

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.04.014

# 养血祛风止痒方治疗尿毒症性皮肤瘙痒症的临床观察

陈 佳

普宁华侨医院肾病科,广东普宁 515332

**关键词** 尿毒症;皮肤瘙痒;养血祛风止痒方**中图分类号** R758.31 **文献标识码** A

尿毒症性皮肤瘙痒症(uremic pruritus, UP)是慢性肾脏病最常见的并发症,目前认为其发生可能与继发性甲状旁腺功能亢进、皮肤钙沉积有关,还可能是高浓度尿素在皮肤形成尿素霜所致<sup>[1]</sup>。中医学理论认为,本病是由正气不足,脾肾衰败,气血两虚,以致风、浊、瘀、毒客于肌肤,雍塞肌表而致瘙痒。病机为本虚标实,治疗应标本兼治;从内治本,固护脾肾,养气补血;外治祛标,祛风活血,化湿排毒。笔者采用养血祛风止痒方治疗 UP 患者取得了不错的临床疗效,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2016 年 11 月—2019 年 4 月收治的 60 例 UP 患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 30 例。观察组,其中男 17 例,女 13 例;年龄(59.61±5.43)岁,年龄范围为 45~77 岁;血透时间(3.41±1.36)年,血透时间范围为 6 个月~5 年。对照组,其中男 14 例,女 16 例;年龄(58.12±5.24)岁,年龄范围为 44~74 岁;血透时间(3.42±1.34)年,血透时间范围为 6 个月~5 年。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 诊断标准

符合《中医皮肤病性病学》<sup>[2]</sup>中相关中医辨证标准,主症为瘙痒时轻时重,皮损处抓痕明显;次症为面色萎黄,乏力,心悸;舌脉为舌淡苔薄白,脉沉细。

符合《肾脏病学》<sup>[3]</sup>与《中国临床皮肤病学》<sup>[4]</sup>中相关西医诊断标准,终末期肾病患者,符合血液透析标准;皮肤瘙痒症状超过 3 个月。

### 1.3 纳入及排除标准

纳入标准:符合上述诊断标准;年龄 44~77 岁;参与本研究前 1 个月内未接受其他治疗;意识清楚,依从性良好;患者及家属对本研究知情同意且签署知

情同意书,通过本院医学伦理委员会审核。

排除标准:既往有真菌病、疥疮等皮肤病史;合并血管炎、糖尿病等其它引起皮肤瘙痒的疾病;存在药物过敏史;妊娠期或哺乳期女性;精神障碍,难以配合完成治疗者。

### 1.4 治疗方法

对照组患者在高通量血液透析、纠正贫血、酸中毒等治疗基础上给予氯雷他定片(上海拜耳医药有限公司,国药准字 H10970410)口服,10 mg/次,1 次/d,连续治疗 4 周。观察组患者在对照组治疗基础上予以养血祛风止痒方<sup>[5]</sup>内服加外用治疗,方药组成为熟地黄、当归各 12 g,丹参、大黄、黄芪、防风、地肤子、海螵蛸各 10 g,川芎 15 g,制首乌 30 g,甘草 6 g;上述药物水煎取汁,内服 1 剂/d,早晚分 2 次温服;外用 1 剂/d,以药液擦洗身体。2 组患者均连续治疗 4 周。

### 1.5 观察指标及疗效判断标准

参照文献<sup>[6]</sup>评估 2 组患者临床疗效:痊愈 皮肤瘙痒完全消失,无其他症状;显效 皮肤瘙痒明显改善,偶有瘙痒,不影响正常生活;有效 皮肤瘙痒有所好转,瘙痒程度轻;无效 皮肤瘙痒无改善或加重,严重影响生活。总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

