

◆ 护理康复 ◆

红炉拨筋疗法联合中药足浴治疗慢性肾脏病 非透析肾性贫血脾肾两虚证临床研究

袁菲菲, 李虹虹, 张晓丹

温州市中西医结合医院, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察红炉拨筋疗法联合中药足浴治疗慢性肾脏病 (CKD) 非透析肾性贫血 (RA) 脾肾两虚证的临床疗效。方法: 选取2022年12月—2023年12月在温州市中西医结合医院就诊的82例CKD非透析RA脾肾两虚证患者, 采取简单化随机分组法分为观察组与对照组各41例。对照组给予西药治疗, 观察组在此基础上给予红炉拨筋疗法联合中药足浴治疗, 2组均治疗2个月。比较2组临床疗效、中医证候评分、贫血相关指标 (血红蛋白、红细胞计数、红细胞压积)、铁代谢指标 (血清铁、总铁结合力、铁蛋白、转铁蛋白)、微炎症指标 (可溶性细胞间黏附分子-1、单核细胞趋化蛋白-1) 及肾功能指标 (血肌酐、血尿素氮)。结果: 治疗2个月后, 总有效率观察组95.12% (39/41), 高于对照组78.05% (32/41) ($P < 0.05$)。2组腰膝酸软、肢体浮肿、气倦乏力、皖痞纳呆评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 观察组上述4项中医证候评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。2组血红蛋白、红细胞计数、红细胞压积、血清铁、总铁结合力、铁蛋白及转铁蛋白水平均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 观察组上述7项指标水平均高于对照组 ($P < 0.05$)。2组可溶性细胞间黏附分子-1、单核细胞趋化蛋白-1、血肌酐、血尿素氮水平均较治疗前降低, 观察组上述4项指标水平均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在西药基础上加用红炉拨筋疗法联合中药足浴治疗CKD非透析RA脾肾两虚证可提高临床疗效, 有效改善患者的肾功能和贫血状态。

[关键词] 慢性肾脏病; 肾性贫血; 脾肾两虚证; 红炉拨筋疗法; 中药足浴; 铁代谢; 微炎症; 肾功能

[中图分类号] R256.5; R244.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 02-0132-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2024.02.025

Clinical Study on Honglu Bojin Therapy Combined with Chinese Herbal Foot Bath for Non-Dialysis Renal Anemia of Chronic Kidney Disease with Syndrome of Spleen and Kidney Deficiency

YUAN Feifei, LI Honghong, ZHANG Xiaodan

Wenzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Wenzhou Zhejiang 325000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Honglu Bojin Therapy combined with Chinese herbal foot bath in treating non-dialysis renal anemia (RA) of chronic kidney disease (CKD) with syndrome of spleen and kidney deficiency. **Methods:** A total of 82 cases of non-dialysis RA of CKD patients with syndrome of spleen and kidney deficiency were selected from Wenzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine and divided into the observation group and the control group by simple randomized method, with 41 cases in each group. The control

[收稿日期] 2024-07-12
[修回日期] 2024-10-25
[基金项目] 温州市基础性公益科研项目 (Y2023646)
[作者简介] 袁菲菲 (1987-), 女, 主管护师, E-mail: 13353308276@163.com.

group was treated with western medicine, and the observation group was additionally treated with Honglu Bojin Therapy combined with Chinese herbal foot bath based on the treatment of the control group. Both groups were treated for two months. The clinical effects, traditional Chinese medicine syndrome scores, anemia-related indexes (hemoglobin, red cell count, hematocrit), iron metabolism indexes (serum iron, total iron binding capacity, ferritin, transferrin), microinflammatory indexes (soluble intercellular adhesion molecule-1, monocyte chemotactic protein-1) and renal function indexes (serum creatinine, blood urea nitrogen) were compared between the two groups. **Results:** After two months of treatment, the total effective rate was 95.12% (39/41) in the observation group, higher than that of 78.05% (32/41) in the control group ($P < 0.05$). The scores of waist and knee soreness and weakness, limb edema, fatigue and lack of strength, stuffiness in stomach cavity and poor appetite in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above four traditional Chinese medicine syndrome scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of hemoglobin, red blood cell count, hematocrit, serum iron, total iron binding capacity, ferritin and transferrin in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above seven indexes in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of soluble intercellular adhesion molecule-1, monocyte chemoattractant protein-1, serum creatinine and blood urea nitrogen in the two groups were decreased when compared with those before treatment, and the levels of the above four indicators in the observation group were lower than those in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** On the basis of western medicine, Honglu Bojin Therapy combined with Chinese herbal foot bath can improve the clinical effect and effectively improve the kidney function and non-dialysis RA of CKD patients with syndrome of spleen and kidney deficiency.

