

辨证施灸方案改善维持性血液透析患者 营养不良的临床观察*

闫二萍^① 邱模炎^{①△} 任建伟^② 康志敏^② 曹 钊^③ 刘世英^④ 孔令新^⑤
尉万春^① 刘 鹏^① 浮金晨^④ 王绍华^① 栾 洁^① 段 瑶^① 籍 婧^①

〔摘要〕 目的:观察“辨证施灸方案”改善维持性血液透析患者营养不良的临床疗效。方法:采用前瞻性、多中心、随机对照试验,选取 5 家医院共计 92 例营养不良的血液透析患者,采用中央随机系统分为观察组、对照组,两组均采用西医常规治疗方法,观察组在此基础上加用“辨证施灸方案”4 周为一疗程,观察 3 个疗程,共计 12 周。观察记录两组患者人体测量指标(体重指数、肱三头肌皮褶厚度、上臂围、上臂肌围、体脂百分比含量)、改良定量综合营养评估量表(MQSGA)、生化指标(白蛋白、前白蛋白、血红蛋白、转铁蛋白)、临床症状的改善等,分析评价“辨证施灸方案”的临床疗效。结果:在人体测量学中,观察组患者体重指数(BMI)、体脂百分比含量与治疗前相比,差异有统计学意义($P < 0.05$)。MQSGA 评分组间比较及组内治疗前后比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。且观察组 MQSGA 差值明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。依据 MQSGA 总积分判定,两组营养状态分布、有效率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组中医症状积分改善明显优于对照组($P < 0.05$),治疗结束虚证分布差异有统计学意义($P < 0.05$),而实证分布差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:“辨证施灸方案”可以改善维持性血液透析患者的体重指数、体脂百分比含量,改善患者 MQSGA 评分及营养不良程度,从而改善患者的营养状况。“辨证施灸方案”可以改善维持性血液透析患者中医症状评分,改善虚证证候。“辨证施灸方案”为尿毒症血透患者营养状况的改善提供简便、有效的中医治疗手段。

〔关键词〕 辨证施灸 血液透析 营养不良

Clinical Research About Moxibustion According to the Syndrome Differentiation Improve the Malnutrition of the Patients with Maintenance Hemodialysis

YAN Erping, QIU Moyan, REN Jianwei, et al
Wangjing Hospital of CATCM, Beijing(100102)

ABSTRACT Objective: To observe the effects of moxibustion accordance with syndrome differentiation for improving the malnutrition of the patients with maintenance hemodialysis. **Methods:** Using prospective, multicenter, randomized controlled method. 92 cases in five centers(Wangjing Hospital of CATCM, Beijing aerospace general hospital, Dongzhimen Hospital Beijing University of Chinese Medicine, etc) of end-stage renal disease patients with maintenance hemodialysis were divided into the control group and the observation group by stratified random method. The treatment phase of the control group using Western conventional treatment methods. The observation group in Western conventional treatment given above moxibustion accordance with syndrome differentiation. 4 weeks for a course, the study observed 3 courses, a total of the observation is 12 weeks. Anthropometric parameters (including body mass index, triceps skin fold, upper arm circumference, upper arm muscle circumference, Percentage of body fat), modified subjective global assessment (MQSGA), biochemical indicators (such as blood albumin, blood prealbumin, hemoglobin and transferring before dialysis) and the improvements of clinical symptoms were observed and recorded. Clinical efficacy of moxibustion accordance with syndrome differentiation was analyzed and evaluated. **Results:** After treatment, the levels of body mass index, percentage of body fat in observation group were increased compared with before. The difference of MQSGA scores in the observation group (4.63 ± 1.53) were higher than the control group (0.82 ± 1.62). The differences were statistically significant ($P < 0.05$). Based on the total credit of MQSGA, the difference of nutritional state and efficiency between two groups was statistically significant ($P < 0.05$). The improvement of symptoms of Chinese medicine in observation group was better than that of control group ($P < 0.05$). The difference

* 本课题为北京市中医药科技项目(No. JJ2013-64);中国中医科学院基本科研业务费自主选题项目(No. ZZ070863)

① 中国中医科学院望京医院 (北京 100102)
② 航空总医院 (北京 100012)
③ 北京中医药大学东直门医院 (北京 100007)
④ 北京市昌平区中西医结合医院 (北京 102208)
⑤ 北京市房山区中医医院 (北京 102400)
△ 通讯作者

of Deficiency Syndrome Distribution was statistically significant ($P < 0.05$), whereas the difference of the Empirical Syndrome distribution was not statistically significant ($P > 0.05$). **Conclusion:** The moxibustion accordance with syndrome differentiation can improve the malnutrition of the patients with maintenance hemodialysis. This program provides a simple and effective traditional Chinese medicine treatment for improving the malnutrition of the patients with maintenance hemodialysis.

