

引用:韩翼翔. 益气温阳补肾汤治疗肾病综合征40例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(6):37-39.

益气温阳补肾汤治疗肾病综合征40例临床观察

韩翼翔

(桐柏县中医院,河南 桐柏,474750)

[摘要] 目的:观察益气温阳补肾汤治疗肾病综合征的临床疗效。方法:将80例肾病综合征患者随机分为2组,每组各40例。对照组采用醋酸泼尼松龙片治疗,治疗组在对照组基础上加益气温阳补肾汤治疗。比较2组患者的综合疗效,血浆白蛋白(ALB)、24h尿蛋白(24hPro)水平以及免疫功能。结果:总有效率治疗组为95.00%(38/40),对照组为77.50%(31/40),组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,治疗组的ALB、24hPro水平及T淋巴细胞CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:益气温阳补肾汤可以提高肾病综合征患者的临床疗效,降低患者的24hPro水平,提高血浆ALB水平,增强患者免疫功能,促进康复。

[关键词] 肾病综合征;中西医结合疗法;益气温阳补肾汤

[中图分类号]R277.752 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.015

肾病综合征是一种因肾小球基膜通透性增加引发的慢性肾脏疾病,可导致患者出现蛋白尿、水肿、高血脂、低蛋白血症等症状,如治疗不及时,可引发代谢紊乱、急性肾衰竭,严重影响患者的生活质量及生命安全^[1-2]。临床上,西医多采用糖皮质激素治疗,虽然可以缓解患者症状,但长期疗效较差。笔者采用益气温阳补肾汤治疗肾病综合征40例,取得显效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2014年2月至2019年1月就诊于我院的肾病综合征患者80例,采用随机数字表法随机分为治疗组与对照组,每组各40例。治疗组中,男21例,女19例;年龄26~63岁,平均(36.15±5.31)岁;病程1~7年,平均(2.64±0.41)年。对照组中,男22例,女18例;年龄25~61岁,平均(35.68±4.56)岁;病程1~5年,平均(2.54±0.53)年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已获院内医学伦理委员会批准,且患者均在知情同意书上签字。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《临床诊疗指南肾脏病学分册》^[3]中肾病综合征的诊断标准。24h尿蛋白(24hPro) > 3.5 g;血浆白蛋白(ALB) < 30 g/L;伴有水肿、高脂血症、高血压等。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效

标准》^[4]拟定脾肾阳虚证的辨证标准。主症:畏寒肢冷、神疲乏力、面浮身肿;次症:食少纳呆、懒言少气、腰酸身重;舌质偏淡,舌边缘有齿痕、舌体肥胖。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断与中医辨证标准;2)肾功能无明显损害;3)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并造血与代谢系统疾病;2)已接受其他治疗方案;3)严重心肺功能不全;4)对本研究药物过敏;5)治疗配合度较差。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用醋酸泼尼松龙片治疗。醋酸泼尼松龙片(山东新华制药股份有限公司,批准文号:国药准字H37020648,规格:5mg/片)1 mg/(kg·d),分2次口服。连续服用8周后剂量每周减10%,至隔天晨服0.5 mg/(kg·d)。

2.2 治疗组 在对照组基础上加益气温阳补肾汤治疗。处方:茯苓30g,水蛭6g,炙黄芪30g,丹参15g,炒白术12g,猪苓15g,肉桂12g,巴戟天15g,淫羊藿15g,干姜10g,菟丝子12g,泽泻10g。合并感染者加连翘、金银花;严重水肿者加车前子;便秘者加火麻仁、大黄。水煎服,1剂/d,分早晚2次服用。

2组均以4周为1个疗程,连续治疗3个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效;2)治疗前、治疗12周后的24hPro、ALB水平以及T淋巴细胞亚群

(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)水平。

3.2 疗效标准 依据《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。显效:蛋白尿、水肿等症状基本消失,ALB ≥ 35 g/L,24hPro ≤ 1.0 g;有效:症状有所改善,30 g/L ≤ ALB < 35 g/L,1.0 g < 24hPro ≤ 3.0 g;无效:症状无改善甚至加重,24hPro > 3.0 g,ALB < 30 g/L。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为95.00%,高于对照组的77.50%,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。(见表1)

