

酶(AST)、TbIL 较治疗前均有明显改善( $P < 0.05$ ),且治疗组、ALT、TbIL 的下降幅度优于对照组( $P < 0.05$ ),差异有统计学意义。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 治愈       | 显效       | 有效       | 无效      | 总有效      |
|-----|----|----------|----------|----------|---------|----------|
| 治疗组 | 73 | 13(17.8) | 35(47.9) | 24(32.9) | 1(1.4)  | 72(98.6) |
| 对照组 | 63 | 2(3.2)   | 28(44.4) | 25(39.7) | 8(12.7) | 55(87.3) |

表 2 两组患者治疗前后血清生化指标检测结果比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 例数 | ALT(U/L)                   | AST(U/L)                  | TbIL( $\mu\text{mol/L}$ )  |
|-----|-----|----|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 73 | 172.4 $\pm$ 12.6           | 115.6 $\pm$ 11.7          | 79.4 $\pm$ 14.6            |
|     | 治疗后 | 73 | 68.5 $\pm$ 7.1 $\Delta^*$  | 58.3 $\pm$ 5.5 $\Delta^*$ | 36.2 $\pm$ 9.2 $\Delta^*$  |
| 对照组 | 治疗前 | 63 | 169.8 $\pm$ 13.3           | 104.8 $\pm$ 12.5          | 80.7 $\pm$ 14.8            |
|     | 治疗后 | 63 | 73.1 $\pm$ 11.4 $\Delta^*$ | 43.9 $\pm$ 7.8 $\Delta^*$ | 38.1 $\pm$ 10.3 $\Delta^*$ |

注:与本组治疗前比较,  $\Delta^* P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,  $\Delta P < 0.05$

### 3.4 不良反应

治疗组服用中药后 3 例出现恶心呕吐、腹部不适等症状,减量后症状均消失。

### 4 讨论

目前西医尚无疗效确切的抗肝损伤药物,中医中药在减轻或消除抗结核药所致肝损伤方面的积极

作用开始受到关注。我们借鉴名中医徐景藩治肝病的经验,“论治肝病”需顺其体用之性,重视“安正祛邪”、“肝阴宜养、法在柔润”,在西医治疗基础上加服自拟疏肝协定方,方中柴胡、郁金、枳实疏肝理气解郁;丹参活血养肝兼以解痉通络,并治其标;六月雪、白芍、白术、薏苡仁健脾利湿、益气化痰、疏肝活血;钩藤清热平肝、熄风止痉;垂盆草、黄芩有清热燥湿、泻火解毒及保肝的作用;金钱草有清肝利胆祛湿、解毒退黄、消肿散瘀之功;甘草补脾益气,滋咳润肺,调和诸药。全方相配,有疏肝理气、益气健脾、补养肝血、活血祛瘀、利胆祛湿、清热解毒之功效。

### 参考文献

- [1]叶维法. 临床肝胆病学[M]. 天津:天津科学技术出版社, 2002:723—724.
- [2]肖东楼,马珂. 抗结核药品不良反应治疗手册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:6.
- [3]张登本. 中医学基础[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003:257.
- [4]张赤志,田德英. 中西医结合肝脏病[M]. 北京:人民军医出版社, 2002:564.

(收稿日期:2011-10-09;修回日期:2011-11-07)

[编辑:黄 健]

## 补肾通络法防治肾病综合征 70 例

闵存云\* 付婷婷 杜 玉 王昌俊

广东省人民医院,广州市中山二路 106 号,510080)

基金项目:广东省中医药管理局资助项目(201111108)

\* 通讯作者:mcy1288@163.com, (020)13829717458

[关键词] 肾病综合征;中西医结合疗法;补肾通络

我们自 2004 年 10 月以来,在西医规范治疗的基础上,采用中西医结合的方法,以补肾通络方药为基础加减治疗肾病综合征(NS),现报道如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

