

以“中药结肠灌注 I 号液”为主中西医结合 治疗急性肾功能衰竭 30 例小结

成都中医学院附属医院中西医结合急重症研究室

我室从 1979 年 10 月至 1981 年 7 月共收治急性肾衰竭 30 例,以“中药结肠灌注液 I 号”为主治疗 20 例,治愈率为 85%,其余 10 例为对照组,现小结如下。

诊断标准

一、有导致急性肾衰竭发病的诱因,如感染、休克严重创伤、溶血、中毒及变态反应性肾病等。

二、突然出现无尿(尿量 <100 毫升/日)或少尿(尿量 <400 毫升/日)并排除了肾前性或肾后性的因素所致者。

三、实验室检查:1.尿钠浓度 >40 毫当量/升,尿比重 1.014 以下;2.尿/血肌酐比值 $<10:1$;3.血尿素氮/血肌酐比值 $<10:1$;4.内生肌酐清除率 <10 毫升/分;5.肾衰指数 >2 ;6.氮质血症、代谢性酸中毒、水、电解质紊乱等。

观察组以“中药结肠灌注液 I 号”为主治疗,共 20 例,对照组仅用西医西药治疗共 10 例。

临床资料

一、性别和年龄:男性 19 例,女性 11 例,年龄最小 9 岁,最大 60 岁,40 岁以下者 19 例占 63.3%。

二、职业:农民 17 例占 56.7%,工人 7 例占 23.3%学生 5 例占 16.7%,

教师 1 例占 3.3%。

三、病因(见表 I):

表 1 观察组与对照组基本病因情况

基本病因	观察组		对照组	
	例数	%	例数	%
中毒性肺炎	3	15.0		
急性脓性胆管炎	2	10.0	3	30.0
金葡败血症	1	5.0	2	20.0
流行性出血热	1	5.0		
中毒性菌痢	1	5.0		
严重骨折			2	20.0
磷酸锌中毒	1	5.0		
毒覃中毒	1	5.0		
有机磷中毒	1	5.0		
急性肾性肾炎	8	40.0	3	30.0
肺肾综合征	1	5.0		
总计	20	100.0	10	100.0

在观察组基本病因中,9 例合并感染性休克,5 例合并急性弥漫性血管内凝血,4 例合并急性肺水肿,1 例合并中毒性心肌炎。

在对照组基本病因中,5 例合并感染性休克,3 例合并急性弥散性血管内凝血,2 例合并急性肺水肿。

三、病情严重程度:按全国急性“三衰”工作会议制定的分级标准。NPN40—60mg%、BUN20—40mg%、PCr2—5mg%为轻度;NPN60—100mg%、BUN40—70mg%、PCr5—10mg%为中度;NPN >100 mg%、BUN >70 mg%、PCr >10 mg%为重度。本文两组患者入院时病情严重程度见表 2。

表 2 观察组与对照组病情比较

病情程度	观察组		对照组	
	例数	%	例数	%
轻度	1	5.0	1	10.0
中度	3	15.0	3	30.0
重度	16	80.0	6	60.0
总计	20	100.0	10	100.0

治疗方法

一、观察组的治疗:

(一) 少尿(无尿)期的治疗;

1. 一般治疗;

(1) 严格控制入水量, 每日所需液量约为显性失水加 400 毫升左右。

(2) 给高糖、及维生素、易消化饮食, 控制钾摄入量。我室所用中药结肠灌注液均经离子交换树脂除钾。

(3) 原发病治疗及对症治疗, 抗感染, 纠正酸中毒及电解质紊乱, 处理并发症等。

2. 中药治疗

(1) “中药结肠灌注液 I 号”由大黄 30g、黄芪 30g、红花 20g、丹参 20g 组成(本院药剂科制备供应), 成人每次 100 毫升加 4% 碳酸氢钠 20 毫升, 加温至 38℃, 通过肛管作结肠灌注, 每日六次, 至病情好转酌情减量或停用。

(2) 在用“中药结肠灌注液 I 号”的同时, 可根据中医辨证加用方剂。

1. 热盛血淤、发热、口渴、烦躁、肌肤发斑、衄血、舌质红绛、苔干黄、脉数或细数, 宜凉血解毒、活血化淤, 加用犀角、地黄汤口服或灌肠。

2. 火毒淤滞, 高热、谵语、吐血、衄血、尿血、咯血、斑疹紫黑或鲜红、舌质深绛紫暗、苔焦黄、脉滑数或细数, 宜清热解毒、活血化淤, 加用紫雪丹和犀角、地黄汤口服或栓剂肛门栓入。

3. 热陷心包、心窍淤塞、身热、心烦、神昏谵语、昏迷、抽搐、狂躁、甲青唇黑、舌质红绛紫暗、四肢厥冷、脉滑数, 宜清心开窍、活血化淤加用安宫牛黄丸或至宝丹、紫雪丹, 胃管灌服。

