

择时艾灸联合保肾汤 治疗慢性肾衰竭42例临床观察

欧阳伟君,程淑碧,廖国琼,孙琳琳

(广东省深圳市中医院,广东 深圳,518033)

[摘要] 目的:探讨择时艾灸联合保肾汤治疗慢性肾衰竭的临床疗效。方法:将82例慢性肾衰竭患者随机分为治疗组42例与对照组40例。对照组采用西医常规治疗,治疗组在对照组基础上给予择时艾灸联合保肾汤治疗。治疗结束后对比2组综合疗效及不良反应发生率,观察2组治疗前后24h尿蛋白定量及血肌酐(Scr)变化情况。结果:总有效率治疗组为97.62%,对照组为90.00%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组24h尿蛋白定量、Scr水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:择时艾灸联合保肾汤对改善慢性肾衰竭患者临床症状及体征、降低24h尿蛋白与Scr水平、提高治疗效果等方面均具有积极意义,且无明显不良反应,值得临床推广应用。

[关键词] 慢性肾衰竭;中西医结合疗法;择时艾灸;保肾汤

[中图分类号] R246.1, R277.525 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.12.023

慢性肾功能衰竭(chronic renal failure, CRF)属于临床常见疾病,称为慢性肾衰竭,该病是由多种原因引起的慢性肾实质损害,导致患者肾单位严重受损^[1]。随着病情进展,患者肾功能逐渐减退,最终导致不可逆的肾功能衰竭,对患者生命安全造成严重威胁。当前西医主要通过非替代疗法治疗,主要包括血压控制、饮食指导及心理干预等。本文探讨择时艾灸联合保肾汤治疗慢性肾衰竭的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 82例均为我院2016年7月至2018年7月收治的CRF患者,按入院顺序随机分为治疗组42例与对照组40例。治疗组中,男22例,女20例;年龄24~65岁,平均 (43.89 ± 2.17) 岁;病程2个月至9年,平均 (4.17 ± 0.05) 年。对照组中,男21例,女19例;年龄23~65岁,平均 (43.75 ± 2.20) 岁;病程2个月至10年,平均 (4.24 ± 0.07) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《肾脏病学》^[2]拟定。肾功能不全失代偿期;血肌酐(Scr) $186 \sim 442 \mu\text{mol/L}$ 。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医临床诊疗术语疾病部分》^[3]拟定脾肾阳虚证辨证标准。主症:腰

膝酸软,畏寒肢冷,气短懒言,倦怠乏力,食少纳呆;次症:夜尿清长,腰部冷痛,大便稀,脘腹胀满;舌脉:舌淡有齿印,脉沉弱。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;2)年龄18~65岁;3)患者知情同意。

1.4 排除标准 1)不符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;2)凝血功能或电解质紊乱;3)合并感染;4)合并重度营养不良、恶性肿瘤等严重疾病;5)血压控制不理想;6)过敏体质及妊娠期、哺乳期妇女;7)已行肾脏替代治疗;8)依从性差及无法配合治疗。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。包括及时纠正水电解质及酸碱平衡失调,积极控制血压、血糖,纠正肾性贫血,给予低脂、低磷、优质低蛋白及高钙饮食。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上进行择时艾灸联合保肾汤治疗。1)择时艾灸法。取穴:悬枢、足三里(双)、命门、脾俞(双)、肾俞(双)。方法:选择上午9:00~11:00与下午17:00~19:00患者气血旺盛之时,对上述穴位进行温和灸,每个穴位每次灸5min,每个时间段各施灸1次。艾灸时协助患者取平卧位或俯卧位,正确取穴后充分暴露取穴部位,对该处皮肤进行清洁,采用直径为1.9~2.1cm圆柱形艾条对患者施以温和灸。操作者采用传统施灸方法,手持燃烧艾柱对所选穴位进行艾灸,根

据患者耐受情况适当调节皮肤与艾柱距离,以患者有轻微灼痛感、撤灸后仍感温热为宜。操作过程中应减少患者不必要的暴露,加强保暖措施,施灸期间注意询问患者感受,防止发生烫伤。2) 保肾汤。药物组成:黄芪 30g,大黄、枳实各 10g,丹参 20g。每天 1 剂,水煎 2 次,将 2 次煎液混合后早晚分服。

