

中西医结合治疗慢性肾脏病急性肾损伤的临床疗效观察

熊飘飘

西安交通大学第一附属医院肾脏内科 陕西 西安 710000

摘要:目的: 本次研究主要讨论慢性肾病急性肾损伤 (CKD-AKI) 患者接纳中西医结合疗法治疗的临床价值。方法: 挑选 2020 年 1 月至 2021 年 12 月于本院诊治的 35 例 CKD-AKI 患者作任意非盲试验, 与此同时将 35 例患者分成两组, I 组按西医方面规范医治, II 组接纳中西医结合医治, 一个疗程后评估实际效果。结果: II 组患者和 I 组患者相比较下在临床医学药力上大幅度提升, 总有效率是 88.9%, 两组对比具有统计学意义 ($P < 0.05$)。医治之前, 两组在 BUN 和 CRP 以及 GFR 等各项性能指标里的比照, 没有统计学意义 ($P > 0.05$); 医治之后, II 组和 I 组相比较在以上各项性能指标上均明显改善, 两组对比具有有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对 CKD-AKI 患者执行中西医结合医治是一种可行对策, 可以大幅度提升药力, 并且还可以有效的消除人体发炎水准、改进患者肾脏功能, 值得临床上长期推广。

关键词: 中西医结合; 慢性肾脏病; 急性肾损伤

引言: 临床上把慢性肾脏病且肾小球滤过率在短期内快速降低的综合症称之为慢性肾脏病急性肾损伤, 严重危害病人的身心健康, 乃至威胁其人身安全。现阶段临床中没有特效的治疗方式, 唯有通过治疗才可以减缓病情, 操纵并发症的产生。现阶段临床上优选药品治疗。为提升慢性肾脏病而致急性肾损伤病人的临床病症, 医院对西医方面和中西医结合治疗的疗效展开了深入分析。数据显示, 中西医结合治疗对慢性肾脏病所引起的急性肾损伤疗效更为明显。现就研究成果如下所示^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究主要选取本院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月收治的 CKD-AKI 患者 35 例开展观察统计分析, 其中男 20 例, 女 15 例, 年纪 32 ~ 75 周岁, 均值 (43.8 ± 6.5) 周岁。病情 1 ~ 6 年, 均值 (2.1 ± 0.5) 年。全部当选患者均经全面检查后诊断, 符合相关诊断依据, 且全部患者都已签定相关知情同意书, 所以对研究药品不过敏。将患者任意分成非盲组, I 组 (17 例患者) 以及 II 组 (18 例患者) 的基准线信息应用统计学较比较 ($P < 0.05$), 符合研究对比标准。

1.2 方法

I 组患者开展西医方面的规范治疗, 以静脉滴注前列腺素 E1 (0.9% 盐水 100 mL 的配比) 为主导, 使用量 10g, 每天 1 次, 并予以降血压、降血糖等对症治疗。II 组患者选用中西医结合治疗, 即在相关药品治疗的前提下, 选用医院自做中药汤剂 (淮药 30g、茯苓 30g、白茅根 30g、白花蛇舌草 30g、当归 10g、杜蛎 30g、黄芪 30g、黄连 15g) 进行治疗, 水煎服, 每日 1 剂, 每日 2 次。2 组均治疗 1 个治疗

过程 (14d/治疗过程)。

1.3 判定标准

点评两组患者不一样医治环节的指标包含: ① 尿素氮 (BUN); 血清蛋白 C 反应蛋白 (CRP); ③ 肾小球滤过率 (GFR); ④ 血清肌酐 (SCR); ⑤ 24h 尿蛋白质。治疗后 12 周点评两组患者的临床应用效果: ① 治愈。治疗后几乎无相关临床表现和体征, 肾功能恢复过来或几乎正常的; ② 好转。治疗后相关病症体征改善, 肾功能一部分修复。③ 无效。治疗后相关病症体征没变化, 肾功能无改善乃至恶变^[2]。

1.4 统计学方法

为确保数据的合理性, 采用 SPSS 18.0 应用统计学软件开展数据统计分析, ($\bar{x} \pm s$) 代表计量资料, 行 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗方案对临床药力的治疗提升效果对比

II 组患者和 I 组患者相比较下在临床医学药力上大幅度提升, II 组患者的总有效率是 88.9%, 两组对比具有统计学意义 ($P < 0.05$), 具体数据见表 1。

表 1 两组患者的治疗方案对临床药力的治疗提升效果对比 (n, %)

组别	治愈	无效	总有效率
I 组 (n = 17)	5	7	58.8
II 组 (n = 18)	8	2	88.9

2.2 两组患者的治疗方案对患者相关临床指标的相关

影响

医治之前, 两组在 BUN 和 CRP 以及 GFR 等各项性能指标里的比照, 没有统计学意义 ($P > 0.05$); 医治之后,

II 组和 I 组相比较在以上各项性能指标上均明显改善, 两组对比具有有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体数据见表 2。

