

中草药双肾区外敷联合西医治疗高血压肾损害慢性肾衰竭的疗效观察^{*}

贾英辉,刘盼,杨立豹(石家庄肾病医院肾二科,石家庄 050061)

【摘要】目的 探讨中草药双肾区外敷联合西医治疗高血压肾损害慢性肾衰竭临床疗效。**方法** 收集 2012 年 12 月至 2013 年 12 月接受治疗的原发性高血压肾损害慢性肾衰竭(代偿期)患者 100 例,随机分为治疗组与对照组各 50 例,其中对照组给予降压、降脂等常规治疗;观察组在降压、降脂等常规治疗基础上给予中草药双肾区外敷,监测患者 24 h 尿蛋白定量(PRO)、血肌酐(Cr)、血尿素氮(BUN)、血尿酸(UA)水平,评价临床疗效。**结果** 治疗组患者治疗后临床有效率 84.00%,高于对照组的 68.00%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后 PRO、Cr、BUN、UA 水平均优于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$),且治疗组患者明显优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组患者第 1、6 个月的复发率为 2.0%、6.0%,明显优于对照组的 22.0%、42.0%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中草药双肾区外敷联合西医治疗高血压肾损害慢性肾衰竭的临床疗效明显,可有效改善患者临床症状,降低复发率,值得临床推广。

【关键词】 中草药; 双肾区外敷; 高血压肾损害; 慢性肾衰竭; 临床疗效
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.08.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)08-1118-02

慢性肾衰竭(CRF)是临床常见的肾脏疾病,是由于各种慢性肾脏疾病迁延不愈,出现肾单位受损合并肾功能缓慢衰退,具有不可逆转特性的肾脏衰竭病症,积极防治 CRF 合并出现肾损伤具有重要的临床价值^[1-2]。本院通过探讨中草药双肾区外敷联合西医治疗高血压肾损害慢性肾衰竭的临床疗效,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2012 年 12 月至 2013 年 12 月于本院接受治疗的原发性高血压肾损害慢性肾衰竭(代偿期)患者 100 例,随机分为治疗组与对照组各 50 例,治疗组中,男 33 例,女 17 例;年龄 44~76 岁,平均(58.3±5.8)岁。对照组中,男 32 例,女 18 例;年龄 43~77 岁,平均(59.2±4.9)岁。两组患者在性别、年龄等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。高血压肾损害诊断标准^[3-4]:原发性高血压疾病;患者尿常规监测出现蛋白尿之前 4~5 年或以上伴有持续的血压增高(血压大于 140/90 mm Hg);患者出现持续性轻、中度蛋白尿或尿微量清蛋白的排泄率升高等;排除其他因素引起的原发性肾小球疾病以及继发性肾脏疾病。CRF 代偿期诊断标准^[5-7]:内生肌酐清除率(Ccr)在 50~80 mL/min,Scr 133~177 μmol/L。

1.2 方法 两组患者入院后均给予常规治疗,包括:控制饮食(低盐、低脂、优质低蛋白);控制血压(根据患者个体情况选择血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂、钙通道阻滞剂药物);控制感染(合理使用抗菌药物);控制血脂;纠正患者贫血情况;纠正患者水电解质、酸碱紊乱;治疗并发症等。治疗组在常规治疗基础上给予中草药双肾区外敷治疗:中草药水煎取汁浸纱布热敷两侧肾腧穴,每次 2 副,左右各一,每次 45 min,每日 2 次。方药组成:红参 30 g、沙棘 30 g、五味子 20 g、胡桃仁 30 g、龙眼肉 30 g、防风 15 g、白术 20 g、黄芪 30 g。采用仪器为 NPD-4AE 型离子导入仪。疗程 3 个月,随访 6 个

月,监测尿蛋白定量(PRO)、血肌酐(Cr)、血尿素氮(BUN)、血尿酸(UA)水平的变化。

1.3 评价指标 监测患者治疗前后及第 1、6 个月 PRO、Cr、BUN、UA 水平,评价临床疗效,观察复发情况。疗效评价标准,显效:患者临床症状积分减少大于或等于 60%,实验室检查 Cr 水平降低大于或等于 20%;有效:患者临床症状积分减少大于或等于 30%,实验室检查 Cr 水平降低小于 20%;稳定:患者临床症状积分减少小于 30%,实验室检查 Cr 水平无变化或升高小于 10%;无效:患者临床症状积分无变化甚至增加,实验室检查 Cr 水平无变化或升高大于或等于 10%^[8-9]。临床有效率=[(显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.4 统计学处理 所得结果用 SPSS 17.0 统计学软件进行处理,各组指标以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较进行 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗组患者治疗后临床有效率 84.00%,高于对照组 68.00%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较						
组别	<i>n</i>	显效(<i>n</i>)	有效(<i>n</i>)	稳定(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	有效率(%)
治疗组	50	35	7	5	3	84.00 *
对照组	50	17	17	9	7	68.00

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 PRO、Cr、BUN、UA 水平比较 两组患者治疗前 PRO、Cr、BUN、UA 水平比较差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患者治疗后 PRO、Cr、BUN、UA 水平均优于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$),且治疗组患者明显优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

^{*} 基金项目:河北省石家庄市科学技术研究与发展指导计划(131462273)。

表 2 两组患者治疗前后各项指标水平比较(±s)

