

表 3 两组治疗前后 CT 值变化($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CT 值
治疗组	33	治疗前
		32± 8
对照组	34	治疗后
		55± 4
		治疗前
		33± 6
		治疗后
		45± 5

2.3 两组临床疗效比较 见表 4。治疗组总有效率为 90.9%，对照组为 61.8%，两组比较， $P<0.05$ ，有统计学意义。

表 4 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	33	22	8	3	90.9
对照组	34	15	6	13	61.8

3 讨论

非酒精性脂肪性肝病是除外酒精和其他明确的肝损害因素所致的，以弥漫性肝细胞大泡性脂肪变为主要特征的临床病理综合征^[1-2]。近年来非酒精性脂肪性肝病的发病呈上升趋势，已成为我国常见的肝病之一^[3]。目前临床上治疗非酒精性脂肪性肝病的药物疗效尚不肯定，而中医药治疗非酒精性脂肪性肝病近年来取得了很好的疗效，显示出较好的发展前景。非酒精性脂肪性肝病分别归属于中医内科学之“积聚、胁痛、痰饮、痞满、肥气、肝癖、肝着、肝胀、瘀血”等疾病范畴^[4]，其中有些为古病名。其总的病因病机是：先天禀赋异常，或为痰湿之质、或素体脾气欠旺、或肾之本元偏亏，后天平素不习调护脾

胃、舒养肝肾、多静少动、形盛气衰，以致病患未成，脏气先伤。复因饮食失宜、恣食膏粱肥甘、滋生痰湿之源，犹如洪涝之患，超乎脾土运化之力，痰湿水饮渐聚，土壅木郁，肝气疏泄不力，脾土愈壅，加之肾精偏亏，气化无权，痰浊难化，有形之邪日积月累，郁久生热，相互搏结，阻塞经隧，留之不去。如此则变生为积聚、痰疾、胁痛诸病。值得提出的是痰、饮、瘀、热等有形之邪，既是诸病因相互作用的病理产物，形成之后又成为新的病因导致肝、脾、肾等脏气功能力不胜邪，愈加虚疲，迁延日久，恶性循环，后期则演变为肝硬化等多种危重证候。非酒精性脂肪性肝病临床上多见肝郁脾虚痰阻型、痰热瘀血交阻型、痰瘀阴损夹杂型^[5]。临床病例观察以痰热瘀血交阻型为主要证型之一。本研究以痰热瘀血交阻型非酒精性脂肪性肝病患者为研究对象，以理气化湿、祛痰通络、化瘀消积为治则，采用自拟消脂方治疗痰热瘀血交阻型非酒精性脂肪性肝病总有效率明显高于对照组，疗效确切，值得临床推广应用。

参考文献

[1]姜慧卿.非酒精性脂肪性肝病的临床表现与病理学特点[J].中国全科医学,2007,10(24):2030-2033
[2]朱复生,杨红岩,秦玉杰.脂肪肝的研究进展[J].内蒙古中医药,2013,32(25):140-141
[3]鞠大宏,赵宏艳,刘梅洁.非酒精性脂肪性肝病病证结合动物模型的研究进展[J].世界华人消化杂志,2010,18(14):1452-1455
[4]王灵台.王灵台肝病论治经验集[M].上海:上海科技出版社,2009.117-118
[5]国家中医药管理局医政司.22 个专科 95 个病种中医临床诊疗方案[M].北京:中国中医药出版社,2012.368-369

(收稿日期:2014-09-02)

神农肾炎康治疗慢肾风的临床研究

刘文武 汪培国

(湖北省随州市中医医院肾病科 随州 441300)

摘要:目的:观察神农肾炎康治疗慢肾风的临床疗效及作用机理。方法:将 60 例慢性肾炎患者随机分为治疗组和对照组各 30 例,治疗组服用神农肾炎康,对照组口服雷公藤多苷片,观察两组患者治疗前后临床疗效及尿蛋白、尿红细胞、血尿素氮、血肌酐等指标情况,并进行比较。结果:两组临床疗效比较:治疗组总有效率优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。尿蛋白、尿红细胞、血尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)等比较:两组治疗后与治疗前比较,差异均有显著性($P<0.05$);治疗后两组间比较,差异有显著性($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。结论:运用神农肾炎康防治慢肾风,可明显改善患者疲倦乏力、浮肿、面色无华等症状,提高患者免疫力,降低血尿、蛋白尿,保护肾功能等。

