

中西医结合治疗慢性肾功能衰竭终末期患者高脂血症

● 贺丹^{1*} 苏芮²

关键词 加味茵陈五苓散 维持性血液透析 慢性肾功能衰竭 高脂血症

维持性血液透析患者脂质代谢紊乱的发生率相当高,而西药调脂药的使用又存在着一定的风险,所以研究中西医结合治疗维持性血液透析(MHD)合并高脂血症有着十分重要的意义。笔者选择MHD合并高脂血症中医辨证属湿热证患者33例,观察加味茵陈五苓散配合透析治疗慢性肾功能衰竭终末期患者高脂血症的疗效,结果如下。

1 受试患者的选择

1.1 诊断标准 慢性肾功能衰竭终末期、高脂血症诊断及中医证候诊断标准参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》(2002年)。

1.2 纳入标准 (1)符合慢性肾功能衰竭终末期合并高脂血症的诊断标准,中医证候为湿热证。(2)感染、酸中毒、电解质混乱、高血压得到有效控制。(3)年龄为30~90岁。(4)血液透析患者。(5)在入选前1月均未使用过他汀类调脂药,且都服从其相应的饮食控制。

1.3 排除标准 (1)妊娠或哺乳期妇女。(2)合并心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病,过敏体质或对多种药物过敏者,精神病患者。

1.4 一般资料 受试对象为2005年1月至2007年3月在天津中医学院第一附属医院符合纳入标准、排除标准的33例维持性血液透析患者。其中男20例,女13例,平均年龄(55.7±12.1)岁。所有患者病情稳定,常规血液透析≥3个月,平均透析龄(36±

*作者简介 贺丹,女,医学硕士。主要从事中医临床与科研工作。

•作者单位 1. 江西中医学院国际交流学院(330006);2. 北京中医药大学东直门医院神经内科(100700)

28.12)月,透析频率2~3次/周,4~5h/次;TC≥5.72mmol/L,LDL-C≥3.64mmol/L,HDL-C≤0.91mmol/L,TG≥1.70mmol/L。将入选病历随机分为治疗组与对照组,治疗组17例。对照组16例。一般情况见表1及表2。经检验,两组在性别构成(Fisher确切概率法, $P=0.728$)、年龄(t 检验, $P=0.4954$)、平均透析龄(t 检验, $P=0.6990$)显著性差异,具有可比性。

表1 透析患者一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	男	女	合计	年龄(岁)	平均透析龄(月)
治疗组	11	6	17	55.4±9.6	38.3±19.4
对照组	9	7	16	52.9±11.2	41.1±21.8

表2 透析患者原发病比较(n)

组别	原发性肾小球疾病	高血压肾病	糖尿病肾病	多囊肾	其他	合计
治疗组	4	6	6	1	0	17
对照组	6	5	3	1	1	16

2 治疗方案

2.1 给药方法 治疗组:辛伐他汀(舒降之)10mg/日+HD2~3次/周+加味茵陈五苓散100ml/日。药物组成如下:茵陈15g,茯苓20g,泽泻15g,白术10g,猪苓10g,桂枝6g,丹参15g,大黄9g,黄芪15g,山茱萸15g。同时可根据病情变化加减:血虚较重,症见面色苍白,少气懒言者,加用当归、党参等;阴虚较甚症见手足心热,口干喜饮,舌质红者,去黄芪,加丹皮、生地、生龙牡等;湿浊阻滞中焦,胃失和降,呕恶较甚者加旋复花、代赭石、降香、黄连、砂仁;瘀血较重,症见面色晦暗,唇暗黑者,加红花、穿山甲、三棱;湿浊较重腻苔满布者,去白术加苍术。对照组:辛伐他汀(舒降

之)20mg/日 + HD2 ~ 3 次/周。

2.2 血液透析 治疗组与对照组在血流量、透析液流量、透析液种类、透析时间、透析材料等相关因素一致条件下,进行维持血透治疗。每次血透使用日本 JMS - SDS - 20 型透析机,德国 NIPRO 透析器,常规配制透析液,透析液流量 500ml/min,血流量 200ml/min 左右;2 ~ 3 次/周,4 ~ 5 小时/次;普通肝素抗凝。

2.3 观察指标 治疗前后相关症状及体征,疗效判定参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》(2002 年)之《中药新药治疗慢性肾衰的临床研究指导原则》;Scr、BUN;TC、TG、HDL-C、LDL-C;Na、K、Cl、Ca、P、CO₂CP;ALT、AST 水平。

2.4 统计方法 采用 SPSS12.0 统计软件。定量资料用均数 ± 标准差表示,即 $\bar{x} \pm s$,两组组间比较采用 t 检验,多组间比较采用单因素方差分析,两两比较采

