

# 慢性肾功能衰竭便秘与湿浊证相关性研究

许苑<sup>1</sup>, 林玮涛<sup>2</sup>, 邹川<sup>1</sup>, 刘旭生<sup>1</sup>, 黄春林<sup>1</sup>

1. 广东省中医院, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

**[摘要]** 目的: 对慢性肾功能衰竭 (CKD 4~5 期) 非透析患者进行便秘及中医湿浊证的调查, 分析便秘与湿浊证的相关性。方法: 采用调查表对在广东省中医院肾病科门诊治疗的 160 例慢性肾功能衰竭 (CKD 4~5 期) 非透析患者进行问卷调查, 了解便秘、湿浊证的发生情况及两者间的相关性。结果: 160 例慢性肾功能衰竭 (CKD 4~5 期) 非透析患者, 其中便秘患者有 62 例 (38.8%), 非便秘患者有 98 例 (61.2%)。辨证为湿浊证的患者 119 例, 占总人数的 74.4%。便秘组 62 例中, 湿浊证 54 例, 占 87.1%; 非便秘组 98 例中, 湿浊证 65 例, 占 66.3%。结论: 慢性肾功能衰竭 (CKD 4~5 期) 非透析患者的便秘与湿浊证具有一定的相关性, 辨证为湿浊证的患者出现便秘的可能性比非湿浊证患者大。

**[关键词]** 慢性肾功能衰竭; 便秘; 湿浊证; 相关性; 通腑泄浊法

**[中图分类号]** R692.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0038-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.017

中医学认为湿浊内蕴是慢性肾功能衰竭的基本病机之一, 便秘影响湿浊从肠道排泄, 进而加重湿浊内蕴。现代医学则认为便秘影响尿毒症毒素的排出、增加毒素的生成, 可能引起肾功能的进一步恶化。但有关慢性肾功能衰竭患者便秘与湿浊证的发生情况及两者间关系的研究却鲜见报道。本研究对在广东省中医院门诊就诊的 160 例慢性肾功能衰竭非透析患者的便秘、湿浊证的发生情况及两者间的关系进行调查, 以期为中医通腑泄浊法治疗慢性肾功能衰竭提供临床数据。

## 1 临床资料

**1.1 调查对象** 2013 年 8 月—2015 年 1 月在广东省中医院肾病科门诊就诊的慢性肾功能衰竭 (CKD 4~5 期) 非透析患者, 共 160 例。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 慢性肾脏病 (CKD) 诊断标准<sup>[1]</sup>** CKD 指的是各种原因引起的慢性肾脏结构和功能障碍 (肾脏损害病史超过 3 月), 包括肾小球滤过率 (GFR) 正常和不正常的病理损伤、血液或尿液成分异常, 及影像学检查异常, 或不明原因 GFR 下降 (GFR < 60 mL/m<sup>2</sup>·1.73 m<sup>2</sup>) 超过 3 月, 即为 CKD。CKD 的分期为: 1 期: 肾损伤指标 (+), GFR 正常或增加、GFR ≥ 90 mL/(m<sup>2</sup>·1.73 m<sup>2</sup>); 2 期: 肾损伤指标 (+), GFR 轻度下降、GFR 60 ~ 89.9 mL/(m<sup>2</sup>·1.73 m<sup>2</sup>); 3 期: GFR 中度下降、GFR 30 ~ 59.9 mL/(m<sup>2</sup>·1.73 m<sup>2</sup>); 4 期: GFR 重度下降、GFR 15 ~ 29.9 mL/(m<sup>2</sup>·1.73 m<sup>2</sup>); 5 期: 肾衰竭, GFR < 15 mL/(m<sup>2</sup>·1.73 m<sup>2</sup>)。

**1.2.2 便秘诊断标准** 参照 2006 年罗马 诊断标准: (1) 诊断前症状出现至少 6 月且近 3 月有症状发作。症状包括以下 2 个或 2 个以上: 至少 25% 的排便费力; 至少 25% 的排便为块状或硬便; 至少 25% 的排便有排便不尽感; 至少 25% 的排便有肛门直肠阻塞感; 至少 25% 的排便需手助排便 (如手指抠便, 支托会阴); 每周排便少于 3 次。(2) 不用泻药软便少见。(3) 没有足够证据诊断肠易激综合征。

