

疫调节作用机制之一。

甲地孕酮(MA)为半合成孕激素衍生物,可预防和治疗各种癌症所致的恶液质。恶液质病人服用 MA 后可增进食欲、增强体力、增加体重,蛋白质、热量及钠的摄入均有增加,正氮平衡增加尤为显著^[4]。

本观察结果显示,采用康艾注射液联合醋酸甲地孕酮疗法在改善肿瘤患者恶液质方面取得较好疗效,尤其是改善生存质量、增强免疫功能方面具有一定的优势,中西药结合使用效果优于单用甲地孕酮,且未出现不能耐受的毒副反应,值得进一步观察与研究。

[参考文献]

- [1] 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.
- [2] 文朝阳,洗慕慈,冯惠珍,等. 癌症患者生活质量评价——介绍一种新的 QLQ- C30 问卷[J]. 癌症,1998,17(3):237-238.
- [3] 王天武. 康艾注射液配合化疗对恶性肿瘤患者生活质量及免疫功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(19):281-283.
- [4] 杨晓玲,危佳. 醋酸甲地孕酮在晚期恶性肿瘤中的辅助疗效介绍[J]. 中国药师杂志,2006,9(2):182-183.

(责任编辑:刘淑婷)

健脾补肾化湿解毒方联合西药治疗痛风性肾病临床研究

陈静

湖州市中医院,浙江 湖州 313000

[摘要] 目的:观察健脾补肾化湿解毒方联合常规西药治疗痛风性肾病的临床疗效。方法:选取 86 例痛风性肾病脾肾气虚兼湿浊证患者,按随机数字表法分为对照组和观察组各 43 例,所有患者给予低嘌呤饮食并禁酒,服用别嘌醇片、碳酸氢钠片、控压降脂等基础药物治疗,观察组联合健脾补肾化湿解毒方治疗。2 组均以 4 周为 1 疗程,3 疗程后对比 2 组患者治疗前后的尿蛋白定量、尿红细胞计数、尿 β_2 微量球蛋白 (β_2 -MG)、血肌酐 (SCr)、血尿素氮 (BUN)、血尿酸 (UA) 水平,治疗后的临床疗效及不良反应情况。结果:观察组治疗总有效率为 88.4%,显著高于对照组的 67.4%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后,对照组血 UA 较治疗前降低 ($P < 0.05$),而血 SCr、血 BUN、尿蛋白定量、尿红细胞计数及尿 β_2 -MG 虽较治疗前降低,但差异均无统计学意义 ($P > 0.05$);观察组血 UA、血 SCr、血 BUN、尿蛋白定量、尿红细胞计数及尿 β_2 -MG 与治疗前相比均降低 ($P < 0.05$),6 项指标值均低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率为 9.3%,低于对照组的 14.0%,但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论:健脾补肾化湿解毒方联合常规西药治疗痛风性肾病疗效确切,能显著改善患者的肾功能,安全性好。

[关键词] 痛风性肾病;脾肾气虚证;湿浊证;中西医结合疗法;健脾补肾化湿解毒方;肾功能

[中图分类号] R589.7;R692 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2017)01-0065-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.01.021

Clinical Study of Jianpi Bushen Huashi Jiedu Prescription Combined with Western Medicine in Treating Gouty Nephropathy

CHEN Jing

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Jianpi Bushen Huashi Jiedu prescription combined with routine western medicine in treating gouty nephropathy. **Methods:** Selected 86 patients with gouty nephropathy, divided them into the observation group and the control group randomly, 43 cases in each. All patients were low purine diet and prohibited drinking alcohol, oral ingestion with allopurinol, gentamycin, and basic drug treatment for blood pressure control and lipid lowering. The observation group was given Jianpi Bushen Huashi Jiedu prescription additionally. One course of treatment for the

[收稿日期] 2016-09-02

[作者简介] 陈静 (1980-),女,主治中医师,主要从事治疗肾脏病的临床工作。

two groups last 4 weeks. After the 3rd courses, compared levels of urinary protein, urinary erythrocyte count and β_2 -microglobulin (β_2 -MG), serum creatinine (SCr), blood urea nitrogen (BUN), blood uric acid (UA), clinical effect and adverse reaction after treatment. **Results:** The total effective rate in the observation group was 88.4%, being obviously higher than the 67.4% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, blood UA was decreased in the control group, while blood SCr, blood BUN, urinary protein, urinary erythrocyte count and urinary β_2 -MG were not decreased in the control group ($P > 0.05$). Blood UA, SCr, BUN, urinary protein, urinary erythrocyte count and urinary β_2 -MG were decreased in the observation group ($P < 0.05$), scores of the 6 indexes were lower than those in the control group ($P < 0.05$). Adverse reaction rate in the observation group was 9.3%, being lower than the 14.0% in the control group ($P > 0.05$). **Conclusion:** Jianpi Bushen Huashi Jiedu prescription combined with routine western medicine in treating gouty nephropathy has obvious curative effect and high safety, can improve renal function of patients significantly.

