

· 临床研究 ·

基于“治痿独取阳明”理论的中医综合疗法治疗
腹膜透析并发不安腿综合征临床观察

吕 勇, 宋蓓蓓, 金 华

(安徽中医药大学第一附属医院肾内科, 安徽 合肥 230031)

[摘要]目的 观察应用“治痿独取阳明”理论治疗腹膜透析伴发不安腿综合征(restless legs syndrome, RLS)的临床疗效。方法 将50例持续性非卧床腹膜透析(continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD)伴发 RLS 的终末期肾病患者随机分为对照组和观察组, 每组25例(对照组3例和治疗组2例退出观察)。所有患者均予 CAPD 及常规对症治疗。对照组患者口服盐酸普拉克索片; 观察组患者口服加味参苓白术散, 并联合夜间穴位温灸和中药敷贴治疗, 疗程8周。应用国际 RLS 评定量表和匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)分别评估两组患者的不安腿症状和睡眠质量的改善状况, 每2周评估1次。同时观察两组患者治疗前后血清白蛋白(albumin, ALB)、血红蛋白(hemoglobin, Hb), 血清铁、磷、钙、超敏 C 反应蛋白(high sensitive C-reactive protein, hs-CRP)、碱性磷酸酶(alkaline phosphatase, AKP)和甲状旁腺素(parathyroid hormone, PTH)水平以及血尿素清除指数(blood urea clear index, KT/V)。结果 两组患者治疗后 RLS 评分和 PSQI 评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$); 治疗第6周末和第8周末, 观察组 RLS 评分和 PSQI 评分明显低于对照组($P < 0.05$); 观察组 RLS 评分和 PSQI 评分随疗程延长而进行性下降。与治疗前比较, 对照组患者治疗后 Hb, 血清 ALB、铁、磷、钙、AKP、PTH、hs-CRP 和总 KT/V 均无明显变化($P > 0.05$), 而观察组患者治疗后 Hb、血清 ALB 显著上升($P < 0.05$), hs-CRP 显著下降($P < 0.05$), 且观察组治疗后 hs-CRP 下降程度明显大于对照组($P < 0.05$)。结论 基于“治痿独取阳明”理论的中医综合疗法(加味参苓白术散内服联合穴位温灸和中药敷贴)可明显改善腹膜透析 RLS 患者的临床症状和睡眠质量。

[关键词]腹膜透析; 不安腿综合征; 治痿独取阳明; 参苓白术散

[中图分类号]R692.5; R256 [DOI]10.3969/j.issn.2095-7246.2019.05.004

不安腿综合征(restless legs syndrome, RLS)又称 Willis-Ekbom 综合征, 是一种严重影响夜间睡眠的感觉-运动障碍性疾病, 主要表现为睡眠静息状态时双下肢小腿肌肉深部的酸胀、麻木、疼痛等不适感, 需要强迫运动下肢才可以缓解不适症状。临床根据病因分为原发性和继发性两种, 其中慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)所引起的继发性 RLS 较为常见, 而又以血液透析和腹膜透析患者多发, 腹膜透析患者的 RLS 发病率可接近 20%^[1]。RLS 严重影响透析患者的睡眠和生活质量, 现代医学尚无有效的治法。根据 RLS 的症状, 将其归于中医学“痹证”“脘酸”“足倦”和“痿证”范畴, 予以针灸、中药治疗, 临床疗效明显^[2]。笔者认为终末期肾病(end stage renal disease, ESRD)腹膜透析患者并发的 RLS 多属于中医学“痿证”和“血痹”范畴。本研究以《内经》“治痿独取阳明”理论为指导, 应用具有

