

临床研究

温肾泄浊汤治疗慢性肾功能衰竭 30 例疗效观察

沈维增¹ 李俊彪² 伍新林² 刘奔流²

摘要 目的:观察温肾泄浊汤对慢性肾功能衰竭(CRF)患者血浆内皮素(ET)的影响及临床疗效。方法:选择 CRF 脾肾阳虚、湿浊瘀阻证 60 例,随机分为两组。对照组 30 例予低蛋白饮食、控制高血压及对症治疗;治疗组 30 例在对照组治疗的基础上加服温肾泄浊汤。观察治疗 2 个月后两组临床疗效、中医症状积分、肾功能、血浆 ET 的变化。结果:治疗后治疗组血浆 ET 水平较治疗前明显下降($P < 0.01$),与对照组比较差异亦有显著性($P < 0.01$),治疗组在显效率、总有效率、改善中医症状和肾功能方面亦优于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论:温肾泄浊汤能够降低 CRF 患者的血浆 ET 水平和改善肾功能,该方对血浆 ET 水平的下调作用可能是其治疗 CRF 的机制之一。

关键词 肾功能衰竭,慢性/中医药疗法 @ 温肾泄浊汤

慢性肾功能衰竭(CRF)是各种慢性肾脏疾病持续发展的共同转归。内皮素(ET)是已知体内作用最强的缩血管物质,在肾脏中具有广泛的生物学作用。CRF 的发生、发展与 ET 密切相关。本研究在常规西医治疗基础上加用温肾泄浊汤治疗 30 例 CRF 患者,观察其对血浆 ET 的影响及疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:2002 年 3 月~2003 年 3 月来自中山大学附属第一医院门诊和住院的 CRF 患者 60 例,采用随机数字法分为治疗组和对照组各 30 例,其中治疗组男 16 例,女 14 例,年龄 18~75 岁,平均 48.33 ± 15.58 岁,病程 1~15 年,平均 5.10 ± 3.85 年;肾功能分期 1 期 1 例,2 期 17 例,3 期 10 例,4 期 2 例;原发病为慢性肾小球肾炎 20 例,高血压肾小动脉硬化症 1 例,糖尿病肾病 2 例,慢性肾盂肾炎 2 例,痛风性肾病 3 例,多囊肾 2 例。对照组男 17 例,女 13 例,年龄 19~74 岁,平均 47.60 ± 14.43 岁;病程 1~15 年,平均 4.80 ± 3.68 年;肾功能分期 1 期 1 例,2 期 19 例,3 期 8 例,4 期 2 例;原发病为慢性肾小球肾炎 21 例,高血压肾小动脉硬化症 1 例,糖尿病肾病 3 例,慢性肾盂肾炎 2 例,痛风性肾病 2 例,多囊肾 1 例。另以 15 例健康

人作正常对照,其中男 8 例,女 7 例,年龄 19~74 岁,平均 48.93 ± 14.99 岁。经统计学处理,3 组之间在性别、年龄方面差异无显著性,治疗组和对照组在病程、肾功能分期和原发病方面差异无显著性,具有可比性。

1.2 诊断标准:参照 1992 年 6 月《中华内科杂志》编委会肾脏病专业组安徽太平会议制定的 CRF 的诊断和分期标准^[1]。

1.3 入选标准:符合 CRF 诊断标准,年龄 18~75 岁,排除肾小球病变引起的一过性肾功能损害者及已行透析的和自身免疫性疾病所致的 CRF。对有引起肾功能急性加重的可逆因素,如感染、水电解质紊乱严重酸中毒和严重心功能不全等,则先去除这些急性可逆因素,病情稳定后再纳入本研究。

1.4 辨证标准:参照 1987 年第三次全国中医肾病学学术会议通过的 CRF 的中医辨证分型标准,均符合脾肾阳虚、湿浊瘀阻证的辨证标准^[2]。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:对照组给予优质低蛋白饮食($0.4 \sim 0.6 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$);控制高血压〔血肌酐(SCr) $\leq 350 \mu\text{mol/L}$ 时口服洛丁新 10mg,每日 1 次;SCr $> 350 \mu\text{mol/L}$ 时口服络活喜 5~10mg,每日 1 次,单用上述降压药效果不理想时均可加倍他乐克 $12.5 \sim 25 \text{ mg}$,每日两次口服,使收缩压维持 $120 \sim 155 \text{ mmHg}$,舒张压 $80 \sim 85 \text{ mmHg}$ 〕以及对症治疗(如纠正酸中毒等)。治疗组在对照组基础上加用温肾泄浊汤治疗,该方由熟附子 9g、生大黄 9~12g(后下)、丹参 20g、当归 12g、黄芪 30g、细辛 3g、车前草 15g、枳实 12g、厚朴 12g、茯苓 15g、鱼腥草 20g、麻黄 6g 组成,以水煎汤剂分两次口服,每日 1 剂,通过调整生大黄剂量使患者大便次数控制在每日 2~3 次,疗程 2 个月。