Keywords: Gouty nephropathy; Spleen-kidney qi deficiency; Damp pathogen syndrome; Integrated Chinese and western medicine therapy; Jianpi Bushen Huashi Jiedu prescription; Renal function

痛风性肾病病因为嘌呤代谢紊乱、尿酸合成过多及排泄障碍沉积于肾脏,临床表现包括腰部酸痛、多尿、夜尿、尿血、尿结石、肾绞痛等^[1]。目前西医主要治疗药物为促进尿酸排泄及抑制尿酸合成药物,症状较重时需联合激素治疗,但长期服用对肝肾功能损害较重,且常伴有胃肠道不良反应、皮炎等副作用^[2-3]。众多学者采用中医药治疗痛风性肾病取得了良好的疗效,也积累了不少经验,临床上可以根据辨证选药,充分体现中医药治疗的特色^[4]。本研究在常规西药治疗的基础上联用健脾补肾化湿解毒方治疗脾虚湿热证痛风性肾病,疗效良好,现详细报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合以下诊断标准:血尿酸:男性 $>417 \mu\text{mol/L}$,女性 $>357 \mu\text{mol/L}$;伴有持续尿检异常、肾功能指标减退或泌尿系结石等肾脏损害情况。符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]中脾肾气虚兼湿浊证的辨证标准;年龄30~70岁;患者及其家属知情同意并签署知情同意书,且得到医院医学伦理委员会批准。

1.2 排除标准 继发性高尿酸血症、尿路梗阻者;妊娠或哺乳期妇女;有治疗药物禁忌症者;合并有严重原发性疾病的患者;患精神疾病或服药依从性差等。

1.3 一般资料 选取2012年7月—2015年8月在本院确诊并住院治疗的86例痛风性肾病患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组各43例。对照组男21例,女22例;年龄35~67岁,平均 (47.6 ± 9.5) 岁;痛风病程3.5~21年,平均 (8.9 ± 4.2) 年。观察组男20例,女23例;年龄34~68岁,平均

(48.0 ± 8.8) 岁;痛风病程5~18年,平均 (9.3 ± 3.7) 年。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。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规降压、降糖、降脂、抗凝等对症治疗,同时给予低嘌呤饮食,多饮水(每天2~3 L),并服用碳酸氢钠片(广州康和药业有限公司),每次1.0 g,每天3次;别嘌醇片(重庆青阳药业有限公司),每次服0.1 g,每天2次,需禁酒。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上联用健脾补肾化湿解毒方进行治疗,处方:黄芪、薏苡仁、党参各30 g,桑寄生18 g,虎杖15 g,白术、山药、土茯苓、山茱萸、萆薢各10 g,淫羊藿6 g,甘草3 g。每天1剂,水煎取汁300 mL,分早晚温服。

2组均以4周为1疗程,均治疗3疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前后留取尿标本检测尿蛋白定量、红细胞计数及 β_2 微量球蛋白(β_2 -MG)含量,留取血标本检测肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、尿酸(UA)水平,同时比较2组患者的临床疗效及不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 所有数据采用统计软件SPSS18.0处理分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈:症状、体征消失,肾功能恢复正常;显效:症状及体征明显改善,UA较治疗前

降低>20%，SCr、BUN较治疗前下降>50%，24 h尿蛋白定量、尿红细胞计数减少>40%；有效：症状、体征均好转，UA较治疗前降低10%~20%，SCr、BUN较治疗前下降20%~50%，24 h尿蛋白定量、尿红细胞计数减少≤40%；无效：症状、体征无改善，尿检、肾功能指标无变化或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组治疗总有效率为88.4%，显著高于对照组的67.4%，差异有统计学意义($\chi^2=5.472, P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	43	8(18.6)	19(44.2)	11(25.6)	5(11.6)	38(88.4) ^①
对照组	43	5(11.6)	16(37.2)	8(18.6)	14(32.6)	29(67.4)

