

中西医结合治疗痛风性肾病 56 例临床研究

廖国华 冯春俭 蒋敏 俞立强
(张家港市中医医院, 江苏张家港 215600)

摘要 目的:观察中西医结合治疗痛风性肾病的临床疗效。方法:将 112 例患者随机分为治疗组和对照组各 56 例。对照组采用常规西药治疗,治疗组在对照组治疗基础上加用中医辨证分型论治。2 组疗程均为 12 周。分析比较临床疗效及治疗前后尿 PRO 定量、尿 RBC 计数、尿 β_2 -MG、Scr、BUN、UA 水平的变化。结果:治疗组总有效率 87.5%,明显高于对照组的 50.0%;治疗组治疗后尿 PRO 定量、尿 RBC 计数、尿 β_2 -MG、UA、Scr 及 BUN 水平均较对照组明显改善。治疗组中肝肾阴虚、脾肾气虚型疗效较好,其次为气阴两虚型,阴阳两虚型疗效差。结论:中西医结合治疗痛风性肾病疗效确切,可改善肾功能,减轻临床症状。

关键词 痛风性肾病 辨证分型 中药复方 中西医结合疗法

中图分类号 R589.705 文献标识码 A 文章编号 1672-397X(2014)04-0025-03

近年来,笔者在常规西药治疗基础上,加用中医辨证分型论治的方法治疗痛风性肾病 56 例,取得较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所选 112 例均为我院肾病科住院和门诊患者,随机分为 2 组。治疗组 56 例:男 38 例,女 18 例;年龄 32~69 岁;病程 3~20 年。对照组 56 例:男 36 例,女 20 例;年龄 33~70 岁;病程 3.5~21 年。2 组患者一般资料比较,无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《肾脏病学》^[1]制定。全部病例均符合以下 2 条:(1)血尿酸男性 $>417\mu\text{mol/L}$,女性 $>357\mu\text{mol/L}$,并排除其他原因所致的继发性高尿酸血症。(2)有以下肾损害之一:①持续尿检异常;②肾功能指标减退;③泌尿系结石。中医辨证分型参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中慢性肾衰的辨证标准。(1)肝肾阴虚:头晕眼花,腰酸耳鸣,关节肿痛,口干,尿黄,大便干,舌红少苔,脉细数。(2)脾肾气虚:腰酸,神疲乏力,夜尿清长,肢肿,纳呆,脘腹胀,大便溏,舌淡胖边有齿印、苔白,脉沉缓。(3)气阴两虚:腰酸乏力,口干不欲饮,面色无华,大便干,夜尿频,舌淡红、体胖、苔薄白,脉弦细或濡细。(4)阴阳两虚:神疲乏力,尿少肢肿,畏寒,腰冷,面色黧黑,胸闷气短,皮肤瘙痒,关节疼痛,呕恶,纳差,口中尿味,便溏或秘,舌淡少津、边有齿印,脉细弱无力。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准,血肌酐 $\leq$

$442\mu\text{mol/L}$,年龄 18~70 岁。

1.4 排除标准 (1)尿路梗阻者;(2)其他肾脏疾病;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)对药物过敏者;(5)合并有严重原发性疾病者;(6)精神病、糖尿病患者;(7)依从性差者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予低嘌呤饮食,多饮水。此外,予碳酸氢钠片 1.0g,3 次/d;别嘌呤醇 0.1g,2 次/d,并采取降压、降糖、降脂、抗凝等对症处理。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用中医辨证论治。(1)肝肾阴虚型:滋补肝肾。药用:生地 15g,北沙参 15g,川楝子 10g,枸杞子 15g,麦冬 10g,当归 10g。(2)脾肾气虚型:健脾补肾。药用:生黄芪 30g,炒党参 15g,茯苓 15g,炒白术 15g,山药 15g,薏苡仁 15g,白扁豆 15g,金樱子 15g。(3)气阴两虚型:益气养阴。药用:生黄芪 30g,北沙参 15g,生地 15g,茯苓 15g,山药 15g,山茱萸 15g,女贞子 15g。(4)阴阳两虚型:温补脾肾、利湿泄浊。药用:制附子 10g,干姜 10g,生黄芪 30g,太子参 15g,茯苓 10g,生大黄 10g,车前草 15g,积雪草 20g,荔枝草 15g,土茯苓 30g,六月雪 30g。化裁法:兼痰瘀痹阻关节,加草薢、威灵仙、忍冬藤、鸡血藤、苏木;伴结石,加金钱草、石苇;尿痛,加淡竹叶、通草;夜尿频,加益智仁、桑螵蛸;腰痛甚,加杜仲、菟丝子。每日 1 剂,水煎取 300mL,早晚分次温服。

2 组均以 4 周为 1 个疗程。治疗 3 个疗程后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前后留取尿标本检测尿白蛋白(PRO)定量、尿红细胞(RBC)计数及尿 β_2 微量球蛋白(β_2 -MG)含量,留取血标本检测血肌酐(Scr)、血尿素氮(BUN)、血尿酸(UA)水平的变化。

