

• 论著 •

健脾益肾泄浊方对慢性肾功能衰竭患者营养不良的影响

刘家生, 方 琦, 胡顺金, 任克军, 茅燕萍
(安徽中医学院第一附属医院肾内科, 安徽 合肥 230031)

【摘要】 目的 评价健脾益肾泄浊方治疗慢性肾功能衰竭(CRF)伴营养不良患者的疗效。方法 将60例CRF伴营养不良的非透析患者随机分为治疗组(30例)和对照组(30例)。对照组予西医对症处理;治疗组在对照组基础上配合中药健脾益肾泄浊方(主要药物有黄芪、白术、茯苓、姜半夏、姜竹茹、熟地黄、山茱萸、生大黄、六月雪、炒槐米、丹参等,随证加减)治疗,连用6个月。两组均于治疗前后检测血清白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、胆固醇、血红蛋白、血尿素氮、血肌酐等指标,并对患者进行主症评分及主观综合营养评估(SGA)。结果 治疗组临床总有效率(90.0%,27/30)明显高于对照组(60.0%,18/30),差异有统计学意义($P<0.05$)。两组治疗后均可改善患者肾功能,并能升高血清白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、胆固醇、血红蛋白水平,降低主症评分及升高SGA评分($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗组的改善程度明显好于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论 健脾益肾泄浊方能改善CRF患者的营养状况,提高患者的生存质量。

【关键词】 健脾益肾泄浊方; 肾功能衰竭,慢性; 营养不良; 中医治疗

中图分类号:R285.6;R259 文献标识码:A DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2009.06.011

Effect of spleen-strengthening, kidney-invigorating and turbidity-removing prescription (健脾益肾泄浊方) on malnutrition of chronic renal failure patients LIU Jia-sheng, FANG Qi, HU Shun-jin, REN Ke-jun, MAO Yan-ping. Internal Medicine Department of Nephrology, the First Affiliated Hospital, Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230031, Anhui, China

【Abstract】 Objective To evaluate the therapeutic effect of treating the malnutrition of chronic renal failure (CRF) patients by means of invigorating spleen and kidney and removing turbidity method (健脾益肾泄浊法). **Methods** Sixty cases suffered from malnutrition of CRF without dialysis were randomly divided into two groups: treatment (30 cases) and control (30 cases) groups. The control group was treated with western medicine, while the treatment group, on the basis of the control group, was additionally treated by means of traditional Chinese medicine (TCM) prescription for invigorating spleen and kidney and removing turbidity [main herb medicines include: astragalus (黄芪), atractylodes (白术), poria cocos (茯苓), rhizoma pinelliae (姜半夏), caulis bambusae (姜竹茹), rehmannia glutinosa (熟地黄), cornus officinalis (山茱萸), rhubarb (生大黄), serissa japonica thunb (六月雪), stir-baked flos scophorae immaturus (炒槐米), salvia miltiorrhiza bge (丹参), with modification according to individual symptoms and signs] for 6 months. Such indexes as serum albumin, pre-albumin, transferrin, cholesterol, hemoglobin, blood urea nitrogen (BUN) and serum creatinine were tested before and after the treatment for both groups. The scoring of main syndromes and the subjective global assessment (SGA) of nutrition were carried out for the patients. **Results** The clinical total effective rate of treatment group (90.0%, 27/30) was obviously higher than that of the control group [(60.0%, 18/30), $P<0.05$]. The treatment of both groups could improve renal functions, as well as enhance the levels of serum albumin, pre-albumin, transferrin, cholesterol and hemoglobin, reduce the score of main syndromes and raise the score of SGA ($P<0.05$ or $P<0.01$). The degree of improvement of the treatment group was significantly better than that of the control group ($P<0.05$ or $P<0.01$). **Conclusion** The TCM treatment of invigorating spleen and kidney and removing turbidity can improve the nutrition in patients with CRF as well as enhance their survival quality.