病例主要来源于 2005 年 10 至 2010 年 12 月在我院住院后门诊追踪患者,所有病例均为专科确诊为肾病综合征(以下简称 NS)的患者。随机分为治疗组和对照组。治疗组 70 例,男 38 例,女 32 例,年龄 3~48 岁,病程 8~50 个月。对照组 56 例,男 29 例,女 27 例,年龄 3~47 岁,病程 8~48 个月。两组患者在性别、年龄、病程、病理类型等方面均有可比性( $P > 0.05$ )。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准<sup>[1]</sup>:①尿蛋白 $>3.5\text{g}/24\text{h}$ 。②血浆白蛋白 $<30\text{g/L}$ 。③水肿。④血脂升高。其中①②两项为必备条件。中医诊断标准<sup>[2]</sup>:①脾肾两虚证:主症:腰脊酸痛,疲倦乏力,或浮肿,纳少或脘胀。次症:大便溏,尿频或夜尿多,舌质淡红、有齿痕、苔薄白,脉细。②肺肾气虚证:主症:颜面浮肿或肢体肿胀,疲倦乏力,少气懒言,易感冒,腰脊酸痛。次症:面色痿黄,舌淡、苔白润、有齿痕,脉细弱。③脾肾阳虚证:主症:全身浮肿,面色苍白,畏寒肢冷,腰脊冷痛,纳少或便溏。次症:精神萎靡,阳痿,遗精,早泄,或月经失调,舌淡胖、有齿痕,脉沉细或沉迟无力。④肝肾阴虚证:主症:目睛干涩或视物模糊,头晕耳鸣,五心烦热或手足心热,或口干咽燥,腰脊酸

痛。次症：遗精，滑精，或月经失调，舌红少苔，脉弦细或细数。⑤气阴两虚证：主症：面色少华，少气乏力，或易感冒，午后低热，或手足心热，腰痛或浮肿。次症：口干咽燥，或咽部暗红，舌质红或偏红、少苔，脉细或弱。

1.3 纳入标准

凡是符合中、西医诊断标准的患者均纳为研究对象。

1.4 排除标准

凡是不符合诊断标准，或者是由于系统性红斑狼疮、过敏性紫癜、多发性骨髓瘤等其他疾病导致肾脏病患者，孕妇、哺乳期妇女，同时患有其他疾病或并发症者均不作为研究对象。

2 治疗方法

对照组采用泼尼松(广东华南药业集团有限公司,国药准字:H44020682)每日 1mg/kg,标准疗程治疗 8 周(局灶节段性肾小球硬化者延长至 16 周)后,按 10%的剂量递减,减到每日 0.4mg/kg 时,加用环磷酰胺(CTX,山西普德药业有限公司,国药准字 H14023686)常规治疗。仍无效者,将激素减为维持量(0.2mg/kg)后,加用环孢素 A(CsA,Novartis Pharma GmbH,进口药品注册标准 JX20010073)每日 5mg/kg,2 个月后,每月自每日 1mg/kg 减至每日 3mg/kg 后作维持治疗。或加用吗替麦考酚酯(MMF,上海罗氏制药有限公司,国药准字 H20031240),每次 0.5g,每日 3 次,进行治疗。治疗组在西医治疗的基础上,以补肾通络方(生地黄 15g,山茱萸 15g,全蝎 5g,女贞子 15g,墨旱莲 15g,丹参 10g)为基础进行中医辨证治疗。在发病的初期,应用大剂量激素的同时,多数患者出现阴虚火旺的证候,加用知母、黄柏、鳖甲、牡丹皮等以滋阴降火。病程较长,在用泼尼松、CTX 或 CsA 之后效果仍不明显,病情无明显好转者加用(制)附子、肉桂、熟地黄、山药、杜仲等以温阳补肾。热重者加野菊花、金银花、板蓝根等清热解毒之品。体质差、易感冒者加用黄芪、党参、白术等扶正之药。水肿明显者加用大腹皮、茯苓皮、车前子等。白蛋白较低者加用黄芪、党参、当归等。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准<sup>[2]</sup>

完全缓解:多次测定尿蛋白阴性,尿蛋白定量<0.2g/24h,血白蛋白正常,肾功能正常;显著缓解:多次测定尿蛋白<1g/24h,或尿常规检测蛋白减少

2 个(+),血白蛋白正常或显著改善,肾功能正常;部分缓解:多次测定尿蛋白减少 1 个(+),尿蛋白定量<3g/24h,血白蛋白有改善,肾功能正常或有所改善;无效:临床表现及实验室检查均无改善或加重。

