

# 左归丸联合二至丸加减治疗肝肾阴虚型隐匿性肾炎临床观察

周玮莎<sup>1</sup>, 张超<sup>1</sup>, 郭金彪<sup>1</sup>, 郭欢芳<sup>1</sup>, 张春艳<sup>2</sup>

1. 云南中医学院, 云南 昆明 650000; 2. 云南省中医医院肾病科, 云南 昆明 650021

**[摘要]** 目的: 观察左归丸联合二至丸加减治疗肝肾阴虚型隐匿性肾炎的临床疗效。方法: 60例患者随机分为治疗组和对照组, 各30例。对照组给予常规西医治疗和予黄葵胶囊治疗; 治疗组在对照组基础上加用左归丸联合二至丸加减治疗, 每天1剂, 1月为1疗程, 治疗3疗程。观察整体疗效及治疗前后中医证候积分和实验室检查指标[血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、肾小球滤过率(GFR)、24h尿蛋白定量、尿红细胞计数]的变化。结果: 2组临床疗效、中医证候疗效比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组治疗后SCr、BUN、GFR均有改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 2组治疗后SCr、BUN、GFR比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后2组24h尿蛋白定量、尿红细胞计数均减少, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 2组治疗后24h尿蛋白定量、尿红细胞计数比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 左归丸联合二至丸加减治疗肝肾阴虚型隐匿性肾炎的疗效显著, 值得推广。

**[关键词]** 隐匿性肾炎; 肝肾阴虚型; 左归丸; 二至丸

**[中图分类号]** R692.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)07-0081-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.036

隐匿性肾炎是指无症状的血尿或(和)蛋白尿, 是指无水肿、高血压及肾功能损害, 仅表现为肾小球源性血尿或(和)蛋白尿的一组肾小球疾病, 属于原发性肾小球疾病中的一种类型。其特点是起病隐匿, 患者多在体检或偶然情况下被发现。隐匿性肾炎的病理表现多样, 主要见于IgA肾病、非IgA肾病、系膜增生性肾小球肾炎、局灶节段性肾小球硬化症、轻微病变、乙肝病毒相关性肾炎<sup>[1]</sup>。笔者采用中西医结合治疗肝肾阴虚型隐匿性肾炎, 取得较好的疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要》诊断标准<sup>[2]</sup>。

**1.2 辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》中的慢性肾炎肝肾阴虚型的分型标准制定。主症: 头晕耳鸣, 目睛干涩或事物模糊, 五心烦热或手足心热, 口干咽燥, 腰脊酸痛。次症: 遗精、滑精, 月经失调。舌脉: 舌红少苔, 脉细数或弦细。按照症状分级量化表, 分为轻度(2分)、中度(4分)、重度(6分), 累计治疗前后患者的症状积分变化。

**1.3 纳入标准** ①符合隐匿性肾炎西医诊断标准; ②符合肝肾阴虚型诊断标准; ③年龄14~70岁; ④肾功能异常, 血肌酐(SCr) ≤ 177 μmol/L; ⑤无心、脑、肝、肾及造血系统严重损害者; ⑥患者知情同意, 愿意配合治疗者。

**1.4 排除标准** ①年龄 < 14岁或 > 70岁, 妊娠或哺乳期妇

女。②不符合隐匿性肾炎中医证型诊断标准及西医诊断标准。

③合并严重高血压、心力衰竭、感染、水电解质紊乱、酸碱平衡紊乱及心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病患者。④对本药过敏者或不能配合治疗者, 如精神病患者。⑤患者在临床试验中不愿继续接受本试验而要求退出者。

**1.5 一般资料** 观察病例为2015年5—8月云南省中医医院肾内科住院部及门诊就诊的隐匿性肾小球肾炎患者, 共60例。随机分为治疗组和对照组, 各30例, 治疗组男16例, 女14例; 平均年龄(43.5 ± 5.9)岁; 平均病程(2.24 ± 1.17)年。对照组男15例, 女15例; 平均年龄(42.8 ± 5.6)岁; 平均病程(2.39 ± 1.14)年。2组性别、年龄、病程等比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** ①忌食油腻、辛辣刺激食物, 低盐低脂优质蛋白饮食, 保持情绪舒畅, 注意休息、保暖, 预防感冒, 适当活动, 避免劳累等加重肾功能负担的因素。②控制危险因素如高血压、感染等, 并禁用可致肾脏损伤的药物。③予黄葵胶囊, 每次5粒, 每天3次; 血尿安胶囊, 每次4粒, 每天3次; 百令胶囊, 每次3粒, 每天3次。