与对照组比较，^① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后实验室指标比较 见表2。治疗后，对照组血UA较治疗前降低($t=5.012, P<0.05$)，而血SCr、血BUN、尿蛋白定量、尿红细胞计数及尿 β_2 -MG虽较治疗前降低，但差异均无统计学意义($t\leq 1.987, P>0.05$)；观察组血UA、血SCr、血BUN、尿蛋白定量、尿红细胞计数及尿 β_2 -MG与治疗前相比均降低($t\geq 4.757$ ，均 $P<0.05$)，6项指标值均低于对照组($t\geq 3.818$ ，均 $P<0.05$)。

表2 2组治疗前后实验室指标比较($\bar{x}\pm s, n=43$)

指标	对照组		观察组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
血UA($\mu\text{mol/L}$)	593.5±122.8	440.3±91.2 ^①	611.4±130.3	400.1±81.8 ^{②③}
血SCr($\mu\text{mol/L}$)	213.2±80.3	186.5±71.2	223.6±78.1	138.5±61.3 ^{②③}
血BUN(mmol/L)	13.1±6.1	10.2±4.0	13.5±6.2	8.5±4.8 ^{②③}
尿蛋白定量(g/24h)	1.4±0.8	1.2±0.6	1.5±0.8	0.7±0.5 ^{②③}
尿红细胞计数($\times 10^6/\text{mL}$)	13.5±8.8	11.2±6.8	14.2±8.2	8.4±5.9 ^{②③}
尿 β_2 -MG($\mu\text{g/L}$)	694.5±142.6	623.2±125.6	683.7±139.1	513.5±102.2 ^{②③}

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

4.4 2组治疗期间不良反应比较 治疗过程中，对照组3例患者出现消化道症状(恶心、呕吐等)，3例转氨酶升高；观察组2例患者出现消化道症状(食欲减退、恶心、呕吐)，1例转氨酶升高。所有出现不良反应的患者在给予对症治疗后均好转，2组患者均无其他严重不良反应。观察组不良反应发生率为9.3%，低于对照组的14.0%，但差异无统计学意义

($\chi^2=0.453, P>0.05$)。

5 讨论

中医学无“痛风”病名，根据临床表现，可将本病归属于中医学痹证、水肿、虚损等范畴。病因为先天不足，后天失养，脾肾亏虚，复因饮食不节，嗜食肥腻之品或饮酒过度，久则脏腑功能失调，损伤脾胃功能，导致脾失健运，升清降浊失司，尤其是脾肾功能受损，湿浊内阻于肾，使肾不能气化，分清泌浊失司。水液不能运化而聚湿生浊，浊瘀互结，阻闭经络，因此该病的病机以脾肾气虚为本，湿浊邪毒为标，治疗应以健脾补肾、化湿泄浊、清热解毒为基本治则^⑥。本研究在常规西药治疗基础上采用健脾补肾化湿解毒方治疗痛风性肾病患者，方中黄芪、党参、白术、薏苡仁益气健脾、利水祛湿，恢复脾之运化功能，以运化水谷精微、升清降浊，共为君药；淫羊藿温补肾阳、培补元气；山药、山茱萸、桑寄生滋补肾阴，取阴中求阳之意，共为臣药；佐以土茯苓、萆薢、虎杖除湿泄浊、解毒、利关节；甘草补中益气、调和诸药，全方具有健脾补肾、化湿泄浊、清热解毒之功效。

本研究结果显示，观察组治疗总有效率高于对照组，能显著改善蛋白尿、血BUN、SCr、UA等实验室指标，提示健脾补肾化湿解毒方联合常规西药治疗痛风性肾病疗效确切，能显著改善患者的肾功能，安全性好，值得在临床推广应用。

【参考文献】

- [1] 霍保民, 王梓淞. 痛风性肾病的辨证施治[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(7): 808-809.
- [2] 何志坚. 中西医治疗慢性痛风性肾病的临床疗效比较[J]. 云南中医学院学报, 2012, 35(6): 49-50, 59.
- [3] 吴丽虹, 陈桥, 张波. 尿毒清颗粒治疗痛风性肾病49例临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(14): 157-160.
- [4] 陈娜, 王一飞, 张明. 中医药治疗痛风性肾病的进展[J]. 中国民族民间医药, 2015, 24(18): 29-31.
- [5] 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: 163-164.
- [6] 白维华. 痛风性肾病中医证候与临床因素相关性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2011.

(责任编辑: 吴凌)