

• 结合医学 •

〔文章编号〕 1007-0893(2022)05-0037-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.05.011

排浊汤灌肠联合前列地尔治疗慢性肾功能衰竭的疗效

刘争辉 高碧峰* 李小会

(陕西中医药大学附属医院, 陕西 咸阳 712000)

〔摘要〕 目的: 观察排浊汤灌肠联合前列地尔治疗慢性肾功能衰竭患者的疗效。方法: 选取 2018 年 1 月至 2019 年 1 月于陕西中医药大学附属医院住院的慢性肾功能衰竭非透析患者 80 例, 采用数字表法随机分为对照组和观察组, 每组 40 例, 对照组给予常规对症治疗基础上加用前列地尔治疗, 观察组在对照组基础上联合排浊汤灌肠, 观察两组患者治疗前后的肾功能指标〔血肌酐 (Scr)、尿素氮 (BUN)、尿酸 (UA)〕、炎症指标〔超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)〕和氧化应激指标〔超氧化物歧化酶 (SOD)〕及不良反应情况。结果: 观察组患者治疗总有效率为 95.0%, 显著高于对照组的 72.5%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者 Scr、BUN、UA 水平均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者 hs-CRP、IL-6 水平低于对照组、SOD 水平高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者不良反应率为 12.5%, 显著低于对照组的 25.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 排浊汤灌肠联合前列地尔治疗慢性肾功能衰竭可以显著提高疗效。

〔关键词〕 慢性肾功能衰竭; 排浊汤; 中药保留灌肠; 前列地尔

〔中图分类号〕 R 692.5 〔文献标识码〕 B

慢性肾功能衰竭是临床常见病, 可由多种疾病发展而来, 如原发性肾小球疾病、高血压肾病、糖尿病肾病、药物性肾病等, 由于我国糖尿病及高血压病的大量患者群体及老龄化患者增多, 慢性肾功能衰竭患者逐年增加, 导致慢性肾功能衰竭发病率增加^[1]。该病发病过程具有不可逆性, 预后较差, 发展到疾病后期常需要肾移植或肾替代治疗维持生命, 费用大, 并发症多等缺点。目前临床多采用中西医结合疗法治疗慢性肾功能衰竭, 疗效确切, 花费低, 越来越被广大患者所接受。本研究应用排浊汤灌肠联合前列地尔治疗慢性肾功能衰竭患者, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取陕西中医药大学附属医院 2018 年 1 月至 2019 年 1 月收治的慢性肾功能衰竭非透析患者 80 例, 采用数字表法分为对照组和观察组, 每组 40 例。对照组男 23 例, 女 17 例, 年龄 40~60 岁, 平均年龄 (45.19±3.21) 岁; 其中糖尿病肾病 15 例, 慢性肾小球肾炎 16 例, 高血压肾病 3 例, 多囊肾 4 例, 原因不明确 2 例。观察组男 21 例, 女 19 例, 年龄 41~60 岁, 平均年龄 (46.18±2.83) 岁; 其中糖尿病肾病 13 例, 慢性肾小球肾炎 17 例, 高血压

肾病 6 例, 多囊肾 2 例, 原因不明确 2 例。两组患者性别、年龄、病情等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 符合慢性肾功能衰竭诊断标准^[2]; 慢性肾功能衰竭分期为 3~4 期; 知情同意参与本研究。排除标准: 急性肾功能衰竭患者; 肾脏替代治疗患者; 患有恶性肿瘤及心脑血管疾病的患者; 对已知药物过敏的患者; 严重的痔疾不能耐受灌肠者。

1.2 方法

两组患者均给予低盐低脂适量精蛋白饮食, 控制血压、纠正贫血、纠正酸碱平衡电解质紊乱、抗感染 (如肺部感染, 根据培养结果静脉应用头孢 3 代抗菌药物) 等基础治疗。

1.2.1 对照组 在基础治疗上加用前列地尔注射液 2 mL (北京泰德制药股份有限公司, 国药准字 H10980023) + 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 稀释, 静脉滴注, 1 次·d⁻¹, 连用 30 d。

