

# 大黄丹参汤联合左卡尼汀治疗急性肾功能衰竭对血肌酐、尿素氮水平影响

申屠伟丰<sup>1</sup>, 何永春<sup>2</sup>

1. 桐庐县中医院肾内科, 浙江 桐庐 311500

2. 浙江大学医学院附属第一医院肾病中心, 浙江 杭州 310003

**[摘要]** 目的: 探讨大黄丹参汤联合左卡尼汀治疗急性肾功能衰竭对血肌酐 (SCr)、尿素氮 (BUN) 水平的影响。方法: 将急性肾功能衰竭患者 65 例分为观察组 33 例与对照组 32 例, 2 组均给予常规治疗方法 (抗感染、抗休克、纠正酸碱平衡和水电解质等), 对照组在常规治疗的基础上给予左卡尼汀治疗; 观察组在对照组治疗方案的基础上给予自拟大黄丹参汤治疗。比较 2 组临床疗效及对 SCr、BUN 的水平影响。结果: 与对照组比较, 观察组治疗总有效率提高, SCr 值、BUN 值降至正常时间、尿蛋白转阴时间及住院时间缩短, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 与治疗前比较, 2 组治疗后 SCr、BUN 水平均降低, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 2 组间比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组优于对照组。结论: 自拟大黄丹参汤联合左卡尼汀治疗急性肾功能衰竭疗效良好, 能缩短肾功能恢复时间, 降低 SCr、BUN 水平等。

**[关键词]** 急性肾功能衰竭; 大黄丹参汤; 左卡尼汀; 血肌酐 (SCr); 尿素氮 (BUN)

**[中图分类号]** R692.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 04-0070-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.025

急性肾功能衰竭 (ARF) 是出现在全身系统的一组综合征, 在临床上常见的危急重症<sup>[1]</sup>, 该疾病主要是由肾脏本身疾病或肾外原因引起, 主要表现在短期内肾脏排泄功能下降, 产生水、酸碱、电解质平衡失调等。近年来, 急性肾功能衰竭的死亡率逐年升高, 已得到医学界的高度重视。对目前采用的常规治疗手段, 虽然具有良好的治疗效果, 但其远期治疗效果有限<sup>[2]</sup>。临床研究显示, 采用中西医结合治疗急性肾功能衰竭能够取得良好治疗效果, 本研究选取本院收治的急性肾功能衰竭患者给予自拟大黄丹参汤与左卡尼汀联合治疗, 以探讨其临床疗效及对血肌酐 (SCr)、尿素氮 (BUN) 水平的影响, 为临床治疗提供一定的依据, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 西医诊断参照《肾脏诊断与治疗学》<sup>[3]</sup> 中急性肾功能衰竭相关诊断标准。中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》<sup>[4]</sup> 拟定邪热炽盛证、气阴两虚证辨证标准: 主症: 少尿或无尿、恶心

呕吐、口干口苦、面色苍白、发热不退。次症: 尿少色黄、大便干结、胸闷腹胀、腰膝酸软。舌脉: 舌暗红, 苔腻或黄腻、脉象沉细。凡具备主症 2 项, 次症 2 项以上, 参照舌脉即可确诊邪热炽盛证、气阴两虚证。

**1.2 纳入标准** ①符合疾病相关诊断与辨证标准; ②年龄 18~72 岁; ③签署知情同意书者。

**1.3 排除标准** ①合并严重心、肝、肾、脑血管疾病者; ②精神疾病者; ③对本研究药物过敏者; ④妊娠期或哺乳期妇女。

**1.4 一般资料** 观察病例为 2013 年 6 月—2015 年 6 月本院接受治疗的急性肾功能衰竭患者, 共 65 例。将患者分为观察组 33 例与对照组 32 例, 观察组男 20 例, 女 13 例; 年龄 20~70 岁, 平均 (50.2±11.2) 岁; 缺血性 ARF 14 例, 肾毒性 ARF 19 例。对照组男 20 例, 女 12 例; 年龄 21~72 岁, 平均 (51.3±11.7) 岁; 缺血性 ARF 12 例, 肾毒性 ARF 20 例。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

