

黄葵胶囊联合赖诺普利治疗 IgA 肾病的临床研究

唐卫刚 许敏 卢景奎 马桂香
(江苏大学附属武进医院 常州 213002)

摘要:目的:观察黄葵胶囊联合赖诺普利治疗 IgA 肾病的疗效。方法:将 120 例 IgA 肾病患者随机分为黄葵胶囊联合赖诺普利组(治疗组)和单用赖诺普利组(对照组),分别检测两组治疗后 24h 尿蛋白定量、血清白蛋白、血肌酐、总胆固醇,并进行组间比较。结果:治疗组总有效率显著高于对照组 ($P < 0.01$);治疗组与对照组均能显著降低 24h 尿蛋白定量及血肌酐 ($P < 0.01$),两组比较有显著性差异 ($P < 0.01$)。结论:黄葵胶囊联合赖诺普利治疗 IgA 肾病比单用赖诺普利能更显著地降低尿蛋白排出,改善肾功能。

关键词: IgA 肾病;黄葵胶囊;赖诺普利;尿蛋白

中图分类号:R 692

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0034-02

笔者自 2005 年 4 月~2008 年 10 月在常规西医治疗的基础上,采用黄葵胶囊联合赖诺普利治疗 IgA 肾病,取得良好效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照 2003 年海口会议所制订之标准,入选病例血肌酐 $< 350 \mu\text{mol/L}$, 24h 尿蛋白定量 $< 3.5\text{g}$ 。病理分型按 WHO 标准为系膜增生性肾炎。

1.2 一般资料 2005 年 4 月~2008 年 10 月本院 120 例 IgA 肾病患者,均经肾穿刺活检、肾组织免疫荧光检测确诊。随机分为黄葵胶囊(规格 0.5g/粒,国药准字 Z19990040)联合赖诺普利组(治疗组)70 例,单用赖诺普利组(对照组)50 例。治疗组男 42 例,女 28 例,年龄 16~52 岁,平均 (30.18 ± 16.26) 岁,病程 15d~6 年,平均 (3.26 ± 2.85) 年;对照组男 30 例,女 20 例,年龄 17~51 岁,平均 (31.25 ± 15.36) 岁,病程 18d~5.8 年,平均 (3.58 ± 2.68) 年。两组年龄、性别、病程、临床表现、生化检查比较无显著性差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.3 治疗方法 治疗组:口服赖诺普利片 10mg, 2 次/d;口服黄葵胶囊 5 粒, 3 次/d。对照组:口服赖诺普利片 10mg, 2 次/d。两组均连续给药 8 周。此外,两组病例还采取利尿、抗感染等治疗,均予以优质低蛋白、低盐、低脂饮食。

1.4 疗效判断标准 参照卫生部《中药新药治疗 IgA 肾病临床研究指导原则》^[1], 疗效分级为:(1)完全缓解:24h 尿蛋白定量 $< 0.2\text{g}$, 和(或)高倍镜下红细胞消失,肾功能正常;(2)基本缓解:24h 尿蛋白定量减少 $\geq 50\%$, 和(或)高倍镜下红细胞不超过 3 个,肾功能正常或基本正常,与正常值相差 $< 15\%$;(3)

显著效果,它可明显改善神疲乏力、腰酸腰痛、恶心呕吐等症,同时对降低血尿素氮、肌酐,提高内生肌酐清除率疗效明显。故中西医结合治疗早、中期慢性肾衰竭疗效明显,值得临床推广。

参考文献

[1]王海燕.肾脏病学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1996.1 385
[2]沈庆法.中医临床肾脏病学[M].上海:上海科学技术文献出版社,

