

比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 笔者认为可适当加些疏肝解郁药以增其在保肝方面的疗效。

本观察证实, 在标准抗结核方案的基础上, 加用结核丸治疗肺结核初治强化期阴虚火旺型患者, 可起到良好疗效, 并可减轻白细胞下降等抗结核药物引起的副作用。

[参考文献]

- [1] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1998: 85-90.
[2] 卫生部疾病预防控制局, 卫生部医政司, 中国疾病预防控制中心.

控制中心. 中国结核病防治规划实施工作指南(2008 年版)[S]. 2008: 27-28.

- [3] 沈映君. 中药药理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 549, 864.
[4] 任郭侠, 董琪, 弓显凤, 等. 参麦注射液辅助治疗肺结核 30 例疗效观察[J]. 新中医, 2010, 43(10): 81-82.
[5] 弓显凤, 张熙祚, 张锦博, 等. 中医辨证配合化疗治疗肺结核 54 例[J]. 陕西中医, 2012, 33(2): 183-184.
[6] 魏东, 王瑛, 张涛, 等. 大剂量阿胶治疗晚期肿瘤化疗后血小板减少症的临床研究[J]. 成都中医药大学学报, 2002, 25(1): 232.

(责任编辑: 黎国昌)

当归六黄汤合并消瘀泻浊饮加减治疗慢性肾脏病 3 期 45 例临床观察

项晓骏, 叶黎青, 马红珍

浙江省中医院肾病内科, 浙江 杭州 310014

[摘要] 目的: 观察当归六黄汤合并消瘀泻浊饮加减治疗慢性肾脏病 (CKD) 3 期患者的临床疗效。方法: 90 例 CKD 3 期患者随机分为对照组和观察组各 45 例。对照组给予西医常规 (替米沙坦片、复方 α 酮酸片) 治疗。观察组在对照组基础上采用当归六黄汤合并消瘀泻浊饮加减治疗, 每天 1 剂。2 组疗程均为 6 月。检测治疗前后尿素氮 (BUN)、血肌酐 (SCr) 和 24h 尿蛋白定量 (24h Upr), 并计算肾小球滤过率 (eGFR); 进行主要症状、体征评分; 记录 6 月内进入 CKD 4 期的发生率。结果: 观察组疗效优于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后 2 组 BUN、SCr、Upr 均较治疗前明显上升、eGFR 水平下降 ($P < 0.01$); 治疗后观察组 BUN、SCr、Upr 低于对照组, eGFR 高于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。对照组治疗后 3、6 月主要症状、体征积分均较治疗前上升 ($P < 0.01$); 观察组在治疗后 3、6 月主要症状、体征积分比较稳定; 治疗后 3、6 月观察组主要症状、体征积分低于对照组 ($P < 0.01$)。观察组有 11 例进入 CKD 4 期, 占 24.4%; 对照组 20 例, 占 44.4%, 观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在西医常规的基础上, 当归六黄汤合并消瘀泻浊饮加减治疗对 CKD 3 期患者肾功能有一定的保护作用, 能减轻临床症状、体征, 延缓肾功能衰竭的发展。

[关键词] 慢性肾脏病; 当归六黄汤; 消瘀泻浊饮

[中图分类号] R692 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0076-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.029

慢性肾功能衰竭(CRF)是多种慢性肾脏病发展的最终结局, 流行性病学资料显示, 我国 18 岁以上的成年人中慢性肾病(CKD)的患病率为 10.8%, 因此我国现有 CKD 患者达到 1.2 亿左右^[1]。对于早、中期

患者进行积极有效的治疗, 逆转或延缓 CKD 进展是临床肾科医生工作的重要任务。中医药在延缓 CKD 病程的进展, 改善肾功能, 推迟进入肾脏替代的时间, 缓解患者临床症状及提高患者生活质量方面积极