**2.2 治疗组** 在对照组治疗基础上加用左归丸合二至丸加减, 处方: 黄芪50g, 山药30g, 生地黄、山茱萸、枸杞子、怀牛膝、菟丝子、旱莲草、仙鹤草、蝉蜕、金樱子各15g, 芡

**[收稿日期]** 2015-11-11

**[作者简介]** 周玮莎(1990-), 女, 在读研究生, 研究方向: 中西医结合肾病的防治与研究。

**[通讯作者]** 张春艳, E-mail: wjm8873123@163.com。

实、莲子、女贞子、大蓟各 20 g, 甘草 5 g。加减用药: 潮热盗汗者加煅龙骨、煅牡蛎各 30 g, 麦冬 15 g; 食少纳呆者加焦三仙(焦麦芽、焦神曲、焦山楂)各 15 g; 腰膝酸痛者加桑寄生、炒杜仲各 15 g。上药水煎 3 次取汁 600 mL, 早中晚各 1 次, 饭后 0.5 h 温服, 每次 200 mL。1 月为 1 疗程, 观察 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 尿常规、血常规、大便常规、肝功能、肾功能、血生化、心电图、泌尿系彩超。观察临床症状和体征(头晕耳鸣、目睛干涩或视物模糊, 五心烦热或手足心热, 口干咽燥, 腰脊酸痛等情况); 血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、肾小球滤过率(GFR)、24h 尿蛋白定量、尿红细胞计数等。以上项目于治疗前、后各做 1 次。

3.2 统计学方法 运用 SPSS19.0 软件统计分析, 计数资料采用  $\chi^2$  检验; 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用 *t* 检验; 等级资料采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疾病疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》及相关标准制定。临床控制: 尿常规检查蛋白转阴, 或 24 h 尿蛋白定量正常; 尿常规检查红细胞计数正常, 或尿沉渣红细胞计数正常; 肾功能正常范围。显效: 尿常规检查蛋白减少 2 个“+”, 或 24h 尿蛋白定量减少  $\geq 40\%$ 。红细胞减少  $\geq 3$  个 / HP 或 2 个“+”, 或尿沉渣红细胞计数检查减少  $\geq 40\%$ ; 肾功能基本正常。有效: 尿常规检查蛋白减少 1 个“+”, 或 24 小时尿蛋白定量减少  $< 40\%$ ; 红细胞减少  $< 3$  个 / HP 或 1 个“+”, 或尿沉渣红细胞计数检查减少  $< 40\%$ ; 肾功能正常或有改善。无效: 临床表现与上述实验室检查均无改善或加重者。

4.2 证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》标准制定。临床痊愈: 中医临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少  $\geq 95\%$ 。显效: 中医临床症状、体征明显改善, 证候积分减少  $\geq 70\%$ 。有效: 中医临床症状、体征均有好转, 证候积分减少  $\geq 30\%$ 。无效: 中医临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少不足 30%。

4.3 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 83.33%, 对照组 63.33%, 经 Ridit 检验, 2 组临床疗效比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	12	8	5	5	83.33
对照组	30	5	6	8	11	63.33

4.4 2 组中医证候疗效比较 见表 2。总有效率治疗组 93.33%, 对照组 70.00%, 经 Ridit 检验, 2 组中医证候疗效

比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	13	10	5	2	93.33
对照组	30	7	11	3	9	70.00

4.5 2 组治疗前后肾功能情况比较 见表 3。2 组治疗后 SCr、BUN、GFR 均有改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 2 组治疗后 SCr、BUN、GFR 比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

指标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
SCr(Umol/L)	138.60 $\pm$ 13.17	91.50 $\pm$ 4.89 <sup>②</sup>	139.82 $\pm$ 12.10	109.63 $\pm$ 12.23 <sup>①</sup>
BUN(mmol/L)	5.73 $\pm$ 1.07	3.22 $\pm$ 0.54 <sup>②</sup>	5.95 $\pm$ 1.03	4.47 $\pm$ 0.59 <sup>①</sup>
GFR(mL/min)	91.23 $\pm$ 2.69	114.50 $\pm$ 5.26 <sup>②</sup>	90.07 $\pm$ 13.53	102.30 $\pm$ 5.98 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.6 2 组治疗前后 24 h 尿蛋白定量、尿红细胞计数情况比较 见表 4。治疗前 2 组 24h 尿蛋白定量、尿红细胞计数比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后 2 组 24h 尿蛋白定量、尿红细胞计数均减少, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 2 组治疗后 24 h 尿蛋白定量、尿红细胞计数比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

指标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
24 h 尿蛋白定量(g/24h)	1.15 $\pm$ 0.56	0.35 $\pm$ 0.32 <sup>②</sup>	1.17 $\pm$ 0.51	0.78 $\pm$ 0.39 <sup>①</sup>
尿红细胞计数( $\times 10^4$ /mL)	19.21 $\pm$ 5.93	10.24 $\pm$ 4.36 <sup>②</sup>	19.37 $\pm$ 6.18	15.45 $\pm$ 5.20 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