KEY WORDS Moxibustion accordance with syndrome differentiation Malnutrition Hemodialysis

目前,慢性肾脏病(chronic kidney disease,CKD)已成为全球性的公共卫生问题^[1],部分地区和国家全人群患病率已达 11%,并呈现流行性特征^[2],且由 CKD 逐步演变为终末期肾病(end stage renal failure, ESRD)的患者也逐年增多^[3]。治疗 ESRD 最有效的方法是肾脏替代治疗,包括血液透析、腹膜透析和肾移植。在我国绝大多数患者采用血液透析治疗。营养不良是维持性血液透析患者常见的并发症,发生率为 20%~75%^[4,5]。营养不良与死亡率和住院风险增加密切相关,是透析患者临床预后的重要预测因子。营养不良导致患者的免疫功能和体力活动能力下降,贫血加重,频发感染,透析耐受性差等。近年来,由于肠内、外营养支持、食欲刺激、纠正酸中毒、纠正炎症状态,充分透析等措施的应用,血透患者营养水平有所提高,但仍不理想,且对于合并有脾胃虚弱食物摄入不足、消化吸收功能障碍情况的患者,单纯使用上述药物往往难以奏效。本研究从调理脾胃入手,采用中医传统治疗手段灸法,选取足三里、三阴交为主穴,发挥中医“辨证施治”的特色,根据不同证型加用不同穴位,形成“辨证施灸方案”,观察“辨证施灸方案”对血液透析患者营养不良的作用。现将具体研究报道如下:

资料与方法

1 一般资料 病例来源为 2015 年 5 月~2015 年 10 月于中国中医科学院望京医院、东直门医院、航空总医院、北京市房山区中医医院、北京市昌平区中西医结合医院 5 家医院营养不良的血液透析患者 92 例。(1)纳入标准:①患者在本血液净化中心规律透析(2~4 次/周)≥3 个月。②符合血液透析患者相关证候的诊断标准者。③MQSGA 评分≥11 分者。④患者对中西医治疗医嘱依从性良好。⑤患者签署知情同意书。⑥因本病老龄化倾向,故受试年龄范围定为 18 岁~80 岁。(2)排除标准:①患者在本血液净化中心规律透析不足 3 个月。②合并严重心脑血管疾病、感染、恶性肿瘤、胃肠道与肝脏疾病者。③中医证候属肝肾阴虚证、湿热证者。④对中西医治疗医嘱依从性不佳。⑤有皮肤过敏史,或取穴部位有感染灶。⑥患者无法合作或不签署知情同意书。采用中国中医科学院中医临床基础医学研究所临床评价中心的中央随机系统随机分为观察组、对照组两组。两组患者性别、年龄、透析龄、透析频次比较差异无统计学意义

($P > 0.05$),具有可比性。

2 诊断标准

2.1 营养不良诊断标准 运用国际通用的改良定量综合营养评估量表(modified quantitative subjective global assessment, MQSGA),进行营养不良的评估。分正常营养、轻中度营养不良、重度营养不良三个等级。

2.2 中医证候诊断标准 参照国家食品药品监督管理局颁发的 2002 年版《中药新药治疗慢性肾衰竭的临床研究指导原则》中的诊断标准,结合患者的临床表现进行具体辨证。

3 治疗方法 两组均给予西医常规治疗方法(每周 2~4 次规律血液透析治疗,指导患者合理饮食、控制高血压、使用促红素和铁剂积极纠正贫血、及时调节钙磷代谢、纠正水电解质紊乱及酸碱失衡等),观察组在常规治疗基础上给予“辨证施灸”,具体方法:灸具:根据血液净化中心的环境要求,选用无烟灸法,采用江苏省泰州市灸疗技术研究所生产的纸管贴穴灸疗器(苏泰药管械准字 2003 第 1270052 号),选穴与灸疗:选取足三里、三阴交为主穴,脾肾气虚证加太白、太溪;脾肾阳虚证加关元、养老;脾肾气阴两虚证加太白、太溪、中封;阴阳两虚证加上巨虚、下巨虚;血瘀证加血海、丘墟;水气证加阴陵泉、梁丘;湿浊证加丰隆、阴陵泉;风动证加风市。其中除关元穴外,均单侧取穴,左右交替使用。于每次透析治疗开始时施灸,每穴 1~2 壮,以患者有持续温热感,局部皮肤潮红为度,每周治疗 2~3 次,4 周为 1 疗程,观察 3 个疗程,计 12 周。