关键词:慢肾风;神农肾炎康;临床研究

中图分类号:R256.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.011

慢性肾小球肾炎指以蛋白尿、血尿、高血压、水肿为主要表现,可有不同程度的肾功能减退,起病方式各有不同,病情迁延,病变多缓慢进展的一组肾小球疾病,最终将发展为肾功能衰竭。西医目前尚无肯定有效的治疗方法,多采用长期大剂量激素及对症治疗,不仅副作用大,而且给患者带来严重的经济

负担,致使许多患者中途停药。即使能够坚持治疗,停药后复发率较高,而且作为最后选择的糖皮质激素及细胞毒性药物,对大部分患者无效。因此,寻求一种较好的治疗方法来保护和改善肾功能,是当前治疗慢性肾炎的主要课题。慢性肾炎属于中医学“慢肾风”的范畴,我们通过长期的临床实践,研制出具

有“补脾益肾、祛风通络”的神农肾炎康用于防治慢肾风,临床疗效显著。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 参加研究的 60 例慢肾风患者均为 2013 年 9 月~2014 年 3 月随州市中医院肾内科住院和门诊患者,按入组的顺序随机分为治疗组和对照组各 30 例。两组患者在性别、年龄、病程、病情轻重等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《肾脏病学》^[1],并具备以下条件者:年龄在 18~60 岁之间;近 1 周来未使用治疗慢性肾炎的中西药物;自愿签署知情同意书。

1.2.2 中医辨证标准 参照 2006 年中华中医药学会肾病分会《慢性肾小球肾炎的诊断、辨证分型及疗效评定》(试行方案)^[2]制定。

1.3 排除标准 检查肾功能血肌酐大于 177 $\mu\text{mol/L}$ 者;继发性肾小球肾炎;妊娠或哺乳期妇女,或合并有心血管、肝和造血系统等严重原发病者,精神病、糖尿病肾病患者;对本药中任何成分有过敏者。

1.4 剔除标准 不符合纳入标准,未能按照规定用药,无法判断疗效,或疗效资料不全等影响疗效安全性判断者;依从性差的患者。

1.5 治疗方法 一般治疗:优质低蛋白饮食,避免劳累,避外感之邪,注意休息。对症治疗:高血压患者积极治疗高血压(将血压维持在 120~130/70~80 mmHg),降压药首选 ACEI 或 ARB 类,血脂异常者选择他汀类或贝特类调控血脂等。不用与研究药物同类的药物,并停用一切肾毒性药物。分组治疗:治疗组采用神农肾炎康,组方:黄芪 30 g、生地 15 g、山药 30 g、枣皮 15 g、黄精 15 g、仙灵脾 15 g、川芎 15 g、水蛭 10 g、蝉蜕 6 g、白僵蚕 10 g 等。加减:水肿明显者加车前子、泽泻、茯苓等利尿消肿;痰浊恶心者

加半夏、竹茹等化痰止呕;阳虚甚者加桂枝、干姜温阳化气;腹胀者加砂仁、陈皮等行气消胀。每剂浓煎至 450 ml,1 剂/d,每次 150 mL,分 3 次口服,由制剂室提供。对照组:雷公藤多苷片(国药准字 Z42021212)20 mg,3 次/d,口服。两组疗程均为 12 周,患者均每周复诊 1 次。

1.6 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中关于本病的疗效标准制定。临床控制:尿常规检查蛋白转阴性,或 24 h 尿蛋白定量正常;显效:尿常规检查蛋白减少 2 个“+”,或 24 h 尿蛋白定量减少 $\geq 40\%$;有效:尿常规检查蛋白定量减少 1 个“+”,或 24 h 尿蛋白定量减少 $<40\%$;无效:尿蛋白无减少或增加。疗效指标:尿相差(尿蛋白定性、红细胞计数)、24 h 尿蛋白定量、肾功能(血肌酐、尿素氮)。尿相差每两周复查 1 次,24 h 尿蛋白定量、肾功能每 4 周复查 1 次。

1.7 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 两组总有效率比较差异有统计学意义, $P<0.05$,说明治疗组疗效优于对照组。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较						
组别	n	临床控制(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	30	7	9	11	3	90.00
对照组	30	4	7	9	10	66.67

