

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0031-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.015

中西医结合治疗原发性肾病综合征的临床观察

汤兰花 凌俊辉

(梅州市中医医院, 广东 梅州 514016)

〔摘要〕 **目的:** 观察中西医结合治疗原发性肾病综合征的临床疗效。**方法:** 选择梅州市中医医院 2013 年 1 月至 2018 年 2 月收治的 188 例原发性肾病综合征患者, 采用单盲方法随机分为观察组和对照组, 各 94 例。对照组患者给予糖皮质激素在内的西药常规治疗, 观察组患者在对照组基础上给予中药汤剂治疗, 持续治疗 1 年后分析比较两组患者的疗效。**结果:** 对照组治愈病例平均治疗时间 (196.5 ± 7.8) d 长于观察组的 (137.9 ± 7.8) d, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的总有效率为 97.9% 高于对照组的 83.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者中无复发病例, 对照组复发 7.4%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者的血尿素氮、血清胆固醇、血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 观察组患者的血尿素氮、血清胆固醇、血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白与治疗前比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后对照组患者的血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白与治疗前比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的血尿素氮、血清胆固醇、血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白与对照组比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 不良反应主要为库欣样体征、血糖升高、继发感染、骨质疏松等激素副作用和胃肠道反应, 对照组共出现 38 例, 发生率为 40.4%, 观察组共出现 16 例, 发生率为 17.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。**结论:** 中西医结合治疗原发性肾病综合征疗效较单纯西医治疗效果好, 方法切实可行。

〔关键词〕 中西医结合疗法; 泼尼松; 原发性肾病综合征

〔中图分类号〕 R 692 〔文献标识码〕 B

肾病综合征为临床常见的一种肾内科疾病, 该病病程长, 且有着较高的复发率, 严重危害到了患者的身心健康^[1]。原发性肾病综合征在中医学中主要属于“水肿”范畴, 多因外邪内淫使三焦决渎作用失常, 从而水液留于肌肤之间发为水肿, 久病耗伤正气, 脾胃虚弱不能生化气血, 肾气亏损不能温煦脏腑, 形成营养不良、小便混浊之象, 故治疗应肺脾肾同治^[2-3]。近年来西医、中医以及中西医结合的治疗手段用于原发性肾病综合征的临床治疗并取得显著地疗效。本研究采用中西医结合治疗原发性肾病综合征, 效果显著, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2013 年 1 月至 2018 年 2 月收治的 188 例原发性肾病综合征患者, 采用单盲方法随机分为观察组和对照组, 各 94 例。对照组中男 53 例, 女 41 例; 年龄 17~69 岁, 平均年龄 (36.3 ± 6.1) 岁; 病程 4~30 个月, 平均病程 (8.4 ± 2.7) 个月。观察组中男 52 例, 女 42 例; 年龄 15~66 岁, 平均年龄 (36.4 ± 6.2) 岁; 病程 3~33 个月, 平均病程 (8.3 ± 2.5) 个月。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 符合肾病综合征诊断标准^[4]、排除合并有其他系统疾病、对药物研究有正确认识的患者。

1.1.2 排除标准 (1) 除外狼疮性肾炎、糖尿病肾病、多发性骨髓瘤、肾淀粉样变、过敏性紫癜性肾炎、严重右心衰竭、缩窄性心包炎、肾静脉血栓形成等引起的继发性肾病综合征。(2) 不符合诊断、纳入标准、以及未按规定治疗、资料不全或正在接受其它治疗的患者。

1.2 诊断标准

凡临床表现有大量蛋白尿 (超过 3.5 g · 24 h⁻¹), 低蛋白血症 (白蛋白低于 30 g · L⁻¹, 明显水肿, 高脂血症者即可诊断为肾病综合征。前两项为诊断必备条件, 全部病例符合西医诊断标准^[4], 全部系本院检查后的确诊病例, 中医诊断辨证参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 给予单纯西药治疗, 治疗 8 个月后评定疗效。(1) 泼尼松 (浙江仙琚制药股份有限公司, 国药准字 H33021207), 起始量 1.0 mg · kg⁻¹ · d⁻¹, 早晨口服, 最大量不超过 60 mg · d⁻¹, 连用 8~10 周, 尿蛋白明显减少后逐渐减量, 每 2 周减原量的 5%~10%, 维持量 10 mg · d⁻¹, 连用 6 个月。用药 1 个月, 若效果不佳者, 联合用环磷酰胺。(2) 环磷酰胺片 (吉林海通制药有限公司, 国药准字 H22024086), 2.5 mg · kg⁻¹ · d⁻¹, 分 3 次口服, 总量用 6~8 g。(3) 卡托普利片 (上海皇象铁力蓝天制药有限公司, 国药准字 H23023158), 12.5~25 mg · 次⁻¹, 1 次 · d⁻¹, 尿