隐匿性肾炎常表现为单纯性血尿和蛋白尿, 病程长, 病情缠绵, 易反复发作。本病据其临床表现可归属于中医学尿血、尿浊等范畴。证属本虚标实, 或虚实夹杂, 以肾虚为本, 痰湿浊瘀蕴结为标<sup>[3]</sup>。其病位在肾与膀胱, 其中肾阴亏损、肝肾两虚是其血尿的主要病机之一。《景岳全书·血证》曰: “血本阴精, 不宜动也, 而动则为病。血主营气, 不宜损也, 损则为病。” 阴虚生内热, 热迫血妄行而出血, 随精微下泄而有血尿, 或渗血日久, 下焦离经之血成瘀, 更伤肾阴, 又因肾主水, 湿热极易相合, 又可伤阴, 加重原有的阴虚<sup>[4]</sup>, 肝肾阴虚, 湿、热、瘀互结, 肾失封藏, 膀胱气化失司, 则血尿、蛋白尿迁延, 反复难愈。

左归丸出自《景岳全书》，是治疗肾阴虚代表方剂，二至丸最早出自明·吴旻辑的《扶寿精方》。笔者运用左归丸联合二至丸加味治疗，方中生地黄滋阴补肾、填精益髓为君，臣以山药补脾益阴、滋肾固精，山茱萸养肝滋肾；枸杞子补肾养肝益精，菟丝子平补阴阳，怀牛膝补肝益肾、强腰壮骨；佐以女贞子补肝肾阴，芡实、莲子平补肾精；旱莲草、仙鹤草、大蓟既能补益肝肾之阴，又能凉血止血；配伍金樱子、蝉蜕、黄芪以求益卫固精降浊的功效。诸药合用，共奏滋补肝肾、凉血止血、降浊的功效。方中重用黄芪、党参具有增强降尿蛋白的作用，且黄芪能提高患者肾小球滤过率及肾间质纤维化<sup>[6]</sup>；金樱子、蝉蜕也具有降尿蛋白的功效。动物实验研究表明左归丸能够延缓 5/6 肾大部切除模型的 SCr、BUN 的升高，减轻肾脏受损伤状态<sup>[6]</sup>。二至丸能降低血浆黏度，抑制血小板凝集，防止血小板在血管壁上的粘附聚集，以保护肾小球血管内膜的完整性从而保护肾功能<sup>[7]</sup>。

临床研究结果显示，隐匿性肾小球肾炎经过本观察结果表明，隐匿性肾炎经过左归丸合二至丸加减 3 月的治疗后，临床症状明显改善，能较好的降低 24 h 尿蛋白定量及尿红细胞，同时也能明显降低 SCr、BUN，近期疗效达 83.33%，明显高于对照组，说明使用左归丸合二至丸加味治疗隐匿性肾炎疗效

显著，值得临床推广使用。

#### [参考文献]

- [1] 胡岚, 孙伟. 隐匿性肾小球肾炎的中医治疗研究概况[J]. 安徽医药, 2014, 18(1): 12- 15.
- [2] 叶任高, 陈裕盛, 方敬爱. 肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2003, 4(6): 355- 357.
- [3] 法文喜. 二黄四草汤治疗下焦湿热型隐匿性肾小球肾炎血尿的临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2014.
- [4] 韩晓慧. 消血汤治疗慢性肾小球肾炎(肝肾阴虚证)血尿的临床观察[D]. 长春: 长春中医药大学, 2011.
- [5] 孙传进, 郭兆安. 黄芪治疗肾脏病机制研究进展[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2011, 12(9): 845- 846.
- [6] 范为民, 王小琴, 刘成福. 左归丸对庆大霉素诱导的肾损伤大鼠 MKK4、MKK7、JNK 的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2013, 14(2): 100- 103.
- [7] 李增鸣, 王小琴. 二至丸在治疗肾脏病中的临床应用[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(6): 58- 60.

(责任编辑: 马力)

## 外科手术联合中药治疗甲状腺多发结节疗效观察

黄谊, 钟崇, 谢晓华

广州中医药大学第一附属医院外科, 广东 广州 510405

**[摘要]** 目的: 观察中药联合外科手术治疗甲状腺多发结节的临床疗效。方法: 将 80 例患者随机分为手术组 40 例和实验组 40 例, 手术组仅予手术治疗, 实验组接受手术及本院协定方百夏散结汤治疗。每半年对术后患者进行复查, 随访 2 年并比较 2 组患者甲状腺结节的复发率, 以及患者的主观情志方面的变化。结果: 患者术后甲状腺结节复发率实验组为 15.0%, 手术组为 27.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 实验组患者出现激动、易怒、烦躁、失眠等负面情绪的病例数少于手术组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 外科手术联合百夏散结汤可降低甲状腺多发结节术后 2 年复发率, 明显改善患者主观情志方面的症状。

**[关键词]** 甲状腺多发结节; 外科手术; 围手术期; 百夏散结汤; 复发率

**[中图分类号]** R581 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0083-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.037

甲状腺多发结节是指由多种原因导致甲状腺内产生多个组织结构异常的肿块, 是一种外科临床的常见病。不论是否为良

性结节, 口服药治疗药物需长期服用, 并且只能延缓疾病进程, 且药物副作用已不容忽视<sup>[1]</sup>。当结节引起疼痛或压迫症状

**[收稿日期]** 2016-04-16

**[作者简介]** 黄谊 (1962-), 男, 副教授, 研究方向: 普通外科和泌尿男科。