Keywords: Chronic kidney disease; Renal anemia; Syndrome of spleen and kidney deficiency; Honglu Bojin Therapy; Chinese herbal foot bath; Iron metabolism; Microinflammation; Renal function

慢性肾脏病(CKD)是指各种原因引起的慢性肾脏结构和功能异常,其患病率逐年上升^[1]。肾性贫血(RA)指肾功能下降诱发人体促红细胞生成素减少,引起造血铁不足且代谢物质难以排出,毒性物质干扰红细胞生成形成贫血^[2]。RA作为CKD的主要并发症之一,严重影响患者的生活质量。如不及时治疗,会导致疲劳、头晕、气促等症状发生,加速CKD进展^[3],是心血管事件的独立危险因素^[4]。西药治疗可有效改善RA,但存在头疼、低热、乏力及过敏等不良反应^[5-6]。有研究显示,中医药辅助治疗RA取得显著的临床疗效,且安全性高^[7-9]。红炉拨筋疗法是以中医经络、经筋及腧穴理论为指导,集按摩、刮痧、拨筋、艾灸等于一体。以火攻邪,祛寒散滞,促进血液循环;松弛肌肉,通经活络,改善局部血供;扶正祛邪,理筋调气,激活免疫系统,有效改善患者的临床症状。中医学认为,RA主要病位在脾、肾,肾主生髓,肾精不足,精不化血,出现血虚的

表现。肾阳不足会导致脾阳虚,久病耗伤气血,致贫血加重,病程缠绵。治以补益脾肾为原则。中药足浴方源自《内外伤辨惑论》中的当归补血汤,原方具有补气生血之效,结合本病脾肾两虚病机,在方中加用熟地黄补血益肾,何首乌补肾固精,大枣补益脾胃。借助水的温热效应,使中药药效经足部肌肤表面渗透,可调节局部血液循环,并经经脉、血络输布至周身。本研究观察红炉拨筋疗法联合中药足浴治疗CKD非透析RA脾肾两虚证的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《慢性肾脏病早期筛查、诊断及防治指南(2022年版)》^[10]中的诊断标准。①肾脏损害一般超过3个月,损伤包括肾脏穿刺活检的病理改变,或超声、CT检查见肾脏结构改变,尿常规检查见血尿或蛋白尿。②肾小球滤过率 $< 60 \text{ mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 超过3个月,无需合并有肾功能损害即诊断

为CKD, 包括CKD3期或4期。符合《中国肾性贫血诊治临床实践指南》^[10]中的诊断标准: 成年男性血红蛋白 $<120\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$, 非妊娠女性血红蛋白 $<110\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$, 且有CKD病史。

1.2 辨证标准 符合《22个专业95个病种中医诊疗方案》^[12]中慢性肾衰竭脾肾两虚证的辨证标准。症见腰膝酸软, 肢体浮肿, 气倦乏力, 脘痞纳呆, 舌淡、苔白腻, 脉弱或细滑。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准; 年龄18~75岁, 且神志清醒; 感染、代谢紊乱、高血压等得到有效控制; 患者及其家属均签署知情同意书; 未行血液透析或腹膜透析治疗, 未行肾透析的造瘘手术。

1.4 排除标准 心脏、脑血管、肝脏严重损害者; 患严重凝血功能障碍及白血病、再生障碍性贫血等血液系统疾病; 重度或极重度贫血需输血治疗者; 合并急性心力衰竭、恶性心律失常、恶性肿瘤、重症感染、呼吸衰竭者; 对本研究所用药物过敏者; 妊娠期女性。