2.2 两组患者治疗前后尿蛋白、尿红细胞、血肌酐、血尿素氮变化情况比较 治疗后两组尿蛋白、尿红细胞、血尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)均明显下降,与治疗前比较,差异均有显著性意义($P<0.05$);治疗后两组间比较,差异有显著性意义($P<0.05$),说明治疗组疗效优于对照组。见表 2。

表 2 两组治疗前后尿蛋白、尿红细胞、血肌酐、血尿素氮变化比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	n		尿蛋白(g/24 h)	尿红细胞(万/h)	SCr($\mu\text{mol/L}$)	BUN(mmol/L)
治疗组	30	治疗前	2.23 $\pm$ 1.32	19.62 $\pm$ 11.30	154.31 $\pm$ 20.72	9.34 $\pm$ 4.87
		治疗后	1.12 $\pm$ 1.14 [#]	10.66 $\pm$ 6.70 [#]	138.25 $\pm$ 19.27 [#]	9.07 $\pm$ 5.62 [#]
对照组	30	治疗前	2.27 $\pm$ 1.29	19.53 $\pm$ 11.23	153.26 $\pm$ 23.65	9.61 $\pm$ 4.98
		治疗后	1.68 $\pm$ 1.37 [*]	13.78 $\pm$ 10.45 [*]	144.38 $\pm$ 22.79 [*]	9.24 $\pm$ 5.70 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

慢性肾小球肾炎系指各种病因引起不同病理类型的肾小球弥漫性或局灶性炎症改变,临床起病隐匿,病程冗长,病情多发展缓慢的一组原发性肾小球疾病。随着病情发展,逐渐出现肾功能减退、贫血、电解质紊乱等,是导致慢性肾功能衰竭的常见原因,

现代医学尚无针对发病机理治疗的药物,从中医中药方面寻求有效的治疗办法已成为许多肾脏病学者的研究方向^[4]。越来越多的基础及临床研究表明:无论原发病如何,蛋白尿均可加速慢性肾脏病(CKD)的进展,直至发展为终末期肾病(ESRD),蛋白尿对 CKD 疾病预后的预测价值已经明确^[5]。

中医学古籍并无慢性肾炎、蛋白尿之病名,但根据临床表现特征,类似中医的“肾劳、肾风、水肿”等病证,目前大多数学者将本病归于中医学之“慢肾风”,中医药在慢肾风的治疗上显示出自身的特有的优势与疗效。我们认为慢肾风的病因为内、外因两个方面。内因指正气不足、脏腑亏虚,诚如《内经》云:“正气存内,邪不可干,邪之所凑,其气必虚。”脏腑功能的亏损,临床上为肺肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚和气阴两虚,说明本虚之源在肺、脾、肝、肾四脏,以脾肾亏虚为主。由于脾肾亏虚,脾不能运化水湿,肾失主水之职,致水湿内停而表现为水肿;脾气虚不能升清,谷气下流,精微下注,肾虚封藏失司,气不固摄,精微下泄,导致蛋白尿、血尿等;脾虚不能运化水谷精微,气血生化乏源,加之脾不统血亦出现尿血,最后又可出现贫血之象。外因指风、寒、热、湿等邪气,风为百病之长,风性开泻,可导致肾脏秘藏失司,精微物质下泻,而出现血尿、蛋白尿等,风邪在慢肾风的发病中起着重要的作用。瘀血亦是导致慢性肾炎病机的因素。如《素问·调经论》:“孙络水溢则经有留血。”《金匱要略·气病脉证并治》:“血不利则为水,名曰血分。”均反映瘀血与本病有密切关系。《血证论》更详尽地指出“血与水本不相离”;“病血者未尝不病水,病水者未尝不病血”;“瘀血化水,亦发水肿”;“血积既久,亦能化为痰水”;“血结亦病水,水结亦病血”。皆为瘀血致本病的病机认识,瘀血存在于肾炎的各个证型之中。

我们在多年的临床实践中不断总结,认为脾肾亏虚、瘀血阻络是造成本病发生、发展的基础,故采用补脾益肾、祛风通络法治疗。神农肾炎康是在上述理论指导而精心处方、筛选而成。方中黄芪味甘、微温,具有健脾益气、益卫固表、利水消肿之功效,大剂量使用疗效更佳。现代研究证实黄芪具有增强机体免疫功能、利尿、降压作用,在治疗肾脏疾病方面,能明显改善高凝状态,促使肾小球基底膜修复,降低肾脏病患