4 观察指标 (1)人体测量指标:体重指数(BMI)、上臂围(MAC)、上臂肌围(MAMC)、肱三头肌褶厚度(TSF)、体脂百分比含量。(2)生化指标:血清白蛋白(Alb)、前白蛋白(PA)、转铁蛋白(TF)、血红蛋白(Hb)。(3)改良定量主观综合营养评分(MQSGA)评估营养不良程度。(4)中医症状积分及证候诊断参照国家食品药品监督管理局颁发的 2002 年版《中药新药治疗慢性肾衰竭的临床研究指导原则》。

5 统计学方法 采用第三方统计,应用 SAS9.1.3 软件进行分析。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)进行统计描述,两组间差异比较采用独立样本 t 检验、秩和检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验、秩和检验。计数资料采用频数(构成比)进行统计描述,组间比较采用 χ^2

检验、采用确切概率法计算概率。 P 值 < 0.05 认为差异具有统计学意义。

6 医学伦理审查 该研究已完成医学伦理学审查,批件号:WJEC-KT-2014-019-P002。

结 果

1 两组人体测量指标比较 治疗前两组患者 BMI、TSF、MAC、MAMC、体脂百分比含量比较,差异无

统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。观察组 BMI、体脂百分比含量与治疗前相比,差异有统计学意义($P < 0.05$),而对照组差异无统计学意义。见表 1。

2 两组生化指标比较 治疗前两组患者血红蛋白、白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后两组患者血红蛋白、白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白比较,经 t 检验,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 1 两组人体测量学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n		BMI	MAC	TSF	AMC	体脂百分比含量
观察组	38	$\bar{x} \pm s$	23.25 ± 3.96	26.33 ± 3.77	1.69 ± 0.73	21.01 ± 3.89	29.56 ± 7.43
		治疗前后比较 t 值	-2.285	-2.825	-0.847	-2.760	-2.284
		治疗前后比较 P 值	0.028	0.008	0.717	0.009	0.028
对照组	44	$\bar{x} \pm s$	23.44 ± 3.85	27.34 ± 3.58	1.80 ± 0.81	21.70 ± 3.44	27.38 ± 7.24
		治疗前后比较 t 值	-1.295	-2.680	0.203	-3.625	-1.285
		治疗前后比较 P 值	0.202	0.001	0.840	0.001	0.206
组间治疗后 t 值			0.218	1.239	0.590	0.849	-1.342
组间治疗后 P 值			0.828	0.219	0.557	0.398	0.183

表 2 两组生化指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血红蛋白	血清白蛋白	前白蛋白	转铁蛋白
观察组	38	117.37 ± 15.63	39.56 ± 3.73	0.34 ± 0.08	1.54 ± 0.39
对照组	44	120.98 ± 12.68	40.59 ± 3.76	0.35 ± 0.12	1.62 ± 0.34
t 值		1.154	1.236	0.745	0.804
P 值		0.252	0.220	0.459	0.425

3 两组 MQSGA 评分情况比较 治疗前 MQSGA 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。MQSGA 评分组间比较及组内治疗前后比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。治疗后观察组 MQSGA 差值明显优于对照组,且差异有统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。治疗后两组患者营养状况分布比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。根据 MQSGA 评分判定,观察组有效率 94.7%,对照组有效率 4.5% 经 χ^2 检验,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

表 3 两组 MQSGA 营养评分比较

组别	n	$\bar{x} \pm s$	本组治疗前后比较		治疗后组间比较	
			Z 值	P 值	Z 值	P 值
观察组	38	10.45 ± 1.54	-5.426	0.000	-5.862	0.000
对照组	44	13.82 ± 2.54	-3.055	0.000		

表 4 两组 MQSGA 营养评分差值比较

组别	n	$\bar{x} \pm s$	治疗后组间比较	
			Z 值	P 值
观察组	38	4.63 ± 1.53	-6.880	0.000
对照组	44	0.82 ± 1.62		

4 两组中医症状积分与证候分布比较 治疗后两组患者中医症状积分比较,经秩和检验,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组中医症状积分与治疗前比较($P < 0.05$),差异有统计学意义,而对照组差异无