1.5 剔除标准 未按照规定治疗、无法判断疗效者; 治疗中途因病情恶化需要输血、透析者。

1.6 一般资料 选取2022年12月—2023年12月在温州市中西医结合医院就诊的82例CKD非透析RA脾肾两虚证患者, 采取简单化随机分组法分为观察组与对照组各41例。治疗过程中未出现剔除病例。观察组男26例, 女15例; 年龄35~60岁, 平均 (49.82 ± 12.37) 岁; 病程2~7年, 平均 (4.89 ± 2.13) 年; 原发病: 糖尿病肾病9例, 慢性肾小球肾炎11例, 高血压肾病16例, 其他5例; CKD分期: 3期22例, 4期19例; 贫血分级: 轻度17例, 中度24例。对照组男23例, 女18例; 年龄35~58岁, 平均 (50.34 ± 11.72) 岁; 病程3~7年, 平均 (4.72 ± 2.04) 年; 原发病: 糖尿病肾病12例, 慢性肾小球肾炎8例, 高血压肾病14例, 其他7例; CKD分期: 3期20例, 4期21例; 贫血分级: 轻度19例, 中度22例。2组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。本研究通过温州市中西医结合医院医学伦理委员会审批。

2 治疗方法

2.1 对照组 在优质低蛋白饮食、避免使用肾毒性药物, 以及纠正电解质紊乱、降压、降糖、降脂等基础上给予西药治疗。多糖铁复合物胶囊(上海医药

集团青岛国风药业股份有限公司, 国药准字H20030032, 规格: 每粒0.15 g)口服, 每天1次, 每次0.3 g; 罗沙司他胶囊[珐博进(中国)医药技术开发有限公司, 国药准字H20180024, 规格: 每粒50 mg]口服, 每周3次, 每次100 mg, 在起始治疗阶段, 每2周监测血红蛋白, 若血红蛋白降低 $10\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$ 则增加剂量, 若血红蛋白增加 $10\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$ 则减少剂量, 使血红蛋白维持在 $100\sim120\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$, 增加或减少剂量阶梯为20、40、50、70、100、120、150、200 mg。

2.2 观察组 在对照组基础上给予红炉拨筋疗法联合中药足浴治疗。先取开穴穴位点拨, 再在脾俞(双)、肾俞(双)、膈俞(双)、血海(双)、足三里(双)、三阴交(双)、肾经、脾经上分别实施红炉拨筋疗法, 最后取收穴穴位点拨结束操作。每天1次, 操作时间约30 min, 每周治疗5 d。操作过程避免烫伤患者皮肤, 注意保暖。

开穴、收穴以2023年6月21日12时为例, 6月21日为庚戌日, 11时至13时为午时。根据口诀: 甲己还加甲, 乙庚丙做初, 丙辛生戊子, 丁壬庚子居, 戊癸何方法, 壬子不须移。推算出当日子时为丙子时, 按照丙子、丁丑、戊寅……的顺序推算, 11时为壬午时。根据口诀: 壬甲公孙丙内关, 戊为临泣庚外关, 乙癸申脉辛后溪, 己土列缺丁照海。开穴: 公孙3 min, 男左女右。收穴: 选择结束时当下时辰运行经络对应的合穴, 男左女右收穴3 min。12时治疗, 结束时间大概在12时30分, 属于11时至13时, 午时, 午时运行经络为心经, 心经合穴为少海, 少海点拨3 min。

患者取仰卧位, 房间温度调至 $25\sim30\text{ }^{\circ}\text{C}$, 充分暴露穴位周围皮肤, 用点按法开穴, 选用红炉拨筋罐, 点燃罐内固定艾炷, 罐口处涂抹精油, 待罐内艾炷充分燃烧后, 从上至下依次施罐, 待罐口温度适宜后进行落罐, 红炉拨筋罐“适”字六拨法包括点拨、斜拨、横拨、刮拨、圆拨、抖拨。点拨: 罐口与皮肤的角度约 15° , 在选定穴位(肾俞、脾俞、膈俞、血海、足三里、三阴交)施加一定的压力, 沿经络做轻点重压; 斜拨: 罐口与皮肤的角度 $>45^{\circ}$, 罐口一边接触皮肤, 用罐口在脾俞、肾俞、膈俞、血海、足三里、三阴交及脾经、肾经上, 长度以穴位为中心上下6 cm或穿插2 cm左右的距离做轻点重压; 横拨: 在脾俞、肾俞、膈俞、血海、足三