**[收稿日期]** 2015-12-19

**[作者简介]** 申屠伟丰 (1980-), 男, 住院中医师, 在职研究生, 研究方向: 肾功能衰竭。

## 2 治疗方法

2组均给予常规治疗方法(抗感染、抗休克、纠正酸碱平衡和水电解质等)。

2.1 对照组 对照组在常规治疗的基础上给予左卡尼汀(常州兰陵制药有限公司生产;国药准字H20000543)治疗,将3.0g左卡尼汀加入100mL生理盐水中静脉滴注,每天1次,连续治疗14天。

2.2 观察组 在对照组治疗方案的基础上给予自拟大黄丹参汤加减治疗,处方:生大黄、丹参、党参、山药、蒲公英各20g,煅龙骨、白术、苍术、枳实、大腹皮各15g,当归、杏仁、猪苓、茯苓、薏苡仁、甘草各10g,桔梗5g。水肿重者则加半夏10g;血尿明显者则加白茅根30g;低蛋白血症明显者则加黄芪30g,当归10g;高血脂血症明显者则加山楂10g;肾虚虚衰者则加干姜6g,仙茅、淫羊藿各10g。水煎浓缩至100mL,每天1剂,早、晚2次温服,连续治疗14天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效:对2组治疗前后症状、体征变化进行观察,比较2组临床疗效;②对2组SCr、BUN值降至正常时间、尿蛋白转阴时间及住院时间等进行观察比较;观察2组治疗前后SCr、BUN的水平。治疗前、治疗后清晨分别抽取2组患者静脉血5mL,对血清进行分离,然后严格按照试剂盒说明书分别对2组SCr、BUN水平进行测定。

3.2 统计学方法 所有数据进行统计学分析,选用SPSS17.0软件,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,率采用%表示;计数资料采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 按照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup>中对急性肾功能衰竭患者治疗后的临床疗效作为判定的指标。显效:患者的体征、临床症状基本消失,尿蛋白消失,肾功能基本恢复正常,尿量高于1000mL/天。有效:患者临床症状、体征有所改善,尿蛋白减少,肾功能改善明显,尿量高于400mL/天。无效:若患者在体征以及上述相关症状在治疗后均未发生明显改善。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后临床总有效率观察组90.9%,高于对照组71.9%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.3 2组肾功能恢复时间及住院时间比较 见表2。

与对照组比较,观察组SCr值、BUN值降至正常时间、尿蛋白转阴时间及住院时间缩短,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例数			总有效例(%)
		显效	有效	无效	
对照组	32	13(40.6)	10(31.3)	9(28.1)	23(71.9)
观察组	33	20(60.6)	10(30.3)	3(9.1)	30(90.9)
$\chi^2$ 值					6.572
P					<0.05

表2 2组肾功能恢复时间及住院时间比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	SCr降至正常时间	BUN降至正常时间	尿蛋白转阴时间	住院时间
对照组	32	22.83±2.86	23.13±1.89	25.76±3.52	28.94±6.97
观察组	33	11.25±1.65	12.37±1.43	13.84±2.94	15.21±7.32
t值		7.135	7.684	7.482	8.794
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

4.4 2组治疗前后SCr、BUN水平比较 见表3。2组患者在接受治疗前临床指标如SCr、BUN等比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );与治疗前比较,2组治疗后SCr、BUN水平均降低,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),观察组降低水平优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后SCr、BUN水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	SCr( $\mu\text{mol/L}$ )		BUN( $\text{mmol/L}$ )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	734.26±83.27	462.17±61.25 <sup>①</sup>	17.74±0.75	13.83±0.49 <sup>①</sup>
观察组	738.93±82.51	251.62±47.94 <sup>①</sup>	17.81±0.80	10.52±0.51 <sup>①</sup>
t值	0.472	13.521	0.245	6.253
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$

## 5 讨论

急性肾功能衰竭是一种临床常见危急重症,其病死率较高,且近年来该发病率呈现出逐年增加的趋势。急性肾功能衰竭疾病病情复杂多变,发病机理尚不完全明确,临床上对于该疾病的治疗存在较大困难。随着临床医学技术的不断发展与医疗设备的不断完善,目前临床对于急性肾功能衰竭的治疗水平上有了提高。血液透析净化疗法在临床上得到了广泛认可与应用,该方式治疗既能够替代肾脏,清除在体内滞留的各种毒素物质,又能够在较短时间内使电解质失衡以及酸中毒得以纠正,进而使患者临床症