统计学意义($P > 0.05$)。见表 7。

表 5 两组营养状况分布比较 [例(%)]

组别	n	正常营养	轻中度营养不良	重度营养不良	P 值 (精确概率法)
观察组	38	19(50)	19(50)	0(0)	0.000
对照组	44	5(11.4)	38(86.4)	1(2.2)	

表 6 两组营养不良疗效比较 [例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	χ^2 值	P 值
观察组	38	19(50.0)	0(0)	17(44.7)	2(5.3)	78.231	0.000
对照组	44	0(0)	0(0)	2(4.5)	42(95.5)		

表 7 两组中医症状积分比较

组别	n	$\bar{x} \pm s$	本组治疗前后比较		治疗后组间比较	
			Z 值	P 值	Z 值	P 值
观察组	38	17.13 ± 9.19	-5.360	0.000	-4.671	0.000
对照组	44	34.98 ± 19.57	-0.903	0.366		

治疗后两组中医虚证证候分布比较,经 χ^2 检验,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 8。

治疗后两组中医实证证候分布比较,经 χ^2 检验,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 9。

讨 论

血透患者营养不良主要表现为倦怠乏力、气短懒言、腰膝酸软、面色萎黄或无华、食少纳呆、体重下降、活动能力下降等,属中医“虚劳”范畴,病机属于正虚

表 8 两组中医虚证证候分布比较 [例(%)]

组别	脾肾气虚证	脾肾阳虚证	脾肾气阴两虚证	阴阳两虚证	无证可辨	合计	χ^2 值	P 值
观察组	12(31.6)	3(7.9)	10(26.3)	7(18.4)	6(15.8)	38	9.778	0.044
对照组	5(11.4)	7(15.9)	19(43.2)	11(25.0)	2(4.5)	44		
合计	17	10	29	18	8	82		

表 9 两组中医实证证候分布比较 [例(%)]

组别	血瘀证	水气证	湿浊证	风动证	无证可辨	合计	χ^2 值	P 值
观察组	14(32.6)	1(2.3)	11(25.6)	2(4.7)	15(34.9)	43	3.234	0.519
对照组	8(16.7)	2(4.2)	15(31.3)	3(6.3)	20(41.7)	48		
合计	22	3	26	5	35	91		

邪实,虚而生邪,因虚致实,其本虚主要为脾肾虚损,肾为先天之本,肾寓真阳而涵真阴,肾中阴阳为五脏阴阳之根本。脾为后天之本,气血生化之源。先天生后天,后天养先天,两者生理上互根互用。本病日久,肾阳衰惫,火不生土,脾阳受损,随着病情的发展最终导致五脏阴阳气血俱损^[6-8]。邪实则与湿、浊、痰、瘀有关,治疗上宜扶正祛邪并举。

灸法是历代医家较为推崇的养生保健方法,具有治疗范围广、疗效肯定、操作方便、无创伤性的特点和优势。本研究从调理脾胃入手,选取足三里、三阴交为主穴,发挥中医“辨证施治”的特色,形成“辨证施灸方案”。本研究所选足三里和三阴交为主穴,足三里健脾养血、扶正培元、调畅气机。三阴交穴具有调补肝肾、健脾益气、和血行气之功,两穴相伍,既可培补后天之本,又可充养先天。脾肾气虚者,加太白、太溪。太白,为足太阴脾经输穴,原穴,为本经本穴,具有健脾益气的作用。太溪,为足少阴肾经输穴,原穴,又因肾为阴中之太阴,故本穴具有补肾气,滋肾阴的作用;脾肾气阴两虚者加太白、太溪、中封。中封为足厥阴肝经经穴,肝藏血,肾藏精,具有封藏精血的作用;脾肾阳虚者加关元、养老。关元为足三阴,任脉之会。培元固本,温肾壮阳。养老为手太阳经郄穴,小肠经经气在此化为纯阳之气,具有充养阳气的作用;阴阳两虚者,加上巨虚、下巨虚。上巨虚为大肠下合穴,下巨虚为小肠下合穴,合治内腑,六腑以通为用,以通为补,气机通畅,正气自来复;血瘀证加血海、丘墟。血海又名血郄,治疗血分诸病;丘墟为足少阳经原穴,为胆经风气的生发之源,疏肝利胆,行气活血;水气证加阴陵泉、梁丘。阴陵泉为足太阴脾经合穴,五行属水,健脾利湿,行气消肿。梁丘为足阳明胃经穴,约束胃经经水向下排泄;湿浊证加丰隆、阴陵泉。丰隆,足阳明胃经络穴,调和胃气,祛湿化痰,是化痰要穴。阴陵泉,健脾利湿;风动证加风市,风市为治疗风邪的要穴,祛风除湿,通经活络。