里、三阴交及脾经、肾经上从上到下做闪电状拨动；刮拨：整个罐口接触皮肤，做深层的由上到下或左右拨动；圆拨：用罐口以适度的压力在脾俞、肾俞、膈俞、血海、足三里、三阴交上做圆圈状按摩；抖拨：罐口贴近皮肤，施罐者沿脾、肾经以上臂力为主作快速连续小幅度的上下或左右抖动。使患者皮肤微红、发热伴有轻微汗出即可。

红炉拨筋疗法操作结束4~6 h后进行中药足浴。中药足浴方(当归补血汤加味)处方：黄芪、熟地黄各30 g，制何首乌、丹参各15 g，大枣10 g，当归6 g。由温州市中西医结合医院制剂室代煎，每剂煎煮药汁2袋，每袋200 mL。将1剂药汁倒入足浴桶，加温水4 000 mL至充分浸泡双足，水温维持在40℃左右，足浴时间约30 min，每晚治疗1次。

2组均治疗2个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效，治疗2个月后评定疗效。②中医证候评分。治疗前及治疗2个月后，将腰膝酸软、肢体浮肿、气倦乏力、腕痞纳呆依据无、轻度、中度、重度分别计0、2、4、6分^[13]。③实验室指标。治疗前及治疗2个月后，采用血液分析仪测定血红蛋白、红细胞计数、红细胞压积水平，采用全自动生化分析仪测定血清铁、总铁结合力、铁蛋白、转铁蛋白以及血肌酐、血尿素氮水平，采用酶联免疫吸附试验法测定血清可溶性细胞间黏附分子-1、单核细胞趋化蛋白-1水平。

3.2 统计学方法 采用SPSS26.0统计学软件处理数据。符合正态分布且方差齐的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)描述，组间比较采用独立样本 t 检验，组内治疗前、治疗2个月后比较采用配对样本 t 检验；计数资料以百分比(%)描述，组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据文献[14]制定疗效标准。显效：腰膝酸软、肢体浮肿等症状显著改善，与治疗前比较，中医证候评分降低 $\geq 75\%$ ；有效：腰膝酸软、肢体浮肿等症状有所改善，与治疗前比较，中医证候评分降低50%~74%；无效：腰膝酸软、肢体浮肿等症状改善不明显，与治疗前比较，中医证候评分降低 $< 50\%$ 。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗2个月后，总有效率观察组95.12%，高于对照组78.05%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较					例(%)
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	41	24(58.54)	15(36.59)	2(4.88)	39(95.12) ^①
对照组	41	13(31.71)	19(46.34)	9(21.95)	32(78.05)

注：①与对照组比较， $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前，2组腰膝酸软、肢体浮肿、气倦乏力、腕痞纳呆比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗2个月后，2组上述4项中医证候评分均较治疗前降低，观察组上述4项中医证候评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)						分
组别	时间	例数	腰膝酸软	肢体浮肿	气倦乏力	腕痞纳呆
观察组	治疗前	41	4.42±1.05	4.14±0.73	4.28±0.92	3.97±0.82
	治疗2个月后	41	1.31±0.56 ^{①②}	1.19±0.45 ^{①②}	0.97±0.33 ^{①②}	1.08±0.61 ^{①②}
对照组	治疗前	41	4.46±1.13	4.17±0.66	4.32±0.83	3.95±1.04
	治疗2个月后	41	2.25±0.74 ^①	2.42±0.59 ^①	1.24±0.46 ^①	2.32±0.92 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与对照组治疗2个月后比较， $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后贫血相关指标比较 见表3。治疗前，2组血红蛋白、红细胞计数及红细胞压积水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗2个月后，2组上述3项贫血相关指标水平均较治疗前升高，观察组上述3项贫血相关指标水平均高于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后贫血相关指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组 别	时 间	例数	血红蛋白 ($g \cdot L^{-1}$)	红细胞计数 ($\times 10^{12} \cdot L^{-1}$)	红细胞压积/%
观察组	治疗前	41	76.52±7.94	2.78±0.21	22.64±4.12
	治疗2个月后	41	103.37±12.25 ^{①②}	4.04±0.53 ^{①②}	36.37±5.63 ^{①②}
对照组	治疗前	41	78.48±8.03	2.75±0.25	23.25±4.07
	治疗2个月后	41	92.71±11.83 ^①	3.58±0.48 ^①	30.13±5.18 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与对照组治疗2个月后比较， $P < 0.05$