3.4.2 2组治疗前后 ALB、24hPro 水平比较 治疗前,2组 ALB、24hPro 水平比较,差异均无统计学意义;治疗后,治疗组 ALB 水平、24hPro 水平与对照组比较,差异均有统计学意义(*P* < 0.01)。(见表2)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	15(37.50)	23(57.50)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	11(27.50)	20(50.00)	9(22.50)	31(77.50)
χ^2 值					5.165
<i>P</i> 值					0.023

表2 2组治疗前后 ALB、24hPro 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ALB(g/L)		24hPro(g)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	19.53 ± 3.42	40.92 ± 6.57	4.35 ± 1.23	2.18 ± 0.52
对照组	40	19.56 ± 3.36	34.43 ± 5.82	4.37 ± 1.24	2.94 ± 0.75
<i>t</i> 值		0.040	4.677	0.072	5.267
<i>P</i> 值		0.969	0.000	0.943	0.000

3.4.3 2组治疗前后免疫功能比较 治疗前,2组 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 比较,差异均无统计学意义;治疗后,治疗组 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平比对照组高,CD8⁺ 比对照组低,组间比较,差异均有统计学意义(*P* < 0.05 或 *P* < 0.01)。(见表3)

表3 2组治疗前后免疫功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	50.21 ± 6.24	62.38 ± 7.34	34.18 ± 7.76	38.52 ± 7.57	31.23 ± 5.34	27.52 ± 4.23	1.28 ± 0.36	1.56 ± 0.57
对照组	40	50.18 ± 5.39	54.23 ± 5.75	34.15 ± 6.88	35.23 ± 6.38	31.21 ± 5.27	30.25 ± 3.71	1.31 ± 0.41	1.34 ± 0.39
<i>t</i> 值		0.023	5.528	0.018	2.102	0.017	3.069	0.348	2.015
<i>P</i> 值		0.982	0.000	0.985	0.039	0.987	0.003	0.729	0.047

4 讨论

肾病综合征的发病机制较为复杂,目前尚未完全明确,多与遗传、免疫机制、过敏性体质以及炎性介质等因素有关^[5]。正常情况下,人体的各淋巴细胞亚群可以通过相互作用来稳定机体免疫功能。但肾病综合征患者的T淋巴细胞亚群会发生紊乱,导致机体释放大量炎性因子,损伤肾组织,增大肾小球的通透性,加重蛋白尿症状^[6-7]。常规西药醋酸泼尼松龙片可以抑制白介素的合成及释放,减少患者的炎性反应,具有抗炎、抗毒的作用,其虽可减轻肾病综合征的症状,但疗效不理想,需与温阳补肾类中药联合使用,以加强疗效^[8]。

本病可归属于中医学“水肿”“虚劳”的范畴,其发生与劳伤过度、久病入络、后天失养有关,治疗应以滋养脾肾、益气温阳、通络祛瘀为主。肾病综合征患者多为脾肾虚弱,气虚血亏,而益气温阳补肾汤可有效滋脾补肾、益气补阳。方中炙黄芪、

干姜、炒白术健脾益气、滋养脾肾;淫羊藿、巴戟天、菟丝子益气补阳;茯苓、泽泻、猪苓消肿利水;水蛭、丹参祛瘀通络。诸药合用,消肿祛瘀,滋养脾肾。此外,益气温阳补肾汤中的黄芪可以提高患者 CD4⁺/CD8⁺ 水平,减少肾小球的损伤;淫羊藿、巴戟天、菟丝子可以增强 T 淋巴细胞的活性,增强患者免疫功能;丹参、猪苓、泽泻及茯苓可以平衡盐离子,达到抗炎目的^[9]。

本研究结果显示,与对照组比较,治疗组总有效率较高,ALB 水平和 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平较高,24hPro、CD8⁺ 水平较低,说明益气温阳补肾汤可以改善患者的 24hPro 及血浆 ALB 水平,增强免疫功能,从而提高肾病综合征患者的治疗效果。

参考文献

[1] 杨敬伟. 益气温阳补肾汤治疗难治性肾病综合征疗效及对 T 淋巴细胞亚群、细胞因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(4):382-383,456.

引用:吴永斌. 自拟扶正化瘀汤联合 TACE 术治疗原发性肝癌 32 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(6): 39-42.