好转:24h 尿蛋白定量减少 $\geq 25\%$, 和(或)高倍镜下红细胞不超过 5 个,肾功能正常或有改善;(4)无效:上述指标检查无变化或恶化。

1.5 观察指标 两组临床疗效、24h 尿蛋白定量、血清白蛋白、血肌酐、总胆固醇。

1.6 统计学方法 等级资料用秩和检验,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。

2 结果

两组临床疗效比较、两组治疗后临床观察指标变化见表 1、表 2。治疗组临床疗效总有效率显著高于对照组。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	n	完全缓解	基本缓解	好转	无效	总有效	P 值
治疗组	70	33(47.1)	26(37.1)	5(7.1)	6(8.6)	64(91.4)	<0.01
对照组	50	8(16.0)	11(22.0)	14(28.0)	17(34.0)	33(66.0)	

表 2 两组治疗后临床指标比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	尿蛋白定量 (g/24h)	血清白蛋白 (g/L)	血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	总胆固醇 (mmol/L)
治疗组	70	2.72 \pm 0.78	25.3 \pm 3.86	181.62 \pm 22.11	7.06 \pm 1.25
		1.09 \pm 0.53* [△]	37.2 \pm 4.52* [△]	85.81 \pm 24.72*	5.21 \pm 1.13* [△]
对照组	50	2.78 \pm 0.63	24.3 \pm 3.15	177.6 \pm 19.13	6.97 \pm 1.13
		2.12 \pm 1.02*	28.7 \pm 5.02*	101.71 \pm 71.17*	6.87 \pm 2.28

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

IgA 肾病是一种常见的肾脏疾病,其病因主要是肾小球免疫性炎症性损伤。肾活检及免疫病理检查在肾小球系膜区有以 IgA 为主的颗粒样沉积,临床上以血尿、蛋白尿为主要表现^[2]。其临床表现归属于中医的“水肿”、“腰痛”、“血尿”、“虚劳”范畴,临床常见神疲乏力、腰酸酸痛、面色无华、面浮肢肿,为正虚邪实证。近年来,湿热作为慢性肾病的一个重要因素,其对肾病的发生、发展以及预后转归的影响越来越受到关注。而尿蛋白对肾小球系膜细胞有毒性作用,这些大分子物质在系膜区的沉积可引起系膜细胞损伤、系膜细胞增殖和系膜基质生成增

1997.315-438

[3]陆再英,钟南山.内科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008. 549-555

[4]李宁.升降散源流及临床应用体会[J].中医药学刊,2005,23(8): 1 486

[5]韩星罡.说说升降散[J].中西医结合学报,2004,2(6): 455

[6]季宇彬.中药复方化学与药理[M].北京:人民卫生出版社,2003.333

(收稿日期: 2009-01-08)

解郁通秘汤对便秘型肠易激综合征肛肠动力学的影响

杜刚毅

(广东省中山市中医院 中山 528400)

摘要:目的:观察自拟解郁通秘汤对便秘型肠易激综合征肛肠动力学影响及临床疗效。方法:我院门诊及住院病人中符合便秘型肠易激综合征患者 60 例,随机分为治疗组、对照组。治疗组口服解郁通秘汤,每日 1 剂,分早晚 2 次服;对照组口服聚乙二醇 4000 散剂 10g,每日 2 次。分别治疗 2 周,两组病人治疗前后均以智能肛肠压力检测仪进行肛管直肠测压,观察两组治疗前后的肛肠动力学指标改变及主要症状的改善。结果:治疗组在改善肛管直肠动力学以及症状改善方面优于对照组。结论:解郁通秘汤治疗便秘型肠易激综合征在改善肛肠动力和临床症状方面有良好效果。

