

肾衰合剂对维持性腹膜透析患者营养状态、微炎症状态和生活质量的影响

★ 刘继红 (浙江省金华市广福医院肾内科 金华 321000)

摘要:目的:探讨肾衰合剂对持续性不卧床腹膜透析(CAPD)患者营养状态、微炎症状态和生活质量的影响。方法:选择2008年1月~2008年12月在我院肾内科腹膜透析中心治疗的脾肾气(阳)虚型腹膜透析患者60例,随机分为治疗组与对照组各30例。两组患者在干预期间其他的治疗药物和透析方案不变,治疗组在对照组治疗的基础上加用肾衰合剂,连用3个月。两组患者分别在治疗前和治疗3个月后进行血浆炎症因子的检测,并进行营养状态和生存质量的评估。结果:治疗3个月后,治疗组血红蛋白(HGB)和血浆白蛋白(ALB)均明显升高,而对照组治疗前后HGB和ALB无明显变化;治疗组血浆hs-CRP、IL-6和TNF- α 明显降低,而对照组治疗前后血浆hs-CRP、IL-6和TNF- α 无明显变化;两组患者治疗后生存质量评分均有明显提高,生理、心理、社会和环境4个领域的评分与治疗前比较均有明显增加,且治疗组生存质量评分提高更明显。结论:肾衰合剂对腹膜透析患者的微炎症反应具有明显的抑制作用,改善营养状态,提高患者的生存质量。

关键词:肾衰合剂;腹膜透析;营养状态;微炎症状态;生活质量

中图分类号:R 692 **文献标识码:**B

近年来研究表明,终末期肾病(ESRD)患者存在着微炎症状态,无论是血液透析患者还是腹膜透析患者均存在着微炎症状态,它与ESRD患者的心血管病变、营养不良、贫血等有关^[1],而透析患者体内微炎症状态可通过不同途径造成的进展性动脉粥样硬化性心血管病是目前公认的心、脑血管并发症重要致病机制和危险因素^[2]。本研究通过观察肾衰合剂对持续性不卧床腹膜透析(CAPD)患者营养状态、微炎症状态和生活质量的影响,探讨肾衰合剂改善腹膜透析患者营养和炎症状态的机理,并为中西医结合治疗ESRD提供临床指导,现报道如下:

1 资料和方法

1.1 病例选择 选择2008年1月~2008年12月在我院肾内科腹膜透析中心治疗的脾肾气(阳)虚型腹膜透析患者60例,全部患者采用1.5%和2.5% 2000ml袋装透析液(百特公司生产)进行透析,排除已知的任何炎症事件(感染、创伤、手术、活动性风湿性疾病等)。根据就诊的病例号顺序随机分为治疗组与对照组各30例。治疗组30例中,男17例,女13例;年龄29~78岁,平均54.7岁;持续透析时间:病程在4~53个透析月之间,平均15.3个月。对照组30例中,男18例,女12例;年龄27~76岁,平均55.3岁;持续透析时间:病程在5~49个透析月之间,平均16.2个月。两组在性别、年龄、透析持续时间、透析剂量方面、中医证型等方面经统计学处理,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者在干预期间其他的治疗药物和透析方案不变,治疗组在对照组治疗的基础上加用肾衰合剂,连用3个月。基本方:黄芪30g,党参12g,白术12g,当归12g,麦冬12g,仙灵脾10g,赤芍10g,泽兰10g,丹参15g,莪术10g,茯苓15g,土茯苓30g,大黄6g,炒槐花12g,半夏10g,蚕砂10g,生牡蛎(先煎)30g。气虚明显者重用黄芪、党参,加黄精、太子参;阳虚明显者加制附子、干姜;血虚明显者加制首乌;阴虚明显者加山药、熟地、女贞子;手足心烦热加丹皮、知母、旱莲草;咽干咳嗽加川贝、桑白皮、黄芩;纳差加生薏苡仁、焦麦芽、神曲;恶心呕吐者加砂仁、竹茹;腰膝酸软、尿黄不利者,加白茅根、淡竹叶;大便溏薄减大黄量,加山药、扁豆;余随症加减。每日1剂,水煎服。治疗3个月后观察疗效。