健脾化湿、和血通络功效的加味参苓白术散联合穴位温灸、中药敷贴综合疗法治疗腹膜透析伴发 RLS, 可明显改善患者 RLS 症状和睡眠质量。现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 RLS 诊断标准采用 2014 年国际 RLS 研究小组制定的 RLS 诊断标准共识^[3]: ①双下肢不适感及由不适感导致活动腿部的强烈欲望; ②休息时易出现下肢不适感加重和活动下肢的欲望; ③通过活动下肢可缓解不适症状; ④下肢不适感及活动欲望出现或加重于傍晚或夜间; ⑤以上症状不能由躯体和精神疾病解释。同时符合以上 5 项可诊断为 RLS。

1.2 纳入标准 ①年龄 18~70 岁; ②符合慢性肾脏病诊断标准^[4], 且已进行持续性非卧床腹膜透析(continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD)的时间不少于 6 个月; ③符合 RLS 诊断标准; ④患者知情同意, 并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①腹膜透析合并血液透析患者; ②合并严重心、肺功能不全, 严重脑血管和肝脏疾病

基金项目:第四批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药办人教发[2017]124号)

作者简介:吕勇(1972-), 男, 博士, 主任中医师

及皮肤病患者;③有精神疾病、智力障碍,从而不能完成调查内容者。

1.4 脱落标准 ①治疗观察期间,发生腹膜透析相关性腹膜炎或其他严重感染性疾病;②患者依从性差,不能完成疗程;③不能耐受药物不良反应。

1.5 伦理学审查 本研究经安徽中医药大学第一附属医院伦理委员会批准,伦理审查批件编号为2017AH-15。

1.6 一般资料 50例研究对象均来自2017年7月1日至2018年12月31日在安徽中医药大学第一附属医院肾内科接受CAPD治疗的住院和门诊ESRD患者。应用随机数字表法将患者分为对照组和观察组,每组25例。观察治疗期间,对照组3例患者出现头晕、恶心等药物不良反应,观察组1例患者不能耐受温灸,1例患者发生腹膜炎,5例患者均退出观察研究。对照组完成22例,其中男13例,女9例;年龄32~70岁,平均年龄(55.23±11.58)岁;透析龄12~86个月,平均透析龄(46.91±18.28)个月;血尿素氮(26.27±8.04)mmol/L,血肌酐(845.25±113.06) μ mol/L,血尿酸(462.14±49.89) μ mol/L;并发基础疾病高血压病16例,糖尿病8例,心血管疾病10例。观察组完成23例,其中男12例,女11例;年龄37~70岁,平均年龄(54.70±10.07)岁;透析龄14~83个月,平均透析龄(47.52±17.57)月;血尿素氮(27.85±7.99)mmol/L,血肌酐(855.23±121.29) μ mol/L,血尿酸(453.43±52.43) μ mol/L;并发基础疾病高血压病17例,糖尿病10例,心血管疾病11例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义(性别: $\chi^2=0.218, P=0.641$;年龄: $t=0.165, P=0.870$;透析龄: $t=-0.115, P=0.909$;血尿素氮: $t=-0.658, P=0.514$;血肌酐: $t=0.670, P=0.777$;血尿酸: $t=0.570, P=0.572$;并发高血压病: $\chi^2=0.008, P=0.928$;并发糖尿病: $\chi^2=0.237, P=0.626$;并发心血管疾病: $\chi^2=0.025, P=0.873$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 所有患者均进行CAPD治疗,并予以降压,纠正贫血,调节水、电解质和酸碱代谢平衡,控制血糖,调节钙磷代谢平衡等常规治疗,根据每位患者的病情,结合腹膜透析超滤量,相应调整腹膜透析处方,应用1.5%或2.5%乳酸盐腹膜透析液(青岛华仁药业有限股份公司),每次2000 mL,每日更换腹透液4次。对照组患者予盐酸普拉克索片(商品名为森福罗,上海勃林格殷格翰药业有限公司生产)0.25 mg,每日睡前服用,可根据患者具体症