2.2 实验室检查:尿素氮(BUN)、SCr 由美国 Beckman 公司 CX3 全自动生化分析仪检测,根据经验公式计算,内生肌酐清除率($\text{Ccr} = (140 - \text{年龄}) \times \text{体重}(\text{kg}) / 72 \times \text{SCr}(\text{mg/dl})$ (女性 $\times 0.85$)。采用放射免疫法检测血浆 ET,试剂盒由解放军总医院科技开发中心放免所提供,严格按试剂盒说明由专人操作。

2.3 中医症状积分:收集 CRF 脾肾阳虚、湿浊瘀阻证

1 广东省深圳市宝安区人民医院中医科,深圳市宝安新城 16 区龙井二路 118 号(518101)

2 中山大学附属第一医院中医科

收稿日期:2003-07-21;修回日期:2003-09-24

表 1 两组治疗前后中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	中医症状积分
治疗组	治疗前	30 18.03±1.99
	治疗后	30 10.93±1.64* Δ
对照组	治疗前	30 18.10±2.06
	治疗后	30 15.83±1.80*

与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

表 2 两组治疗前后 BUN、SCr 和 Ccr 比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	BUN(mmol/L)	SCr(μ mol/L)	Ccr(ml/min)
治疗组	治疗前	30 18.75±7.17	398.00±220.06	21.94±11.19
	治疗后	30 14.92±5.53*	301.58±154.01*	29.51±17.02*
对照组	治疗前	30 19.37±10.83	398.22±208.57	21.66±10.49
	治疗后	30 17.39±9.18	360.77±200.94	25.22±12.90

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$

表 3 两组治疗前后血浆 ET 水平变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	血浆 ET(pg/ml)
治疗组	治疗前	30 158.84±63.55*
	治疗后	30 115.50±41.25* Δ
对照组	治疗前	30 156.88±64.17*
	治疗后	30 141.42±56.71*
健康人	15	50.93±4.19

与健康人比较, * $P < 0.01$; 与本组治疗前比较, $\Delta P < 0.01$

的主要临床症状,即面色苍白或晦暗、神疲乏力、畏寒肢冷、纳差、呕吐、水肿、腰膝酸痛、夜尿多共 8 项,用计分法反映治疗前后症状的改善情况。其中无症状或已恢复正常计 0 分;症状轻或偶尔出现计 1 分;症状时轻时重计 2 分;症状较重计 3 分。

2.4 统计学方法:全部数据采用 SPSS 11.0 统计软件进行处理,计量资料用均数±标准差表示,两组间的比较用 t 检验,相关分析用直线相关分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准:根据 1987 年第三次全国中医肾病学术会议拟定的标准^[2]判定。(1)显效:①症状减轻或消失,②Ccr 增加 $\geq 30\%$,③SCr 降低 $\geq 30\%$,以上①项必备,②、③项具备 1 项即可。(2)有效:①症状减轻或消失,②Ccr 增加 $\geq 20\%$,③SCr 降低 $\geq 20\%$,④治疗前后以 SCr 的对数或倒数,用直线回归方程分析,其斜率有显著意义者。其中①项必备,其它具备 1 项即可。(3)无效:不符合显效和有效判断条件者。

3.2 两组疗效比较:治疗组 30 例,显效 15 例(50%),有效 8 例(26.67%),无效 7 例(23.33%),总有效率 76.67%;对照组 30 例,显效 6 例(20%),有效 7 例(23.33%),无效 17 例(56.67%),总有效率 43.33%。两组总有效率及显效率比较差异均有显著性(P 均 < 0.05)。

3.3 两组治疗前后中医症状积分比较:表 1 示,两组治疗后中医症状均有改善($P < 0.01$),但治疗组改善更为显著($P < 0.01$)。

3.4 两组治疗前后肾功能变化情况比较:表 2 示,治疗组治疗后 BUN、SCr、Ccr 均有显著改善($P < 0.05$),对照组治疗前后比较,差异无显著性($P > 0.05$)。

