

健脾益肾祛瘀化浊汤治疗慢性肾小球肾炎临床观察

钟之洲¹, 钟一棠²

1. 宁波市第一医院中医科, 浙江 宁波 315010; 2. 宁波市中医院中医科, 浙江 宁波 315012

[摘要] 目的: 观察健脾益肾祛瘀化浊汤辅助治疗慢性肾小球肾炎临床疗效。方法: 将慢性肾小球肾炎患者 77 例, 分为对照组 38 例采用贝那普利片、阿司匹林肠溶片治疗。治疗组 39 例, 在对照组治疗基础上加用健脾益肾祛瘀化浊汤治疗。检测 2 组患者治疗前、后各项生化指标改善情况, 统计 2 组治疗期间临床疗效及不良反应。结果: 2 组治疗后各项生化指标较治疗前下降或升高, 治疗组下降或升高程度优于对照组 ($P < 0.05$)。总有效率治疗组 87.2%, 明显高于对照组 42.1%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 健脾益肾祛瘀化浊汤辅助治疗慢性肾小球肾炎疗效显著, 安全性高。

[关键词] 慢性肾小球肾炎; 健脾益肾祛瘀化浊汤; 中西医结合疗法

[中图分类号] R692.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0066-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.028

慢性肾小球肾炎临床主要表现为蛋白尿、血尿、水肿为特征, 该病发病隐匿, 病情迁延且进展缓慢, 同时还伴肾功能衰竭, 最终将会发展为慢性肾衰竭。目前对该病发病原因尚不完全清楚, 多数认为该病发病机制与自由基损伤、血液流变学及免疫机制紊乱等有关。西医治疗主要以改善患者血压、蛋白尿等为主, 目前尚无特效药物治疗^[1]。中医学认为慢性肾小球肾炎可能因先天禀赋不足、肾气亏虚或劳倦过度、脾胃损伤等所致。笔者采用健脾益肾祛瘀化浊汤治疗脾肾气虚慢性肾小球肾炎, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断符合《肾脏病学》^[2]有关慢性肾小球肾炎诊断标准, 发病缓慢且病情迁延, 表现可轻可重, 可伴蛋白尿、高血压、水肿等; 常因感染等诱发。中医符合《中医内科学》^[3]有关诊断及分型标准, 属脾肾气虚证, 主症: 浮肿、神疲乏力、腰脊酸痛; 次症: 口淡不渴、脘腹胀满、夜尿多; 舌脉: 舌淡有齿痕、舌苔薄白, 脉细沉。

1.2 病例选择 符合以上诊断标准, 年龄 18~60 岁, 同意参与研究且签署知情同意书, 肾功能正常。排除严重心脑血管、肝等疾病、恶性肿瘤、严重性全身感染或营养不良、肾功能不全、精神疾病、妊娠或哺乳期妇女、过敏体质、免疫缺陷、慢性肾炎急性发病等。

1.3 一般资料 纳入 2011 年 1 月—2015 年 6 月慢性肾小球肾炎患者 77 例, 按照随机数字表法分为对照组 38 例, 男 22 例, 女 16 例; 年龄 47~60 岁, 平均(52.6±4.3)岁; 病程 4 月~5.2 年, 平均(3.5±0.7)年; 病理类型: 系膜增生性肾炎