状得以改善<sup>⑤</sup>。

在中医学上,急性肾功能衰竭属关格、癃闭等范畴。中医学理论认为,急性肾功能衰竭发病机理主要是邪实与阴伤,病邪深入血分,进而血热相结,时间长了热度则会深入下焦,于膀胱处内结,致使气化失常,水道阻滞;另外,热毒会对肾脏产生损害,进而致使肾脏气化不利,肾功能出现失调等,临床表现出尿闭、少尿等症状<sup>⑥</sup>。其病理乃因脾虚水湿失运,升降失常,谷气不能上升反而下降,导致水谷精微大量外泄,从而出现大量的蛋白尿;另一方面水液不循常道,土不制水,水湿内停,泛滥肌肤,则为水肿,甚者出现胸水、腹水。大量蛋白尿引起严重的低蛋白血症,血浆胶体渗透压降低导致有效血容量不足,肾血流灌注量下降,同时因肾间质水肿、蛋白管型堵塞肾小管,致使鲍曼氏囊压力增高,引起肾小球滤过率下降等,随着蛋白尿的不断丢失和水肿的逐渐加重,脾气更虚,二者形成恶性循环,使患者病情进一步恶化。而且脾虚还可导致气虚,气不行血则瘀滞。临床认为脾肾气虚、瘀浊内阻证是急性肾衰竭的主要病理。本研究采用本院自拟的大黄丹参汤治疗急性肾功能衰竭,组方包括生大黄、丹参、蒲公英、煅龙骨、苍术、枳实、大腹皮、当归、杏仁、猪苓等,其中生大黄能够起到泻下攻积导滞的作用,能够清解血分热毒,清除肠道内毒素,改善肾脏血液循环,恢复肾功能等;丹参具有活血祛瘀的效果;党参、山药具有益气健脾、促进有害物质排出、改善肾脏血液循环、调理水液代谢紊乱等的功效;白术具有苦温健脾燥湿的功效;蒲公英、苍术能够起到清热解毒的作用;煅龙骨能够起到重镇安神的作用;枳实能够起到行气除痞的作用;当归能够起到活血补血的作用,方中佐以茯苓、薏苡仁、甘草能够起到渗湿健脾之效,少加桔梗通降肺气以通调水道,全方则有健脾益气、除湿、改善肾脏血液循环,调理水液代谢紊乱,恢复肾功能之效。将上述诸药配伍合用还能够起到清除肾脏内的有

害物质,恢复肾功能、调理水代谢紊乱,改善肾脏血液循环等作用。

急性肾功能衰竭疾病发展速度较快,病情会在数小时至数周内急剧恶化,同时能够影响 SCr、BUN 的正常水平,使其持续升高,因此,会对肾脏产生不同程度的损伤。本研究结果显示,自拟大黄丹参汤联合左卡尼汀治疗后 SCr、BUN 水平均较治疗前降低,且降低程度优于单纯采用左卡尼汀治疗,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),这就表明自拟大黄丹参汤联合左卡尼汀治疗能够降低急性肾功能衰竭患者 SCr、BUN 水平。此外,与单纯采用左卡尼汀治疗组相比较,自拟大黄丹参汤联合左卡尼汀治疗组的临床治疗总有效率更高,SCr 值、BUN 值降至正常时间、尿蛋白转阴时间及住院时间缩短,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),这就表明,自拟大黄丹参汤联合左卡尼汀治疗急性肾功能衰竭患者具有良好的临床疗效,同时能够缩短肾功能恢复时间及住院时间,有助于患者快速康复。

#### [参考文献]

- [1] 韩晓玲. 左卡尼汀联合血液透析治疗急性肾功能衰竭的临床观察[J]. 中国医药导刊, 2012, 16(12): 2113-2114.
- [2] 黄珊. 金锁固精丸配合西药治疗急性肾功能衰竭 41 例[J]. 陕西中医, 2014, 13(4): 403-404.
- [3] 叶任高, 沈清瑞. 肾脏诊断与治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 493-508.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 273.
- [5] 刘情操. 中西医结合治疗急性肾衰竭的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2013, 35(2): 55.
- [6] 石媛, 何红权, 徐素美, 等. 大黄联合复方丹参注射液治疗急性肾功能衰竭 92 例[J]. 中国中医急症, 2012, 21(4): 634-635.

(责任编辑: 刘淑婷)