[收稿日期] 2014-06-19

[作者简介] 项晓骏 (1975-), 男, 主治医师, 研究方向: 慢性肾炎及慢性肾衰竭的中医/中西医结合治疗。

丰富的经验^[2]。

李学铭主任中医师系第二批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,是著名的肾病专家,具有独特的学术风格和诊疗特色。当归六黄汤及自拟消瘀泻浊饮均是其临床治疗慢性肾病常用方,收效显著^[3]。笔者以当归六黄汤合并自拟消瘀泻浊饮加减治疗CKD 3期患者,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组90例CKD 3期患者均来源于本院肾病科2012年4月~2013年12月,采用随机数字表分为对照组和观察组各45例。对照组男25例,女20例;年龄35~66岁,平均(47.5±12.5)岁;病程3~9年,平均(6.1±2.7)年;病史:慢性肾炎22例,高血压肾病13例,糖尿病肾病10例。观察组男22例,女23例;年龄31~69岁,平均(46.2±10.7)岁;病程3~9年,平均(5.9±2.4)年;病史:慢性肾炎24例,高血压肾病12例,糖尿病肾病9例。2组性别、年龄、病程、病史等一般资料比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照美国肾脏病学会2002年NKF-K/DOQI指南的慢性肾脏病诊断和分期标准^[4]:有原发性慢性肾脏病病史或者有其它系统疾病累及到肾脏的病史;肾小球滤过率(eGFR)30~59 mL/min。

1.2.2 阴虚内热、湿热内蕴证 参照《慢性肾衰竭的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)》^[5]制定。

1.3 纳入标准 符合西医CKD 3期诊断标准;符合于阴虚内热、湿热内蕴证;年龄30~70岁;取得患者知情同意。

1.4 排除标准 合并有心、脑、肺、肝、造血系统等严重疾病,或恶性肿瘤、活动性结核病等消耗性疾病的患者;其它非高血压、慢性肾炎、糖尿病所致的慢性肾病;正在使用糖皮质激素、雷公藤制剂、免疫抑制剂等治疗患者;妊娠或准备妊娠及哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 针对原发病进行积极治疗;优质低蛋白、低磷饮食;纠正代谢性酸中毒、改善贫血,调节脂代谢。替米沙坦片(宜昌长江药业有限公司),每次80 mg,口服,每天1次;复方 α 酮酸片(北京费森尤斯卡比医药有限公司),每次2520 mg,每天3次。

2.2 观察组 在对照组基础上采用当归六黄汤合并消瘀泻浊饮加减,基本方:黄芪30 g,生地黄、熟地黄、陈皮各10 g,黄连3 g,制大黄9~20 g(根据血肌酐调整份量),车前草、淡竹茹各20 g,炒地龙、当归、川牛膝、桃仁各12 g。加减变化:脾虚加太子参、炒白术、炒党参;恶心、呕吐,苔腻者加干姜、吴茱萸、竹沥、半夏;大便秘结者加生大黄、火麻仁;瘀血重者可加石见穿、赤芍;和中轻宣之品:夏季佩兰、藿香,冬季紫苏梗,其余季节六神曲;湿浊化热加川萆薢、石菖蒲12 g。每天1剂,常规水煎煮2次,分2次服用。

2组疗程均为6月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 每月进行肾功能监测,包括尿素氮(BUN)、24 h尿蛋白定量(Upr)、血肌酐(SCr)、eGFR,记录6个月内进入CKD 4期的发生率。主要症状、体征评分,参照Stanghellini^[6]标准按症状轻重分为4级。0分:无症状;1分:偶有症状但不明显,不影响日常工作生活;2分:症状较为常见,轻度影响日常工作生活;3分:症状严重,频繁出现,且影响工作及生活。分别于治疗后第3、6月进行评价。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计分析软件,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》制定^[7]:显效:临床症状积分减少 $\geq 60\%$,SCr降低 $\geq 20\%$;有效:临床症状积分减少 $\geq 30\%$,SCr降低 $\geq 10\%$;稳定:临床症状有所改善,积分减少 $<30\%$,SCr无增加/降低 $<10\%$;无效:临床症状无改善或加重,SCr增加。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。采用有序资料检验,观察组疗效优于对照组($\chi^2=4.59, P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	稳定	无效
对照组	45	0	10	15	20
观察组	45	2	14	18	11

4.3 2组治疗前后BUN、SCr、Upr和eGFR变化情况比较 见表2。治疗后2组BUN、SCr、Upr均较

治疗前明显上升、eGFR 水平下降($P < 0.01$)；治疗后观察组 BUN、SCr、Upr 低于对照组，eGFR 高于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗前后 BUN、SCr、Upr 和 eGFR 变化情况比较($\bar{x} \pm s$, $n=45$)

组别	时间	BUN(mmol/L)	SCr(μ mol/L)	Upr(g)	eGFR(mL/min)
对照组	治疗前	9.25 \pm 3.46	357.4 \pm 105.8	1.45 \pm 0.48	39.2 \pm 10.3
	治疗后	13.72 \pm 3.25	525.2 \pm 165.2	3.46 \pm 0.74	17.7 \pm 6.9
观察组	治疗前	9.34 \pm 3.51	362.6 \pm 114.8	1.51 \pm 0.45	40.3 \pm 11.4
	治疗后	12.17 \pm 3.07	460.7 \pm 139.5	2.75 \pm 0.69	23.8 \pm 7.5

