

粒可改善患者的高凝状态。

综上所述,在常规治疗基础上加用尿毒清颗粒综合治疗慢性肾功能衰竭疗效显著。然此次研究因受各种因素(如检测及样本数量、研究时间等)影响而导致研究结果并不全面,所以为得出更为准确的数据,尚需扩大研究样本以深入研究分析。

[参考文献]

- [1] 蔡源,董俊武.尿毒清颗粒联合复方 α 酮酸对CKD-MBD患者PINP、CTX及FGF23的影响[J].中国生物化学杂志,2015,35(2):100-103.
- [2] 王海燕.肾脏病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,1998:1393.
- [3] 周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:446.
- [4] 郑海生,王荣,刘凯,等.中医补肾泄浊法与尿毒清治

疗慢性肾功能衰竭随机对照试验的系统评价和Meta分析[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(3):306-310.

- [5] 涂玥,孙伟,万毅刚,等.大黄类经方延缓慢性肾脏病进展[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(5):222-228.
- [6] 曹玲玲,李维祖,司秀莲,等.黄芪甲苷对肾小球系膜细胞氧化应激损伤的保护作用及其机制[J].中国中药杂志,2013,38(5):725-730.
- [7] 李建恒,乔亚君,侯力峰,等.丹参脂溶性有效成分丹参酮研究进展[J].河北大学学报:自然科学版,2015,35(2):217-224.
- [8] 王一丁,赵娟,黄勇,等.血清胱抑素C检测在老年慢性肾功能衰竭诊断中的意义[J].四川医学,2015,36(5):719-721.

(责任编辑:吴凌)

小柴胡汤联合西医治疗慢性肾功能衰竭湿热证临床观察

周华虹,成栋

金华市中医医院,浙江 金华 321017

[摘要] 目的:观察小柴胡汤联合西医治疗慢性肾功能衰竭湿热证患者的临床疗效。方法:将68例慢性肾功能衰竭湿热证患者按照随机数字表法分为对照组与观察组各34例。比较2组患者的临床症状改善情况及治疗前后的血红蛋白(Hb)、24h尿蛋白定量、尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、内生肌酐清除率(CCr)。统计2组的临床疗效及不良反应。结果:治疗后,观察组患者各项临床症状改善情况均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2组BUN、SCr、CCr、血红蛋白、24h尿蛋白定量均较治疗前改善($P < 0.05$),观察组各指标改善情况均优于对照组($P < 0.05$)。观察组临床总有效率为85.3%,明显高于对照组的44.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:应用小柴胡汤加减联合西医治疗慢性肾功能衰竭湿热证的临床疗效显著且安全。

[关键词] 慢性肾功能衰竭;湿热证;中西医结合疗法;小柴胡汤

[中图分类号] R692.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0075-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.032

慢性肾功能衰竭患者常伴皮肤瘙痒、水肿及失眠等症状,从而影响其日常生活。目前现代医学主要采用药物及肾脏替代治疗慢性肾功能衰竭,但因治疗费用昂贵,且需患者具有严格依从性等,因此给患者造成一定困难,并影响最终疗效。中药治疗慢性肾功能衰竭具有其独特优势,通过辨证论治地运用中药,对改善临床症状、消除毒素及延缓病情、保护残余肾功能等有显著效果。因单纯中药治疗起效慢,治疗时间长,会降低

患者的治疗依从性,不利于巩固疗效及病情改善。为此,中西医结合治疗慢性肾功能衰竭成为临床治疗的一种趋势。本次研究于西医疗法基础上加小柴胡汤加减辅助治疗,观察临床效果,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《内科学》^[1]中慢性肾功能衰竭的诊断标准,血清肌酐(SCr) $\geq 133 \mu\text{mol/L}$,肾小球滤过率(GFR) < 60

[收稿日期] 2016-02-12

[作者简介] 周华虹(1981-),女,主治中医师,研究方向:肾内科。

mL/min, 且 ≥ 3 月, 或内生肌酐清除率(CCr) <80 mL/min, 有原发性或继发性慢性肾脏疾病史。

1.2 辨证标准 参照《中医临床诊疗术语疾病部分》^[2]有关慢性肾功能衰竭的辨证标准, 辨证属湿热证。主症: 身重困倦、口干、口苦、恶心呕吐、食少纳呆等。次症: 口中黏腻, 脘腹胀满, 舌苔黄腻。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准与辨证标准; 年龄 18~80 岁; 自愿参与研究且签署知情同意书, 经医院医学伦理委员会批准。

1.4 排除标准 不符合以上诊断标准与辨证标准; 尿毒症期患者; 患有严重心、脑、肝、肾等疾病, 伴严重感染或休克或心力衰竭的患者; 患有精神疾病的患者; 过敏体质患者; 妊娠或哺乳期妇女; 1年内使用过治疗甲状腺功能药物的患者。