自拟扶正化瘀汤联合 TACE 术 治疗原发性肝癌 32 例临床观察

吴永斌

(淮安市淮阴医院, 江苏 淮安, 223311)

[摘要] 目的:观察自拟扶正化瘀汤联合肝动脉插管化疗栓塞术(TACE)巴塞罗那分期(BCLC)为B期的原发性肝癌临床疗效。方法:选择BCLC分期为B期的原发性肝癌患者64例,随机分为治疗组和对照组,每组各32例。2组均行TACE术,术中超选肝脏肿瘤供血血管后使用吡柔比星、顺铂、氟尿嘧啶行灌注化疗,并用碘化油乳剂栓塞,治疗组自入组后即同时予以自拟扶正化瘀汤口服。随访观察2组患者肝脏肿瘤近期疗效、疾病进展时间(TTP)、生存情况及介入栓塞后综合征的发生情况。结果:客观缓解率(ORR)、疾病控制率(DCR)治疗组分别为40.6%(13/32)、93.7%(30/32),对照组分别为28.1%(9/32)、78.1%(25/32),组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);中位TTP治疗组为9.8个月(CI 4.4~14.6个月),对照组为7.2个月(CI 3.8~8.2个月),组间比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 3.675, P = 0.046$);2组1、2年整体生存率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗组2次TACE术后出现CTCAE 2级以上疼痛、恶心、呕吐的例数少于对照组,2组差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:自拟扶正化瘀汤联合TACE术治疗能在一定程度上延缓原发性肝癌患者的肿瘤生长速度、改善患者生存质量、减少介入后栓塞综合征的发生,值得临床进一步探索与研究。

[关键词] 原发性肝癌;中西医结合疗法;扶正化瘀汤;TACE术

[中图分类号] R273.57 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.016

在我国,所有恶性肿瘤中原发性肝癌的发病率高居第4位,且在肿瘤致死病因中排名第3,严重影响患者的生存质量和身心健康^[1-2]。肝动脉插管化疗栓塞术(TACE)是目前临床常用于中晚期肝癌治疗且具有明确效果的措施之一^[3]。由于我国原发性肝癌患者多合并有乙肝、丙肝病毒感染甚至肝硬化等基础性肝脏疾病,肝功能储备能力差,因此临床上发现部分患者行TACE术后多出现恶心、呕吐、发热、疼痛、食欲减退、肝肾功能损害,甚至是患者难以承受的不良反应,临床称之为栓塞后综合征。因此,探索一种既能延缓肿瘤生长又能减少

TACE术后相关并发症、提高患者生存质量的治疗方法有着重要意义。笔者采用自拟扶正化瘀汤联合TACE术治疗巴塞罗那分期(BCLC)B期的原发性肝癌患者,取得了一定疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年1~6月我院收治的BCLC分期为B期的原发性肝癌患者64例,随机分为治疗组和对照组,每组各32例。治疗组中,男22例,女10例;年龄42~57岁,平均(48.7±7.2)岁;肝功能Child-Pugh分级:A级7例,B级25例;肿瘤最大直径(12.6±0.8)cm。对照组中,

作者简介: 吴永斌,男,医学硕士,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗肝病

[2] 张学虹,郭占军,兰仓锋. 疏肝益气养阴法配合雷公藤多苷片治疗激素抵抗型肾病综合征临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2018, 40(3): 209-213.

[3] 中华医学会. 临床诊疗指南肾脏病学分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011: 32-33.

[4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994: 33.

[5] 林萍,吕天洋,张鸿睿,等. 中老年肾病综合征患者临床与随访资料[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(19): 4870-4872.

[6] 樊利杰,杨祖福,刘方竹. 益气活血祛湿中药治疗难治性肾病综合征气虚血瘀夹湿证疗效及对凝血/纤溶指标、免疫功

能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(14): 1521-1523.

[7] 支亚军. 自拟益肾固元汤结合醋酸泼尼松片治疗肾病综合征临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2016, 38(11): 978-981.

[8] 赵国秀,马鸿斌,魏锦慧. 温阳利水汤联合西医治疗脾肾阳虚型原发性肾病综合征疗效观察[J]. 河北中医, 2017, 39(10): 1526-1530.

[9] 郑栓,郑建国,王东海. 益气温阳补肾汤联合西药治疗肾病综合征效果观察及对血清IL-8、IL-13及免疫功能的影响[J]. 陕西中医, 2017, 38(12): 1664-1667.

(收稿日期:2019-06-19)