者尿蛋白含量,改善低白蛋白血症,延缓慢性进展性肾衰竭,调节降低的 IgG 水平,可调节失常的免疫功能,提高免疫力,增强抗感染能力,从而减少由于感染而引起的复发^[9]。生地黄味甘、微苦、性寒,《本草经疏》云:“干地黄,乃补肾家之要药,益阴血之上品”,方中取其补肾益精之功效,与黄芪共为君药。山药甘、平,归脾肺肾经,益气养阴、补肺脾肾;枣皮酸、微温,归肝肾经,补益肝肾、涩精固脱;仙灵脾补肾助阳、祛风除湿;黄精补气养阴、健脾、润肺、益肾等,共为臣药以补益肺脾肾。另“久病入络”,瘀血久留,津枯血燥,隐伏深潜,非草木之所能及,唯虫类药物走窜搜剔,才能祛死血顽痰;再则,根据风瘀相关互患,瘀血阻络、导致风从内生,即“血瘀生风”,采用“治血先治风、风去血自通”的观点。因此,佐以水蛭、蝉蜕、白僵蚕等虫类风药以达祛风、瘀散、络通之目的。使以川芎行气通络,一方面补益药物偏多,行气通络以防滋腻壅塞有碍气机通畅;另一方面通络祛风。综上所述,全方共奏补脾益肾、祛风通络之功效。

本研究通过运用具有补脾益肾、祛风通络的神农肾炎康防治慢肾风,结果显示可明显改善患者疲倦乏力、浮肿、面色无华等症状,提高患者的免疫力,降低血尿、蛋白尿,保护肾功能,提高患者生活质量,同时为补脾益肾、祛风通络法防治慢肾风提供了理论和临床依据,可进一步推广运用,造福广大慢性肾病患者。

参考文献

[1]王海燕.肾脏病学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2008.697-702
[2]刘宝厚,许筠.慢性肾小球肾炎的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)[J].上海中医药杂志,2006,40(6):8-9
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行 2002)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.163-168
[4]韩春红,李强,刘红.益气活血化瘀法治疗慢性肾炎血瘀证 64 例疗效研究[J].辽宁中医杂志,2008,35(3):401-402
[5]高翔,梅长林.蛋白尿引起慢性肾脏病肾小管损伤的机制与治疗[J].中华肾脏病杂志,2008,24(3):210-213
[6]林飞进,黄金城,崔敏娴.黄芪注射液对肾病综合征患儿血生化和免疫球蛋白的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2008,9(1):72-73
(收稿日期:2014-07-22)

(上接第 16 页)可改善慢性支气管炎患者的免疫功能,在改善慢性支气管炎患者的生活质量上起到一定的作用。本研究过程中,患者在服用至灵胶囊期间,不定期检测患者的血常规及肝功能指标,均未出现异常变化的情况,说明服用至灵胶囊安全有效。

参考文献

[1]Tanaka S,Isoda F,Ishnara Y,et al.T lymphopaenia in relation to body mass index and TNF-alpha in human obesity: adequate weight reduction can be corrective[J].Clin Endocrinol,2001,54(3):347-354
[2]高越,何建如,陈小青,等.慢性支气管炎急性发作期患者 T 淋巴细胞亚群的研究[J].科技通报,2001,17(2):67-69

[3]中华医学会呼吸病学会.慢性支气管炎临床诊断及疗效判断标准(1979 年修订)[J].中华结核和呼吸杂志,1980,3(1):61-62
[4]Celli BR,Cote CE,Marin JM,et al.The body-mass index, airflow ca-pacity index in chronic obstructive pulmonary disease[J].N Engl J Med,2004,350(10):1005-1012
[5]叶获庆,马志茹,黄天禄,等.慢性支气管炎患者免疫功能测定[J].陕西医学检验,1996,11(2):41-42
[6]丁黎萍,李莉佳.肺心病患者血中可溶性白细胞介素-2 受体和 T 淋巴细胞亚群的变化及临床意义[J].贵州医药,2001,25(10):902-903
[7]胡敏,皮惠敏,郑元梅.冬虫夏草的化学成分及药理作用[J].时珍国医国药,2008,19(11):2804-2806
[8]刘进,童旭峰,管彩虹,等.冬虫夏草对慢性阻塞性肺疾病大鼠 Th1/Th2 类细胞因子平衡的干预作用[J].中华结核和呼吸杂志,2003,26(3):191
(收稿日期:2014-08-25)