〔收稿日期〕 2020 - 04 - 28

〔作者简介〕 汤兰花, 女, 副主任医师, 主要从事肾内科工作。

蛋白消失即停用。(4) 潘生丁(上海信谊九福药业有限公司, 国药准字 H31021011), 成人 50 mg · 次⁻¹, 3 次 · d⁻¹。

(5) 一般对症治疗: 给予休息、低盐(3 g · d⁻¹)、优质蛋白饮食, 有感染病灶时选用无肾毒性的抗菌药物, 同时采取利尿消肿、适当补钾、降压等对症支持疗法。连续应用 1 年。

1.3.2 观察组 在对照组基础上给予中药汤剂口服, 组方: 附子 12 g, 肉桂 12 g, 党参 15 g, 菟丝子 15 g, 茯苓 12 g, 泽泻 12 g, 川芎 15 g, 当归 12 g, 白术 15 g, 大枣 6 枚, 熟地 15 g, 枸杞 12 g, 牛膝 12 g; 水肿甚者加车前子 12 g、薏苡仁 12 g; 营养不良者加黄芪 30 g、炙甘草 12 g; 尿浊者加益智仁 15 g、补骨脂 15 g。1 剂 · d⁻¹, 水煮取汁 300 mL · 剂⁻¹, 150 mL · 次⁻¹, 分早晚 2 次温服, 连服 14 d, 停 3 d, 连续应用 1 年。

1.4 疗效标准

参照《肾脏病诊断及疗效标准专题讨论纪要》^[6] 制定疗效标准。临床症状体征消失、相关检查全部正常, 并随访 6 月无异常者为临床治愈; 症状体征和相关检查都明显好转或减轻为好转(水肿消失, 尿蛋白小于 0.2 g · 24 h⁻¹, 血浆白蛋白恢复至 35 g · L⁻¹ 以上, 肾功能、血清胆固醇正常); 症状体征消失和相关检查都未见改善甚至加重者为无效。复发: 用药后临床症状体征消失, 但停药后再次出现蛋白尿达到肾病综合征的诊断标准。总有效率 = (治愈 + 好转) / 总例数 × 100 %。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验,

$P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

对照组治愈病例平均治疗时间(196.5 ± 7.8) d 长于观察组的(137.9 ± 7.8) d, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者的总有效率为 97.9 % 高于对照组的 83.0 %, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者中无复发病例, 对照组复发 7.4 % (7/94), 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较 (n = 94, 例)

组别	治愈	好转	无效	总有效率 / %
对照组	26	52	16	83.0
观察组	54	38	2	97.9 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者的生化指标比较

治疗前两组患者的血尿素氮、血清胆固醇、血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 观察组患者的血尿素氮、血清胆固醇、血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白与治疗前比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后对照组患者的血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白与治疗前比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的血尿素氮、血清胆固醇、血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白与对照组比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者的生化指标比较 (n = 94, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	血尿素氮 / mmol · L ⁻¹	血清胆固醇 / mmol · L ⁻¹	血肌酐 / μmol · L ⁻¹	24 h 尿蛋白定量 / g · 24 h ⁻¹	血浆白蛋白 / g · L ⁻¹
对照组	治疗前	7.4 ± 4.7	4.1 ± 1.5	106.5 ± 33.4	4.2 ± 0.6	23.4 ± 6.1
	治疗后	7.3 ± 4.5	3.9 ± 1.7	96.7 ± 32.1 ^b	0.8 ± 0.7 ^b	28.5 ± 6.2 ^b
观察组	治疗前	7.7 ± 5.1	4.4 ± 1.7	107.1 ± 46.5	4.4 ± 0.7	22.3 ± 6.4
	治疗后	6.8 ± 4.6 ^{bc}	2.8 ± 1.8 ^{bc}	78.5 ± 36.4 ^{bc}	0.4 ± 0.5 ^{bc}	40.1 ± 6.3 ^{bc}

与同组治疗前比较, ^b $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$

2.3 两组不良反应比较

不良反应主要为库欣样体征、血糖升高、继发感染、骨质疏松等激素副作用和胃肠道反应, 对照组共出现 38 例, 发生率为 40.4 %, 观察组共出现 16 例, 发生率为 17.0 %, 差异具有统计学意义($P < 0.01$)。

5 讨论

肾病综合征是由多种病因引起的一组症状群, 临床以大量蛋白尿、低蛋白血症, 明显水肿, 高脂血症为主要表现, 具有易反复, 不易根治的特点, 见于各年龄组^[7-8]。中医将其归属于“水肿、癃闭”范畴, 一般认为该病以脾肾虚衰为本, 湿毒内蕴为标, 病机演变过程呈本虚标实^[9]。在治疗上, 过去本院常采用单纯西药或中药治疗该病, 通过临床观察, 单

纯用西药疗效虽然肯定, 但副作用大, 病人服药一段时间之后, 大多自行停药, 以致病变迁延不愈, 而单纯用中药则见效缓慢, 容易延误病情。近年来, 本院采用中西医结合的方法治疗肾病综合征疗效满意, 见效快。本研究结果表明, 中西医结合治疗肾病综合征, 既减轻了免疫抑制剂的副作用, 又降低了激素的不良反应、反跳现象和复发率, 提高了疗效, 缩短了治疗时间, 其作用机理有待于进一步研究。