表 2 两组患者的治疗方案对患者相关临床指标的相关影响 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	I 组 ($n = 17$)		II 组 ($n = 18$)	
	施治前	施治后	施治前	施治后
BUN (mmol/L)	23.78±11.36	15.75±12.68	23.85±11.50	12.32±9.88
CRP ($\mu\text{g/L}$)	5.43±1.24	4.31±1.33	5.51±1.32	2.87±0.89
GFR (mL/min)	23.08±15.71	28.79±12.49	22.97±15.26	35.69±13.75
Scr ($\mu\text{mol/L}$)	465.7±164.2	361.8±155.4	464.8±162.9	308.3±125.8
24h 尿蛋白 (g/d)	2.78±0.31	1.86±0.29	2.82±0.34	1.02±0.38

3 讨论

3.1 诊断

现在对 CKD 上 AKI 的诊断都还没统一的标准, 在许多文献资料中 CKD 和 AKI 也是分开定义的。(1) CKD 的定义。依据美国 KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO) 的相关标准, 即一切原因造成的肾脏功能病理学出现异常或血、尿、影像学检查异常; 或肾小球滤过率 (GFR) $< 60 \text{ mL}$, 不断 3 个月之上, 包含各种各样肾小管、肾小管损伤质间或肾血管病症。(2) AKI 的定义。依据 2005 年国际性跨学科专家团的意见, 定义为随病情在 3 个月内根据血、尿、病理学、影像学检查时注意到的肾脏功能结构与功能性的出现异常^[3]。提议血清肌酐上升高于或等于 $26.4 \mu\text{mol/L}$ 或者在 48 小时内与初始水准对比超出 50% 之上和/或尿量低于 0。5mlkg-1h-1 不断 6 小时之上。该诊断标准的特点就是 AKI 的诊断时间窗为 48 h 之内上升到 $26.5 \mu\text{mol/L}$, 为早期治疗带来了很有可能。但是这个定义临床上对患者诊断相对性艰难, 越来越少病人在短期内, 特别是 4 小时中进行肌酐复诊。2012 年 3 月, KDIGO 相关标准设立了最新 AKI 诊断标准: 8 小时内血清肌酐水准上升 $\geq 0.3 \text{ mg/dL}$ ($\geq 26.5 \mu\text{mol/L}$) 或超过该值 1.5 倍以及之上。确立或推论 7 日内产生上述所说情况; 或排尿 $< 0.5 \text{ mL}/(\text{kg} \cdot \text{h})$, 不断 6 小时。但是, 对于一些实在不知道之前的肌酐水准, 而且他的肌酐在第一次就医时上升, 医学上, 假如肌酐清除率 (Creatinine Clearance Rate, Ccr) $< 60 \text{ mL}/\text{min}$ 或和血肌酐 (Serum Creatinine, SCr) $> 133 \mu\text{mol/L}$, 合并肾脏肿大也需要考虑诊断 AKI^[4]。也是专家学者将 AKI 的诊断标准定义为: 1) 以前肾功能正常者, 肌酐忽然上升 $176 \mu\text{mol/L}$ 或 (和) 肌酐清除率 50%; 2) 有慢性肾功能衰竭既往史、SCR 在 $132 \sim 264 \mu\text{mol/L}$ 的病人, 短时间 Scr 上升或者 $\geq 50\%$ 或 (和) 肌酐清除率降低 15%; 3) 以往肾脏功能无数据记录, 依据病历、肾脏功能尺寸、严重贫血水平及相应检查综

合考量^[5]。

3.2 发病机制

绝大多数 CKD 病人体现为肾脏原有体细胞损伤和炎症细胞浸润, 根据肾小管表皮—系膜—上皮细胞轴, 进而导致胞外基质堆积、肾小球硬化和质间纤维化。肾脏损伤后的恢复或纤维化在于推动炎症、繁殖和纤维化等损伤因素与抑止炎症、繁殖和纤维化等修复因子中间平衡。有研究者以为, 各不相同的危险源造成 AKI 的制度不一样, 但 GFR 降低被称之为 AKI 的步骤, 各种各样肾脏细胞损伤是 GFR 降低的病理生理。近期的研究表明, 肾小管上皮细胞细胞坏死在 AKI 中起着至关重要的作用, 这和亚急性肾小管萎缩不一样。减少细胞凋亡的干涉医治很有可能反转过多细胞凋亡所引起的相对应病理特征, 推动肾小管鳞状上皮细胞的再造^[6]。CKD 亚急性肾损伤的产生可能和心血管系统出现异常、炎症、炎症因子等多种因素参与其中, 造成肾动脉收拢、肾血流量减少和肾缺血性相关。缺血性肾组织血胺-血管紧张素 2 系统被激活, 血容量进一步减少。血夜和肾体系中前列环素 PGI₂ 生成减少, 而肾皮质中血栓素生成提升, 二者均推动肾毛细血管收缩; 同时使用内皮功能阻碍, 释放出来很多炎症因素, 受体毛细血管渗透性、血液黏度、血细胞汇聚、毛细血管堵塞的提高, 大幅度加剧肾功能损伤, 加快终末期肾病的进度^[7]。