1.2.2 观察组 在基础治疗上应用排浊汤灌肠联合前列地尔治疗, 排浊汤组方: 大黄 15 g, 煅龙骨 30 g (先煎), 煅牡蛎 30 g (先煎), 丹参 20 g, 六月雪 30 g, 槐米 30 g, 蒲公英 15 g, 附子片 10 g (先煎), 炒枳实 10 g。水煎 40 min, 煎取 400 mL 药液, 平均塑封分为

〔收稿日期〕 2021-11-22

〔作者简介〕 刘争辉, 男, 主治医师, 主要研究方向是慢性肾脏病的中西医结合治疗。

〔*通信作者〕 高碧峰 (E-mail: 1013958857@qq.com; Tel: 17395621562)

2 药袋。灌肠操作步骤：患者屈膝侧卧，加热后的灌肠药袋悬挂于输液架上，带有开关的连通器连接药袋和灌肠管，将灌肠管末端及肛门周围涂抹石蜡油，放入肛门内 15 cm，打开连通器的开关，药液因重力作用缓慢灌入肛门内，待药液完全进入肛门内后拔出灌肠管，嘱患者灌肠液保留 40 min 后排出，每日分早晚 2 次灌肠，连续灌肠 30 d，前列地尔用法用量同对照组。

1.3 观察指标

(1) 治疗前后分别抽取患者空腹静脉血，血液采用全自动生化分析仪检测患者肾功指标（血肌酐（serum creatinine, Scr）、尿素氮（blood urea nitrogen, BUN）、尿酸（Uric acid, UA））、炎症指标（超敏 C 反应蛋白（hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP）、白细胞介素-6（interleukin-6, IL-6））；采用酶联免疫吸附试验（enzyme linked immunosorbent assay, ELISA）检测氧化应激指标（超氧化物歧化酶（superoxide dismutase, SOD））。(2) 记录两组患者期间发生腹痛、腹泻、皮疹、恶心等常见不良反应情况。

1.4 临床疗效判定标准

临床疗效依据《中药新药临床研究指导原则》制定疗效评价标准^[3]。显效：患者临床症状显著改善，肾功指标（Scr、BUN、UA）及炎症指标（hs-CRP、IL-6）下降超过 30%，SOD 上升超过 30%；有效：临床症状减轻，肾功指标（Scr、BUN、UA）及炎症指标（hs-CRP、IL-6）下降超过 20%，但小于 30%；SOD 上升超过 20%，但小于 30%；无效：临床症状和肾功能指标、炎症指标、氧化应激指标无变化或加重。总有效率 =（显效 + 有效） / 总例数 × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计软件分析数据，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者治疗总有效率为 95.0%，显著高于对照组的 72.5%，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较（*n* = 40, 例）

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	2	27	11	72.5
观察组	7	31	2	95.0 ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后肾功能指标比较

治疗前，两组患者 Scr、BUN、UA 水平比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后，观察组患者 Scr、

BUN、UA 水平均显著低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后肾功能指标比较（*n* = 40, $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	Scr/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	BUN/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	UA/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	620.34 ± 130.55	25.42 ± 6.54	520.53 ± 80.12
	治疗后	550.25 ± 101.67	19.45 ± 3.56	460.62 ± 60.22
观察组	治疗前	621.25 ± 131.45	26.23 ± 6.25	519.23 ± 79.32
	治疗后	351.34 ± 90.52 ^b	12.54 ± 3.32 ^b	410.43 ± 62.52 ^b

注：Scr—血肌酐；BUN—尿素氮；UA—尿酸。与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后炎症指标及氧化应激指标比较

治疗前，两组患者 hs-CRP、IL-6、SOD 水平比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后，观察组患者 hs-CRP、IL-6 水平低于对照组、SOD 水平高于对照组，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后炎症指标及氧化应激指标比较

（*n* = 40, $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	hs-CRP/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	IL-6/ $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$	SOD/IU · mL ⁻¹
对照组	治疗前	9.32 ± 2.12	22.12 ± 3.12	133.23 ± 32.20
	治疗后	8.34 ± 2.23	19.34 ± 2.32	140.34 ± 26.43
观察组	治疗前	9.23 ± 2.11	21.34 ± 3.22	132.54 ± 26.55
	治疗后	6.12 ± 2.32 ^c	17.31 ± 1.24 ^c	181.23 ± 22.65 ^c