10 例, 膜性肾病 10 例, 局灶节段硬化性肾炎 10 例, 系膜毛细血管性肾炎 8 例。治疗组 39 例, 男 24 例, 女 15 例; 年龄 43~60 岁, 平均(53.0±4.1)岁; 病程 5 月~5.1 年, 平均(3.7±0.8)年; 病理类型: 系膜增生性肾炎 12 例, 膜性肾病 10 例, 局灶节段硬化性肾炎 10 例, 系膜毛细血管性肾炎 7 例。2 组病程、病理类型及年龄等资料经统计学处理, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 积极控制血压、血糖等, 及时纠正水电解质紊乱, 加强饮食控制。采用贝那普利片(北京诺华制药有限公司, 国药准字 H20030514, 规格: 每片 10 mg), 每天 10 mg, 每天 1 次; 阿司匹林肠溶片(青岛黄海制药有限责任公司, 国药准字 H37023121, 规格: 每片 25 mg), 每天 1 次, 每次 100 mg。治疗 6 月。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用健脾益肾祛瘀化浊汤, 处方: 党参、黄芪各 30 g, 茯苓、山药、杜仲、丹参、仙灵脾、菟丝子、女贞子各 20 g, 熟地黄、焦白术各 15 g, 红花、草果仁各 10 g, 甘草 3 g。由本院药剂科统一熬制, 每袋 200 mL, 每天 2 次。2 月为 1 疗程, 共 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 于治疗前及治疗 2 月后第 2 日分别抽取患者空腹下静脉血液 5 mL, 然后离心处理(转速 3000 r/min, 离心 10 min), 采用日立全自动生化分析仪检测尿素氮(BUN)、血红蛋白(Hb)、血肌酐(SCr)、甘油三酯(TG)、胆固醇(TC)、24 h 尿蛋白定量(24 h UP)、尿蛋白排泄率(UAER)、内生肌酐清除率

[收稿日期] 2016-01-11

[作者简介] 钟之洲 (1973-), 男, 副主任医师, 研究方向: 慢性肾小球肾炎治疗。

(CCr)、血纤维蛋白原(Fg)、 α -微球蛋白(α -MG)、尿N-乙酰 β -葡萄糖苷酶(NAG)、血清胱抑素C(Cys C)^[4]。统计2组治疗期间临床疗效及不良反应。

3.2 统计学方法 数据采用SPSS20.0软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用率表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据患者尿蛋白排泄率来判断患者临床疗效,显效:尿常规检查提示蛋白转阴或减少++,或24h尿蛋白定量正常或减少 $\geq 40.0\%$;有效:尿常规检查提示蛋白转阴或减少+,或24h尿蛋白定量正常或减少 $<40.0\%$;无效:尿蛋白无减少或增加。

4.2 2组治疗前、后各项生化指标变化情况比较 见表1。治疗前,2组各项生化指标水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);2组治疗后各项生化指标较治疗前下降或升高,治疗组下降或升高程度优于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前、后各项生化指标变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

指标	对照组(n=38)		治疗组(n=39)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TG(mmol/L)	2.87 \pm 1.19	2.15 \pm 0.98 ^①	2.89 \pm 2.20	1.38 \pm 0.71 ^②
Fg(g/L)	5.46 \pm 0.76	4.11 \pm 0.89 ^①	5.51 \pm 0.75	3.07 \pm 0.62 ^②
TQ(mmol/L)	5.22 \pm 0.91	4.26 \pm 0.75 ^①	5.19 \pm 0.95	3.07 \pm 0.85 ^②
BUN(mmol/L)	22.29 \pm 4.72	14.68 \pm 2.63 ^①	22.31 \pm 4.68	6.78 \pm 2.08 ^②
24hUP(g/24h)	0.26 \pm 0.08	0.19 \pm 0.07 ^①	0.27 \pm 0.09	0.11 \pm 0.04 ^②
SCr(μ mol/L)	461.72 \pm 126.54	142.74 \pm 34.96 ^①	459.87 \pm 127.11	115.79 \pm 20.67 ^②
α -MG(g/L)	0.0281 \pm 0.0011	0.0142 \pm 0.0012 ^①	0.0282 \pm 0.0012	0.0071 \pm 0.0004 ^②
NAQ(U/L)	489.11 \pm 16.68	261.57 \pm 22.36 ^①	490.01 \pm 16.60	215.21 \pm 12.69 ^②
CG(ml/min)	32.52 \pm 10.17	9.41 \pm 4.25 ^①	32.49 \pm 10.21	3.56 \pm 1.31 ^②
Cys C(mg/L)	1.82 \pm 0.71	1.45 \pm 0.32 ^①	1.79 \pm 0.69	1.12 \pm 0.26 ^②
UAER(mg/24h)	164.25 \pm 23.87	121.33 \pm 20.11 ^①	165.01 \pm 23.68	94.71 \pm 16.57 ^②
Hb(g/L)	5.11 \pm 0.62	5.82 \pm 0.75 ^①	5.09 \pm 0.69	8.88 \pm 1.22 ^②

