

〔文章编号〕 1007-0893(2023)05-0042-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.05.013

加味参芪地黄汤联合常规西药治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效

杨蕾 徐梅昌* 邓旭 王俊

(南京市中西医结合医院, 江苏 南京 210014)

〔摘要〕 目的: 探究加味参芪地黄汤联合常规西药治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效。方法: 选取南京市中西医结合医院 2019 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治的 100 例慢性肾小球肾炎患者, 按照不同治疗方式分为观察组与对照组, 各 50 例。观察组患者给予加味参芪地黄汤和常规西药治疗, 对照组患者给予厄贝沙坦联合黄葵胶囊治疗。比较两组患者的肾功能指标、生活质量评分、疾病疗效、血清降钙素原 (PCT) 及炎症因子水平等。结果: 治疗后观察组患者尿素氮 (BUN)、血肌酐 (SCr)、24 h 尿蛋白低于对照组, 肌酐清除率 (CCr) 高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者世界卫生组织生存质量量表 (WHOQOL-BREF) 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗总有效率为 96.00%, 高于对照组的 68.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者血清降钙素原 (PCT)、白细胞介素-18 (IL-18)、IL-6、超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针对慢性肾小球肾炎患者, 通过采用加味参芪地黄汤联合常规西药治疗模式, 对患者疾病疗效的提升、血清炎症因子指标的改善、生活质量的提升意义重大, 同时能够改善肾功能指标。

〔关键词〕 慢性肾小球肾炎; 加味参芪地黄汤; 厄贝沙坦

〔中图分类号〕 R 692.3 〔文献标识码〕 B

在当前的临床上, 慢性肾小球肾炎主要表现为蛋白尿、高血压等, 病情极易反复, 且无法治愈, 所需花费的治疗费用高、时间长, 患者多伴随心理、社会、生理等多种障碍, 常选择肾脏保护、脱水利尿药物等实施针对性治疗, 对患者的生活质量带来严重影响。西医的治疗原则是改善患者疾病症状、保护肾功能、降低蛋白尿, 但是长时间用药无法取得理想的疗效, 并受到多种因素的干扰。近年不少学者均主张实施中医治疗原则, 做到活血化瘀、益气补肾, 且之前的报道显示加味参芪地黄汤联合西药治疗, 效果更理想^[1]。基于此, 把加味参芪地黄汤联合常规西药治疗的方式用于 2019 年 1 月至 2021 年 12 月的共 100 例慢性肾小球肾炎患者, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取南京市中西医结合医院 2019 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治的 100 例慢性肾小球肾炎患者, 按照不同治疗方式分为观察组与对照组, 各 50 例。对照组男性 29 例, 女性 21 例; 年龄 32 ~ 76 岁, 平均年龄 (50.38 ± 2.02) 岁; 病程 1 ~ 40 个月, 平均病程 (26.67 ± 0.13) 个月。观察组男性 30 例, 女性 20 例; 年龄 31 ~ 75 岁, 平均

年龄 (50.44 ± 2.06) 岁; 病程 2 ~ 42 个月, 平均病程 (26.70 ± 0.15) 个月。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合慢性肾小球肾炎诊断标准^[2]。(2) 符合气阴两虚证辩证标准: 口干咽燥, 浮肿, 质红, 腰膝酸痛, 倦怠乏力, 苔少, 脉细弱, 手足心热, 畏寒易感冒; (3) 资料详细完整; (4) 对本研究知情同意; (5) 无其他疾病对本研究产生干扰; (6) 无药物过敏史。

1.2.2 排除标准 (1) 合并有自身免疫性疾病; (2) 智力低下、无法正常沟通; (3) 妊娠及哺乳期; (4) 心肌梗死或脑梗死; (5) 对本研究用药物存在过敏史; (6) 肾小球滤过率 (glomerular filtration rate, GFR) < 30 mL · min⁻¹ · 1.73 m²; (7) 中枢神经系统转移性疾病; (8) 合并其他炎症、恶性肿瘤, 伴随精神症状; (9) 因各种原因无法配合治疗; (10) 患有严重糖尿病; (11) 门诊资料不全者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 实施厄贝沙坦联合黄葵胶囊治疗。给予黄葵胶囊 (江苏苏中药业集团股份有限公司, 国药