状改善程度和对药物的耐受度调整剂量至每日0.125~1 mg。观察组予中药口服联合穴位温灸、中药敷贴治疗,具体治疗方案:给予患者口服加味参苓白术散复方颗粒剂(组成:生薏苡仁、丹参各30 g,白扁豆20 g,党参、炒白术、茯苓、山药、大枣各15 g,陈皮、桂枝、桔梗各10 g,砂仁6 g,炙甘草4 g。厂家:四川新绿色药业公司),每日1剂,温水冲服,早、晚各100 mL。使用内置点燃艾条的温灸器温灸患者双侧委中穴和承山穴,每夜睡前温灸30 min;温灸后使用中药贴剂(肉桂粉和附子粉按1:1比例用醋调和)敷贴于双侧足三里、三阴交和涌泉穴处,敷贴8 h。两组均治疗和观察8周。

2.2 观察指标

2.2.1 RLS严重程度判定标准 依据2003年国际RLS研究组制定的国际RLS评定量表^[5]判定RLS的严重程度。评估总计10项,每项依据症状轻重分为0~4分。治疗期间每2周评估1次患者的RLS症状。

2.2.2 睡眠质量评价标准 依据匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[6]对患者治疗前后睡眠质量进行评价。量表分为睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠障碍、睡眠效率、催眠药物应用及日间功能障碍7个因子,每个因子根据患者睡眠质量高低计0~3分,所有因子累计得分为PSQI总分,睡眠质量越差,分值越高。每两周评估1次。

2.2.3 生化指标检测 治疗前后分别检测患者血红蛋白(hemoglobin, Hb),血清白蛋白(albumin, ALB),血清铁、磷、钙、超敏C反应蛋白(high sensitive C-reactive protein, hs-CRP)、碱性磷酸酶(alkaline phosphatase, AKP)、甲状旁腺素(parathyroid hormone, PTH);同时测算患者腹膜透析尿素清除指数(blood urea clear index, KT/V)。

2.3 统计学方法 采用SPSS 17.0进行统计学处理。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”表示。同组治疗前后均数比较,采用配对 t 检验;两组间均数比较,采用成组 t 检验;两组不同时点均数比较,采用含有一个重复测量变量的两因素方差分析;两组治疗前后差值比较,采用Mann-Whitney U 检验。采用双侧检验,显著性水准为 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后RLS评分比较 治疗前两组患者RLS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗第2、4、6、8周末,两组患者RLS评分均较治疗前显著降低($P<0.05$);治疗第6、8周末,观

察组 RLS 评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 RLS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	RLS 评分				
		治疗前	治疗 2 周末	治疗 4 周末	治疗 6 周末	治疗 8 周末
对照	22	21.59 ± 7.49	17.59 ± 6.29 ^a	16.14 ± 5.18 ^a	14.91 ± 5.46 ^a	15.59 ± 5.88 ^a
观察	23	22.35 ± 7.88	16.65 ± 6.39 ^a	14.04 ± 4.30 ^b	11.61 ± 3.38 ^{c#}	8.83 ± 3.50 ^{d#}

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与治疗 2 周末比较,^b $P < 0.05$;与治疗 4 周末比较,^c $P < 0.05$;与治疗 6 周末比较,^d $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

3.2 两组患者治疗前后睡眠质量评分比较 两组患者治疗前 PSQI 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗 2、4、6、8 周末,两组患者 PSQI 评

分均较治疗前下降 ($P < 0.05$);治疗 6、8 周末,观察组 PSQI 评分显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 PSQI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PSQI 评分				
		治疗前	治疗 2 周末	治疗 4 周末	治疗 6 周末	治疗 8 周末
对照	22	13.09 ± 4.67	10.82 ± 4.05 ^a	9.81 ± 3.94 ^a	10.14 ± 4.02 ^a	9.18 ± 3.80 ^a
观察	23	13.83 ± 4.24	9.87 ± 3.35 ^a	8.47 ± 3.34 ^a	7.26 ± 3.49 ^{b#}	6.61 ± 3.41 ^{c#}

