

# 尿毒方治疗慢性肾功能衰竭疗效观察

● 陈翠萍\* 王 斌 王子耀

**摘要** 目的:观察广东省名中医王子耀主任医师自拟尿毒方延缓慢性肾功能衰竭的恶化、进展的临床疗效。方法:对62例慢性肾功能衰竭患者(血肌酐 $186 \sim 442 \mu\text{mol/L}$ )按随机数字表法分为两组。对照组(30例)给予纯西医治疗,治疗组(32例)在对照组治疗的基础上加用尿毒方。两组患者均连续观察10个月。结果:治疗组显效13例,有效9例,改善3例,无效7例,总有效率78.1%;对照组显效8例,有效4例,改善2例,无效16例,总有效率46.7%。治疗组患者的临床症状改善、贫血程度减轻和延缓肾功能恶化进展,均优于对照组( $P < 0.05$ );两组血肌酐倒数直线回归分析趋势的比较,统计学分析也有显著差异( $P < 0.05$ )。结论:尿毒方对慢性肾功能衰竭失代偿和尿毒症早期的患者,在一定时期内能较稳定地改善残余肾单位的功能,延缓其肾功能衰竭恶化进展。

**关键词** 慢性肾功能衰竭 中医药疗法 尿毒方

慢性肾功能衰竭(CRF)是发生于多种原发性慢性肾脏疾病晚期的综合症候群。尽管现代医学对CRF的发病机理已进行较为透彻的研究,但目前对CRF终期的治疗,血液透析、腹膜透析及肾移植为有效的方法,但昂贵的费用使大多数患者无法接受。如何有效延缓CRF进展至尿毒症期,也即研究的非透析治疗,具有实际意义,它可以提高患者的生活质量,延长患者生命,推迟必须透析和肾移植时间,中西医结合治疗是非透析治疗的积极有益的方法,在目前仍是国内主要的治疗手段。在中医文献中虽未见专门的论述,但从其临床特征及发生发展过程来看,可属中医的“关格”、“肾劳”、“癃闭”、“溺毒”等病症范畴。广东省名中医王子耀主任医师从事肾病内科临床、科研、教学40余年,积累了丰富的临床经验。其中经验方之一尿毒方治疗慢性肾功能衰竭疗效显著。现报道如下。

## 1 资料与方法

\* 作者简介 陈翠萍,女,副主任医师,副教授。现任广东省中医药学会肾病专业委员会委员、广东省中西医结合学会虚证与老年病专业委员会委员、广东省中西医结合学会中青年工作委员会委员。研究方向:中医肾病及老年病。

• 作者单位 广东省惠州市中心人民医院中医科(516001)

**1.1 临床资料** 62例患者均为我科近5年来的住院及门诊病人,均符合中国中西医结合肾病专业委员会第七届全国中西医结合肾病学学术会议上确定的慢性肾衰诊断标准<sup>[1]</sup>,选择血肌酐(Scr) $186 \sim 442 \mu\text{mol/L}$ 的住院或门诊病人62例,将患者按随机数字表法分为2组。对照组30例中,男性16例,女性14例,年龄 $23 \sim 72$ 岁,平均43岁;原发病:慢性肾小球肾炎10例,糖尿病肾病5例,梗阻性肾病12例,良性小动脉性肾硬化症3例,血尿素氮(BUN) $13.06 \pm 4.87 \text{mmol/L}$ ,血肌酐(Scr) $376.13 \pm 60.70 \mu\text{mol/L}$ ,内生肌酐清除率(CCr) $23.8 \pm 8.8 \text{ml/min}$ 。治疗组32例中,男性19例,女性13例,年龄 $22 \sim 74$ 岁,平均40岁;原发病:慢性肾小球肾炎11例,糖尿病肾病5例,梗阻性肾病11例,肾病1例,良性小动脉性肾硬化症4例,尿素氮(BUN) $13.47 \pm 3.14 \text{mmol/L}$ ,血肌酐(Scr) $372.69 \pm 63.80 \mu\text{mol/L}$ ,内生肌酐清除率(CCr) $24.1 \pm 8.4 \text{ml/min}$ 。两组患者临床资料具有可比性( $P > 0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 所有患者均积极治疗原发病,给予低磷、优质低蛋白饮食,积极控制高血压(使用蒙诺 $10 \text{mg}$ ,qd,尽可能将血压控制在正常范围内)、高血脂(使用辛伐他汀 $10 \text{mg}$ ,qd,使血脂水平达标)、高尿酸血症、水肿、心力衰竭,控制感染,纠正水、电解质紊乱及酸中毒、纠

正贫血。治疗组在对照组西医综合治疗的基础上加用广东省名中医王子耀主任医师自拟尿毒方:防风 10g、枳实 10g、益母草 20g、赤芍 20g、大黄(后下)10g、苏叶 10g、蚕沙 15g、甘草 5g。肝肾阴虚者加知柏地黄丸合二至丸加减;脾肾阳虚者合真武汤加菟丝子、淫羊藿;气阴两虚者合大补元煎加减。其中大黄剂量根据个体差异酌情加减,以每日排软便 2~3 次,并无明显不适为度。按标准煎药法取液去渣<sup>[2]</sup>,每日 1 剂,水煎 2 次,每次 150ml,早晚服用,疗程 10 个月。