4.5 2组治疗前后铁代谢指标比较 见表4。治疗前，2组血清铁、总铁结合力、铁蛋白及转铁蛋白水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗2个

月后，2 组上述 4 项铁代谢指标水平均较治疗前升高，观察组上述 4 项铁代谢指标水平均高于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.6 2 组治疗前后微炎症及肾功能指标比较 见表 5。治疗前，2 组可溶性细胞间黏附分子-1、单核细胞

趋化蛋白-1、血肌酐、血尿素氮水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 2 个月后，2 组上述 4 项指标水平均较治疗前降低，观察组上述 4 项指标水平均低于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 4 2 组治疗前后铁代谢指标比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	时 间	例数	血清铁/ $(\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1})$	总铁结合力/ $(\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1})$	铁蛋白/ $(\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1})$	转铁蛋白/ $(\text{g} \cdot \text{L}^{-1})$
观察组	治疗前	41	8.04 ± 0.39	42.62 ± 5.91	120.37 ± 17.46	1.81 ± 0.32
	治疗 2 个月后	41	9.43 ± 0.41^{①②}	70.48 ± 4.35^{①②}	138.24 ± 13.41^{①②}	2.78 ± 0.21^{①②}
对照组	治疗前	41	8.08 ± 0.32	44.57 ± 6.04	118.64 ± 16.89	1.83 ± 0.35
	治疗 2 个月后	41	8.97 ± 0.47^{①}	61.39 ± 4.28^{①}	125.42 ± 10.72^{①}	2.05 ± 0.26^{①}

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与对照组治疗 2 个月后比较， $P < 0.05$

表 5 2 组治疗前后微炎症及肾功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	时 间	例数	可溶性细胞间黏附分子-1/ $(\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1})$	单核细胞趋化蛋白-1/ $(\text{ng} \cdot \text{L}^{-1})$	血肌酐/ $(\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1})$	血尿素氮/ $(\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1})$
观察组	治疗前	41	423.14 ± 24.16	138.57 ± 15.23	261.53 ± 44.65	15.26 ± 2.28
	治疗 2 个月后	41	274.72 ± 16.24^{①②}	103.48 ± 10.46^{①②}	205.36 ± 33.82^{①②}	10.12 ± 1.05^{①②}
对照组	治疗前	41	425.81 ± 25.08	134.49 ± 16.82	269.24 ± 51.87	15.19 ± 2.36
	治疗 2 个月后	41	316.43 ± 20.52^{①}	119.61 ± 11.54^{①}	232.58 ± 36.15^{①}	13.01 ± 1.26^{①}

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与对照组治疗 2 个月后比较， $P < 0.05$

5 讨论

RA 是 CKD 非透析患者中比较常见的并发症之一，随着肾功能的下降，贫血程度也在逐渐加重，长期贫血的存在，反过来也会加重 CKD 病情，形成恶性循环，另外 CKD 非透析患者 RA 的存在可使其生活质量下降，心血管事件及死亡风险增加^[15]。西医多以药物(铁剂、红细胞生成刺激剂)、输血等方法纠正 RA，但患者多伴有腰膝酸软、气倦乏力、脘痞纳呆等不适症状。