组别	n	PRO(g/24 h)		BUN(mmol/L)		Cr(μmol/L)		UA(μmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	50	1.65±0.32	0.95±0.73*#	16.01±3.52	15.10±3.06*#	143.01±20.52	116.15±30.00*#	433.01±15.32	346.11±10.06*#
对照组	50	1.39±0.51	1.24±0.60#	14.84±2.45	14.80±5.25#	144.35±21.31	124.30±31.25#	434.85±17.70	384.30±11.20#

注:与对照组治疗后比较,**P*<0.05;与本组治疗前比较,#*P*<0.05。

2.3 两组患者随访期间复发情况比较 治疗组患者第 1、6 个月的复发率为 2.0%、6.0%,明显优于对照组 22.0%、42.0%,两组比较差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组患者复发情况比较

组别	n	1 个月[n(%)]	6 个月[n(%)]
治疗组	50	1(2.0)*	3(6.0)*
对照组	50	11(22.0)	21(42.0)

注:与对照组比较,**P*<0.05。

3 讨 论

临床研究证明,高血压肾损害是引起 CRF 发病的重要原因,改善患者肾功能,延缓疾病进展,是临床治疗的目的^[10-11]。如果能够及时发现病因并进行干预治疗,可有效改善患者肾功能。常规西医治疗存在很大的局限性,包括药物的使用禁忌,治疗过程操作的不良反应等。

中医认为,本病的病机是正虚为本、邪实为标,治疗过程中应注重祛邪,兼顾补虚^[12]。本研究治疗组采用中草药双肾区外敷治疗,方药组成:红参、沙棘、五味子、胡桃仁、龙眼肉、防风、白术、黄芪。红参具有补元气、补脾肺之气、生津安神的作用,可用于治疗体虚欲脱、气短喘促等气血津液不足之症,同时,对于高血压有良好的疗效。充分发挥中医中药的作用,做到攻补兼施,同时采用治疗仪促进身体对中药有效成分的吸收,有助于疾病的治疗。沙棘具有活血散淤、生津止渴的作用,同时具有抗菌、抗病毒及增强免疫的功效。五味子具有滋肾、生津的作用,同时具有抗氧化、延缓衰老、增强免疫力的作用。胡桃仁具有补肾温肺的作用,同时具有防止动脉硬化,降低胆固醇的功效。龙眼肉具有补益心脾、养血安神的作用,同时具有抗应激、提高免疫力的作用。防风具有祛风解表、胜湿止痛、解痉、止痒的作用,同时具有改善机体免疫的功效。白术具有补脾益气,燥湿和中的作用,且具有明显的利尿作用,可改善肾功能。黄芪补气固表,托毒排脓,利尿,同时能够治疗水肿、蛋白尿等。本院根据多年治疗高血压肾损害 CRF 的临床经验,结合现代临床研究,采用双肾区外敷治疗方法,通过肾区靶点发挥作用,经临床观察,取得良好的临床疗效。

本次研究显示,治疗组患者治疗后临床有效率 84.00%,高于对照组 68.00%,两组比较差异有统计学意义(*P*<0.05)。两组患者治疗后 PRO、Cr、BUN、UA 水平均优于治疗前,差异有统计学意义(*P*<0.05),且治疗组患者明显优于对照组,两组比较差异有统计学意义(*P*<0.05)。治疗组患者第 1、6 个月的复发率为 2.0%、6.0%,明显优于对照组的 22.0%、

42.0%,两组比较差异有统计学意义(*P*<0.05)。

综上所述,中草药双肾区外敷联合西医治疗高血压肾损害 CRF 的临床疗效明显,可有效改善患者临床症状,降低复发率,值得临床推广。

参考文献

[1] 方静,李文歌,郑建勋,等.慢性肾小球肾炎、慢性肾小管间质肾病及高血压肾病的特点[J].北京医学,2011,33(2):153-156.

[2] 张磊,蔡广研,孙雪峰,等.临床表现为肾功能异常患者肾活检的病理分析及风险评估[J].中国中西医结合肾病杂志,2011,12(5):407-410.

[3] 王建,张功亮.高血压肾损害与肾活检病理学[J].实验与检验医学,2013,31(6):564-565.

[4] 祝玉慧,秦晓明,郎冬梅,等.高血压肾损害患者降压治疗依从性调查[J].实用医药杂志,2012,29(4):309-310.

[5] 袁桂莉,王立坤,王义成,等.超声在高血压肾血管病变中的临床应用[J].中华超声影像学杂志,2012,21(5):453-454.

[6] 黄星.慢性肾脏病高血压发病机制研究进展[J].中国实用医药,2011,6(19):239-241.

[7] 张玉高,彭志平,梁荣威,等.联合用药治疗高血压早期肾损害疗效观察与安全性分析[J].中国现代医药杂志,2013,15(9):70-72.

[8] 黄帅,徐瑞.肾素-血管紧张素系统基因多态性与高血压肾损害相关性的研究进展[J].中华临床医师杂志:电子版,2013,7(24):11578-11580.

[9] 刘玉宁,王耀献.高血压肾损害病理变化的中医病机探讨[J].中国中西医结合肾病杂志,2012,13(1):1-3.

[10] 曹云松.早中期高血压肾损害患者中医体质的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2011.

[11] 黄景瑞,何祖旺,陶晓东,等.联用中药治疗高血压早期肾损害 26 例疗效观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(6):17-18.

[12] 王颖,燕树勋.舒洛地特联合缬沙坦对高血压肾损害患者肾功能和尿蛋白的影响[J].中国慢性病预防与控制,2011,19(3):282-283.