1.3 观察指标 两组患者分别在治疗前和治疗3个月后进行血浆炎症因子的检测,并进行营养状态和生存质量的评估。采用散射比浊法测定血浆超敏C反应蛋白(hs-CRP),采用放射免疫法检测测定血浆IL-6、TNF- α ;采用检测血红蛋白(HGB)和血浆白蛋白(ALB)作为对营养状况的判断;采用WHOQOL-BREF量表评估生存质量。

1.4 统计学分析 结果均以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用SPSS11.5统计学软件,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

见表 1、2、3。

表 1 两组患者治疗前后

血红蛋白 (HGB) 和白蛋白 (ALB) 的变化 ($\bar{x} \pm s$) /g · L ⁻¹				
组别	n		HGB (g/L)	ALB
对照组	30	治疗前	72.4 ± 5.14	30.92 ± 3.15
		治疗后	70.64 ± 6.87	29.25 ± 3.86
治疗组	30	治疗前	70.84 ± 5.52	31.45 ± 3.81
		治疗后	84.10 ± 9.45 *	39.54 ± 4.14 *

注:与治疗前比较, * $P < 0.05$ 。表 3 两组患者治疗前后生存质量的变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别		生理	心理	社会	环境
对照组	治疗前	8.65 ± 0.75	10.07 ± 0.85	10.28 ± 0.94	9.17 ± 0.92
	治疗后	11.70 ± 0.94 *	14.15 ± 1.12 *	13.89 ± 1.07 *	12.97 ± 1.09 *
治疗组	治疗前	8.41 ± 0.86	9.89 ± 0.94	10.54 ± 1.01	9.42 ± 1.02
	治疗后	13.92 ± 1.12 * * ▲	16.95 ± 1.34 * * ▲	15.97 ± 1.23 * * ▲	15.57 ± 1.21 * * ▲

注:与治疗前比较, * $P < 0.05$, * * $P < 0.01$;与对照组比较, ▲ $P < 0.05$ 。

3 讨论

近年来,随着 ESRD、血液净化患者存在营养不良-微炎症-动脉粥样硬化综合征的提出,腹膜透析患者营养不良、炎症和动脉粥样硬化及其相互关联受到高度重视,营养不良是长期腹膜透析患者常见并发症,是影响腹膜透析患者预后的重要因素,腹膜透析患者同样有较高的心血管事件发生率,与腹膜透析患者有较高的动脉粥样硬化发病率密切相关^[3],多项研究证实了腹膜透析患者确实存在着微炎症状态^[1],微炎症与心血管并发症和营养不良密切相关^[4,5]。显然,有效控制腹膜透析患者的高炎症状态,能更好改善腹膜透析患者的生活质量和生存率。

腹膜透析微炎症状态产生的主要原因是由于患者肠道内的毒素、各种化学物质、糖基化终末产物等促炎症代谢产物滞留;含增塑剂的腹膜透析液对腹膜的刺激;透析患者营养不良,肠道屏障作用减弱导致肠道内毒素的吸收增加;机体免疫力低下易发生感染如隧道出口处与瘘管潜在感染。微炎症状态是指机体在微生物、内毒素、各种化学物质、补体、免疫复合物等刺激下,以单核巨噬细胞系统激活 IL-6、IL-1、TNF- α 为主的促炎症细胞因子释放为中心的慢性炎症过程,是一种非显性的炎症状态^[5]。目前其病因尚不明确,可能的机制有:(1)慢性肾功能衰竭导致抗氧化机能下降、肠道黏膜对内毒素的屏障作用降低、多种促炎症代谢产物的滞留等;(2)透析膜的生物相容性、透析液污染、血流通路炎症等^[6,7];(3)各种感染、脂质紊乱、贫血等。Hs-CRP 是低水平炎症的敏感标志物,目前被认为是反映亚临床炎症的较好指标,也是预测心血管并发症的重要因子^[8]。故血浆 hs-CRP、IL-6、TNF- α 水平可反映机体的微炎症状态。