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$ ，③ $P < 0.01$

4.4 2 组不同时点主要症状、体征积分比较 见表 3。对照组治疗后 3、6 月主要症状、体征积分均较治疗前上升($P < 0.01$)；观察组在治疗后 3、6 月主要症状、体征积分比较稳定；治疗后 3、6 月观察组主要症状、体征积分低于对照组($P < 0.01$)。

表 3 2 组不同时点主要症状、体征评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后 3 月	治疗后 6 月
对照组	45	12.5 \pm 3.63	14.9 \pm 4.45	17.3 \pm 5.28
观察组	45	11.9 \pm 3.27	9.5 \pm 4.38	12.4 \pm 5.46

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

4.5 2 组 6 月内进入 CKD 4 期情况比较 观察组有 11 例进入 CKD 4 期，占 24.4%；对照组 20 例，占 44.4%，观察组低于对照组($P < 0.05$)。

5 讨论

根据 CKD 不同表现可归为中医学水肿、关格、癃闭、虚劳、溺毒等病证范畴。中医学普遍认为本病因禀赋不足、烦劳过度、饮食不节或久病迁延致脏腑气血阴阳亏损，湿热瘀浊内蕴而致^[7]。其本在肾，病及五脏，病初气阴两虚，病久则阴阳俱虚。因此临床要注重补虚以治其本。标实为湿浊、湿热、热毒、瘀血等。李学铭主任中医师认为浊毒是 CRF 过程中的必然产物，瘀血常可贯穿于肾病患者的始终，尤以病久者更为明显，CRF 常常有水湿逗留或水气泛滥，因此临床要注重泄浊、化瘀、利湿之法的使用^[8]。

当归六黄汤合并消瘀泻浊饮中以生地黄、熟地黄滋阴以清热，当归养血活血，黄连、制大黄通利逐瘀、荡涤胃肠、清除邪浊，车前草利湿清热、导浊下

行，陈皮、淡竹茹化湿和中，黄芪补气行血，川牛膝、桃仁化瘀通络、去菀陈莖，地龙善入经脉、性喜走窜、化瘀通络^[9]，全方共奏养阴清热、化瘀泄浊利湿和中之功能。

本研究进行了 6 月随访观察，虽然 2 组肾功能进一步恶化，但 6 月后观察组 BUN、SCr、Upr 均低于对照组，eGFR 高于对照组，观察组疗效优于对照组，提示了当归六黄汤合并消瘀泻浊饮对患者的肾功能有一定的保护作用。观察组在治疗后 3、6 月主要症状、体征积分比较稳定，并低于同期对照组的积分，提示了当归六黄汤合并消瘀泻浊饮对 CKD3 期患者临床症状有一定改善作用。在随访期中观察组进入 CKD4 期患者例数少于对照组，提示了当归六黄汤合并消瘀泻浊饮延缓了病情的发展。

[参考文献]

- [1] 张路霞, 王海燕. 中国慢性肾脏病的现状及挑战——来自中国慢性肾脏病流行病学调查的启示[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(7): 97-99.
- [2] 陈继红, 孙伟, 魏连波, 等. 慢性肾脏病 3 期中医临床证型规律探讨[J]. 世界科学技术: 中医药现代化, 2012, 14(5): 1988-1990.
- [3] 马红珍. 李学铭诊治慢性肾病特色浅析[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(2): 88-89.
- [4] Levey AS, Coresh J, Balk E, et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification[J]. Annals of internal medicine, 2003, 139(2): 137-147.
- [5] 中华中医药学会肾病分会. 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.
- [6] 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: 167-172.
- [7] 张再康, 王立新, 包昆, 等. 杨霓芝教授运用益气活血法治疗慢性肾脏病的学术思想[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2009, 10(2): 98-99.
- [8] 於建根, 李学铭, 马红珍. 李学铭治疗慢性肾功能衰竭常用六法[J]. 浙江中医杂志, 2007, 42(11): 621-622.
- [9] 鲁科达, 叶黎青, 陈红波, 等. 李学铭运用消瘀泻浊饮治疗肾病的经验[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(8): 1745-1746.

(责任编辑: 马力)