1.5 一般资料 将本院 2012 年 1 月—2015 年 12 月收治的 68 例慢性肾功能衰竭湿热证患者按照随机数字表法分为对照组与观察组各 34 例。观察组男 20 例, 女 14 例; 年龄 52~79 岁, 平均(67.7 \pm 4.2)岁; 病程 0.3~5.7 年, 平均(3.1 \pm 1.2)年; 原发疾病: 糖尿病肾病 15 例, 高血压肾病 9 例, 慢性肾盂肾炎 7 例, 慢性肾炎 3 例。对照组男 22 例, 女 12 例; 年龄 51~80 岁, 平均(67.9 \pm 4.0)岁; 病程 0.5~5.8 年, 平均(3.2 \pm 1.4)年; 原发疾病: 糖尿病肾病 13 例, 高血压肾病 9 例, 慢性肾盂肾炎 8 例, 慢性肾炎 4 例。2 组性别、病程、原发疾病及年龄等资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 大体上具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 低盐、低磷及优质低蛋白质饮食, 采用胰岛素控制血糖, 以氯沙坦钾片(杭州默沙东制药有限公司, 规格: 每片 0.1 g), 每天服 0.5 g 降血压; 腹胀、大便干燥及食欲下降者给予大黄碳酸氢钠片[杏辉天力(杭州)药业有限公司]口服, 每次 1~3 片, 每天 3 次。氢氯噻嗪片(山西利丰华瑞制药有限公司, 规格: 每片 10 mg), 每次服 50 mg, 每天 1 次, 每周连续服用 5 天。

2.2 观察组 于对照组治疗基础上加用小柴胡汤加减, 组方: 生姜 5 g, 陈皮 6 g, 制大黄、法半夏各 10 g, 黄芩、柴胡各 12 g, 党参、车前子(包)各 15 g。兼血瘀者: 表现为舌质紫暗、肌肤甲错、唇暗, 加莪术、川芎各 12 g; 兼脾肾气虚者: 表现为气短懒言、乏力、腰膝酸软且易出汗, 加怀牛膝、生黄芪各 15 g, 炒白术 10 g; 兼浊毒壅盛者: 表现为舌苔浊腻、面色晦暗、皮肤瘙痒, 加蒲公英和土茯苓各 15 g, 白花蛇舌草 20 g。将以上各药材加水煎熬至 400 mL, 每次服 200 mL, 早晚各服用 1 次, 7 天为 1 疗程。

2 组患者均连续治疗 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者的症状改善情况, 改善标准如下: 乏力: 精力较治疗前充沛, 乏力症状改善; 浮肿: 身体浮

肿症状改善, 皮肤肿胀程度减轻; 食欲缺乏: 食欲较治疗前增加; 恶心: 恶心情况减少或恶心程度减轻; 呕吐: 无呕吐或较治疗前呕吐次数减少。分别于治疗前、治疗 8 周末空腹抽取患者静脉血液 5 mL, 采用全自动生化检测仪检测血红蛋白(Hb)、24 h 尿蛋白定量、尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、内生肌酐清除率(CCr)。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件统计数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《肾脏病学》^[3]拟定。显效: 临床症状及体征基本消失, BUN、SCr 下降 $>30\%$, Hb 升高; 有效: 临床症状及体征改善, BUN、SCr 下降 $>20\%$; 无效: 临床症状及体征未减轻或加重, 或生化指标未改善。

4.2 2 组临床症状改善情况比较 见表 1。观察组各项临床症状改善情况均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

组别	n	乏力	浮肿	食欲缺乏	恶心	呕吐
对照组	34	10(29.4)	12(35.3)	11(32.4)	11(32.4)	17(50.0)
观察组	34	26(76.5)	27(79.4)	28(82.4)	31(91.2)	30(88.2)
χ^2 值		15.11	13.53	17.38	24.91	11.64
P 值		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

4.3 2 组治疗前后生化指标比较 见表 2。治疗前, 2 组各项生化指标比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 2 组 BUN、SCr、CCr、血红蛋白、24 h 尿蛋白定量均较治疗前改善($P < 0.05$), 观察组各指标改善情况均优于对照组($P < 0.05$)。

指标	时间	对照组	观察组
BUN(mmol/L)	治疗前	22.32 \pm 4.69	22.334 \pm 4.70
	治疗后	15.52 \pm 2.58 ^①	7.02 \pm 2.42 ^②
SCr(μ mol/L)	治疗前	459.74 \pm 127.71	459.68 \pm 128.01
	治疗后	146.54 \pm 35.36 ^①	117.20 \pm 31.14 ^②
CCr(mL/min)	治疗前	32.47 \pm 10.20	32.44 \pm 10.18
	治疗后	9.36 \pm 4.21 ^①	3.72 \pm 1.26 ^②
血红蛋白(g/L)	治疗前	5.03 \pm 0.59	5.01 \pm 0.63
	治疗后	5.72 \pm 1.05 ^①	8.75 \pm 1.19 ^②
24 h 尿蛋白定量(g)	治疗前	2.12 \pm 0.82	2.11 \pm 0.86
	治疗后	1.82 \pm 0.56 ^①	0.91 \pm 0.35 ^②