4. 气血淤滞、内闭外脱、汗出粘冷、唇黑甲青、气息欲绝或喘渴息促、脉细数或沉伏, 宜急回阳固脱、益气养阴、活血化淤, 可按阴阳偏胜加生脉散或参附汤或人参注射液, 静脉滴注。

(二) 多尿期及恢复期治疗

1. 多尿期开始并不表示病情稳定, 最初数日仍有氮质血症、高钾血症及酸中毒等, 应及时处理, 并解决水电解质紊乱。

2. 多尿期中药按辨证施治

(1) 肾阴亏损, 微热虚烦、颧红、口干思饮, 头晕耳鸣、腰酸腿软、舌红无苔脉细数, 可滋阴补肾用二至丸加减旱莲草 60g、女贞子、枸杞、车前子各 30g。

(2) 湿热蕴脾, 纳呆厌食、恶心、头昏、心烦舌质红、苔黄腻、脉实, 用黄连温胆汤清热化湿。

恢复期治疗则补气养血、健脾益肾、扶正祛邪。

二、对照组的处理

采用西医常规方法, 包括保持机体内环境稳定(水电解质酸碱平衡)、原发病处理和并发症的防治, 应用利尿药物和血管扩张剂以及腹膜透析等。

疗效观察

一、疗效判定标准(两组病例均采用以下标准):

(一) 治愈: 临床症状消失, 每日尿量 > 1000 毫升, 在普通饮食情况下, NPN < 40mg%, BUN < 20mg%, PCr < 2mg%。

(二) 好转: 临床症状消失, 每日尿量 >1000 毫升 NPN、BUN、PCr 有明显下降, 肾功能改善一度以上; 未恢复正常而出院。

(三) 无效: 上述各项指标无改善或有恶化者。

二、治疗结果:

观察组和对照组治疗后的有效率分别为 85% 和 50%, 统计学处理有显著差别 ($P < 0.05$)。观察组治疗后少尿期平均为 2.5 天, 肾功能恢复平均为 10 天; 对照组少尿期平均为 4.4 天, 肾功能恢复平均为 15 天。观察组疗效优于对照组。

治疗结果

分组	观察组	对照组
病例	20	10
治愈	16	5
好转	1	0
病死	3	5
死亡原因	2例死于感染性休克, 1例死于RDS、急性肺水肿	2例死于感染性休克, 3例死于急性肺水肿
治愈率	85%	50%
病死率	15%	50%
P 值	< 0.05	

讨 论

一、祖国医学认为急性肾衰多属“热毒”和“血淤”范畴, 同时又是“本虚邪实”之证。我室所用“中药结肠灌注液 I 号”由大黄、黄芪、丹参、红花组成。方中大黄在治疗急性肾衰已为大家重视。但多数医学家认为大黄疗效系能“通腑泻浊”排除肠内毒素(即导泻法)。但经临床实践, 我们认为大黄治疗急性肾衰疗效, 还有某些非致泻的其它药理作用。因而在制作“灌注液 I 号”时限制了结合蒽醌的含量(大黄致泻的成分), 用本品后无一例腹泻, 都取得了良效。因此我们选用大黄是取其清热解毒、活血化淤、凉血止血

作用。

黄芪具有多种功能, 能扶正固本、利尿消肿、降压、消炎抑菌、扩张外周血管及增强非特异性免疫作用。红花、丹参扩张血管, 解除微血管痉挛, 特别是肾小动脉痉挛, 防止血细胞聚集, 改善微循环, 促进血流, 使肾血流量恢复。故“中药结肠灌注液 I 号”具有清热解毒、活血化淤、益气利尿作用, 并宜用于急性肾衰少尿期的治疗。

二、在中西医结合治疗工作中, 不少急重病人口服中药比较困难, 急性肾衰病人应用中药结肠灌注法进行治疗却有不少优点。一方面部分中药可以通过结肠壁迅速吸收而起全身治疗作用, 同时又通过结肠粘膜的透析作用, 达到排除机体部分代谢产物目的。此外, 本病少尿期用结肠给药法, 尚能更好地掌握出、入液量的平衡。

三、急性肾衰是临床常见急重症之一。至今死亡率仍高。因积极研究本病的有效防治措施, 是急救医学中的重要课题之一。为了提高对本病的抢救水平, 发扬我国特点我室开展以“中药结肠灌注液 I 号”为主, 治疗本病的研究, 意在探索一种有效、安全、简便、价廉的药物治疗方法, 便于在基层医疗单位使用。

(叶传蕙整理)

参 考 文 献

1. Marcus A Krupp: Acute renal failure Current Medical Diagnosis and Treatment P. 541, Lange Medical publications, Los Altos, 1981
2. Robert A Grossman: Oliguria and acute renal failure. Med. Clin Nor Amer 65:413, 1981
3. 王今达等: 急性肾衰 26 例中西医结合治疗的临床分析. 天津医药 (2), 73, 1980
4. 张之文: 温热病中应用活血化淤法则的探讨, 新医学杂志 (1), 34, 1979
5. 张学文: 试论温病中“毒”的概念及其临床意义《中医杂志》8, 5, 1981.