3.2 疗效评定标准 临床疗效参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。临床治愈:临床症状、体征消失,尿检及肾功能正常;显效:症状、体征明显改善,UA较治疗前降低>20%,Scr、BUN较治疗前下降>50%,24h尿PRO定量、尿RBC减少>40%;有效:症状、体征均好转,UA较治疗前降低10%~20%,Scr、BUN较治疗前下降20%~50%,24h尿PRO定量、尿RBC减少 $\leq$ 40%;无效:症状、体征无改善,尿检、肾功能无变化或加重。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组临床疗效比较 治疗组56例中,临床治愈6例,显效17例,有效26例,无效7例,总有效率87.5%;对照组56例中,临床治愈4例,显效8例,有效16例,无效28例,总有效率50.0%。2组总有效率比较,具有显著性差异($P<0.01$),说明治疗组临床疗效显著优于对照组。

3.3.2 治疗组内不同中医证型临床疗效比较 见表1。

3.3.3 2组实验室指标比较 见表2、表3。

4 讨论

痛风性肾病又称高尿酸肾病,是因体内尿酸排泄减少和(或)嘌呤代谢障碍所致。临床特点为高尿酸血症及尿酸盐结晶、沉积所造成的肾间质性炎症,主要表现为蛋白尿、血尿、高血压、氮质血症等。近年来,随着我国居民膳食结构中动物蛋白比例的增加,临床上高尿酸血症和痛风患者日益增多。据报道由痛风所致终末期肾衰占0.6%~1.0%,痛风病人尸解几乎都有肾脏损害^[3]。我国沿海地区高尿酸血症的患病率为23.14%,痛风患病率为2.84%^[4],这将导致痛风性肾病、慢性肾功能衰竭发病率不断升高。西医主要是对症支持治疗,常用别嘌醇、苯溴马隆、秋水仙碱等药物,但此类药物长期服用可引起肝肾功能损害、胃肠道反应、剥脱性皮炎等副作用,故不宜久服。

中医学无“痛风”病名,根据临床表现不同,可将本病归属于中医学“痹证”、“水肿”、“虚损”等范畴。笔者认为本病的病因为先天不足,后天失养,脾肾亏虚,复因饮食不节,嗜食肥腻之品或饮酒过度,久则脏腑功能失调,尤其是脾肾功能受损。临床以肝肾阴虚、脾肾气虚、气阴两虚、阴阳两虚多见。肝阴不足则筋脉失濡,经络不通,发为痛风。脾失健运则升清降浊无权,肾失气化则分清别浊失司,水液不归正化,从而聚湿、生痰、化浊。痰浊日久化瘀,阻滞经络,导致痛风发作。痰、湿、浊邪稽留于肾则致肾脏损害,发为痛风性肾病。因此其主要病机为脾肾亏虚,痰瘀内阻于肾脏、经络。辨证属本虚标实,虚实夹杂。本病起病缓慢,病程长,久治不愈,逐渐由脾肾气虚发展为气阴两虚,晚期则见阴阳两虚甚则阴竭阳脱,而危及生命。故早中期治疗以滋补肝肾、益气养阴、温阳、利湿泄浊为法,可配合活血通络止痛,其疗效也相对较好;晚期阴阳两虚、阴竭阳脱,治当回阳救逆固脱,中药疗效较差,故必要时需行肾脏替代治疗。所用药物黄芪、白术、党参补气健脾;北沙参、生地滋补肾阴;枸杞子、川楝子滋肝疏肝;制附子、干姜温阳;六月雪、桃仁、苏木活血化瘀;生大黄通腑泄浊,土茯苓、积雪草、草薢、车前草利湿泄浊,使湿浊之邪从二便而出。同时灵活运用威灵仙、忍冬藤、鸡血藤等通络止痛之品,缓解痛风症状。

表1 治疗组内不同中医证型临床疗效比较 例(%)

证型	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率
肝肾阴虚	20	5(25.0)	4(20.0)	10(50.0)	1(5.0)	19(95.0)
脾肾气虚	18	4(22.2)	6(33.3)	7(38.9)	1(5.6)	17(94.4)
气阴两虚	14	1(7.1)	3(21.4)	8(57.1)	2(14.3)	12(85.7)
阴阳两虚	4	0(0.0)	0(0.0)	1(25.0)	3(75.0)	1(25.0)*

注:与其他证型比较,* $P<0.01$ 。

表2 治疗组与对照组治疗前后尿蛋白、尿红细胞计数及尿 β_2 -MG比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	尿蛋白(g/24h)	尿红细胞($\times 10^4$ /mL)	尿 β_2 -MG(ug/L)
治疗组	56	治疗前	1.27 $\pm$ 0.65	14.37 $\pm$ 8.30	696.01 $\pm$ 139.04
		治疗后	0.89 $\pm$ 0.69** Δ	8.20 $\pm$ 5.29** Δ	509.20 $\pm$ 114.35** $\Delta\Delta$
对照组	56	治疗前	1.37 $\pm$ 0.80	13.86 $\pm$ 8.87	676.24 $\pm$ 149.30
		治疗后	1.14 $\pm$ 0.72	11.06 $\pm$ 6.19*	630.34 $\pm$ 123.80