**1.3 辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》<sup>[2]</sup> 中湿浊证的辨证标准。主症: 恶心呕吐, 肢体困重, 食少纳呆; 次症: 脘腹胀满, 口中黏腻, 舌苔厚腻。依据症状、体征、舌象、脉象等, 由 3 名中医主治医师 (或以上资格水平) 同时参与辨证, 取多数者为结果, 意见相佐时, 由上级医生评定。

**1.4 纳入标准** 符合慢性肾功能衰竭 (CKD 4~5 期) 的诊断标准; 年龄 18~80 岁; 签署知情同意书。

**1.5 排除标准** 急性肾功能衰竭; 已行血液透析或腹膜透析治疗的患者; 存在严重心脑血管 (高血压肾病除外)、内分泌 (糖尿病肾病除外)、肝脏、造血系统等严重疾病; 肠道肿瘤、严重痔疮、直肠狭窄等肠道病变者; 合并精神疾病; 妊娠或哺乳期妇女; 不愿或不能配合调查者。

## 2 研究方法

**2.1 调查方法** 采用观察性研究的方法, 利用临床病例观察表, 对符合纳入标准的患者进行调查。

**[收稿日期]** 2016-06-28

**[基金项目]** 广东省中医药局建设中医药强省科研课题 (20131205)

**[作者简介]** 许苑 (1984-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合防治慢性肾脏病。

**[通讯作者]** 邹川, E-mail: doctorzc541888@126.com。

2.2 统计学方法 所有数据输入 PASW Statistics 17.0 统计软件建立数据库。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用  $t$  检验(不满足正态分布和/或方差齐性时采用秩和检验);计数资料以构成比表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 3 研究结果

3.1 慢性肾功能衰竭便秘的发生率 160 例慢性肾功能衰竭(CKD 4~5 期)非透析患者,其中便秘患者有 62 例(38.8%),非便秘患者有 98 例(61.2%)。

3.2 慢性肾功能衰竭湿浊证的发生情况 辨证为湿浊证的患者 119 例,占总人数的 74.4%。便秘组 62 例中,湿浊证 54 例,占 87.1%;非便秘组 98 例中,湿浊证 65 例,占 66.3%。

3.3 便秘组与非便秘组湿浊证情况比较 见表 1。运用单因素分析方法,经 Pearson- $\chi^2$  检验,湿浊证与慢性肾功能衰竭患者便秘相关( $P < 0.01$ )。

湿浊证	$n$	便秘组	非便秘组	$\chi^2$ 值	$P$ 值
是	119	54(46.1)	65(72.9)	8.596	0.003
否	41	8(15.9)	33(25.1)		

注:括号里的数值是 $\chi^2$  检验计算出来的期望值

### 4 讨论

中医学认为,慢性肾功能衰竭可归属于中医学癃闭、关格、溺毒等范畴,属本虚标实之证,脾肾衰败、湿浊内蕴是其基本病机环节,湿浊既是病理产物又是致病因素,贯穿于疾病的始终。便秘时可影响湿浊从大便排泄,进而加重湿浊内蕴,引起肾功能的进一步恶化。

4.1 慢性肾功能衰竭非透析患者便秘的发生情况 本次调查结果提示,慢性肾功能衰竭非透析患者便秘的发生率为 38.8%。目前在肾病领域,大部分学者只关注透析患者便秘的发生情况,报道的患病率为 54.89%~61.17%<sup>[3~4]</sup>,但对于非透析患者便秘的发生情况,尚未见相关的数据报道。

4.2 慢性肾功能衰竭湿浊证的发生情况 本次调查的研究结果提示,在 160 例慢性肾功能衰竭患者中,辨证为湿浊证者占总人数的 74.4%。既往的研究结果亦显示,慢性肾功能衰竭邪实证中以湿浊证最为常见<sup>[5~6]</sup>。中医学认为慢性肾功能衰竭的关键病机是各种肾脏病迁延日久,导致脏腑功能虚损,浊邪内蕴体内,变生它邪,进一步耗损正气,期间又易因感受外邪,或饮食不节,或劳累过度而加速病情进展,病机错综复杂,但总属虚实夹杂,本虚标实。正虚包括气、血、阴、阳的亏虚,邪实则包括湿浊、水气、血瘀等,可伴有湿浊化热,有时兼有外邪等。结合本次研究结果,辨证为湿浊证者占绝大部分,究其湿浊之源,一为原发病中之水湿不解,留而为患;二为脾肾虚损,无以化湿,湿浊内生,因此解决湿浊内蕴是治疗关键所在。