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与治疗 2 周末比较,^b $P < 0.05$;与治疗 4 周末比较,^c $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

3.3 两组患者治疗前后生化指标和 KT/V 比较 治疗前两组患者 Hb,血清 ALB、铁、磷、钙、hs-CRP、AKP、PTH 水平和 KT/V 比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$);与治疗前比较,对照组患者治疗后上

述指标均无明显变化 ($P > 0.05$),观察组患者治疗后 Hb、血清 ALB 明显升高 ($P < 0.05$),血清 hs-CRP 明显降低 ($P < 0.05$);观察组治疗后 hs-CRP 降低程度明显大于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后生化指标和 KT/V 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ALB/(g/L)			Hb/(g/L)			血铁/(mmol/L)		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	22	31.37 ± 7.43	32.41 ± 7.51	1.05 ± 9.28	101.73 ± 15.34	100.95 ± 14.84	-0.77 ± 22.32	14.81 ± 6.38	13.98 ± 5.06	-0.83 ± 6.97
观察	23	30.41 ± 7.28	37.22 ± 6.05 [*]	6.80 ± 10.45	97.17 ± 15.40	111.22 ± 18.56 [*]	14.04 ± 22.98	13.86 ± 5.46	14.73 ± 6.20	0.86 ± 8.52
组别	n	血磷/(mmol/L)			血钙/(mmol/L)			hs-CRP/(mg/L)		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	22	1.56 ± 0.35	1.61 ± 0.39	-0.05 ± 0.56	2.34 ± 0.36	2.27 ± 0.35	0.07 ± 0.41	6.48 ± 2.41	6.33 ± 2.57	0.14 ± 3.04
观察	23	1.59 ± 0.43	1.55 ± 0.46	0.04 ± 0.62	2.45 ± 0.40	2.25 ± 0.30	0.20 ± 0.49	7.07 ± 2.44	4.84 ± 1.98 [*]	2.23 ± 3.36 [#]
组别	n	AKP/(mmol/L)			PTH/(mmol/L)			总 KT/V		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	22	108.77 ± 20.77	112.86 ± 25.20	4.09 ± 17.61	252.33 ± 46.37	245.92 ± 34.48	-6.41 ± 55.35	1.32 ± 0.25	1.36 ± 0.20	0.04 ± 0.36
观察	23	110.35 ± 20.72	114.17 ± 21.55	3.83 ± 27.39	246.72 ± 42.20	250.73 ± 35.89	4.01 ± 60.89	1.28 ± 0.33	1.42 ± 0.18	0.14 ± 0.41

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

4 讨论

RLS 是 ESRD 维持透析患者最为常见的中枢神经系统并发症,严重影响患者的睡眠和睡眠质量,可增加患者心脑血管事件的发生率和死亡率^[7]。中医学没有与 RLS 直接相对应的病名,其临床症状与薛己《内科摘要》中“夜间少寐,足内酸热,若酿久不寐,腿内亦然,且兼腿内筋似有抽缩意,致双腿左右频移,辗转不安,必至倦极方寐”的论述颇为相似。现代医家根据 RLS 临床特征多将其归于“痹证”“痉证”“脘酸”和“足倦”范畴,认为其病因病机是以肝肾亏虚为本,风寒痰湿之标邪侵袭机体、痹阻血络而致下肢经脉气血运行不畅所成。ESRD 维持腹膜透析患者继发 RLS 的病机需结合腹膜透析的机制作相应分析。腹膜透析是 ESRD 患者替代治疗方式之