1.3 观察项目 治疗前及治疗后 10 个月分别测定血红蛋白(Hb)、血尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)水平。

1.4 疗效标准 根据 1987 年全国中医肾脏病学术会议制定的疗效标准<sup>[3]</sup>。显效:自觉症状显著改善,主要症状消失,Scr 下降  $\geq 30\%$ ;有效:临床症状明显

改善,Scr 下降 15~30%;改善:Scr 下降未达到 15%,临床症状改善;无效:Scr 以及临床症状无改善或加重。

1.5 统计方法 各观察指标以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用 *t* 检验进行统计学处理, $P < 0.05$  为差异有显著性。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	改善	无效	总有效率(%)
治疗组	32	13	9	3	7	78.1*
对照组	30	8	4	2	16	46.7

注:与对照组比较,\*  $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 Hb、BUN、Scr 变化比较 见表 2。

表 2 两组治疗前后 Hb、BUN、Scr 变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n		血红蛋白(g/L)	BUN(mmol/L)	Scr( $\mu$ mol/L)	CCr(ml/min)
治疗组	32	治疗前	88.5 $\pm$ 16.7	13.47 $\pm$ 3.14	372.69 $\pm$ 63.80	24.1 $\pm$ 8.4
		治疗后	111.2 $\pm$ 17.5 <sup>①②</sup>	9.76 $\pm$ 2.96 <sup>①②</sup>	317.89 $\pm$ 49.20 <sup>①②</sup>	32.5 $\pm$ 14.2 <sup>①②</sup>
对照组	30	治疗前	87.6 $\pm$ 19.2	13.06 $\pm$ 4.87	376.13 $\pm$ 60.70	23.8 $\pm$ 8.8
		治疗后	96.3 $\pm$ 20.6 <sup>①</sup>	11.30 $\pm$ 3.28 <sup>①</sup>	353.23 $\pm$ 45.91 <sup>①</sup>	25.6 $\pm$ 11.9 <sup>①</sup>

注:与本组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

慢性肾功能不全的进展机制较为复杂,大多数患者以不可预测的线性方式进展。替代疗法和肾移植受经济、技术、社会等诸多条件限制而使广泛应用受限。如何长期保存患者的残余肾功能,提高患者的生活质量,并且使患者有更经济的治疗费用,是临床肾病科医生必须面临的一个课题。

根据慢性肾衰的临床表现,其病机无外脾肾衰惫,阳不化水,浊邪内停,壅遏三焦。尿毒方选用大黄有通腑泻浊利湿作用,为君药;益母草功能活血化瘀,利尿消肿,为臣药;赤芍有活血化瘀之功,为臣药;苏叶、防风祛风宣肺,升降气机,体现“下病上取”的治疗方法,为臣药;枳实具有消积化痰作用,为佐药;蚕沙具有祛风除湿,和胃化浊的作用,为佐药;甘草则可补脾益气,缓和药性,为使药。

相关研究显示,大黄具有以下作用<sup>[4]</sup>:抑制系膜细胞及肾小管上皮细胞增生,对抗促肾生长因子对肾组织的损伤;减轻受损后的肾小球的代偿性肥大,抑制残余肾单位的高代谢状态;抑制蛋白质分解,并能补充必需氨基酸;纠正肾衰竭时的脂质代谢紊乱;改善高凝、高黏状态,调节机体免疫平衡。目前认为肾

实质内的瘀滞是多种肾病发展过程的重要一环,且病理越长瘀滞越明显,正如叶天士所云“久病入络”,故加益母草活血化瘀,可明显提高疗效。现代药理也证实,活血化瘀药具有改善毛细血管脆性,增加毛细血管张力,降低毛细血管通透性,增加肾脏血流量和改善肾脏血液循环的作用,实现对肾脏缺血的保护而延缓肾功能的损害<sup>[5]</sup>。

综上所述,尿毒方配合西医综合治疗慢性肾功能衰竭能有效地降低血尿素氮(BUN)和血肌酐(Scr),改善贫血,促进肾功能恢复,起到延续进展的作用,且具有无可比拟的价格优势。名中医的宝贵经验值得临床推广。

## 参考文献

- [1] 中国中西医结合学会肾病专业委员会. 肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2003, 4(5): 249-251.
- [2] 段富津. 方剂学[M]. 第6版. 上海: 上海科学技术出版社, 1999. 25-26.
- [3] 时振声. 时氏中医肾脏病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1997: 269.
- [4] 黎露, 钟作树. 尿毒清治疗慢性肾衰竭疗效分析[J]. 海南医学, 2005, 16(5): 5-6.
- [5] 李丽萍, 杜雪荣, 徐慧宁, 等. 活血化瘀法及其方药治疗慢性肾小球肾炎进展[J]. 吉林大学学报(医版), 2005, 31(3): 482.