与治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组比较,② $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率治疗组87.2%,明显高于对照组42.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较

组别	n	例			总有效率(%)
		显效	有效	无效	
对照组	38	12	4	22	42.1
治疗组	39	29	5	5	87.2
χ^2 值		6.62	0.09	11.15	17.85
P值		0.04	0.96	0.00	0.00

4.4 不良反应 治疗期间,对照组轻微呕吐2例,轻微头痛1例。治疗组轻微呕吐1例,但均未采取任何处理措施,患者于30min后症状自行消失,未对治疗产生任何影响;对照组

不良反应率7.9%,治疗组2.6%,2组比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.11, P=0.29$)。

5 讨论

慢性肾小球肾炎主要是一种因多种因素及病理类型所组成的疾病,该疾病发病病理基础主要是肾小球内皮细胞及系膜细胞明显增殖,使毛细血管腔狭窄,减少有效滤过面积及肾小球毛细血管灌注,从而使组织长期处于缺氧损害状态,最终致患者肾功能衰竭^[5]。因慢性肾小球肾炎患者发病原因、发病机制各不相同,因此无特效药物治疗,临床主要以改善其临床症状及延缓肾功能衰竭为主。当前西医治疗慢性肾小球肾炎无显著进展,中医药在防治该疾病上具有极大潜力和优势,因此深受临床重视,并积累丰富临床经验。中医学认为慢性肾小球肾炎属腰痛、水肿、血尿等范畴,本虚标实,以脾肾气虚为本,其诱因大多为病邪反复入侵所致^[6]。肾乃先天之本,脾为后天之本,五脏虚损均以脾肾为首。因此防治应抓住脾肾气虚阶段,健脾可强后天而养先天,益肾可维护肾气,增强气化功能,脾肾双补则可相得益彰^[7]。本研究中所采用的健脾益肾祛瘀化浊汤有祛瘀泄浊、健脾益肾的功效;本方以党参代替人参,其可补血生津、补脾肺之气;配合黄芪,补虚益气之力尤著;茯苓可健脾宁心、利水消肿、健脾渗湿;配甘草则补气健脾、除湿利尿,加草果仁以燥湿温中;菟丝子可补肾益精,与杜仲、仙灵脾、女贞子等合用可补益肝肾之精;与党参及白术等合用可补肾益脾^[8];红花、丹参可活血。诸药合用,祛瘀化浊、健脾益肾。从本研究结果可知,经现代药理学研究发现,党参可提高机体免疫力,党参中含党参总皂苷可增强肾脏抗氧化能力,清除因缺血再灌注损伤而产生的氧自由基,缓解其对细胞膜脂质的损伤。茯苓主要成分为茯苓聚糖可增强人体免疫功能,同时还具有利尿效果,对肾性水肿等患者具有显著利尿功效;白术可增强患者网状内皮系统吞噬功能,促进细胞免疫功能等。山药含有山药多糖可增强人体免疫功能,同时还具有降血脂效果^[9]。红花可减轻肾小管间质纤维化,减缓患者病情发展,其提取液可改善肾脏血液循环等。杜仲可调节人体免疫平衡,同时还具有降压作用。仙灵脾对肾虚患者的免疫功能具有显著改善作用;菟丝子可提高人体免疫功能、延缓衰老等。本研究患者血纤维蛋白原下降,由此说明健脾益肾祛瘀化浊汤剂可改善患者高凝状态。CysC受性别、年龄、饮食等因素影响较小,人体肾脏为其清除唯一器官,本研究中,治疗后CysC水平明显下降,由此说明采用健脾益肾祛瘀化浊汤剂可加速CysC排泄,保护肾功能。并且健脾益肾祛瘀化浊汤剂可通过降低患者BUN和SCr水平,从而稳定其肾功能,延缓其病情发展,对改善患者病情具有重要作用。可见,应用健脾益肾祛瘀化浊汤剂综合治疗慢性肾小球肾炎疗效显著。