用 LSD 法。定性资料采用卡方检验(确切概率法)。

3 结果

3.1 对肝肾功能的影响 两组对 Scr、BUN 水平电解质水平、肝功水平均没有明显影响($P < 0.05$)。

3.2 对中医症状的影响 在改善中医症状方面(恶心呕吐、食少纳呆),治疗组的改善率为 84.2%,对照组的改善率为 43.8%, $P = 0.021$,治疗组的改善率优于对照组。

3.3 对血脂影响 治疗前后两组疗效指标比较见表 3。两组治疗前后 TG、TC、LDL、HDL 水平均有明显的改善作用。提示加味茵陈五苓散与小剂量辛伐他汀合用,能够有效地调节血脂,通过减少他汀类药物的用量,而避免其副作用的发生。

表 3 两组患者治疗前后各指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	周数	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	Scr (mmol/L)	BUN (mmol/L)
治疗组	治疗前	4.93 ± 0.88	3.43 ± 2.00	3.14 ± 1.08	0.89 ± 0.09	1012.90 ± 125.41	26.71 ± 5.05
	第 4 周	4.41 ± 0.73*	2.75 ± 1.86*	2.91 ± 1.10*	0.99 ± 0.11*	1048.10 ± 118.96	27.24 ± 6.65
	第 8 周	3.87 ± 0.61*	2.22 ± 1.43*	2.62 ± 1.03*	1.05 ± 0.075*	1010.20 ± 115.68	27.80 ± 5.84
	第 12 周	3.44 ± 0.59*	1.91 ± 0.39*	2.44 ± 0.96*	1.07 ± 0.08*	1007.00 ± 122.94	27.30 ± 5.70
对照组	治疗前	6.04 ± 2.23	2.57 ± 0.58	2.69 ± 1.17	0.94 ± 0.77	1006.50 ± 71.05	26.97 ± 5.75
	第 4 周	5.35 ± 1.52*	2.75 ± 0.30*	2.48 ± 1.17*	1.00 ± 0.14*	1015.00 ± 88.56	27.15 ± 5.33
	第 8 周	4.76 ± 1.54*	1.70 ± 0.37*	2.18 ± 1.06*	1.08 ± 0.12*	1018.20 ± 80.95	25.90 ± 4.97
	第 12 周	4.33 ± 1.57*	1.41 ± 0.32*	2.03 ± 0.95*	1.13 ± 0.18*	1014.50 ± 79.31	25.81 ± 3.67

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$ 。

4 讨论

慢性肾功能衰竭终末期患者透析治疗不能消除高脂血症,且加重脂代谢紊乱^[1]。且维持性血液透析患者高脂血症类型以混合性高脂血症最多见^[2],血中 LP(a) 浓度显著高于正常人,多数降血脂的药物对高 Lp(a) 血症疗效并不显著^[3]。中西药联合用药,中西医能够发挥各自优势,在治疗过程中可以充分考虑患者个体特点,整体调整,多途径、多靶点发挥作用从而达到护肾降脂的目的。

本方可扶正达邪,疏利三焦,温阳泄浊,与慢性肾衰的正虚邪胜,浊毒弥漫三焦的病机相符。MHD 患者浊毒壅盛,弥漫三焦,痰湿为患,湿性粘腻重浊,不易速去。虞搏曰:“治湿不利小便,非其治也”,故通利小便给湿邪以出路,茵陈五苓散可通阳化浊,促使毒性物质从小便排出。方中重用茯苓、泽泻,健脾利水渗湿;白术为健脾要药,补脾益气,健脾助土,培土以制水;白术、猪苓既能加强祛湿健脾,促进淡渗利水而

不伤阴;茵陈芳香化浊,清湿热利小便;山茱萸酸甘温,补肝益肾;黄芪补元气、健脾胃;使用桂枝之辛温宣通阳气,蒸化三焦,如《金匱要略》云:“五脏元真通畅,人即安和”,采用少量桂枝使脏腑经脉之元气畅通,痰浊瘀毒自然被排除;丹参活血化瘀,疏通经脉,使气血运行无阻;大黄,性味苦寒,为阴中之阴,其性沉降,本病浊毒内停阻滞气机、耗伤气血、损及五脏,故用大黄通腑泄浊、活血解毒,浊阴得降而清阳自升,气机通畅。全方合用,共奏健脾益肾通阳化浊之功。

参考文献

[1] 李全瑞,郭增玉,陈秉良,等. 维持性血液透析对尿毒症患者血脂水平影响及相关分析[J]. 中国血液净化,2004(7):358 - 360.

[2] 邓创惠. 维持性血液透析患者并发高脂血症的临床研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2003(9):538 - 539.

[3] 王柏山,孟冬娅,薛文成. apo(a) 表型与维持性透析患者高 Lp(a) 水平关系研究[J]. 中国实验诊断学,2007(8):1058 - 1060.