【Key words】 invigorating spleen and kidney and removing turbidity prescription; chronic renal failure; malnutrition; traditional Chinese medicine treatment

营养不良是慢性肾功能衰竭(CRF)患者的主要

并发症之一,表现为血清白蛋白(Alb)、胆固醇(TC)降低,血清前白蛋白(PA)、必需氨基酸减少,低钾、低磷血症,蛋白代谢率降低,干体重进行性下降,是

作者简介:刘家生(1970-),男(汉族),安徽省人,医学硕士,副主任医师。

预测 CRF 患者合并症和病死率的最强烈指标之一, 可导致免疫功能低下、频发感染、贫血加重、心血管疾病等并发症增加^[1]。中华医学会重症医学分会关于“危重患者营养支持指导意见(草案)”中强调了营养支持是危重患者治疗中不可缺少的重要组成部分^[2]。本院采用健脾益肾泄浊法治疗 CRF 患者营养不良取得较好疗效, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择: 所有病例为符合《中药新药临床研究指导原则》中 CRF 诊断标准^[3]及营养不良诊断标准(Schoefeld 标准)^[4], 确诊为 CRF 伴营养不良的非透析患者。排除合并心血管、肝脏和造血系统等严重原发疾病以及感染、结石病和妊娠、哺乳期患者。

1.2 一般资料: 将 60 例患者按随机原则分为两组, 每组 30 例。治疗组中男 19 例, 女 11 例; 平均年龄(42.73±13.15)岁; 平均病程(6.81±2.57)年; 其中代偿期 3 例, 失代偿期 10 例, 衰竭期 14 例, 尿毒症期 3 例。对照组中男 20 例, 女 10 例; 平均年龄(43.56±12.89)岁; 平均病程(6.95±2.43)年; 其中代偿期 2 例, 失代偿期 12 例, 衰竭期 13 例, 尿毒症期 3 例。两组患者性别、年龄、病程及病情程度比较差异均无统计学意义(P 均>0.05), 有可比性。

1.3 治疗方法: 所有患者采用低盐、低脂、低磷、优质低蛋白饮食, 根据病情需要予纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱, 纠正贫血、控制血压、控制感染以及一般对症处理; 均未行透析疗法。在上述治疗基础上, 治疗组予健脾益肾泄浊方, 主要药物: 黄芪 30 g, 白术 10 g, 茯苓 15 g, 姜半夏 10 g, 姜竹茹 10 g, 熟地黄 10 g, 山茱萸 10 g, 生大黄 10 g(后下), 六月雪 15 g, 炒槐米 30 g, 丹参 15 g。随证加减: 气虚明显者加党参、枸杞子、杜仲; 阳虚者加仙灵脾、肉桂; 阴虚者加墨旱莲、女贞子、制首乌; 湿热者去熟地黄, 加蒲公英、白花蛇舌草, 苍术; 血瘀明显者加桃仁、红花; 水肿显著者加玉米须、车前子、泽泻。2 个月为 1 个疗程, 连续观察 3 个疗程。

1.4 观察指标及方法

1.4.1 主症评分: 两组患者治疗前后均参照《中药

新药临床研究指导原则》^[3]将主症分级量化: 无症状记 0 分、轻度记 1 分、中度记 2 分、重度记 3 分。

1.4.2 营养状态评估: 主观综合营养评估(SGA)^[5]包括有无体重减少、是否厌食、皮下脂肪厚度、肌肉重量。SGA 评分标准: A 级为营养正常(6~7 分); B 级为轻、中度营养不良(3~5 分); C 级为重度营养不良(1~2 分)。

1.4.3 实验室检查: 治疗前后检测血清 Alb、PA、转铁蛋白(TSF)、TC、血红蛋白(Hb)及尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)的变化。

1.5 疾病综合疗效判定标准: 依据《中药新药临床研究指导原则》^[3]中的 CRF 治疗标准判定为显效、有效、稳定、无效。总有效=显效+有效+稳定。

1.6 统计学方法: 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用 t 检验, 等级资料采用 Ridit 分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后临床主症及 SGA 评分的变化(表 1): 两组治疗后临床主症评分及 SGA 评分均明显改善, 且治疗组治疗后临床主症评分降低幅度及 SGA 评分升高幅度较对照组明显, 差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表 1 两组 CRF 伴营养不良患者治疗前后临床主症及 SGA 评分的变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	主症评分(分)	SGA 评分(分)
治疗组	治疗前	30 7.51±1.64	3.03±0.26
	治疗后	30 2.12±1.01 ^{bc}	6.02±0.28 ^{bc}
对照组	治疗前	30 7.22±1.53	3.21±0.25
	治疗后	30 3.98±1.42 ^a	4.35±0.31 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后营养指标比较(表 2): 治疗组治疗后血清 Alb、PA、TSF、TC、Hb 水平均较治疗前和对照组明显升高($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 说明治疗组改善 CRF 伴营养不良患者营养指标优于对照组。