慢性肾脏病急性肾损伤指的是在慢性肾脏病的前提下, 因为别的原因造成肾小球滤过率在短期内急剧下降的相关综合症。CT 和核磁检查诊断率高。慢性肾脏病的急性肾损伤严重影响病人的健康与生活品质, 乃至威胁患者的人身安全。临床观察的关键是在短时间内最大限度地改善肾功能, 做到长期性维护肾脏功能的效果。用药治疗不可或缺。前列腺素 E1 可辅助治疗血栓性脉管炎、慢性动脉闭塞、慢性心衰和心肌梗塞, 其药用价值与前列地尔类似。能左室血管平滑肌, 控制神经中枢释

放出来去甲肾上腺素,有效预防血小板计数和血细胞凝聚,根据调整免疫细胞造成抑止机构再灌注损伤,进而提升肾血流量。前列腺素E1还具备减缓慢性肾衰发展趋势的功效。根据抑止血胺、血管紧张素和醛固酮全面的活力,减少肾小管毛细管压力,进而改进肾单位高注浆和肾小球,从而降低尿蛋白水准,进而减缓慢性肾衰的进程^[8]。在传统中药中,黄芪在肾脏功能疾病治疗中发挥了显著的功效。它能治愈气虚血瘀病人的病症,具备活血化瘀、养血、固本培元、牵正的功效。黄芪还具备抗氧自由基的作用,抑止血栓素的生成和 5-羟色胺的释放出来和生成,调整身体内前列腺素和血栓素平衡,协助缓解祖细胞的损害,合理调节免疫反映,具有一定的利尿的作用,减轻慢性肾脏疾病的高速发展。从我院所制作的中药汤剂中,黄芪是极为重要的补气血药品,具备益气固表、利水消肿的功效。淮山、茯苓能健脾养胃;白茅根、白花蛇舌草清热祛湿,止疼止呕;杜蛎能敛阴潜阳;当归能活血化淤;黄连能祛毒有利排尿,与其它药品合用,能够起到养血祛毒、健脾益胃的功效。依据当代药学的讲解,以上中药材含有的有效成分还具备抗感染、抗病毒治疗、抗自由基、护肝、调整肠胃、抑止血栓素等功效。可以有效降低尿蛋白代谢,与此同时维护祖细胞作用,提高身体免疫力。

本研究显示,Ⅱ组患者和Ⅰ组患者相比较下在临床医学药力上大幅度提升,总有效率是 88.9%,两组对比具有统计学意义($P < 0.05$)。医治之前,两组在 BUN和 CRP 以及 GFR 等各项性能指标里的比照,没有统计学意义($P > 0.05$);医治之后,Ⅱ组和Ⅰ组相比较在以上各项性能指标上均明显改善,两组对比具有有统计学意义($P < 0.05$)。这充分证明中西医结合治疗方案在CKD-AKI患

者中是可行的,与以上科学研究见解基本一致。

结束语:总的来说,CKA-AKI的产生是各种因素相互影响得到的结论。继发性、肾毒性药品的应用、血容量不够全是其产生持续发展的影响因素。现阶段,临床治疗CKA-AKI的关键在于立即高效地改善肾功能,高效地保护肾脏。依据中医很多基础理论,CKA-AKI是通过脾肾两虚、气滞血瘀和邪气侵略所引起的。医治要以健脾补血、益气养阴为主导。但是,大量临床说明,仅靠西医方面或中医学并无法达到令人满意的治疗。近些年,一些学者研究发现,与纯粹西药和中药对比,中西医结合治疗获得了满意的实际效果。

参考文献:

- [1]黎向润.中西医结合治疗慢性肾脏病基础上急性肾损伤的临床疗效[J].中国处方药,2021,15(4):128-129.
- [2]汤晓春,龚学忠.慢性肾脏病基础上急性肾损伤的研究进展[J].世界中医药,2021,9(4):529-533.
- [3]庄葛.慢性肾脏病基础上急性肾损伤的研究进展[J].职业与健康,2021,32(1):143-145.
- [4]赵立龙.中西医结合治疗慢性肾脏病急性肾损伤的临床疗效观察[J].中国医药指南,2021,14(9):216.
- [5]肖力,孙林,刘伏友.急性肾脏病的病因及发病机制.中华肾病研究电子杂志,2021,6(6):252-258.
- [6]张红群.中西医结合治疗慢性肾脏病急性肾损伤临床疗效观察[J].中国卫生标准管理,2021,6(29):138-139.
- [7]孙景.中西医结合治疗慢性肾脏病急性肾损伤的临床疗效观察[J].中国医药指南,2021,15(11):219-220.
- [8]丁昕宇,曹云松,郭颖博.中西医结合治疗原发性肾病综合征合并急性肾损伤临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2021,14(11):165-167.