[参考文献]

[1] 强胜,冯春俭,黄敏,等.健脾益肾清利化瘀方联合西

- 药治疗慢性肾小球肾炎的疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(24): 129-130.
- [2] 王海燕. 肾脏病学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 1393.
- [3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 446.
- [4] 李大风, 张明霞. 健脾益肾祛瘀泄浊方对慢性肾小球肾炎患者肾功能及蛋白尿的影响研究[J]. 中药材, 2014, 37(1): 169-171.
- [5] 罗志强. 健脾益肾法佐治脾肾气虚型慢性肾小球肾炎的可行性分析[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 8(14): 67-68.
- [6] 沈卫强, 施颖. 健脾益肾颗粒联合氯沙坦降低慢性肾小球肾炎蛋白尿及肾功能保护作用的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(1): 62-63.
- [7] 叶承良, 何爱娣, 黄莉吉, 等. 活血益肾汤联合西药治疗慢性肾小球肾炎的疗效观察及安全性评价[J]. 中国生化药物杂志, 2014, 34(3): 125-126, 129.
- [8] 廖风娇, 郭志青, 苏靖, 等. 加减苁蓉菟丝子丸中各个药物生殖方面的药理研究[J]. 黑龙江中医药, 2014, 43(6): 65-66.
- [9] 李敏. 山药活性成分提取技术及药理功能的研究进展[J]. 南方农业学报, 2013, 44(7): 1184-1189.
- (责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

归芍六君子汤联合西药治疗肝硬化临床疗效观察

方美群

永康市中医院检验科, 浙江 永康 321300

[摘要] 目的: 观察归芍六君子汤联合西药治疗肝硬化的临床疗效。方法: 将本院 82 例肝硬化患者随机分为研究组和对照组各 41 例。对照组给予常规西药治疗, 研究组在常规西药治疗基础上加用归芍六君子汤, 对比 2 组肝功能指标变化情况与临床疗效。结果: 总有效率研究组为 95.12%, 对照组为 70.73%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 研究组的中医证候积分、Child 肝功能分级积分、肝功能检查指标 [谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST)、谷氨酰转氨酶 (GGT) 及总胆红素 (TBil)] 均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 归芍六君子汤联合西药治疗肝硬化能够有效改善患者的临床症状及肝功能, 且无明显不良反应, 是一种较为理想的治疗方案。

[关键词] 肝硬化; 脾虚夹瘀型; 中西医结合疗法; 归芍六君子汤; 肝功能

[中图分类号] R593.22 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0068-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.029

肝硬化属临床常见疾病, 病理特征为肝组织弥漫性纤维化、假小叶形成或者结节再生等, 随着病情发展可诱发肝功能损害甚至肝癌^[1]。肝硬化属于中医积聚、胁痛、鼓胀等范畴, 多因肝气郁滞、脉络瘀阻而致, 病位主要在肝脾。中医药对肝硬化的治疗历史悠久, 多种中药均具有抗肝硬化的功效, 且多味中药组方能够从多靶点、多层次和多途径治疗本病, 疗效颇佳^[2]。归芍六君子汤是以四君子汤为基础方化裁而来, 具有活血化瘀、健脾柔肝及祛湿化痰之功效, 与本病病机相符。鉴于此, 本研究予以归芍六君子汤联合西药治疗肝硬化患者, 并

常规西医治疗进行比较, 旨在探讨归芍六君子汤联合西药治疗肝硬化的临床疗效及对肝功能的影响, 为肝硬化的治疗提供新思路。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月—2015 年 6 月在本院接受治疗的 82 例肝硬化患者, 随机分为对照组和研究组各 41 例。对照组男 30 例, 女 11 例; 年龄 30~84 岁, 平均(48.84±2.91)岁; 病程 6 月~12 年; 肝硬化类型: 乙型 33 例, 丙型 5 例, 酒精型 3 例。研究组男 28 例, 女 13 例; 年龄 28~80,

[收稿日期] 2016-03-01

[作者简介] 方美群 (1968-), 女, 主管技师, 主要从事中医治疗传染性疾病的临床工作。