注：hs-CRP—超敏 C 反应蛋白；IL-6—白细胞介素-6；SOD—超氧化物歧化酶。

与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者不良反应发生情况比较

观察组患者不良反应率为 12.5%，显著低于对照组的 25.0%，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较（*n* = 40, 例）

组别	腹痛	腹泻	皮疹	恶心	总发生/ <i>n</i> (%)
对照组	3	2	3	2	10(25.0)
观察组	2	1	1	1	5(12.5) ^d

注：与对照组比较，^d*P* < 0.05。

3 讨论

随着生活水平的提高，糖尿病、高血压、肥胖症的患病率越来越高，上述疾病如果控制不佳，就可能会进一步造成相应的肾脏损伤，所以如何及时发现肾脏疾病和如何控制病情发展是关键^[4]。随着大家对身体健康的重视，可以做到疾病的早期发现，早期干预，但目前对于慢性肾功能衰竭临床尚无有效的治疗办法，均是在积极治疗原发病及并发症基础上给予改善肾脏供血，降低肾脏损伤。虽然引起的慢性肾功能衰竭的病因不同，但是由慢性肾功能衰竭引起的并发症却大同小异，诸如水钠潴留、酸碱失衡、贫血、高血压、钙磷代谢紊乱、电解质紊乱等，所以临床上针对不同的并发症，给予对应的处理，如利尿消肿、纠正酸碱失衡、纠正钙磷紊乱、

纠正电解质紊乱、积极纠正贫血、控制血压，同时还需要预防机体感染、心力衰竭、肾毒性药物乱用等短期加重肾功能衰竭的因素^[5]。

此外，临床工作中主要予患者应用活血药物，通过改善肾脏供血及微循环，减少肾小球硬化及减轻肾脏纤维化^[6]。目前可供选择的活血药有很多，前列地尔是一种常用的活血药，其主要活性成分是前列腺素 E1，具有扩张肾血管，进而降低肾小球高凝状态，增加肾脏血液供应，避免形成微血栓，同时还能抑制炎症反应，保护肾功能^[7]。前列地尔还能改善机体脂质代谢紊乱，改善血液黏度、调节机体免疫力、抑制血小板聚集，有助于保护和改善患者残余肾单位功能^[8]。

随着对于中医学的研究认识，在慢性肾功能衰竭的治疗过程中，中西医结合治疗逐渐被临床医生和患者所接受，主要因其疗效可靠，费用低廉，不良反应少。在中医学里，慢性肾功能衰竭归在“关格”“水肿”“肾劳”“癃闭”等范畴，病性多属本虚标实，多为脾肾虚衰，气化不利，浊瘀内聚成毒，毒瘀内蕴，郁久化热，以致损伤肾络^[9-10]。排浊汤是笔者所在科室给予慢性肾衰患者灌肠用的经验方，该方组方严谨，用药精简，费用低，被广大慢性肾功能衰竭患者所接受；其方中大黄有明确的泻下作用、抑菌、抑制炎症反应的作用^[11]，丹参具有改善微循环、降低血压、抗氧化作用、促进肾脏功能修复的作用^[12]；六月雪该药有抗菌、解热作用、耐缺氧作用、降低蛋白尿、血肌酐及血尿素氮，改善水肿的作用^[13]；煅龙骨、煅牡蛎均有软坚散结、安神、收敛固涩的功效，并可以改善大黄的泻下作用^[14]；附子具有降血压、调节机体免疫力、降低血糖、抗炎的作用^[15]；蒲公英具有抗菌、抗炎、抗氧化作用，同时可以促进毒素在肠道分解^[16]；诸药合用，起到排毒降浊的功效。