NKF - KDOQI(美国肾脏病基金会 - 肾脏疾病预后质量倡议) 临床实践指南指出^[9] 维持性血透患者进行营养状态评价时,建议使用有效、多种方法去评价

患者的营养状况。在主观评估方面, Kalantar - Zadeh 等在 1999 年首先提出改良定量主观全面评定法 (MQSGA)。相关的研究证实^[10],改良的 SGA 较传统 SGA 法更为简便、敏感,是早期筛查维持性血透患者营养不良的一个较好评价方法。本研究治疗后,观察组患者 MQSGA 评分治疗前后差值(4.63 ± 1.53) 明显优于对照组(0.82 ± 1.62),差异有统计学意义。根据 MQSGA 评分判定,观察组正常营养患者比例由治疗前的 0% 上升到 50%,而对照组由 0% 上升到 11.4%,观察组总有效率为 94.7%。此外,在人体测量学指标方面,观察组患者体重指数 (BMI)、体脂百分均比治疗前有所改善,差异有统计学意义。本研究中,观察组治疗后中医症状积分明显降低,差异有统计学意义,而对照组积分变化不大。在虚证证候方面,观察组患者的改善明显优于对照组,但是在实证证候的改善方面则不明显。说明辨证施灸方案可以改善患者营养状况,可以缓解患者临床症状,改善患者虚证证候。但是对实证证候并没有明显的改善,究其原因可能与未进行区分补与泻两种治法有关,通过研究期间文献回顾,灸法对于疾病的治疗是基于灸法的补、泻两种不同作用。《灵枢·背腧》言“以火补者,毋吹其火,须自灭也。以火泻者,疾吹其火,传其艾,须其火灭也。”指出灸法补、泻涉及两种不同的用灸方法。这为今后更严格的科研设计提供了理论指导。本研究发现治疗后生化指标两组间差异无统计学意义,考虑可能与观察时间较短有关,可以延长观察期到 6 个月或更长,以观察指标的变化,为该治疗方法的推广提供更可靠的依据。

本研究旨在进一步将中医的辨证论治应用于血液透析患者,改善维持性血液透析患者的营养状况,延长透析患者寿命,寻求一种科学规范、容易掌握、便于操作的治疗方法手段,发挥祖国传统医学的优势,提高患者的生存质量。

参 考 文 献

1. Russo D ,Morrone L ,Di Iorio B ,et al. Parathyroid hormone may be an early predictor of low serum hemoglobin concentration in

patients with not advanced stages of chronic kidney disease. *J Nephrol* 2015 ,28(6) : 701 - 708.

2. Kazley AS ,Johnson E ,Simpson K ,et al. African American patient knowledge of kidney disease: A qualitative study of those with advanced chronic kidney disease. *Chronic Illness* 2015 ,11(4) : 245 - 255.

3. Guha A ,Maddox WR ,Colombo R ,et al. Cardiac implantable electronic device infection in patients with end - stage renal disease. *Heart Rhythm* 2015 ,12(12) : 2395 - 2401.

4. Tsuruya K ,Fukuma S ,Wakita T ,et al. Dietary patterns and clinical outcomes in hemodialysis patients in Japan: a cohort study. *PLoS One* 2015 ,10(1) : e0116677.

5. Frazo CM ,Sú JD ,Medeiros AB ,et al. The adaptation problems of patients undergoing hemodialysis: socio - economic and clinical

aspects. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014 ,22(6) : 966 - 972.

6. 胡芳. 从脾胃论治慢性肾衰竭评析. *实用中医内科杂志* , 2004 ,18(3) : 188 - 190.

7. 陈志强 荣晓琦 郑永茂. 慢性肾衰竭的治法探讨. *河南中医* , 2002 ,22(1) : 17 - 18.

8. 郭平. 从脾肾论治慢性肾衰竭浅识. *中医药学刊* ,2005 ,23(4) : 748.

9. Fouque D ,Kalantar - Zadeh K ,Kopple J ,et al. A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein - energy wasting in acute and chronic kidney disease. *Kidney Int* 2008 ,17(3) : 391 - 398.