〔收稿日期〕 2022-12-22

〔作者简介〕 杨蕾, 女, 副主任医师, 主要从事肾内科工作。

〔* 通信作者〕 徐梅昌 (E-mail: 774381628@qq.com; Tel: 13851959295)

准字 Z19990040) 口服, 每次 2.5 g, 每日 3 次; 厄贝沙坦片(赛诺菲(杭州)制药有限公司分装, 国药准字 J20171089) 口服, 每次 0.15 g, 每日 1 次。连续治疗 28 d。

1.3.2 观察组 实施加味参芪地黄汤联合常规西药治疗。基于对照组基础上给予加味参芪地黄汤。组方: 牡丹皮 9 g, 山茱萸、泽泻各 12 g, 丹参、女贞子、茯苓、旱莲草、山药各 15 g, 黄芪、党参各 30 g。临床加减: 如存在血尿, 则需加用白茅根 12 g、茜草 12 g。每日 1 剂, 水煎服, 取汁 200 mL, 每次 100 mL, 分早晚服用。连续治疗 28 d。

1.4 观察指标

(1) 肾功能指标^[3]: 全自动生化分析仪, 检测肌酐清除率(creatinine clearance, CCr)、24 h 尿蛋白、血肌酐(serum creatinine, SCr)、尿素氮(blood urea nitrogen, BUN), 采集患者 3 mL 静脉血检测。(2) 生活质量评分^[4]: 通过世界卫生组织生存质量量表(World Health Organization quality of life scale—brief form questionnaire, WHOQOL—BREF) 进行生活质量的评定, 在社会、躯体、环境、心理 4 个领域评价, 每项评分 35 分, 且共 26 个项目, 当最终得出的分数越高则患者的生活质量越好。

(3) 疾病疗效判定标准^[5], 显效: 血尿、蛋白尿等全部消失, 肾功能恢复正常, 24 h 尿蛋白定量 < 0.4 g; 有效: 24 h 尿蛋白定量降低 ≥ 50%, 血尿、蛋白尿症状显著好转; 无效: 未达上述标准。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(4) 炎症因子水平^[6]: 免疫荧光分析仪和配套试剂检测超敏 C 反应蛋白(hypersensitive C—reactive protein, hs—CRP)、降钙素原(procalcitonin, PCT), 酶联免疫法检测白细胞介素-18(interleukin—18, IL—18)、IL—6, 依据 10000 r·min⁻¹ 离心速度, 对清晨采集的空腹静脉血分离血清, 置于 -20 °C 的环境保存, 具体按照试剂盒说明书完成检测。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 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 两组患者治疗前后肾功能比较

治疗前两组患者 24 h 尿蛋白血清 BUN、SCr、CCr 比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察组患者 24 h 尿蛋白、血清 BUN、SCr 低于对照组, CCr 高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

2.2 两组患者治疗前后 WHOQOL—BREF 评分比较

治疗前两组患者 WHOQOL—BREF 评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察组患者 WHOQOL—BREF 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 1 两组患者治疗前后肾功能比较 (*n* = 50, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	SCr /μmol·L ⁻¹	BUN /mmol·L ⁻¹	24 h 尿蛋白/g	CCr /mL·min ⁻¹
对照组	治疗前	98.66 ± 8.10	17.07 ± 5.20	3.09 ± 0.65	30.10 ± 9.87
	治疗后	94.58 ± 7.46	14.46 ± 4.38	2.58 ± 0.46	34.15 ± 10.02
观察组	治疗前	98.69 ± 8.12	17.14 ± 5.13	3.12 ± 0.67	30.11 ± 9.84
	治疗后	86.54 ± 5.35 ^a	8.62 ± 2.31 ^a	1.11 ± 0.20 ^a	46.37 ± 11.25 ^a

注: SCr—血肌酐; BUN—尿素氮; CCr—肌酐清除率。与对照组治疗后比较, ^a*P* < 0.05。

表 2 两组患者治疗前后 WHOQOL—BREF 评分比较

(*n* = 50, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	社会	躯体	环境	心理
对照组	治疗前	12.08 ± 3.29	14.20 ± 3.22	12.06 ± 3.33	12.07 ± 3.19
	治疗后	18.20 ± 4.26	17.25 ± 4.11	17.28 ± 4.14	17.26 ± 4.91
观察组	治疗前	12.33 ± 3.20	14.27 ± 3.20	12.09 ± 3.21	12.09 ± 3.13
	治疗后	27.55 ± 5.18 ^b	25.36 ± 5.41 ^b	24.67 ± 5.43 ^b	24.50 ± 5.47 ^b