肾衰合剂是以辨证论治为原则,针对肾衰竭(CRF)本虚标实的病机特点,结合多年治疗 CRF 经验研制而成。方中以健脾益肾,补益气血为主,重在健脾益气,达到升清降浊,祛浊化瘀的目的。肾衰合剂方中黄芪、太子参大补元气,调节机体的免疫功能,增强抵抗力;枸杞、地黄、牛膝滋补肾精,以固肾元;白术、茯苓、厚朴健脾利湿,调理气机,以绝湿浊生化之源;红花、丹参、益母草活血化痰以治其瘀血标实之邪;

表 2 两组患者治疗前后炎症因子的变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别		hs-CRP /mg · L ⁻¹	IL-6 /pg · mL ⁻¹	TNF- α /ng · mL ⁻¹
对照组	治疗前	6.76 ± 1.84	356.75 ± 79.35	9.97 ± 2.75
	治疗后	6.59 ± 1.32	334.78 ± 85.46	9.58 ± 2.42
治疗组	治疗前	6.95 ± 1.53	347.23 ± 85.42	10.24 ± 3.02
	治疗后	4.57 ± 1.14 *	230.65 ± 61.54 *	6.03 ± 1.71 *

注:与治疗前比较, * $P < 0.05$ 。

大黄降浊开启脾胃。诸药合用,而达到扶正祛邪,调和阴阳之效^[9]。本研究结果发现脾肾气(阳)虚型腹膜透析患者应用肾衰合剂治疗 3 个月后,可显著降低腹膜透析患者血清 hs-CRP、IL-6、TNF- α 水平,明显提高血清白蛋白、血红蛋白水平,同时患者生理、心理、社会和环境 4 个领域的生存质量评分均明显改善。表明肾衰合剂对腹膜透析患者的微炎症反应具有明显的抑制作用,改善营养状态,提高患者的生存质量。

参考文献

- [1] 焦东梅,李伟,武尚文,等. 终末期肾病腹膜透析患者微炎症状态与营养状况的关系[J]. 中国血液净化杂志,2007,6(9):481-483.
- [2] Panichi V, Migliori M, De - Pietro S, et al. The link of biocompatibility to cytokine production[J]. Kidney Int,2000,76(Suppl):96-103.
- [3] Hooi JD, Kester AD, Stoffers HE, et al. Asymptomatic peripheral arterial occlusive disease predicted cardiovascular morbidity and mortality in a 7-year follow-up study[J]. J Clin Epidemiol,2004,57(3):294-300.
- [4] 叶云洁,倪兆慧,钱家麒,等. 终末期肾病微炎症状态和动脉粥样硬化的关系[J]. 中华肾脏病杂志,2004,20(3):173-176.
- [5] 陈江华,何强,徐莹. 维持性血液透析患者微炎症状态的认识与防治. 中华肾脏病杂志,2005,21(2):117-118.
- [6] Hernandez MR, Galan AM, Cases A, et al. Biocompatibility of cellulosic and synthetic membranes assessed by leukocyte activation[J]. Am J Nephrol,2004(24):235-241.
- [7] Bergstrom J, Lindholm B, Lescos E, et al. What are the causes and consequences of the chronic inflammatory state in chronic dialysis patients[J]? Semin Dial,2000(13):163-175.
- [8] Saifulla A, Watkins B A, Saha C, et al. Oial fish oil supplementation raises blood omega-3 levels and lowers creatinine protein in haemodialysis patients a pilot study [J]. Nephrol Dial Transplant, 2007(22):3 561-3 567.
- [9] 甄桃英. 肾衰合剂治疗慢性肾功能衰竭 350 例[J]. 湖北中医杂志,2005,27(9):45-46.

(收稿日期:2009-08-18 责任编辑:曹征)