关键词:解郁通秘汤;便秘型肠易激综合征;肛肠动力学

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0035-02

肠易激综合征(IBS)是一种以腹痛或腹部不适伴大便性状、排便习惯改变为特征的功能性肠病,全球范围调查显示患病率为 10%~20%,女性患者远多于男性,临床上分为三型:便秘型、腹泻型、便秘腹泻交替型^[1]。IBS 的病理及发病机制还不清楚,目前认为与肠动力异常和内脏感觉异常有关。直肠肛管压力测定是了解肠运动功能的主要手段^[2]。本研究通过治疗前后肛肠动力学指标及症状改变的监测,探讨解郁通秘汤治疗肠易激综合征便秘型的作用机理。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为我院 2005~2008 年门诊及住院确诊为便秘型 IBS 的患者,随机分为两组。治疗组 30 例,男 13 例,女 17 例;年龄 26~62 岁,平均(37.3±11.5)岁;病程 1.5~12 年,平均(5.7±2.7)年。对照组 30 例,男 14 例,女 16 例;年龄 18~65 岁,平均(34.1±10.9)岁;病程 1~10 年,平均(6.0±2.2)年。两组病人性别、年龄及病程等统计学资料无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 (1)符合 1998 年 6 月罗马国际胃

肠病大会制定的 Rome II 标准及全国慢性腹泻学术讨论会制定的肠易激综合征科研病例选择标准,排除严重心、肺、肝、肾等疾病;(2)过去 1 年内行过肠镜或钡灌肠检查,并排除了肿瘤、炎症性肠病或其他肠道器质性疾病;(3)症状至少包括便秘型 IBS 症状中的一项(任何 1 周或 2 周内排便次数均少于 3 次,有 1 次粪便形状为 Bristol 粪便形状分型 I 型或 II 型,或有 1d 有排便费力感)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 口服解郁通秘汤,每日 1 剂,分早晚 2 次服。组成:柴胡 10g、枳实 15g、白芍 10g、甘草 5g、郁金 10g、当归 10g、火麻仁 20g、郁李仁 10g、川楝子 10g。由我院制剂科自动煎药机煎制包装。

2.2 对照组 口服聚乙二醇 4000 散剂 10g(国药准字 H20050809),每日 2 次,餐后服,服后饮水 100mL。

3 疗效观察

3.1 肛肠动力学指标观察 治疗 2 周,两组病人治疗前后均以合肥微机所迈迪克电子公司的 ZGJ-D3 型智能双导肛肠压力检测仪进行肛管直肠测压。

3.2 症状评分标准 (1)大便次数:0 分=1 次

加,从而导致肾小球硬化,同时损害肾小管间质。正常肾小球滤过的少量小分子蛋白质被近端肾小管上皮细胞重吸收,在溶酶体内进行分解。病理状态下肾小球通透性增加使大量血浆蛋白漏出到肾小管腔内,肾小管上皮细胞过度重吸收白蛋白导致胞浆内溶酶体活性增高,可致细胞损伤。因此,降低患者蛋白尿的水平可延缓肾功能恶化进程^[3]。

黄葵胶囊主要化学成分为五种黄酮类化合物单体,即梅斗皮素、杨梅黄素、槲皮素-3-洋槐双糖甙、槲皮素-3-葡萄糖甙、金丝桃甙,性味甘、寒,无毒,具有清利湿热、消炎和络作用。黄葵提取物不仅有调节细胞免疫功能,抑制体液免疫反应程度,从而减轻肾损伤作用,而且还有抗炎、抗血小板聚集、抗氧化、利尿消肿及消除氧自由基的作用^[4]。在本临

床实验中,选用 ACEI 类代表药物赖诺普利(该药经大量临床实验证实是治疗 IgA 肾病的有效药物)作为对照组,黄葵胶囊联合赖诺普利作为治疗组,结果显示治疗组完全缓解率、总有效率均优于对照组($P<0.01$),提示黄葵胶囊治疗 IgA 肾病确实有独特的临床疗效。两组治疗后,治疗组 24h 尿蛋白定量及血肌酐下降幅度显著大于对照组($P<0.01$),提示黄葵胶囊能显著地降低尿蛋白排泄量,明显改善肾功能,是一种治疗 IgA 肾病有效的创新新药。

参考文献

- [1]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第 1 辑.1993.167
- [2]王海燕.肾脏病学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1996.648-658
- [3]叶任高,刘冠贤.临床肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1997.128
- [4]谢绍锋,余江毅.黄蜀葵花治疗肾病研究现状[J].山西中医,2003,19(6):45-46

(收稿日期:2009-02-04)