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.4 2 组临床疗效比较 见表 3。观察组临床总有效率为 85.3%, 明显高于对照组的 44.1%, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	34	9	6	19	44.1
观察组	34	18	11	5	85.3
χ^2 值					12.64
P值					0.00

4.5 安全性 治疗期间,对照组2例轻度呕吐、1例头痛,但未经任何处理,30 min后患者症状缓解;观察组1例呕吐,未经任何处理,症状自行缓解。2组均未见明显不良反应。

5 讨论

中医学认为慢性肾功能衰竭发病原因较为复杂,大多是因先天禀赋不足、后天素体失养及情志不畅等所致^[4]。湿热是伴随慢性肾功能衰竭发生、发展的重要因素,湿热之邪也是脏腑衰败的产物;然该产物反过来又可阻碍阳气和脏腑机能恢复,从而致病情加重。由于该病后期主要涉及人体五脏六腑,正气虚极、邪实更甚,阴阳不调,最终表现为全身症状^[5]。如临床得不到及时治疗则可致阴阳离绝。所以祛除湿热之邪,恢复脏腑机能,延缓慢性肾功能衰竭发展是治疗关键。该病常呈虚实夹杂之证,只补其虚易滋腻碍胃或动风助火,只攻其邪,则易损伤本已亏虚的正气。小柴胡汤在《伤寒论》中被多次提到治疗小便利证,而小便利可见于中医肾系病变,也可关乎少阳病变,因小柴胡汤为治疗少阳病之主方。

小柴胡汤中的柴胡具有疏肝解郁、解表退热、升阳举陷等功效;黄芩可泻火解毒、清热燥湿;党参可补脾肺之气、生津;法半夏可燥湿化痰、降逆止呕;陈皮可燥湿化痰、理气健脾;制大黄可清热泻火、凉血解毒、活血化瘀;生姜助半夏和胃,兼制半夏之毒;车前子利尿通淋。诸药合用,可疏利三焦、调和脾胃、清利湿热、标本兼治。现代药理学研究发现,柴胡具有抗病毒和抗炎、解热的功效,同时还可抗肿瘤及保肝;柴胡成分中的柴胡皂苷-d可降低狼疮肾炎小鼠的尿蛋白含量,并有效抑制肾组织白细胞介素(IL)-6及IL-10 mRNA表达,防治肾小球硬化等。黄芩可保肝利胆、镇静及抑制前列

腺素生物合成,抑制变态反应等,其还可改善庆大霉素所致的肾组织损害。党参可增加红细胞及血红蛋白含量,增强人体免疫力等;半夏可抗肿瘤和抗癌等;陈皮可促进人体体液及细胞免疫等;大黄可改善微循环,清除自由基,有效抑制血小板聚集、肾小球系膜细胞及成纤维细胞增生,并具有抗肾间质纤维化效果,延缓肾功能不全进一步发展。结合本研究的结果,以常规治疗联合中医药可更好地改善患者的临床症状及生化指标,这与小柴胡汤的疗效有关,而西药可结合尿毒素,并促使其排出体外,最终达到清除患者体内尿毒素及维持内环境平衡的效果。2组患者在治疗期间无明显不良反应,说明中西医结合治疗具有一定安全性。予小柴胡汤加减治疗后,患者的尿蛋白明显减少,这主要是因黄芩、柴胡及制大黄的有效成分可防治肾组织损伤,并对肾脏排泄尿蛋白有一定影响。

综上所述,应用小柴胡汤加减联合西医治疗慢性肾功能衰竭湿热证临床疗效显著且安全,值得进一步研究以推广。但因本次研究样本数量较少,随访时间较短,所以为得出更为准确的数据,尚需扩大样本数、延长观察时间以深入研究。

[参考文献]

- [1] 叶任高. 内科学[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社, 2000: 575.
- [2] 国家技术监督局. GB/T 16751.1-1997 中医临床诊疗术语疾病部分[S]. 北京:中国标准出版社, 1997: 15.
- [3] 王海燕. 肾脏病学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 1997: 1151.
- [4] 丁世永, 郑平东, 何立群, 等. 小柴胡汤改善慢性肾小球肾炎患者炎症及减轻蛋白尿的作用研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(1): 21-26.
- [5] 郑海生, 王荣, 刘凯, 等. 中医补肾泄浊法与尿毒清治疗慢性肾功能衰竭随机对照试验的系统评价和Meta分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(3): 306-310.

(责任编辑:吴凌)