RA 归属于中医学血虚、虚劳等范畴，病位主要在肾、脾。《素问·六节脏象论》云：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也。”肾主骨生髓化血，肾精亏虚，精血化生不足可致贫血，肾阳亏虚难以资助脾阳，脾失健运，气血生化无源亦可成贫血。肾衰竭患者脾肾两虚则湿浊、溺毒、瘀血内停，久而成患，作为病理产物的湿毒和瘀血还进一步影响机体气血的生成和运行。治以补益脾肾为原则。

本研究基于飞腾八法理论实施红炉拨筋疗法。飞腾八法是一种按天干及相应时辰选取对应的八脉交会穴(列缺、公孙、足临泣、照海、申脉、内关及外关)开穴治病的方法，具有扶正祛邪、疏经通络、

调理气血之功效。其中公孙是足太阴脾经穴，能联络脾胃二经，具有理脾和胃功效；足临泣疏肝健脾、理气活血；内关和胃降逆；照海、申脉温肾阳、补肾气、益精血；后溪、列缺、外关可通经活络。收穴选择红炉拨筋疗法结束时辰运行经络对应合穴进行点拨。合穴为五俞穴之一，点拨合穴能有效调节全身气血、沟通表里经脉。本研究使用红炉拨筋罐点燃艾炷，运用点按手法开穴，持罐结合刮拨、推拨、圆拨、抖拨等不同手法，选取肾俞、脾俞、膈俞、血海、足三里、三阴交等穴位行圆拨法，运用刮拨、推拨法推刮肾经、脾经。肾为先天之本，脾为后天之本。肾俞、脾俞为肾和脾的背俞穴，膈俞为八会穴之血会，血海乃脾经所生之血的聚集之地。足三里为足阳明胃经合穴，具有健脾和胃、益气养血的功效。三阴交为足三阴经的交会穴，刺激此穴可健脾补肾。通过红炉拨筋疗法可起到调理先、后天之本的作用，助于促生新的气血。

当归补血汤源自《内外伤辨惑论》，原方可补气生血，在此基础上加用大枣、熟地黄、制何首乌、丹参。其中大枣健脾养血，熟地黄、制何首乌益肾补血、填精益髓，丹参活血化瘀，使补而不滞。诸

药联用,共奏补中益气、健脾养血、滋阴补血、活血化癥之效。本研究采用当归补血汤加味方进行足浴,中药药效借助水的温热效应,透过足部肌肤表面吸收,并经经脉血络输布至周身,发挥特定药效。

总铁结合力反映转铁蛋白实际水平,血清铁、铁蛋白及转铁蛋白是评估铁代谢状态的常用指标^[16]。随着CKD的进展,肾功能逐渐下降,患者可能出现食欲不振,导致铁摄入不足,铁是血红蛋白生成中非常重要的成分,缺铁可导致贫血。本研究结果显示,观察组贫血相关指标及铁代谢指标水平均高于对照组,提示红炉拨筋疗法联合中药足浴治疗可改善CKD非透析RA脾肾两虚证患者的铁代谢和贫血状态。RA患者多伴有微炎症状态,可溶性细胞间黏附分子-1及单核细胞趋化蛋白-1可反映机体的炎症状态,是人体重要的微炎症指标^[17-18]。本研究结果发现,红炉拨筋疗法联合中药足浴治疗可有效降低CKD非透析RA脾肾两虚证患者的血清可溶性细胞间黏附分子-1及单核细胞趋化蛋白-1水平。分析原因可能为,红炉拨筋疗法通过温、通、调、补的作用改善器官供血,提高血液流动性,降低机体炎症状态。中药足浴方中黄芪有效成分黄酮类成分可降低血清脂质过氧化物水平,激活基质金属蛋白酶,减轻炎症水平^[19]。当归中的挥发油成分可降低甘氨酸及花生四烯酸水平,减轻机体炎症^[20]。丹参中的有效成分丹酚酸可抑制炎症介质释放,并抑制活性氧产生,改善毛细血管通透性,从而减轻炎症反应^[21]。

本研究所用红炉拨筋疗法、中药足浴均属于中医外治疗法,具有简、便、验的特点,治疗CKD非透析RA脾肾两虚证临床疗效显著,可缓解症状,改善肾功能和贫血状态,值得临床借鉴。