一,通过人体腹膜的超滤和弥散机制以达到治疗目的,在排除体内毒素和多余水液的同时,机体内大量营养物质也被排出,导致多数腹透患者存在营养不良状态,临床多表现为低蛋白血症和贫血状态。研究显示国内腹膜透析患者营养不良发生率可达 43.2%^[8]。中医认为慢性肾功能衰竭的基本病机是脾肾亏虚为本、湿浊瘀血蕴结为标^[9]。腹膜透析是慢性肾衰竭终末期的透析治疗阶段,临床观察表明其基本病机与慢性肾衰竭一致^[10]。脾为后天之本,脾胃功能正常对人体各脏腑功能的正常运行至关重要,正如《素问·经脉别论》所言:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,……,水精四布,五经并行。”脾与胃功能密切相关,“若胃气一虚,脾无所禀受,则四肢经络皆病”(《脾胃论》)。腹膜透析患者以

脾肾俱虚为本,因“脾合肌肉,主四肢”“四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾,乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉,皆无气以生,故不用焉”(《素问·太阴阳明论》),故腹膜透析患者存在因脾胃亏虚而致气血津液虚损不能荣养筋骨肌肉成痿的病机。同时由于患者体内毒素透析清除不充分和腹膜透析液长时间留在腹腔内等因素,可导致湿浊、湿热、瘀血和溺毒等蕴结闭阻经脉,导致脉道不利,气血津液更加不能荣筋活脉而加重病证,临床以下肢肌肉酸麻疼痛不适,活动后缓解为主要症状,符合 RLS 诊断。慢性肾病患者脾气本虚,加以腹膜透析所常伴发的营养不良,更加重脾胃亏虚证候。“脾气热,则胃干而渴,肌肉不仁,发为肉痿”,故根据腹膜透析并发 RLS 的发病机制,可将其归属“痿证”范畴,其中脾胃亏虚是基本病机。《素问·痿证》有“论言治痿者,独取阳明”“阳明者五脏六腑之海,主润宗筋,宗筋主束骨而利机关也”之谓。只有阳明经气血充盛,才可使诸脏气充足,各经筋得以禀气血以发挥束骨、利机关作用,使四肢气血通畅,活动自如,否则“阳虚,则宗筋纵,带脉不引,故足痿不用也”。因此本研究运用“治痿独取阳明”理论治疗 RLS。

CKD 患者的 RLS 发生机制现多认为与体内毒素蓄积、铁代谢障碍和多巴胺神经递质失衡有关^[11],临床应用多巴胺类药物(如普拉克索、多巴丝肼)和补铁等方法治疗,虽可改善部分患者的 RLS 症状,但存在长期使用后疗效不确定和可使 RLS 症状恶化等不良反应。本研究拟定的治疗方案宗“独取阳明”之意,重视对脾胃功能的调理,同时根据“各补其荣而通其俞,……,则病已矣”的治疗原则,多经取穴,多法并用,针对腹膜透析 RLS 本虚标实的病机特点,拟健脾化湿、温经通络为法,运用加味参苓白术散口服联合穴位温灸、中药敷贴的中医综合疗法。研究表明,该治疗方法对腹膜透析 RLS 患者的 RLS 评分和睡眠质量评分均有显著改善效果($P < 0.05$),且随着疗程的延长,疗效增加明显;而对照组应用的盐酸普拉克索片虽然对 RLS 症状和 PSQI 评分有明显改善,但随治疗时间的延长,其降低 RLS 评分和 PSQI 评分的效果明显不及中医综合疗法。参苓白术散源于《太平惠民和剂局方》,由四君子汤化裁而成,全方具有健运脾胃、化湿助运之功效。现根据腹膜透析患者脾虚挟湿浊瘀血的病机予以辨证加味,加大枣以益脾养胃,丹参活血祛瘀,桂枝温通经脉,组成加味参苓白术散治疗腹膜透析继发 RLS,是“独取阳明”的体现。该方健脾胃、助