10. 景秀探 ,丁峰 薛骏 等. 改良主观全面营养评价法在血液透析患者中应用. *肾脏病与透析肾脏移植杂志* 2002 ,11(3) : 240 - 242.

(收稿: 2016 - 07 - 02)

• 短篇论著 •

血液灌流联合多种药物治疗透析患者不安腿综合征远期疗效观察

钟先阳^① 陈淑娟^① 谭江平^① 申 萌^①

〔摘 要〕 目的: 观察血液灌流联合多种药物治疗透析患者并发不安腿综合征的远期疗效和安全性。方法: 选择 2011 年 7 月 ~ 2016 年 7 月随访大于 3 年的不安腿综合征患者 21 例 采用回顾性调查和前瞻性研究相结合的方式 使用国际不安腿综合征严重程度评定量表、透析日临床定式化访谈方法和不良事件发生率等指标评估本治疗方案的远期效果。结果: 21 例不安腿综合征患者透析龄(67. 67 ± 43. 03) 月 不安腿综合征在规律透析后起病时间为(18. 00 ± 17. 54) 月; 随着透析龄增加 患者病情逐渐由轻中度发展到重度和极重度 二者具有明显的相关性(*P* < 0. 01) 。本治疗方案的症状缓解率为 100% , 随访 3 ~ 5 年的复发率为 14. 29% 不良事件发生率为 19. 05% 。结论: 血液灌流联合多种药物治疗透析患者不安腿综合征远期疗效满意 能较好地控制复发率 不良事件可以防治。

〔关键词〕 不安腿综合征 血液透析 血液灌流 多巴丝肼 普拉克索 加巴喷丁 远期疗效 不良事件

不安腿综合征(restless legs syndrome ,RLS) 是一种临床常见的神经系统感觉运动障碍性疾病 ,也是维持性血液透析患者常见的神经系统并发症。目前尿毒症血液透析患者中 RLS 发病率为 5. 20% ~ 45. 90% 亚洲普通人群发病率低于 5% ; 85% RLS 合并周期性肢体运动障碍 ,严重影响患者睡眠 轻者出现焦虑和抑郁 重者导致睡眠剥夺和自杀 ,降低患者的生活质量和透析效果 ,增加住院率和医疗安全隐患^[1-4]。研究表明^[5-7] 治疗本病的首选药物为多巴丝肼、普拉克索等多巴胺受体激动剂 其次为加巴喷丁等抗癫痫药 最后是血液灌流等血液净化方法 具体方案多为药物单用 ,或单个药物联合血液灌流 观察时间多为 1 ~ 3 月 最多半年 近期疗效满意 未提及远期疗效、血液灌流长期使用的方案和药物长期使用的安全性等问题。虽然成功肾移植是治疗 RLS 的最好方法 能明显改善或完全消除 RLS 症状^[8] ,但由于肾源稀缺 而腹膜透析受限于腹膜功能是否正常 90% 以上的尿毒症患者最终要依赖血液透析维持生命。随着全民医保时代的来临 患者的透析龄越来越长 ,RLS 的治疗周期也越来越长。本研究着重观察血液灌流联

合多种药物治疗透析患者 RLS 的远期疗效和安全性 ,并探讨血液灌流长期使用的方案 ,以提高患者的生活质量和降低住院率。

资料与方法

1 临床资料

1.1 研究对象 选择 2011 年 7 月 ~ 2016 年 7 月在我院血液透析中心行规律透析的门诊 RLS 患者 27 例 因各种原因退出 6 例 最终有 21 例完成本次调查 其中男 9 例 女 12 例 平均年龄 54. 20 岁(范围: 26 岁 ~ 83 岁) 。原发病中慢性肾小球肾炎 11 例(1 例为腹膜透析转血液透析) 糖尿病 5 例(1 例为移植肾失功) 狼疮性肾炎 2 例 多囊肾 2 例 梗阻性肾病 1 例。

1.2 诊断标准^[9] (1) 双下肢不适感 ,如蠕动、蚁走、瘙痒、烧灼、触电感、疼痛等 ,多数以累及下肢为主 ,单侧或双侧 ,半数患者也可累及上肢。 (2) 休息或不活动(卧位或坐位) 时症状开始出现或加重。 (3) 持续活动可使症状部分或全部缓解。轻者在床上和椅子上伸展一下肢体即可缓解症状 ,仅持续

① 广州军区广州总医院肾脏内科 (广州 510010)