分别于治疗前后采集 2 组患者晨起空腹静脉血 5 mL,3000 r/min 离心 15 min 后分离血清,采用全自动生化分析仪测定血钙、血磷含量及血尿素氮、血清肌酐水平,采用免疫化学发光法测定血清甲状旁腺激素水平。根据年龄、体重及血肌酐浓度,计算内生肌酐清除率。

### 1.6 统计学分析

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组内比较采用配对  $t$  检验,组间比较采用成组  $t$  检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P<0.05$  为差异有统计

学意义。

## 2 结果

### 2.1 临床疗效比较

观察组患者临床治疗总有效率为 93.33%，显著高于对照组的 63.33% ( $P < 0.05$ )。见表 1。

### 2.2 血清甲状旁腺激素、血钙、血磷水平比较

治疗前，2 组患者血清甲状旁腺激素、血钙、血磷水平比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后，2 组患者血清甲状旁腺激素、血磷水平较治疗前明显降低 ( $P < 0.05$ )，且观察组显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )；血钙水平较治疗前明显升高 ( $P < 0.05$ )，且观察组显著高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者血清甲状旁腺激素、血钙、血磷水平比较 ( $n=30, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	甲状旁腺激素 (pmol/L)	血钙 (mmol/L)	血磷 (mmol/L)
对照组	治疗前	15.47 ± 0.43	1.80 ± 0.24	2.63 ± 0.43
	治疗后	15.04 ± 0.47*	2.02 ± 0.30*	2.05 ± 0.41*
观察组	治疗前	15.45 ± 0.51	1.81 ± 0.21	2.58 ± 0.37
	治疗后	13.71 ± 0.49* <sup>△</sup>	2.23 ± 0.38* <sup>△</sup>	1.83 ± 0.44* <sup>△</sup>

与治疗前比较，\*  $P < 0.05$ ；与对照组比较，<sup>△</sup>  $P < 0.05$

表 3 2 组患者血尿素氮、血清肌酐及内生肌酐清除率水平比较 ( $n=30, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	血尿素氮 (mmol/L)	血清肌酐 ( $\mu$ mol/L)	内生肌酐清除率 (mL/min)
对照组	治疗前	10.63 ± 1.78	786.31 ± 23.54	10.62 ± 0.23
	治疗后	9.85 ± 0.16*	766.16 ± 21.63*	10.78 ± 0.22*
观察组	治疗前	10.56 ± 1.82	787.64 ± 24.32	10.13 ± 0.36
	治疗后	9.76 ± 0.14* <sup>△</sup>	700.32 ± 20.35* <sup>△</sup>	15.87 ± 0.85* <sup>△</sup>

与治疗前比较，\*  $P < 0.05$ ；与对照组比较，<sup>△</sup>  $P < 0.05$

## 3 讨论

UP 是慢性肾脏病患者最常见的皮肤表现，是维持性血液透析患者临床常见的并发症之一，很大程度上影响了患者的生活质量和睡眠质量，给患者的身心健康带来严重负担。UP 常表现为皮肤瘙痒难耐，伴皮肤干燥、脱屑等，也可见苔藓样变、尿素霜结晶析出等皮肤损害。西医目前多采取氯雷他定等抗组胺药物阻断外周 H1 抗体以期缓解皮肤瘙痒，但其对 UP 的治疗效果并不明显，且不良反应较多<sup>[7]</sup>。临床研究<sup>[8-10]</sup>表明，采用中西医结合治疗尿毒症并发症具有明显优势，可显著提高临床疗效，改善皮肤瘙痒症状，提升肾功能。

《难经》提出“痒者为虚，痛者为实”，指出痒病多为正气不足、体虚邪气入侵或内生所致。故针对皮肤瘙痒，宜祛风开腠，同时由于 UP 特殊性，应护肾健脾、

表 1 2 组患者临床疗效比较 ( $n=30$ , 例, %)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	7	5	7	11	19(63.33)
观察组	10	12	6	2	28(93.33) <sup>△</sup>