运化以使阳明经脉气血充盛而补本虚,化湿、温经和祛瘀以除阳明经之标邪。在循经取穴方面,RLS 发生的部位主要位于双下肢小腿肌肉处,故选取足太阳膀胱经双侧委中穴和承山穴,两穴对下肢痿痹均有治疗功效。在晚间用艾条温灸委中穴和承山穴,可有温通患者下肢肌肉筋骨和血脉的作用。三阴交是足太阴脾经之要穴,具有健脾和胃、调补肝肾、行气活血通络功效,可治“足下热,痛不能久坐,湿痹不能行,惊不得眠”(《针灸甲乙经》)。足三里是足阳明胃经之要穴,具有调理脾胃、补中益气、通经活络化湿的作用。《灵枢》言:“邪在脾胃,则病肌肉痛,……,皆调于足三里。”两穴除具有治疗下肢痿痹不遂的功效外,都是扶正祛邪的保健要穴,是“独取阳明”的常用穴位。涌泉穴是足少阴肾经之井穴,亦是补肾健身的要穴,具有提高免疫功能、镇痛安神和治疗失眠的诸多功效,对治疗足底痛和下肢肌痉挛也有疗效^[12]。《灵枢》言:“夜半人气入脏,邪气独居于身,故甚也。”中医认为夜间阳气入里,不能敷布肌腠筋骨,故 RLS 患者夜间症状加重。根据症状,RLS 亦属于“足惋”范畴,《内经》认为“卧出而风吹之,……凝于足者为厥”“厥气生足惋”(足)惋生胫寒,胫寒则血脉凝涩”。腹膜透析患者多存在气血阴阳亏虚,至夜间阳气不足可致阴寒内生,凝滞经脉,从而导致 RLS 的发生。本研究宗“独取阳明”之意,在健运脾胃的同时配合温灸对下肢痿痹有治疗功效的委中穴和承山穴,以温经通脉,改善 RLS 症状。肉桂和附子均是辛甘大热之性,归心脾肝肾诸经,具有补火助阳、散寒止痛的功效,现将两药调和敷贴于脾经、胃经和肾经的要穴处,利用药物辛热之性由表入里,以温通肌腠、筋骨和脉络。

本研究结果显示,以“治痿独取阳明”理论为指导,拟定的中医综合疗法可明显降低腹膜透析 RLS 患者的 RLS 评分和 PSQI 评分,明显升高 Hb、血清 ALB 水平和降低 hs-CRP 水平($P < 0.05$),且其降低 hs-CRP 的效果明显优于盐酸普拉克索片($P < 0.05$)。研究表明,慢性炎症反应、营养不良和低 ALB 水平是影响 CAPD 患者生活质量和生存率的重要因素^[13-14]。中医综合疗法治疗 RLS 的机制可能与提升 CAPD 患者血浆 ALB 水平以改善营养状况和减轻炎症反应有一定的关系。研究已证实,参苓白术散可显著改善 CAPD 患者营养不良状况和降低 hs-CRP 水平^[15],而相关保健要穴的配合应用,对于改善患者营养状况,提高机体免疫功能以抑制炎症反应均有裨益。虽然高血钙、高血磷和高 AKP 是腹膜透析患者发生 RLS 的独立危险因素^[16],但本研究结果提

示,治疗后以上指标改变均不明显。因CAPD患者主要居家进行透析治疗,本中医综合疗法运用简便且无不良反应,便于患者自行操作使用。

参考文献:

- [1] 詹周兵,徐莹莹,黄译腺,等.腹膜透析患者不宁腿综合征的患病率及相关危险因素分析[J].中华肾脏病杂志,2019,35(1):36-42.
- [2] 辛捷,雷正权,李翠娟.中医对不安腿综合征的认识及治疗研究进展[J].现代中医药,2016,36(5):108-111.
- [3] ALLEN RP, PICCHIETTI DL, GARCIA-BORREGUERO D, et al. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria; history, rationale, description, and significance[J]. Sleep Med, 2014, 15(8): 860-873.
- [4] LEVEY A S, DE JONG P E, CORESH J, et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report[J]. Kidney Int, 2011, 80: 17-28.
- [5] WALTERS A S, LEBROCQ C, DHAR A, et al. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome[J]. Sleep Med, 2003, 4(1): 121-132.
- [6] CARPENTER J S, ANDRYKOWSKI M A. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index [J]. J Psychosom Res, 1998, 45(1): 5-13.
- [7] LA MANNA G, PIZZA F, PERSICI E, et al. Restless legs syndrome enhances cardiovascular risk and mortality in patients with end-stage kidney disease undergoing

long-term haemodialysis treatment [J]. Nephrol Dial Transplant, 2011, 26(6): 1976-1983.

