使病情加重,脾肾功能失调,气血两亏。慢性肾衰竭早中期的患者阴阳虽虚而能相互协调,湿浊等邪力不重,临床症状表现相对较轻,此时治疗应着重调理脾胃。本研究中药方包含附子、细辛、红花、川芎、穿山甲、王不留行、苍术、白花蛇舌草、大黄等药材,近年研究已证实大黄具有祛除湿毒,通腑降浊的功效,可抑制肾小球系膜细胞增殖及残余肾的高代谢状态,减轻肾脏代偿性肥大,减少蛋白尿,改善氮质血症,改善肾功能;附子能温阳散湿毒,两者合用既可温阳又可降浊,可延缓肾衰竭进展。外敷法是传统中医治法之一,早在古籍中便有用贴敷法消除水肿和治疗关

2.3 两组患者治疗后各生化指标水平比较 治疗组患者经治疗后其血清 Scr、BUN 及 UA 水平较治疗前明显下降,且下降程度明显高于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.05$);另外,其血液 Hb 和 Ccr 水平较治疗前明显升高,且高于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者治疗前后血电解质变化比较 治疗组患者经治疗后血电解质中 K⁺ 水平较治疗前明显下降,而 HCO₃⁻ 较治疗前明显升高,且两种离子改善程度均明显优于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

格病的记载。研究证实,汗腺不仅可分泌汗液、皮脂等,还可对皮肤表层水、电解质及其他物质进行再吸收,可谓天然透析膜,功能与肾脏相似,在排泄废物、保持电解质和水的平衡上起着重要作用^[10]。中药热奄包外敷,可软化角质层、溶解皮脂,药物透入皮肤,扩张血管,促进局部的血液循环,其药力通过血脉,经络等直达病所,将淤滞肾络祛风活血,提高肾小球滤过率,并改善氮质血症的高凝状态,起到滋阴益气、活血祛淤的功效^[11]。研究结果显示,采用中药热奄包外敷联合西药治疗的治疗组总有效率为 88.0%,明显高于对照组的 52.0%,比较差异有统计学意义($P<0.05$);而两组患者经连续治疗 6 个月后 SBP、DBP 均有所下降,治疗组更为明显,其治疗组患者血清 Scr、BUN、UA 下降明显,而 Hb、Ccr 上升也较对照组明显,同时在电解质检测中,K⁺ 下降明显,而 HCO₃⁻ 明显升高,肾功能、高钾血症、酸中毒及血电解质紊乱均得到改善,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结果表明,中药热奄包外敷可透过皮肤,进入血液循环直达病灶,起到扶正祛邪、健脾益肾、通腑降浊、活血化淤的功效,有效降低肌酐、血尿素氮及尿酸等血清毒素,提高内生肌酐清除率。

总之,中药热奄包外敷联合西药治疗慢性肾衰竭失代偿期疗效显著,可有效延缓肾小球硬化及肾小管间质纤维化,阻止慢性肾衰竭进展。

参考文献

[1] Liaw YF, Sheen I, Lee CM, et al. Tenofovir disoproxil fumarate(TDF), emtricitabine/TDF, and (下转第 1111 页)

家的相关报道基本一致,检出频度略有差异,可能与 HPV 亚型在人群中的分布有地域差异有关,也可能与研究对象的来源不同有关^[10]。

研究已证实,HPV 高危亚型感染是导致宫颈高度病变的必要条件,有统计数据表明,99.80%的宫颈癌患者感染 HPV 高危亚型^[9]。本组研究显示,病理结果为 CIN II、CIN III、宫颈癌患者的 HPV 高危亚型的阳性感染率分别为 92.13%、96.21%、100.00%,可见 HPV 高危亚型的感染率越高,宫颈病变程度越高($P < 0.01$)。TCT、HPV 高危亚型和病理活检 3 种方法进行对比分析显示,宫颈细胞学检查异常程度和病理活检病变分级越高,HPV 高危亚型阳性率越高;在 TCT 结果异常的患者中,HPV 高危亚型阳性的患者宫颈高度病变发生率更高,以病理活检为金标准,HPV 高危亚型筛查在 HSIL 患者中对宫颈高度病变的灵敏度高达 90.91%,特异度高达 85.71%,阳性预测值高达 90.91%。因此,临床检查发现 HPV 高危亚型阳性的 HSIL 患者需立即进行阴道镜采集病理活检,以及早发现宫颈高度病变。

宫颈病变严重程度及其预后转归除了与感染 HPV 高危亚型有关,还与遗传、年龄、免疫状态、婚育史、生活习惯等诸多因素有关^[11]。因此,在临床工作中,应结合多种方法对高危人群进行筛查。本组研究结果有助于了解笔者所在地区范围内的 HPV 各亚型分布趋势,对疫苗研制或临床重点筛查具有重要的指导意义,对 TCT 不同分级的患者进行临床分层管理也有参考价值。HPV 亚型检测对筛查宫颈癌和宫颈癌手术后随访具有重要的临床应用价值。

参考文献

[1] 程娇影,卞美璐,李敏,等.不同子宫颈癌筛查方案应用价值评价[J].中国妇产科临床杂志,2012,2(13):115-118.