慢性肾功能衰竭患者机体因肾脏功能逐渐下降，经尿液排出毒素能力下降，通过增加皮肤及肠道等渠道来排除体内过多的毒素，肠道排毒方便操作，因此临床上笔者常采用中药保留灌肠作为治疗手段，该治疗可以使中药汤剂直接作用于肠道黏膜，药物可以在肠道保持良好的药物浓度和整体治疗作用，并且肠道黏膜富含毛线血管，药物直接作用于肠道黏膜毛细血管，增加其通透性，促进体内毒素通过毛细血管排入肠道排出体外，进一步减轻机体毒素负荷，减轻患者不适症状。而前列地尔作为静脉用活血药，可以改善肾脏供血，减轻肾小球硬化及肾脏纤维化，进一步维持肾脏排毒能力、减轻肾脏排毒负担，临床两种治疗方法相互配合，不仅能延缓肾功能恶化，还可以改善患者心理负担，减少患者经济支出。

本研究结果显示，观察组治疗总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明排浊汤灌肠联

合前列地尔治疗慢性肾功能衰竭患者具有良好的效果；治疗后，观察组患者 Scr、BUN、UA、hs-CRP、IL-6、SOD 改善均明显优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。不良反应率明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明该治疗方案可明显改善患者肾功、炎症指标及氧化应激指标。

综上所述，排浊汤灌肠联合前列地尔治疗慢性肾功能衰竭可以改善患者肾功、炎症指标及氧化应激指标，且不良反应少。

〔参考文献〕

- (1) 陈小丽, 朱良哲, 陈君兰, 等. 慢性肾衰 1 号方联合大黄灌肠方对慢性肾脏病 2~3 期患者的生活质量及安全性分析 (J). 福建医药杂志, 2020, 42(1): 75-78.
- (2) 陈香美, 倪兆慧, 刘玉宁, 等. 慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南 (J). 中国中西医结合杂志, 2015, 35(9): 1029-1033.
- (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.
- (4) 刘天成. 真武汤加减辅助治疗阳虚水肿型慢性肾功能衰竭的临床效果 (J). 中国医药指南, 2021, 19(3): 127-128.
- (5) 严梦婷, 林钊, 郑鑫, 等. 中药高位结肠透析治疗慢性肾脏病 3~4 期湿浊证的临床观察 (J). 中国中西医结合肾病杂志, 2021, 22(2): 133-135.
- (6) 李莹, 杨磊, 王铁良, 等. 益肾活血汤治疗慢性肾衰临床观察 (J). 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(24): 90-92.
- (7) 梁友军, 关怀. 前列地尔联合肾康注射液对慢性肾衰患者的疗效及对氧化应激损伤指标的影响 (J). 西部中医药, 2016, 29(10): 119-120.
- (8) 徐磊, 杨琴, 牛霞. 中药灌肠联合肾衰宁颗粒治疗肾功能衰竭疗效观察 (J). 中国实用医刊, 2015, 42(2): 104-105.
- (9) 梁亚林, 王长安, 杨青彦, 等. 益肾利湿排毒汤联合前列地尔治疗慢性肾功能衰竭临床研究 (J). 新中医, 2021, 53(8): 78-81.
- (10) 李伟, 瞿伟. 中药灌肠液联合肾衰合剂治疗慢性肾衰脾肾亏虚浊瘀内阻型疗效观察 (J). 实用中医药杂志, 2020, 36(12): 1526-1527.
- (11) 杨滢. 大黄药效成分及其药理活性研究进展 (J). 中医临床研究, 2018, 10(5): 142-144.
- (12) 马莹慧, 王艺璇, 刘雪, 等. 丹参药理活性研究进展 (J). 吉林医药学院学报, 2019, 40(6): 440-442.
- (13) 鲁利民, 陆锦锐, 韩忠耀. 苗药六月雪化学成分及药理作用研究进展 (J). 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(17): 158-160.
- (14) 冯立, 彭博文. 高位结肠透析联合中药保留灌肠对慢性肾衰患者肾功能及炎症介质的影响 (J). 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(28): 189, 192.
- (15) 刘田园, 白明, 刘保松, 等. 基于临床应用的附子配伍规律分析 (J). 中医学报, 2019, 34(6): 1343-1347.
- (16) 张幻诗, 杨建宇. 蒲公英药用研究进展 (J). 云南中医中药杂志, 2013, 34(9): 69-71.