注: WHOQOL—BREF—世界卫生组织生存质量量表。与对照组治疗后比较, ^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 96.00%, 高于对照组的 68.00%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗总有效率比较 (*n* = 50, *n*(%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	7(14.00)	27(54.00)	16(32.00)	34(68.00)
观察组	20(40.00)	28(56.00)	2(4.00)	48(96.00) ^c

注: 与对照组比较, ^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗前两组患者血清 PCT、IL—18、IL—6、hs—CRP 水平比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察组患者血清 PCT、IL—18、IL—6、hs—CRP 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 (*n* = 50, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	PCT /ng·mL ⁻¹	IL—18 /mg·L ⁻¹	IL—6 /mg·L ⁻¹	hs—CRP /mg·L ⁻¹
对照组	治疗前	8.10 ± 3.02	99.87 ± 22.56	22.08 ± 7.19	13.02 ± 4.29
	治疗后	5.85 ± 2.49	95.53 ± 21.25	18.69 ± 6.18	9.58 ± 3.89
观察组	治疗前	8.12 ± 3.08	99.75 ± 22.01	22.18 ± 7.05	13.07 ± 4.20
	治疗后	1.64 ± 0.52 ^d	48.12 ± 11.35 ^d	9.75 ± 3.38 ^d	5.12 ± 1.70 ^d

注: PCT—降钙素原; IL—18—白细胞介素—18; hs—CRP—超敏 C 反应蛋白。

与对照组治疗后比较, ^d*P* < 0.05。

3 讨论

慢性肾小球肾炎发病率在近些年呈现出逐渐上升的趋势, 发展为最常见病症之一, 会促使患者发生气促、咳嗽、呼吸困难等症状, 影响肺功能, 使呼吸受阻, 出现营养不良, 影响患者饮食, 对其生活质量产生严重影响^[7]。慢性肾小球肾炎会反复性的发作, 需长时间坚持

服药干预和治疗,可能因为患者对疾病认识错误或不全面,以及对自身经济因素和病情恶化等的担忧,极易出现焦虑和恐惧等的不健康的心理状态^[8]。所以,积极寻求高效、科学的联合治疗的方式,对降低症状、提升慢性肾小球肾炎治疗效果产生的作用显著。

3.1 加味参芪地黄汤联合常规西药治疗可改善肾功能指标

本研究结果显示,治疗后观察组患者 CCr 高于对照组,24 h 尿蛋白血清 BUN、SCr、水平低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。明显指出通过对患者实施加味参芪地黄汤联合常规西药治疗,肾功能指标改善程度更佳。厄贝沙坦片能够降低患者尿蛋白指标水平,加味参芪地黄汤能够清利湿热,解毒消肿^[9]。且在中医认为治疗慢性肾小球肾炎时要以补肾健脾、益气养阴为原则,且归属于“腰痛”“水肿”等范畴^[10]。参芪地黄汤组方中泽泻利水渗湿,牡丹皮消炎消肿、凉血散瘀、清热活血,旱莲草凉血止血、滋补肝肾,女贞子、山茱萸补肝益肾、收敛固涩^[11];山药补脾益胃、生津补肾^[12]。因此对气阴两虚证患者实施加味参芪地黄汤治疗,可以让患者的病情得到稳定,让患者在短时间内逐渐的康复。提示对慢性肾小球肾炎患者实施联合用药的方式,可明显提升治疗有效性,发挥常规西药、加味参芪地黄汤药物的协同作用,明显改善患者的肾功能指标。

3.2 加味参芪地黄汤联合常规西药治疗可改善生活质量

本研究结果显示,治疗后观察组患者的社会、环境、躯体、心理评分均明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。指出通过对患者实施加味参芪地黄汤联合常规西药治疗模式后,获得的生活质量改善程度更佳。提示对慢性肾小球肾炎患者实施联合用药的方式,可显著改善患者的生活质量。