2 组均持续治疗 1 个月后比较疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)2 组综合疗效;2)2 组治疗前后中医证候积分。根据《中药新药临床研究指导原则》^[4]对主要症状及体征(腰膝酸软、畏寒肢冷、气短懒言、倦怠乏力、食少纳呆)按照严重程度进行评分,0 分:无症状;1 分:症状较轻,无需治疗;2 分:症状显著,对生活影响较大,可能需要治疗;3 分:症状严重,需要立即治疗。3)2 组治疗前后 24h 尿蛋白定量及 Scr 水平变化。4)2 组不良反应发生情况。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。显效:临床症状及体征消失,中医证候积分减少 > 60%,Scr 降低 > 20%;有效:临床症状及体征明显好转,中医证候积分减少 > 30%、但 ≤ 60%,Scr 降低 ≤ 20%、但 > 10%;无效:临床症状及体征无好转或加重,中医证候积分 ≤ 30%,Scr 降低 ≤ 10%。

3.3 统计学方法 使用 SPSS 21.0 系统对数据进行统计学分析,用百分率(%)表示计数资料,进行 χ^2 检验;用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,进行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 97.62%,对照组为 90.00%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	42	28(66.67)	13(30.95)	1(2.38)	41(97.62) ^a
对照组	40	20(50.00)	16(40.00)	4(10.00)	36(90.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 24h 尿蛋白定量及 Scr 比较 2 组治疗后 24h 尿蛋白定量、Scr 水平均较治疗前明显降低,且治疗组降低幅度明显优于对照组,2 组治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

3.5 2 组不良反应发生情况比较 不良反应发生率治疗组为 4.76%,对照组为 2.50%,组间比较,差

异无统计学意义。(见表 3)

表 2 2 组治疗前后 24h 尿蛋白定量及 Scr 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	24h 尿蛋白定量(mg)	Scr($\mu\text{mol/L}$)
治疗组	42	治疗前	1.64 ± 0.59	326.67 ± 151.64
		治疗后	0.79 ± 0.42 ^a	228.20 ± 99.35 ^{ab}
对照组	40	治疗前	1.62 ± 0.60	328.75 ± 149.82
		治疗后	1.06 ± 0.35 ^a	293.16 ± 148.62 ^{ab}

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

表 3 2 组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	例数	恶心	发热	总发生
治疗组	42	1(2.38)	1(2.38)	2(4.76) ^a
对照组	40	1(2.50)	0(0)	1(2.50)

注:与对照组比较,^a $P > 0.05$ 。

4 讨 论

在中医学理论中,慢性肾衰竭以本虚标实、虚实夹杂为主要病机,邪实有湿热、湿毒、血瘀等,累及患者多脏腑器官。除西医治疗外,目前临床针对该类患者的中医治疗以皮肤透析、中药汤剂、中成药为主,对延缓肾脏功能衰退方面均具有重要意义^[5]。

中医药针对慢性肾衰竭患者的治疗以利湿祛瘀、健脾益肾为主。艾灸属于一种传统中医治疗方法,艾叶味辛、性温,具有温经止血、散寒止痛之功。艾灸利用艾条燃烧产生的温热力对患者体表穴位施灸,通过经络传导达到扶正祛邪、温通气血之功。研究表明,在胃、脾经气血最旺盛时期给予温和灸可起到温中止呕、利水泻浊的作用,同时促进气血循环,改善肾小球滤过率,可有效延缓肾衰竭进程,增强机体免疫力^[6]。保肾汤由多种不同中药成分组成,方中大黄为君药,具有祛瘀生新之功效,可促使瘀浊从患者肠道中排出,达到减轻肾脏负担的目的^[7]。黄芪为臣药,具有补气温阳之功效,有利于促进血液运行。丹参、枳实为佐使,可理气活血、活血行血,配伍大黄、黄芪进一步增强行气祛瘀、益气活血之功效。现代药理学研究显示大黄具有抗菌、抗氧化、抗炎、抗肿瘤等作用,可有效减轻肝肾功能损害,减少血肿尿素氮,提高白蛋白百分比,达到延缓肾衰竭的目的。黄芪具有益气升清之功效,对糖尿病肾病中的尿蛋白、水肿、肾功能等方面均具有显著治疗效果。动物实验研究显示,大黄配伍黄芪可进一步增加尿量,促使肾衰竭模型动物心钠素、血内皮素、尿素氮及肌酐水平的下降,达到延缓肾脏

电针结合 TDP 及温针灸 治疗神经根型颈椎病 20 例临床观察

蒋旭¹, 李珍²

(1. 湖南省邵阳市中心医院, 湖南 邵阳, 422000;

2. 湖南省邵阳市中医医院, 湖南 邵阳, 422001)