与对照组比较，<sup>△</sup>  $P < 0.05$

### 2.3 血尿素氮、血清肌酐及内生肌酐清除率水平比较

治疗前，2 组患者血尿素氮、血清肌酐及内生肌酐清除率水平比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后，2 组患者血尿素氮、血清肌酐水平较治疗前明显降低 ( $P < 0.05$ )，且观察组显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )；内生肌酐清除率水平较治疗前明显升高 ( $P < 0.05$ )，且观察组显著高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

固护正气。鉴于此，本研究采用养血祛风止痒方内服加外用，方中熟地黄滋阴补血，当归补血，川芎行气祛风，丹参养血、凉血安神，制首乌补肝肾，大黄泻下攻积、解毒、逐瘀通经，海螵蛸收敛止血，黄芪补气，防风祛风止痒，地肤子清湿热、止痒，甘草调和诸药；全方共奏补益脾肾气血、祛风止痒之效。养血祛风止痒方内服从内治本，固护脾肾，养气补血；外用祛标，祛风活血，化湿排毒；标本兼治，则皮肤瘙痒之虞得解。本研究结果显示，观察组患者临床治疗总有效率 93.33%，显著高于对照组的 63.33%。表明 UP 患者采用养血祛风止痒方内服加外用联合高通量血液透析、氯雷他定片治疗临床疗效显著，可明显改善患者皮肤瘙痒症状，提高诊疗效果。治疗后观察组患者血清甲状旁腺激素、血磷、血尿素氮、血清肌酐水平显著低于对照组，血钙、内生肌酐清除率水平显著高于对照组。提示养血祛风止痒方内服加外用联合高通量

血液透析、氯雷他定片治疗,可改善 UP 患者血磷、血钙、甲状旁腺激素及肾功能水平。

综上所述,采用养血祛风止痒方内服加外用联合高通量血液透析、氯雷他定片治疗 UP 患者,可明显缓解皮肤瘙痒症状,改善血磷、血钙、甲状旁腺激素及肾功能水平,值得临床推广应用。

#### 参 考 文 献

[1] 林果为,王吉耀,葛均波.实用内科学[M].15 版.北京:人民卫生出版社,2017:1947.

[2] 杨志波,范瑞强,邓丙戌.中医皮肤性病学[M].北京:中国中医药出版社,2010:116-118.

[3] 王海燕.肾脏病学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,1987:1385-1395.

[4] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].2 版.南京:江苏科学技术出版社,2017:1501-1511.

[5] 罗家美.养血祛风止痒法治疗慢性湿疹临床疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2010.

[6] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:298.

[7] 葛俭俭.尿毒症性皮肤瘙痒症诊治的系统论述[D].重庆:重庆医科大学,2019:12.

[8] 葛杰.消风止痒颗粒、氯雷他定片内服联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒症的临床研究[J].中华中医药学刊,2018,36(6):1497-1499.

[9] 刘成福.针刺曲池、血海对维持性血液透析皮肤瘙痒的临床观察[J].中西医结合研究,2018,10(5):256-257.

[10] 王爱兵,胡文博,王宁宁.止痒外洗方联合氯雷他定治疗维持性血液透析患者皮肤瘙痒的疗效研究[J].中国现代医学杂志,2018,28(13):97-100.

(收稿日期:2020-05-13)

## 科技论文“讨论部分”的写作

科技论文的“讨论”是对获得的科研资料进行分析、比较、解释、评价、综合判断,从而得出具有独特性或创新结论的推理论证过程。其目的是为最终结论提供理论依据。其写作要点:①设法提出结果中证明了的原理、相互关系,并归纳性地加以解释,但注意只应是对结果进行论述而不是重述;②指出本论文所研究的结果和解释与以往发表的文献著作相一致或不一致的地方;③论述自己研究工作的理论含义,以及实际应用的各种可能性;④指出可能出现的情况,明确提出尚未解决的问题和今后探索的方向。