3.5 两组治疗前后血浆 ET 水平变化情况比较:表 3 示,两组治疗前血浆 ET 均明显高于健康人($P < 0.01$),治疗后均有下降,但治疗组下降有显著性($P < 0.01$),对照组治疗前后差异无显著性($P > 0.05$)。

3.6 相关性分析:两组 60 例患者治疗前血浆 ET 与 BUN 呈显著正相关($r = 0.822, P < 0.01$),与 SCr 亦呈显著正相关($r = 0.911, P < 0.01$)。

4 讨论

ET 主要来源于肾脏,肾小球内皮细胞、系膜细胞和肾小管上皮细胞均可合成和分泌 ET。ET 具有强烈而持久的缩血管作用,它通过增加肾血管阻力、降低肾血流量和肾小球滤过率、促进肾小球系膜细胞增殖和细胞外基质合成、加速肾小球硬化等作用参与 CRF 的发生及发展进程。

CRF 是正虚邪实的病证,许多临床研究表明,CRF 以脾肾阳气虚衰败、水湿瘀浊内聚为其主要病机特点,温阳利水、化瘀降浊在改善 CRF 的临床症状,延缓 CRF 的发展进程上确有明显的治疗效果^[3,4]。已有研究证实,CRF 中医各证型患者血浆 ET 含量均明显高于正常人,由低到高依次为脾肾气虚、肝肾阴虚、气阴两虚、脾肾阳虚证^[6]。本研究也发现,CRF 脾肾阳虚、湿浊瘀阻证患者的血浆 ET 水平明显高于正常人,且与 BUN、SCr 呈显著正相关。温肾泄浊汤治疗组在降低患者血浆 ET 水平、改善症状和肾功能,以及临床疗效方面均明显优于对照组。温肾泄浊汤是李俊彪教授多年临床总结出来用以治疗 CRF 脾肾阳虚、湿浊瘀阻证的经验方,全方体现了扶正祛邪、标本兼顾的原则,具有温阳泄浊,化瘀利水,温补脾肾不留邪,泄浊化瘀利水不伤正之功效。ET 可受多种因素(如肾缺血/缺氧、凝血酶、氧化血红蛋白、血管紧张素 II、钙拮抗剂 A23187 等)刺激而释放^[6]。本方中黄芪可通过清除氧自由基、调节免疫和细胞因子、改善血流变和微循环、钙拮抗等作用减少 ET-1 的产生,而黄芪对 ET-1 的调节作用则可能就是其治疗 CRF 的机制之一^[7]。丹参的水提物丹参多酚酸盐能减少 CRF 大鼠的血 ET 水平和改善肾功能,提示其改善肾功能的机理可能与其抑制 ET 的释放有关^[8]。现代药理学研究证实,大黄能清除自由基^[9],丹参具有增加肾血流量、改善血流变、抗

凝、抗脂质过氧化和清除氧自由基作用,鱼腥草能增加肾血流量,当归和厚朴具有抗血小板聚集作用^[10],麻黄可抑制自由基产生^[11],由此推测本方可能通过上述药物的这些作用减少血ET的产生,进而拮抗ET的作用以改善肾功能,延缓CRF病程的进展,温肾泄浊汤对血ET水平的下调作用可能是其治疗CRF脾肾阳虚、湿浊瘀阻证的机制之一。

参考文献

- 1 中华内科杂志编委会肾脏病专业组.原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题座谈会纪要.中华内科杂志,1993,32(2):132.
- 2 时振声.时氏中医肾脏病学.北京:中国医药科技出版社,1997:269.
- 3 杜雨茂.真武汤为主治疗慢性肾衰的临床和实验研究.中国医药学报,1991,6(4):10.
- 4 邓伟,汪青,刘玉宁.浅析肾衰Ⅲ号方治疗慢性肾衰的立法依据.中

- 医研究,1998,11(2):43-44.
- 5 晏子友,皮持衡,徐友妹,等.内皮素含量在慢性肾衰中医证候的变化.江西中医学院学报,1996,8(2):4-5.
- 6 王海燕.肾脏病学.第2版.北京:人民卫生出版社,1996:1394.
- 7 周钦,曹文富,李荣亨.大剂量黄芪注射液对慢性肾功能不全患者血浆、尿液内皮素的影响.中国中药杂志,2001,26(3):200-202.
- 8 徐曼,王逸平,孙伟抗,等.丹参多酚酸盐对大鼠慢性肾衰时肾功能及内源性内皮素释放的影响.中国药理学与毒理学杂志,2001,15(1):39-42.
- 9 大浦彦吉.大黄的药理药效.国外医学中医中药分册,1992,14(3):17.
- 10 王浴生,邓文龙,薛春生.中药药理与应用.第2版.北京:人民卫生出版社,1998:191-196,442-443,740,811.
- 11 王国柱,大浦彦吉.麻黄干浸膏及其单宁成分治疗慢性肾功能衰竭的实验研究.中国中西医结合杂志,1994,14(8):485.