[摘要] 目的: 观察电针结合 TDP 及温针灸治疗神经根型颈椎病的临床疗效。方法: 将神经根型颈椎病患者 60 例随机分为治疗组(采用电针+TDP+温针灸治疗)、对照 1 组(采用电针+TDP 治疗)、对照 2 组(采用电针+温针灸治疗), 每组各 20 例。治疗后对 3 组进行 VAS 评分、颈椎病治疗成绩评分表评分, 评定 3 组综合疗效。结果: 总有效率治疗组为 100.0%, 对照 1 组为 80.0%, 对照 2 组为 90.0%, 3 组组间比较, 差异均有统计意义($P < 0.05$)。3 组 VAS 评分、颈椎病治疗成绩评分表评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 3 组治疗结束后随访 2 周, VAS 评分、颈椎病治疗成绩评分表评分与治疗前比较差异均有统计学意义($P < 0.05$), 与本治疗后比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 组间比较, 治疗组优于对照 1、2 组($P < 0.05$), 对照 1、2 组组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。

[关键词] 神经根型颈椎病; 电针疗法; 温针灸; TDP

[中图分类号] R274.915.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.12.024

神经根型颈椎病是指由于颈椎骨骨质增生、颈椎间盘变性突出、骨关节炎或其邻近软组织病变等原因, 导致脊神经受到刺激或者压迫, 引起肩背疼痛, 上肢疼痛或麻木、乏力、酸胀等临床症状^[1]。神经根型颈椎病约占颈椎病的 60%~70%^[2], 好发于

40 岁以上人群, 是中老年人的常见病、多发病, 近几年来临床资料显示其发病明显呈低龄化趋势^[3]。

神经根型颈椎病在古代医学典籍中并无记载, 但以其病证名散见于“项强”“痿证”“痹证”等疾病的相关论述中。中医学认为本病为本虚标实, 多以

第一作者: 蒋旭, 男, 主治医师, 研究方向: 针灸康复

通讯作者: 李珍, 女, 主治医师, 研究方向: 内科疾病的中医诊疗, E-mail: 277105433@qq.com

疾病恶化的目的^[8]。除此之外, 丹参可有效降低肌酐、24h 尿蛋白定量及尿素氮水平, 有利于改善慢性肾衰竭患者血流动力学。保肾汤以活血化瘀为主要原则, 有补有泻, 具体可根据患者合并症或兼症适当加减, 以达到最理想的功效。

本观察结果显示, 治疗组、对照组临床总有效率分别为 97.62%、90.00%; 2 组治疗后 24h 尿蛋白定量、Scr 水平均较治疗前明显降低; 且治疗组较对照组改善更明显; 2 组不良反应发生率组间比较差异无统计学意义。结果表明中药联合西药治疗慢性肾衰竭可取得更明显的治疗效果, 这与崔海兰等^[9]的研究结果基本一致。

综上所述, 将择时艾灸联合保肾汤联合应用于慢性肾衰竭患者中效果显著, 可有效改善患者临床症状及体征, 降低血肌酐水平, 减少尿蛋白排泄, 有效延缓肾功能恶化, 提高保肾护肾效果。

参考文献

[1] 张兆琴, 何丽云, 许玉琴, 等. 艾条灸联合耳穴埋豆治疗慢性肾衰

竭恶心呕吐临床观察[J]. 临床护理杂志, 2017, 16(1): 23-25.

[2] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1886-1892.

[3] 中华人民共和国国家标准. 中医临床诊疗术语疾病部分[J]. 成都中医药大学学报, 2001, 24(3): 62-64.

[4] 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: 25.

[5] 董萍, 茆瑞全, 朱辟疆, 等. 加味六君子汤对慢性肾衰竭合并营养不良患者 Leptin、CRP、IL-6、TNF- α 的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2016, 17(8): 689-691.

[6] 董萍, 刁金国, 朱辟疆, 等. 加味六君子汤改善慢性肾衰竭患者营养状况的临床研究[J]. 中国中医急症, 2016, 25(8): 1577-1579.

[7] 林峰, 李敏仪, 孙升云, 等. 参芪地黄汤干预早中期慢性肾衰竭的疗效研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2018, 19(2): 155-156.

[8] 尹翠翠, 杨勇, 容蓉. 黄芪、大黄配伍对慢性肾衰竭大鼠心钠素、内皮素的影响[J]. 山东中医杂志, 2014, 33(2): 134-136.

[9] 崔海兰, 张碎虎, 才仔全, 等. 补肾益气活血汤治疗慢性肾衰竭急性加重期临床观察[J]. 中国中医急症, 2016, 25(6): 1217-1219.