笔者自拟方附子、肉桂温补肾阳; 党参、菟丝子补气益肾; 茯苓、泽泻利水消肿; 川芎、当归养血活血; 白术、大枣补气健脾; 熟地、枸杞滋阴补肾; 牛膝引药下行。再配以随证加减, 诸药合用, 壮脾肾以顾本, 逐水湿以治标, 标本兼治, 提高疗效同时减少西药的不良反应发生^[10-14]。本研究采用中西医结合治疗原发性肾病综合征, 结果显示

对照组治愈病例平均治疗时间 (196.5 ± 7.8) d 长于观察组的 (137.9 ± 7.8) d, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的总有效率为 97.9% 高于对照组的 83.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者中无复发病例, 对照组复发 7.4%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者的血尿素氮、血清胆固醇、血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 观察组患者的血尿素氮、血清胆固醇、血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白与治疗前比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后对照组患者的血肌酐、24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白与治疗前比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。不良反应主要为库欣样体征、血糖升高、继发感染、骨质疏松等激素副作用和胃肠道反应, 对照组共出现 38 例, 发生率为 40.4%, 观察组共出现 16 例, 发生率为 17.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。提示中西医结合治疗原发性肾病综合征疗效较单纯西医治疗效果好, 方法切实可行。

综上所述, 中西医结合疗法治疗原发性肾病综合征可明显减少西药的各种不良反应发生率, 提高临床治疗效果。

〔参考文献〕

- (1) 陆再英, 钟南山. 内科学 (M). 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 513-518.
- (2) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2017.
- (3) 叶任高, 陈欲盛, 方敬爱. 肾脏病诊断及疗效标准专题讨论纪要 (J). 中西医结合肾病杂志, 2003, 4(5): 249-251.
- (4) 王海燕. 肾脏病学 (M). 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- (5) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 2012 版 (M). 北京: 中国医药科技出版社.
- (6) 任高, 陈裕盛, 方敬爱, 等. 肾脏病诊断及治疗及疗效标准专题讨论纪要 (J). 中国中西医结合肾病杂志, 2003, 4(6): 355.
- (7) 张文华. 原发性肾病综合征膜性肾病中医病机及治法研究 (J). 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(45): 8784
- (8) 黄求儿. 雷公藤多苷联合小剂量泼尼松治疗老年原发性肾病综合征的临床效果 (J). 当代医学, 2018, 24(15): 143-144.
- (9) 刘祥珍. 用中西医结合疗法治疗原发性肾病综合征的效果分析 (J). 当代医药论丛, 2017, 15(5): 145-146.
- (10) 王科, 任伟, 方媛, 等. 黄蛭益肾胶囊联合泼尼松治疗以肾病综合征为主要表现的 IgA 肾病的临床研究 (J). 中国中西医结合肾病杂志, 2016, 17(10): 906-907.
- (11) 钱莹. 益气养阴利水消肿法联合黄葵胶囊治疗原发性肾病综合征临床观察 (J). 光明中医, 2017, 32(20): 2962-2963.
- (12) 曾文军. 中西医结合治疗原发性肾病综合征疗效观察 (J). 实用中医药杂志, 2016, 32(4): 340-341.
- (13) 张景祖. 中西医结合治疗原发性肾病综合征疗效观察 (J). 山西中医, 2018, 34(3): 26-27.
- (14) 杨金凤. 养脾补肾汤治疗原发性肾病综合征脾肾两虚型疗效观察 (J). 实用中医药杂志, 2018, 34(5): 521-522.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0033-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.016

中西医结合治疗肛肠病术后疼痛的临床观察

陈俊 王晴

(郑州市第一人民医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 **目的:** 探究在肛肠病术后疼痛治疗问题上应用中西医结合疗法所取得的临床效果。 **方法:** 选取郑州市第一人民医院 2018 年 12 月至 2019 年 12 月期间收治的 90 例肛肠病术后疼痛患者, 随机分为两组, 各 45 例。其中, 对照组采用西医常规治疗, 观察组采用中西医结合治疗, 对两组患者的治疗总有效率、视觉模拟评分法 (VAS) 评分及不良反应情况比较。 **结果:** 观察组患者治疗总有效率为 95.56% 高于对照组的 84.44%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 两组患者的 VAS 评分均有不同程度下降, 且观察组降幅大于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者不良反应发生率为 4.44% 低于对照组的 20.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。 **结论:** 在肛肠病术后疼痛治疗过程中, 通过中西医结合治疗的有效开展与落实, 有利于实现患者治疗效果的优化, 对于患者疼痛情况的改善具有积极作用。

〔关键词〕 肛肠病; 中西医结合疗法; 视觉模拟评分法

〔中图分类号〕 R 657.1 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2020-05-09

〔作者简介〕 陈俊, 男, 主治医师, 主要研究方向是肛肠疾病的预防与治疗。