4.3 慢性肾功能衰竭便秘与湿浊证的相关性探讨 本研究的单因素分析结果提示,是否为湿浊证与慢性肾功能衰竭患者的便秘相关。《素问·灵兰秘典论》曰:“大肠者,传导之官,变化出焉。”即大肠具有吸收精微、排出糟粕的功能。现代中医认为,便秘是指因大肠传导功能出现障碍而导致的以排便困难,排便时间或间隔时间延长为临床特征的一种肠道病证,基本病机是邪滞大肠,腑气闭塞不通或肠失温润,推动无力,导致大肠传导功能失常。现代研究结果表明,许多尿毒症毒素的产生与慢性肾功能衰竭时肠道功能紊乱有着密切的关系,一方面肠道的传导功能下降,蛋白质及其分解产物滞留在肠道,为肠道细菌的繁殖提供了基础,一些重要的尿毒素,如硫酸吲哚酚、对甲酚等,直接来源于肠道细菌的分解作用,反过来又加重肾功能衰竭,造成死亡率的增加;另一方面,人体每天从肠道排泄尿素氮、肌酐、尿酸等尿毒素比尿液中还多,在肾功能下降后,这些毒素的排泄量还会相应增加,在便秘的病理生理情况下,尿毒症毒素在肠道排泄减少,从而加重尿毒症<sup>[7]</sup>。广东省名中医黄春林教授根据《素问·五脏别论》中大肠“受五脏浊气,名曰传化之府,此不能久留,输泻者也。魄门亦为五脏使……”的理论,认为大肠的传导失司是慢性肾功能衰竭湿浊滞留的重要原因,因此调节大肠的传导功能,就可以减少湿浊的产生、促进其排出,从而减轻湿浊的危害。目前,临床上许多医家以“湿浊”作为切入点进行治疗,应用口服及外用药物来治疗慢性肾功能衰竭,概而言之“通腑泄浊法”,通过调节大便次数,将尿素氮、肌酐和其他代谢产物结合后从粪便排出体外,从而改善患者湿浊内蕴的症状、保持肾功能的稳定<sup>[8~11]</sup>。本研究结果提示辨证为湿浊证的患者,出现便秘的可能性比非湿浊证患者大。

综上所述,便秘在慢性肾功能衰竭(CKD 4~5 期)非透析患者中具有一定的发生率,湿浊证为慢性肾功能衰竭邪实证中最常见的分型,而便秘与湿浊证具有一定的相关性,湿浊证患者出现便秘的可能性比非湿浊证患者大。

### [参考文献]

- [1] National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification [J]. Am J Kidney Dis, 2002, 39(2 Suppl 1): S1-266.
- [2] 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: 163-168.
- [3] 罗招芬,许秀君,陈慧仙. 维持性血液透析患者便秘情况的调查研究[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(9): 911-913.
- [4] 杨玉洁,余少斌,张颖君,等. 血液透析患者便秘情况调查与临床相关性研究[J]. 中国血液净化, 2015, 14(7): 437-440.

- [5] 李蔚. 慢性肾衰竭中医证型分布特点再探[D]. 南京: 南京中医药大学, 2012.
- [6] 李宏伟, 万喜超, 徐磊, 等. 慢性肾脏病中医体质分型与论治研究[J]. 国际医药卫生导报, 2015, 21(18): 2666-2668.
- [7] Friedman EA. Can the Bowel Serve as a Kidney? [J]. Present and Future Therapies for End-Stage Renal Disease, 2009, 28(11): 177.
- [8] 赵翠, 丁芳, 林海英, 等. 结肠透析联合保留灌肠治疗慢性肾衰竭的疗效观察[J]. 临床荟萃, 2011, 19(15): 1310-1313.
- [9] 申涛, 周发明, 李光琼. 结肠透析配合中药保留灌肠治疗慢性肾衰 40 例临床观察[J]. 中医药导报, 2012, 18(9): 52-53.
- [10] 蒋丽君. 中药灌肠联合肾衰宁颗粒治疗慢性肾功能衰竭的临床疗效观察[J]. 吉林医学, 2013, 34(28): 5813-5814.
- [11] 孟令栋. 肾衰灌肠方治疗慢性肾功能衰竭[J]. 吉林中医药, 2014, 34(1): 45-47.