[2] Roneo G, Brezzi S, Carozzi F, et al. The new technologies (上接第 1108 页)

entecavir in patients with decompensated chronic hepatitis B liver disease[J]. Hepatology, 2011, 53(1): 62-72.

[2] Kocyyigit I, Yilmaz MI, Simsek Y, et al. The role of platelet activation in determining response to therapy in patients with primary nephrotic syndrome[J]. Platelets, 2012, 24(6): 474-479.

[3] Moreau R, Jalan R, Gines P, et al. Acute-on-chronic liver failure is a distinct syndrome that develops in patients with acute decompensation of cirrhosis[J]. Gastroenterology, 2013, 144(7): 1426-1437.

[4] 边东,寇杰,刘明武,等.益气补肾化瘀通络中药对原发性肾病综合征激素维持治疗阶段的治疗作用研究[J].河北中医,2013,35(12):1774-1776.

[5] Herzog CA, Asinger RW, Berger AK, et al. Cardiovascular disease in chronic kidney disease. A clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)[J]. Kidney Int, 2011, 80(6): 572-586.

[6] Jalan R, Gines P, Olson JC, et al. Acute-on chronic liver

for cervical cancer screening randomized controlled trial. An overview of results during the first phase of recruitment[J]. Gynecol Oncol, 2007, 107(Suppl 1): 230-232.

[3] Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, et al. New technologies for cervical cancer screening (NTCC) working group [J]. Lancet Oncol, 2010, 11(3): 249-257.

[4] 于鹏鹏,王一荃,童华. HPV 分型检测对宫颈高度病变的筛查作用[J]. 中国现代医学杂志, 2011, 12(12): 1491-1495.

[5] Meijer CJ, Berkhof J, Castle PE, et al. Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women of 30 years and older [J]. Int J Cancer, 2009, 124(3): 516-520.

[6] 楼微华,洪祖蓓,狄文. 不同人乳头瘤病毒高危亚型与宫颈病变发生的关系[J]. 上海医学, 2013, 36(9): 805-809.

[7] 谢军. 人乳头瘤病毒(HPV)-DNA 分型检测在 30 岁以下妇女宫颈病变诊断中的价值[J]. 中国实验诊断学, 2011, (10): 1747-1748.

[8] 于莉. HPV 感染与宫颈癌及癌前病变相关性临床分析 [J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(2): 53-54.

[9] 王雪春,孙蓬明,林芬,等. 某地区 HPV 不同亚型感染与宫颈病变的相关研究[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(10): 1024-1026.

[10] 王晓静,刘玉玲. HPV 分型检测在宫颈癌前病变筛查中的应用价值[J]. 医药论坛杂志, 2008, 29(7): 29-30.

[11] 谢建渝,余娟,董国强,等. 762 例妇女宫颈高危型 HPV 感染与宫颈病变的相关性研究[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(20): 2533-2535.

(收稿日期:2014-10-10 修回日期:2014-11-20)

failure[J]. J Hepatol, 2012, 57(6): 1336-1348.

[7] 佐楠,冯江敏,王力宁. 老年肾病综合征的临床表现与病理特点[J]. 中国医科大学学报, 2014, 43(2): 178-180.

[8] O'Brien AJ, Welch CA, Singer M, et al. Prevalence and outcome of cirrhosis patients admitted to UK intensive care: a comparison against dialysis-dependent chronic renal failure patients[J]. Intensive Care Med, 2012, 38(6): 991-1000.

[9] 李小庭,黄国东,谢晓萍,等. 中药辅助治疗肾病综合征的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(3): 269-271.

[10] 南征,金惠英. 益肾解毒通络方治疗慢性肾炎导致的慢性肾功能衰竭失代偿期 30 例疗效观察[J]. 天津中医药, 2011, 28(2): 107-109.

[11] 周伟,张五星,张志强,等. 海昆肾喜胶囊治疗慢性肾功能不全临床研究[J]. 四川医学, 2012, 33(3): 404-405.

(收稿日期:2014-10-02 修回日期:2014-11-16)