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$ 。

表3 治疗组和对照组治疗前后血UA、Scr及BUN比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	UA(μ mol/L)	Scr(μ mol/L)	BUN(mmol/L)
治疗组	56	治疗前	609.67 $\pm$ 128.06	220.47 $\pm$ 85.15	13.92 $\pm$ 6.50
		治疗后	408.77 $\pm$ 90.82* Δ	147.05 $\pm$ 62.15* Δ	8.85 $\pm$ 4.62* Δ
对照组	56	治疗前	590.20 $\pm$ 130.60	200.10 $\pm$ 80.05	13.07 $\pm$ 6.23
		治疗后	450.18 $\pm$ 84.68*	185.47 $\pm$ 78.27	10.98 $\pm$ 4.39

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

中西医结合治疗肺炎合并脓毒症瘀毒内阻证 29 例 临 床 研 究

钱风华 夏一春 赵 雷 顾雯艳 祁丽丽 钱义明

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,上海 200437)

摘 要 目的:研究升降散联合西医常规治疗对肺炎合并脓毒症瘀毒内阻证患者中医证候疗效及血清促炎因子肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)水平的影响。方法:将 60 例肺炎合并脓毒症瘀毒内阻证患者随机分为治疗组(西医常规治疗加升降散)29 例,对照组(西医常规治疗)31 例,疗程均为 7d。分别比较治疗前后 2 组患者中医症状积分、急性生理与慢性健康(APACHE II)评分以及外周静脉血 TNF- α 、IL-6 水平的变化,评价中医证候疗效。结果:治疗后 2 组患者中医症状积分和 APACHE II 评分分值均明显下降,TNF- α 、IL-6 水平均明显降低,且治疗组明显低于对照组。治疗组中医证候疗效明显优于对照组。结论:升降散联合西医常规治疗能够有效改善肺炎合并脓毒症瘀毒内阻证患者的临床症状,降低 TNF- α 、IL-6 水平,抑制过度炎症反应。

关键词 脓毒症 肺炎 瘀毒内阻 升降散 TNF- α IL-6 中西医结合疗法

中图分类号 R563.105 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)04-0027-03

近年来,我们以清代温病名家杨栗山论治温病为理论依据,应用升降散结合西医常规方法治疗肺炎合并脓毒症瘀毒内阻证患者,取得较好的临床疗效,并观察到该方有降低血清促炎因子肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)水平,抑制过度炎症反应的作用,现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 (1)符合西医脓毒症诊断标准和社区获得性肺炎诊断标准^[1-2];(2)符合中医脓毒症瘀毒内阻证型,以高热或神昏或疼痛如针刺刀割样,痛处固定不移,常在夜间加重,肿块,出血,舌质紫暗或有瘀斑,脉沉迟或沉弦为主要症状特点^[3]。

1.2 排除标准 (1)妊娠或哺乳期妇女;(2)入院前 7d 内患过急性冠脉综合征者;(3)入院前 7d 内做过

心胸外科手术者;(4)入院前 7d 内有胸外心脏按压、电复律经历者;(5)未能按规定用药,无法判断疗效或资料不全等影响疗效判定者。

1.3 一般资料 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 2009 年 5 月至 2012 年 3 月急诊医学科病房收治的肺炎合并脓毒症瘀毒内阻证患者 60 例,其中进行无创及有创机械通气者 24 例。治疗组 29 例:男 16 例,女 13 例;平均年龄(73.10 $\pm$ 8.07)岁。对照组 31 例:男 17 例,女 14 例;平均年龄(72.49 $\pm$ 9.37)岁。2 组患者性别、年龄等一般情况比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 依照 2004 年《脓毒症及脓毒性休克防治指南》进行治疗,包括抗感染、解热、营养支持、

基金项目:国家中医药管理局“十二五”重点专科建设项目(ZJ0901JZ015)

本研究结果表明,痛风性肾病在西药基础上加用中药辨证施治,能减少蛋白尿、血尿,降低尿 β_2 -MG,并能明显降低血尿素氮、肌酐、尿酸,改善肾功能,减轻临床症状,提高患者的生存质量,延缓病情进展,推迟肾脏替代治疗,值得临床推广。

5 参考文献

- [1] 王海燕.肾脏病学.北京:人民卫生出版社,2008:1445
- [2] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002:156

- [3] 陈以平.尿酸性肾病的治疗进展.中国中西医结合肾病杂志,2001,2:249

- [4] 陆再英,钟南山.内科学.7 版.北京:人民卫生出版社,2009:830

第一作者:廖国华(1972-),男,医学硕士,副主任医师,从事肾脏病的中西医结合临床研究工作。penguin1688@hotmail.com

收稿日期:2013-11-26

编辑:傅如海 岐 轩