2.3 两组治疗前后肾功能比较(表 2): 治疗组治疗后 BUN、SCr 水平均较治疗前和对照组显著降低(P 均<0.05), 说明治疗组患者肾功能明显改善。

表 2 两组 CRF 伴营养不良患者治疗前后营养指标及肾功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Alb(g/L)	PA(mg/L)	TSF(g/L)	TC(mmol/L)	Hb(g/L)	BUN(mmol/L)	SCr(μ mol/L)
治疗组	治疗前	30 32.18±3.06	250.90±31.59	1.92±0.42	3.08±0.57	79.29±10.56	21.56±5.62	515.63±105.28
	治疗后	30 39.25±3.11 ^{bd}	292.94±33.52 ^{bc}	2.81±0.51 ^{bd}	3.96±0.62 ^{ac}	96.45±10.28 ^{bd}	14.78±5.05 ^{ac}	402.58±100.10 ^{ac}
对照组	治疗前	30 32.67±3.02	254.22±30.27	1.91±0.43	3.10±0.52	78.12±11.03	21.37±5.89	509.27±113.41
	治疗后	30 34.50±2.62	260.07±28.36	2.05±0.48	3.15±0.50	82.54±10.37	19.86±5.74	465.44±101.36

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$, ^d $P < 0.01$

2.4 两组患者临床综合疗效比较(表 3):治疗组总有效率明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明治疗组综合疗效优于对照组。

表 3 两组 CRF 伴营养不良患者临床综合疗效比较

组别	例数	临床疗效(%(例))				总有效 [%(例)]
		显效	有效	稳定	无效	
治疗组	30	33.3(10)	30.0(9)	26.7(8)	10.0(3)	90.0(27)*
对照组	30	13.4(4)	23.3(7)	23.3(7)	40.0(12)	60.0(18)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

营养不良是 CRF 患者普遍存在的临床并发症^[6-7],营养不良,特别是低蛋白性营养不良,不仅增加了住院患者的病死率,并且显著增加了平均住院时间和医疗费用的支出,而早期适当的营养支持治疗,则可以显著降低上述时间与费用^[8]。准确评估、早期诊断和治疗营养不良对于 CRF 患者的生存质量和远期预后至关重要^[6-7]。临床对 CRF 患者常采取早透析、充分透析并辅以现代营养疗法治疗,但由于医疗费用昂贵,患者依从性差,而使治疗难以持续。中医对 CRF 伴营养不良有许多临床研究,以补益脾胃为主要治则,疗效肯定^[9-10]。杨永铭等^[11]用人参养荣汤加减佐治 CRF 腹膜透析患者,可加速患者症状消退,改善营养状况,提高生活质量。

CRF 伴营养不良的形成是多因素的结果,现代医学认为与蛋白质的分布、能量代谢、激素降解、氮质毒素的损坏、感染及合并其他疾病有关。透析患者透析前经历较长时间的低蛋白饮食,食欲差,透析后又丢失一定量蛋白质,极易造成营养不良^[12]。CRF 伴营养不良临床多表现为形体消瘦、面色萎黄、纳差腹胀、气短懒言、腰膝酸软、大便稀薄、形寒肢冷等,中医多辨证为脾胃亏虚。CRF 病位以脾、肾为主,涉及心、肝、肺、胃等脏腑,病属本虚标实,脾胃亏虚为本,兼夹湿浊、瘀血等标实。肾为先天之本,藏精主髓,受五脏六腑之精而藏之,生髓与精血的化生密切相关;脾为后天之本,气血生化之源,能升清、降浊、散精。长期大量蛋白尿,精微物质随尿排出,不能正常滋养五脏,致脾胃虚损,饮食不能化生精微,酿为水湿痰浊,出现低蛋白血症。水湿痰浊滞留,浊阴弥漫与脏腑功能受损互为因果,形成恶性循环^[13]。《诸病源候论》有“劳伤肾虚,不能藏于精,故小便而精微出也”的记载。多种原因损伤肾脏,肾不能固摄精微,随尿液排出体外;同时肾主水之功能失用,可与水肿并见。久病入络,久病必瘀,瘀血内阻,血行滞涩,肾