- [8] 杨洪涛.腹膜透析合并营养不良的现状及中西医干预策略[J].中国中西医结合肾病杂志,2014,15(10):847-852.
- [9] 沈庆法.中医肾脏病学[M].上海:上海中医药大学出版社,2007:617-619.
- [10] 盛梅笑,许陵冬,江燕,等.腹膜透析患者中医证型及其影响因素的临床观察[J].中国中西医结合肾病杂志,2014,15(1):30-33.
- [11] SCHORMAIR B, ZHAO C, BELL S, et al. Identification of novel risk loci for restless legs syndrome in genome-wide association studies in individuals of European ancestry: a meta-analysis [J], Lancet Neurol, 2017, 16(11): 898-907.
- [12] 王民集,朱江,杨永清.中国针灸全书[M].郑州:河南科学技术出版社,2012:263-265.
- [13] 周巍,胡伟锋,韩国锋,等.残余肾功能对腹膜透析患者生活质量的影响[J].中华肾脏病杂志,2016,32(5):327-333.
- [14] 李阳,王海云,王颖,等.老年腹膜透析患者长期生存分析[J].中华肾脏病杂志,2017,33(1):1-7.
- [15] 张建,吕勇.参苓白术散加味对持续性不卧床腹膜透析患者营养不良的影响[J].中医药临床杂志,2018,30(12):2278-2282.
- [16] 于晓丽,林建雄,易春燕,等.维持性续腹膜透析患者不宁腿综合征患病率及危险因素分析[J].中华肾脏病杂志,2018,34(10):721-726.

(收稿日期:2019-04-21;编辑:姚实林)

Clinical Effect of Integrated Traditional Chinese Medicine Therapy Based on the Theory of "Treating Flaccidity by Selecting the Yangming Meridian Alone" in Treatment of Restless Legs Syndrome During Peritoneal Dialysis

LYU Yong, SONG Bei-bei, JIN Hua

(Department of Nephrology, The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China)

[Abstract] Objective To investigate the clinical effect of the theory of "treating flaccidity by selecting the Yangming meridian alone" in the treatment of restless legs syndrome (RLS) during peritoneal dialysis.

Methods A total of 50 patients with end-stage renal disease (ESRD) who underwent continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and developed RLS were randomly divided into control group and observation group, with 25 patients in each group. Three patients in the control group and two in the observation group withdrew from the observation. All patients received CAPD and routine symptomatic treatment. The patients in the control group were given oral pramipexole hydrochloride tablets, and those in the observation group were given oral Jiawei Shenling Baizhu Powder combined with needle warming moxibustion and traditional Chinese medicine (TCM) application treatment during night; the course of treatment was 8 weeks for both groups. The International RLS Scale and Pittsburgh sleep quality index (PSQI) were used to evaluate the improvement in RLS symptoms and sleep quality once every two weeks. Serum albumin

柴芍二至散治疗 Graves 病临床观察

廖为保¹, 刘怀珍², 邹 慧¹

(1. 安徽中医药大学研究生院, 安徽 合肥 230012; 2. 安徽中医药大学第一附属医院, 安徽 合肥 230031)