(责任编辑: 吴凌)

## 健脾益肾排毒方联合常规疗法对CKD 4期脾肾气虚证患者血钾和肾功能的影响

杨爱成<sup>1</sup>, 梁钰璠<sup>2</sup>, 刘小玲<sup>1</sup>, 林辉遂<sup>1</sup>, 陈芳<sup>1</sup>, 姜宁<sup>1</sup>, 罗智<sup>1</sup>

1. 暨南大学附属江门中医院, 广东 江门 529000; 2. 暨南大学附属江门中医院恩平分院, 广东 恩平 529400

**[摘要]** 目的: 观察健脾益肾排毒方联合常规疗法对CKD 4期脾肾气虚证患者血钾和肾功能的影响。方法: 选取80例CKD 4期脾肾气虚证患者为研究对象, 随机分为对照组和治疗组各40例。其中, 对照组退出7例, 余33例; 治疗组退出6例, 余34例。对照组给予营养饮食、改善钙磷代谢紊乱、调节酸碱代谢平衡、纠正贫血以及降压、降血糖等对症治疗, 治疗组在对照组治疗基础上予健脾益肾排毒方治疗。2组均治疗6月。观察2组治疗前后的血钾浓度和肾功能指标[血肌酐(SCr)、血尿素氮(BUN)]的变化。结果: 治疗前, 2组血钾浓度比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗2、4周和3、6月后, 2组血钾浓度均较治疗前无变化( $P > 0.05$ ); 组间比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗前, 2组患者SCr和BUN水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗2周后, 2组SCr水平较治疗前均上升( $P < 0.05$ )。治疗4周、3月后, 2组SCr水平虽较治疗前均有下降趋势, 但差异均无统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗6月后, 2组SCr水平均较治疗前下降( $P < 0.05$ ); 治疗组的SCr水平低于对照组( $P < 0.05$ )。治疗2、4周和3月后, 对照组的BUN水平先有小幅度上升而后下降, 治疗组的BUN水平均有小幅度下降, 但差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗6月后, 2组BUN水平均较治疗前下降( $P < 0.05$ ); 治疗组的BUN水平低于对照组( $P < 0.05$ )。结论: 健脾益肾排毒方联合常规疗法治疗CKD 4期脾肾气虚证, 能进一步改善患者的肾功能, 且治疗过程中仅有个别患者发生高血钾症, 临床用药较为安全。

**[关键词]** 慢性肾脏病(CKD); 脾肾气虚证; 中西医结合疗法; 健脾益肾排毒方; 血钾; 肾功能

**[中图分类号]** R692 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)11-0040-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.018

慢性肾脏病(CKD)是各种原发性或继发性病因导致的慢性肾脏结构和功能障碍。CKD分为5期, 患者一旦发展到CKD 4期, 则通过饮食控制、改善钙磷代谢紊乱、纠正贫血、控制血压、血糖等方法治疗, 以延缓病情。在上述治疗基础上给予

中药治疗有其独特优势, 但有研究认为服用中药是引发患者高钾血症的重要原因<sup>[1]</sup>, 也有研究认为CKD患者长期服用中药, 不会引发高钾血症<sup>[2]</sup>。近来笔者发现, 采用健脾益肾排毒方治疗CKD 4期脾肾气虚证, 可延缓患者肾功能减退的速度, 改

**[收稿日期]** 2016-06-08

**[基金项目]** 2012年江门市科技计划项目; 广东省建设中医药强省科研课题(20152091)

**[作者简介]** 杨爱成(1969-), 男, 主任医师, 主要从事肾病、风湿病临床及基础研究工作。