精不能循行正道而外溢,致蛋白尿不止。总之,脾胃薄弱,肾精匮乏,水谷精微运化传输不利,气血化生障碍,不能满足机体需要而发生营养不良。CRF 伴营养不良的发生在于脾胃亏虚,湿浊瘀血毒邪留蓄,日久形成虚、瘀、浊、毒、湿相互胶固的病理变化。我们依据此病理病机特点,在西医治疗的基础上配合中药健脾益肾、通腑泄浊施治。方中黄芪、白术、茯苓健脾益气渗湿;姜半夏、姜竹茹健脾祛湿、化痰和胃;熟地黄、山茱萸补肾益气、填精益血;生大黄、六月雪、炒槐米通腑解毒泄浊;丹参活血化瘀通络。纵观全方,补益脾胃的同时,兼有祛湿化痰、活血化瘀、通腑泄浊之功效,扶正而不助邪,祛邪而不伤正。通过观察发现,治疗组患者食欲、食量、体力、精神状态明显改善,说明患者脾、胃、肾得以调整,功能恢复,水谷精微运化输布正常,气血化生,濡养于机体,则营养不良得以改善。本临床观察结果显示,西医治疗结合中药健脾益肾泄浊方可显著改善 CRF 患者的营养状况,治疗组患者治疗后的主症评分明显下降,SGA 评分显著升高,肾功能有不同程度改善(BUN 及 SCr 水平降低),血清 Alb、PA、TSF、TC 及 Hb 水平升高,与对照组比较差异均有统计学意义,且治疗组临床总疗效明显优于对照组。表明在西医治疗的基础上,配合中药健脾益肾、通腑泄浊、祛湿化痰,可以缓解 CRF 患者的临床症状,改善肾功能,提高血清 Alb、PA、TSF、TC 及 Hb 水平,从而改善 CRF 患者的营养状况,提高生活质量。

参考文献

- [1] Mehrotra R, Kopple JD. Nutritional management of maintenance dialysis patients: why aren't we doing better[J]? Annu Rev Nutr, 2001, 21: 343-379.
- [2] 刘大为. 危重病: 营养支持与治疗[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(10): 577.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 163-168.
- [4] 美国 NKF-K/DOQI 工作组. 慢性肾脏病及透析的临床实践指南. 王海燕, 王梅, 译[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 351-362.
- [5] 刘俊. 多脏器功能障碍综合征患者的营养治疗[J]. 中国危重病急救医学, 2003, 15(11): 698-701.
- [6] Fung F, Sherrard DJ, Gillen DL, et al. Increased risk for cardiovascular mortality among malnourished end-stage renal disease patients[J]. Am J Kidney Dis, 2002, 40(2): 307-314.
- [7] Kaysen GA, Müller HG, Young BS, et al. The influence of patient-and facility-specific factors on nutritional status and survival in hemodialysis[J]. J Ren Nutr, 2004, 14(2): 72-81.
- [8] 中华医学会重症医学分会. 危重患者营养支持指导意见(草案)[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(10): 582-590.
- [9] 欧阳斌, 杨洪涛. 益肾和胃降浊方治疗慢性肾衰竭营养不良 54 例临床观察[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2008, 9(8): 707-708.

[10] 王粹,章文平. 中药治疗慢肾衰营养不良疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(3):390-391.

[11] 杨永铭,刘冠贤,钟伟强. 人参养荣汤对慢性肾功能衰竭腹膜透析患者生活质量提高的观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9(3):148-149.

[12] 阎雅更,杨晓梅,孙淑芝. 维持性血液透析患者的营养干预效果

观察[J]. 中国危重病急救医学, 1999, 11(4):239-240.

[13] 孙元莹,郭茂松,张万祥,等. 肾衰 3 号颗粒剂对阿奇霉素肾病大鼠转化生长因子- β 1 表达的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(6):345-348.

(收稿日期:2009-08-21)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

中西医结合治疗小儿肠系膜淋巴结炎 88 例分析

谢永胜, 张小叶

(山西省大同市第三人民医院, 山西 大同 037004)

【关键词】 肠系膜淋巴结炎; 腹泻; 腹痛; 发热; 中西医结合疗法; 儿童

中图分类号: R242 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.06.012

肠系膜淋巴结炎是小儿常见急腹症之一。本院采用中西医结合治疗取得较好效果, 报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择: 88 例来自本院 2006 年 6 月—2009 年 6 月住院或门(急)诊, 经腹部彩色多普勒(CDFI)超声检查确诊; 除外小儿胃炎、腹型癫痫、肠蛔虫症及阑尾炎等外科疾病。男 46 例, 女 42 例; 年龄: 2~3 岁 4 例, 4~7 岁 44 例, 8~10 岁 33 例, 11~14 岁 7 例; 发病至就诊时间 < 7 d 25 例, 8~15 d 12 例, 16~30 d 16 例, > 30 d 35 例; 病程 1~3 年; 冬春季发病 55 例, 夏秋季发病 33 例。