[摘要]目的 观察柴芍二至散治疗毒性弥漫性甲状腺肿(Graves 病)的临床疗效及对谷胱甘肽过氧化物酶(glutathione peroxidase, GSH-Px)、丙二醛(malondialdehyde, MDA)的影响, 探讨其治疗 Graves 病的作用机制。方法 将 60 例肝虚痰结型 Graves 病患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 30 例。对照组采用甲巯咪唑进行治疗, 治疗组在对照组基础上加服柴芍二至散, 两组疗程均为 12 周。比较两组中医证候疗效、甲状腺功能[游离三碘甲状腺原氨酸(free triiodothyamine, FT3)、游离甲状腺素(free thyroxine, FT4)、促甲状腺激素(thyroid stimulating hormone, TSH)]、血清促甲状腺受体抗体(thyrotropin receptor antibody, TRAb)、GSH-px、MDA 水平。结果 与对照组比较, 治疗组血清中 FT3、FT4、TRAb 水平显著降低($P < 0.05$), TSH 水平显著升高($P < 0.05$); 两组血清 GSH-px、MDA 水平均优于治疗前($P < 0.05$), 治疗组改善更明显($P < 0.05$); 治疗组中医证候疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。结论 柴芍二至散治疗 Graves 病疗效显著, 其机制可能与改善 GSH-px、MDA 的表达, 调节机体抗氧化水平有关。

[关键词]柴芍二至散; 甲巯咪唑; 氧化应激; Graves 病

[中图分类号]R581.1 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2019.05.005

弥漫性毒性甲状腺肿又称 Graves 病, 是一种甲状腺合成或分泌过多甲状腺激素的器官性自身免疫性甲状腺疾病。有研究发现, Graves 病的发病与氧化应激水平密切相关^[1]。甲状腺组织在大量的促甲状腺受体抗体(thyrotropin receptor antibody, TRAb)作用下, 分泌过量甲状腺激素及大量

活性氧(reactive oxygen species, ROS), 机体抗氧化能力无法清除过量的产物, 脂质膜氧化受损, 形成自身免疫性甲状腺疾病。目前常用的抗甲状腺药(antithyroid drugs, ATDs)有甲巯咪唑(methimazole, MMI)和丙硫氧嘧啶(propylthiouracil, PTU), 减量期停药后易复发, 部分患者出现白细胞减少、皮疹或肝细胞受损等现象, 治疗上存在较大局限性。有研究显示, 单味中药的某种活性成分具有抗免疫、抗氧化, 改善甲状腺激素水平及临床症状的作用^[2-4]。柴芍二至散是安徽中医药大学第一附属

作者简介:廖为保(1991-), 男, 硕士研究生

通信作者:刘怀珍(1964-), 女, 硕士, 主任医师, 1140808869

@qq.com

(Alb), hemoglobin (Hb), serum iron, serum phosphorus, serum calcium, high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), alkaline phosphatase (AKP), parathyroid hormone (PTH), and urea clearance index (KT/V) were observed before and after treatment. **Results** Both groups had significant reductions in RLS score and PSQI after treatment ($P < 0.05$). At the end of week 6 and 8 of treatment, the observation group had significantly lower RLS score and PSQI than the control group ($P < 0.05$), and the observation group had progressive reductions in RLS score and PSQI over treatment. There were no significant changes in Hb, serum Alb, serum iron, serum phosphorus, serum calcium, AKP, PTH, hs-CRP, and overall KT/V after treatment in the control group ($P > 0.05$), while the observation group had significant increases in Hb and serum Alb ($P < 0.05$) and a significant reduction in hs-CRP ($P < 0.05$) after treatment, and compared with the control group, the observation group had a significantly greater reduction in hs-CRP after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Integrated traditional Chinese medicine therapy based on the theory of "treating flaccidity by selecting the Yangming meridian alone" (oral Jiawei Shenling Baizhu Powder combined with needle warming moxibustion and TCM application treatment) can significantly improve clinical symptoms and sleep quality in patients with RLS during peritoneal dialysis.

[Key words] Peritoneal dialysis; Restless legs syndrome; Treating flaccidity by selecting the Yangming meridian alone; Shenling Baizhu Powder