[参考文献]

- [1] JONES A, SWAN D, LISMAN T, et al. Anticoagulation in chronic kidney disease: current status and future perspectives[J]. *J Thromb Haemost*, 2024, 22(2): 323-336.
- [2] MACDOUGALL I C. Anaemia in CKD—treatment standard[J]. *Nephrol Dial Transplant*, 2024, 39(5): 770-777.
- [3] KU E, DEL VECCHIO L, ECKARDT K, et al. Novel anemia therapies in chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference[J]. *Kidney Int*, 2023, 104(4): 655-680.
- [4] ISO T, MATSUE Y, MIZUKAMI A, et al. Daprodustat for anaemia in patients with heart failure and chronic kidney disease: A randomized controlled study[J]. *ESC Heart Fail*, 2022, 9(6): 4291-4297.
- [5] 叶葳,何晓旋,翟斌,等. 罗沙司他、rhEPO分别联合琥珀酸亚铁治疗MHD肾性贫血的临床效果[J]. *西藏医药*, 2024, 45(2): 82-83.
- [6] CHEN T, DENG Y, GONG R. Efficacy and safety of intravenous iron with different frequencies for renal anaemia: A systematic review and meta-analysis[J]. *J Clin Pharm Ther*, 2022, 47(6): 713-721.
- [7] 张婧,杨思齐,韩玉,等. 泄浊养血法联合重组人促红素注射液治疗肾虚湿浊型慢性肾脏病3~5期肾性贫血患者的临床观察[J]. *天津中医药*, 2024, 41(3): 281-286.
- [8] 赵平,王悦. 黑地黄丸治疗功能性铁缺乏肾性贫血疗效观察[J]. *现代中西医结合杂志*, 2024, 33(3): 357-360.
- [9] 沈金峰,胡良伟,胡芳,等. 肾衰方对CKD患者肾性贫血及炎症、铁代谢的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2024, 44(2): 335-338.
- [10] 上海市肾内科临床质量控制中心专家组. 慢性肾脏病早期筛查、诊断及防治指南(2022年版)[J]. *中华肾脏病杂志*, 2022, 38(5): 453-464.
- [11] 中国医师协会肾脏内科医师分会肾性贫血指南工作组. 中国肾性贫血诊治临床实践指南[J]. *中华医学杂志*, 2021, 101(20): 1463-1502.
- [12] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案[M]. 北京: 国家中医药管理局医政司, 2010.
- [13] 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: 163.
- [14] 何立群. 慢性肾衰竭的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)[J]. *上海中医药杂志*, 2006, 40(8): 8-9.
- [15] FISHBANE S, SPINOWITZ B. Update on Anemia in ESRD and Earlier Stages of CKD: Core Curriculum 2018[J]. *Am J Kidney Dis*, 2018, 71(3): 423-435.
- [16] 郑光毅,洪大情,李贵森,等. 罗沙司他对不同铁代谢状态维持性血液透析患者贫血的影响[J]. *肾脏病与透析肾移植杂志*, 2021, 30(6): 536-540.
- [17] 郭二呢,李艳宾,张同静,等. 当归补血汤加味联合西药治疗维持性血液透析肾性贫血的疗效及对铁代谢指标、微炎症反应的影响[J]. *中医研究*, 2023, 36(6): 34-38.
- [18] 赵巍,黎宇,雷先强,等. 单核细胞趋化蛋白-1、可溶性血管细胞黏附分子-1与小儿紫癜性肾炎及其并发肾损伤的关系研究[J]. *现代生物医学进展*, 2023, 23(9): 1736-1740.
- [19] 何嘉郡,秦晨,贺廉清,等. 黄芪黄酮类成分及其药理作用研究[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2024, 26(1): 112-119.
- [20] 孙玉虹,郑明善,金瑛. 当归挥发油的药理作用及提取工艺研究进展[J]. *吉林医药学院学报*, 2023, 44(6): 451-453.
- [21] 屈媛,王婷,付慧婕,等. 丹参有效成分及药理作用研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2024, 26(9): 172-176.

(责任编辑:刘迪成)