3.3 加味参芪地黄汤联合常规西药治疗可提升门诊疗效

本研究结果显示,观察组患者治疗总有效率为 96.00%,高于对照组的 68.00%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示对慢性肾小球肾炎患者实施联合用药的方式,在提升用药安全性和有效性等方面的效果显著,发挥常规西药、加味参芪地黄汤药物的协同作用,较单一西药取得的疗效更甚,更适用于慢性肾小球肾炎患者的疾病治疗。

3.4 加味参芪地黄汤联合常规西药治疗可改善血清指标水平

本研究结果显示,观察组患者血清 PCT、IL-18、IL-6、hs-CRP 水平均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示对慢性肾小球肾炎患者实施联合用药的方式,可有效改善患者的血清指标水平。方中的丹参

可养血安神,黄芪益气固表,党参补血补气、补脾益肺^[13]。黄芪、丹参能够促进炎症细胞因子复常,降低肾脏毛细血管通透性;女贞子能够提升血清溶血素抗体活性^[14];旱莲草可增强细胞免疫及体液免疫^[15]。

综上所述,针对慢性肾小球肾炎患者,通过采用加味参芪地黄汤联合常规西药治疗的方式,对生活质量水平的提升、病症控制和肾功能指标的改善等产生的作用显著,同时能够提升疾病疗效,改善血清 PCT 水平和炎症因子水平。

〔参考文献〕

- (1) 孙军院,曹斌.参芪地黄汤加减治疗气阴两虚型慢性肾小球肾炎患者疗效及对凝血指标的影响(J).血栓与止血学,2022,28(3):388-389,392.
- (2) 姜楠.参芪地黄汤加减联合骨化三醇治疗慢性肾小球肾炎临床观察(J).辽宁中医杂志,2022,49(9):92-95.
- (3) 李伟.加味参芪地黄汤联合厄贝沙坦片和黄葵胶囊治疗慢性肾小球肾炎患者的效果(J).中国民康医学,2022,34(10):109-111.
- (4) 袁霞,刘道蓉,任永学,等.参芪地黄汤加减治疗气阴两虚型慢性肾小球肾炎对肾功能及预后的影响观察(J).四川中医,2022,40(5):138-141.
- (5) 王喜红,唐阁,张林,等.小柴胡汤加减联合常规西药治疗慢性肾小球肾炎临床疗效的 Meta 分析(J).湖南中医杂志,2021,37(8):147-151.
- (6) 邱润生.温肾健脾活血汤联合常规西药治疗慢性肾炎蛋白尿患者的临床效果(J).医疗装备,2021,34(10):81-82.
- (7) 海江,刘芳.参芪地黄汤治疗慢性肾小球肾炎气阴两虚证临床疗效及对免疫功能影响(J).辽宁中医药大学学报,2021,23(7):131-134.
- (8) 庄葛.加味参芪地黄汤联合常规西药治疗气阴两虚型慢性肾小球肾炎的临床疗效观察(J).实用中西医结合临床,2020,20(11):19-20.
- (9) 万荣君.参芪地黄汤加减联合骨化三醇治疗慢性肾小球肾炎临床观察(J).内蒙古中医药,2020,39(4):31-32.
- (10) 王文荣,李秋芬.加味参芪地黄汤联合常规西药治疗气阴两虚型慢性肾小球肾炎临床研究(J).新中医,2019,51(9):78-80.
- (11) 彭君,秦鹏,邢天柱,等.参芪地黄汤联合穴位敷贴保肾贴治疗慢性肾小球肾炎疗效观察(J).四川中医,2019,37(7):134-136.
- (12) 李俊.参芪地黄汤加减治疗慢性肾小球肾炎的疗效及对患者血清炎症因子的影响(J).亚太传统医药,2019,15(5):144-146.
- (13) 高伟利,余云辉.参芪地黄汤联合前列地尔注射液治疗慢性肾小球肾炎的效果观察(J).河南医学研究,2018,27(19):3561-3562.
- (14) 梁家华,姜晨光,江晓涛,等.参芪地黄汤加减治疗慢性肾小球肾炎的 Meta 分析及试验序贯分析(J).中国药房,2018,29(12):1697-1701.
- (15) 刘珍,邓天好,张绪生.参芪地黄汤加味治疗脾肾气虚夹瘀型慢性肾小球肾炎 42 例总结(J).湖南中医杂志,2015,31(10):46-48.