消风散治疗老年皮肤瘙痒症 66 例

路军章* 刘 毅*

我们自1997~2002年用消风散治疗老年皮肤瘙痒症患者66例,并进行了西药对照观察,疗效满意,现总结如下。

1 临床资料

诊断标准:周身皮肤瘙痒,夜间尤甚,影响睡眠,无原发性皮损;因瘙痒而反复搔抓后可引起继发性损害,如搔痕、血痂、色素沉着等;皮肤粗糙或呈苔藓样变。皮肤划痕试验阳性。排除器质性疾病如糖尿病、肝病、肾病、甲状腺功能减退等引起者。诊断符合《老年皮肤病学》标准。中医辨证要点:全身皮肤瘙痒,夜间尤甚,口干,大便干,小便黄,舌红苔黄腻或白腻,脉弦滑。

一般资料:116例均为门诊患者,随机分为两组,治疗组(中药组)66例,男58例,女8例;年龄63~85岁,平均72.6岁;病程3个月~6年,平均2.9年。对照组(西药组)50例,男44例,女6例,年龄61~81岁,平均70.3岁;病程2个月~7年,平均2.5年。两组在年龄、性别、病程和病情轻重等方面差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组:以消风散为主,药用苍术10g,苦参10g,知母10g,荆芥10g,防风10g,当归12g,牛蒡子10g,蝉蜕10g,生石膏30g,生地黄10g,通草6g,白鲜皮10g,蜈蚣2条,甘草6g。每日1剂,水煎分2次温服。对照组:开瑞坦10mg,1次/日,睡前服;10%甘油止痒洗剂外用,每日4~6次;维生素C0.2g,每日3次;维生素E10mg,每日3次。用药均以2周为1个疗程,第1疗程结束后评价瘙痒症状控制情况,对有效以上患者再继续1个疗程,停药后随访3个月,评价总疗效及停药后复发情况。

3 治疗结果

疗效评定标准:治愈:瘙痒症状全部消失,睡眠正常,皮肤

没有出现新的搔痕,停药3个月无复发;显效:瘙痒症状明显减轻,虽偶有瘙痒,但不影响正常睡眠和生活,无新的皮肤搔痕出现,停药3个月内无加重;有效:瘙痒症状减轻,但仍轻度影响睡眠,皮肤抓痕较以前明显减少,或服药期间瘙痒明显减轻或消失,停药后症状加重,需药物维持治疗者;无效:瘙痒症状无变化或加重。对治疗2周内瘙痒症状达到治愈和显效标准的称为满意控制。

两组瘙痒症状短期满意控制率比较:治疗组66例,瘙痒2周内消失者12例(18.2%),明显减轻者16例(24.2%),满意控制率为42.4%;对照组50例,2周内消失者9例(18%),明显减轻者23例(46%),满意控制率64%;两组比较,差异有显著性($P<0.05$)。

两组停药后复发率比较:治疗2个疗程后达显效和治愈标准的患者治疗组为51例,停药后有11例复发,复发率21.6%,继续服中药仍有效;对照组为43例,停药后有22例复发,复发率51.2%,继续原方案治疗仍有效,均纳入有效病例。两组复发率比较差异有显著性($P<0.01$)。

两组总疗效比较:治疗组66例,治愈19例,显效22例,有效18例,无效7例,总有效率89.4%;对照组50例,治愈6例,显效15例,有效24例,无效5例,总有效率90%;组间比较差异无显著性($P>0.05$)。两组总疗效差异无显著性。

4 讨论

中医认为,年老体虚,肝肾不足,精血亏损,皮肤失于濡养而致生风化燥,导致老年皮肤瘙痒症,故治疗以养血活血,祛风止痒为主,多用当归饮子等方加减。但根据我们观察,近年来老年人群中虚证渐少而实证增多,老年皮肤瘙痒症患者中多数表现为口干口臭,大便干燥,小便黄赤,舌苔黄腻,脉象弦滑等一派湿热证候,遂用治疗风湿热型皮肤病的消风散治疗本病取得了理想的疗效。

* 中国人民解放军总医院中医科,北京市海淀区复兴路(100853)

收稿日期:2003-03-11