1.2 临床特点: 临床表现及误诊情况: 伴上呼吸道感染 49 例, 肠道感染 15 例, 不规则发热 52 例, 恶心、呕吐 15 例, 腹泻 3 例; 体温正常者 36 例, 无伴随病者 24 例。腹痛部位: 可出现多部位疼痛, 脐周 43 例, 右下腹 55 例, 左下腹 6 例, 部位不固定 10 例。疾病性质: 钝痛 42 例, 隐痛 8 例, 不规则痛 10 例, 绞痛 28 例。来本院就诊前误诊为肠痉挛 28 例, 肠蛔虫症 20 例, 阑尾炎 15 例。

1.3 实验室及辅助检查: 血白细胞计数 $(4.5 \sim 20.2) \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.23~0.86, 淋巴细胞 0.09~0.53, 单核细胞 0.05~0.13, 血红蛋白 104~167 g/L, 血小板计数 $(140 \sim 345) \times 10^9/L$ 。腹部 CDFI 超声均显示腹腔内有多个大小不

等椭圆形低回声结节, 分布均匀, 边界清, 形态规则, 有较丰富的血流信号。

1.4 治疗方法: 全部病例均采用中西医结合治疗方法。西药抗炎、抗病毒、解痉、对症治疗; 中医辨证证给予中药治疗, 每日 1 剂, 分 2~3 次口服。病程短、腹痛剧烈、拒按者为气滞血瘀型(37 例), 治以理气化痰、消滞散结为主, 方剂选用少腹逐瘀汤加减(当归、赤芍、白芍、炙甘草、元胡、夏枯草、玄参、丹参、贝母等); 病程长、腹痛绵绵、喜温喜按者为虚寒凝滞型(51 例), 治以温中散寒、消滞散结为主; 方剂选用中汤加减(主要方药有白芍、炙甘草、茯苓、党参、夏枯草、玄参、贝母、鸡内金等)。

1.5 疗效判定标准: ①痊愈: 治疗 10~15 d 后腹痛消失, 腹部 CDFI 超声复查未见异常; ②好转: 治疗 10~15 d 后腹痛消失, 超声复查仍有少量肿大的淋巴结; ③无效: 治疗 10~15 d 后腹痛仍存在, 超声复查仍有肿大的淋巴结。

1.6 预后与转归: 痊愈 73 例(83.0%), 好转 12 例, 无效 3 例。

2 讨论

小儿肠系膜淋巴结炎是引起小儿慢性腹痛的病因之一, 近年发病有增加的趋势^[1], 但临床报道较少, 且无统一的诊断标准。在临床实践中我们认为本病有以下特点: ①多发生于学龄前及学龄儿童, 冬春季发病多于夏季。②大多在上呼吸道感染病程中并发或继发于肠道炎症之后, 典型症状为反复阵发性腹痛。③腹痛常呈反复阵发性发作, 持续时间短者可自然缓解, 每日发作次数不等; 疼

痛以脐周及右下腹多见、偶见左下腹疼痛, 无明显的反跳痛和肌紧张, 压痛部位不固定, 可随体位而改变。④由于回、结肠区肠系膜淋巴结多, 末段回肠淋巴引流丰富, 肠内毒素或细菌产物易在此处被吸收入回盲部淋巴结, 引起肠系膜淋巴结炎^[2]。⑤由于右下腹痛多见, 加上儿童体检不合作, 部分医师对肠系膜淋巴结炎腹痛缺乏认识, 容易误诊为慢性阑尾炎, 需与肠痉挛、肠蛔虫症、慢性阑尾炎、腹型癫痫相鉴别。⑥腹部 CDFI 超声检查是诊断本病的可靠手段, 并能鉴别肠系膜淋巴结肿瘤及急性阑尾炎等其他病变。⑦中西医结合治疗预后好。王玉水等^[3]报告对该病在西药治疗的基础上, 用保和丸加减联合经络导平治疗取得较好疗效。

本组结果也显示, 西药抗炎、抗病毒、解痉、对症治疗, 中医辨证论治, 如气滞血瘀型治疗以理气化痰、消滞散结为主, 方选少腹逐瘀汤加减; 虚寒凝滞型治疗以温中散寒、消滞散结为主, 方选中汤加减, 取得了很好的疗效。

参考文献

[1] 沈萃萃. 小儿急性肠系膜淋巴结炎诊治分析[J]. 中国医药指南, 2007, 5(5): 110-111.

[2] 胡亚美, 江毅芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 1304.

[3] 王玉水, 王志华, 袁静. 中西医结合治疗小儿肠系膜淋巴结炎临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(6): 372.

(收稿日期:2009-11-04)

(本文编辑:李银平)

作者简介: 谢永胜(1966-), 男(汉族), 河南省人, 副主任医师, Email: xys4900@126.com.