3.2 两组临床疗效比较

表 1 示,治疗组疗效明显优于对照组( $P<0.05$ )。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 完全缓解     | 显著缓解     | 部分缓解     | 无效       | 总有效      |
|-----|----|----------|----------|----------|----------|----------|
| 治疗组 | 70 | 22(31.4) | 29(41.4) | 10(14.3) | 9(12.9)  | 61(87.1) |
| 对照组 | 56 | 12(21.4) | 17(30.4) | 15(26.8) | 12(21.4) | 44(78.6) |

3.3 两组治疗前后尿蛋白及血浆白蛋白比较

表 2 示,两组患者经过治疗后尿蛋白均有不同程度的减少,血浆白蛋白升高( $P<0.01$ ),与对照组相比,治疗组患者的白蛋白升高较为显著,尿蛋白明显减少( $P<0.05$ )。

表 2 两组治疗前后尿蛋白、血浆白蛋白比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | 时间  | 例数 | 尿蛋白(g/24h)  | 血浆白蛋白(g/L)   |
|-----|-----|----|-------------|--------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 70 | 5.69±1.24   | 20.34±7.78   |
|     | 治疗后 | 70 | 1.02±0.76*△ | 36.45±5.56*△ |
| 对照组 | 治疗前 | 56 | 5.76±1.43   | 21.86±7.82   |
|     | 治疗后 | 56 | 1.74±1.25*△ | 33.15±6.45*△ |

注:与治疗前比较,\* $P<0.01$ ;与对照组治疗比较,△ $P<0.05$

3.4 两组患者用药后毒副作用发生情况

治疗组中出现 1 种副反应 10 例(占 14.3%),2 种或 2 种以上 7 例(占 10%),其中满月脸 6 例,多毛 2 例,痤疮 6 例,胃痛 3 例,烦躁/失眠 2 例,感染 4 例,白细胞减少 0 例,脱发 0 例,恶心/呕吐 4 例,肝损伤 3 例,骨质疏松 2 例。对照组出现 1 种副反应者 29 例(占 51.8%),2 种或 2 种以上者 26 例(占 46.4%),其中满月脸 24 例,多毛 10 例,痤疮 28 例,胃痛 9 例,烦躁/失眠 15 例,感染 7 例,白细胞减少 2 例,脱发 3 例,恶心/呕吐 8 例,肝损伤 5 例,骨质疏松 2 例。

4 讨论

NS 患者病情复发或加重的最常见的原因是感染,尤其是上呼吸道感染,我们此前的临床研究结果提示,应用具有补肾作用的中药生地黄、山茱萸、女贞子、墨旱莲等可以提高机体的免疫力,减轻或消除大剂量激素和免疫抑制剂导致的机体免疫功能低下,减少合并感染的机会,减少病情复发。同时 NS 患者机体多处于高黏状态,患者血中 TXA<sub>2</sub> 明显增高,血小板聚集明显增强,这就为活血化瘀中药的应

用提供了理论依据。而且活血化瘀药丹参、益母草、桃仁、红花等均具有抗纤维化的作用,对预防和延缓肾小球硬化有一定的作用。因此,我们以补肾通络为基本治疗原则,在辨证论治的基础上进行适当的加减。因长期大剂量应用激素,使患者处于一种相对亢奋的状态,在早期应用大剂量激素的同时加用滋阴降火的中药以消除其副作用。在疾病的后期,以中药治疗为主,因这时患者多表现出畏寒、腰膝酸

冷等阳气不足的症状,治疗以温阳补肾为主。

#### 参考文献

- [1]叶任高,陆再英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2005:508—516.
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:157—162.

(收稿日期:2011-10-10;修回日期:2011-11-07)

[编辑:黄健]

## 黄连温胆汤治疗痰热内扰型失眠 60 例

张伟华\* 指导:黄韬

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,上海市虹口区甘河路 110 号,200437)

\* 通讯作者:weihuagirl@163.com,13764179671

[关键词] 失眠;中医药疗法;黄连温胆汤;痰热内扰

2008 至 2010 年我们在内科门诊对 90 例痰热内扰型失眠患者进行了临床观察,兹总结如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

90 例病例来自岳阳中西医结合医院 2008 年 6 月至 2010 年 12 月中医内科门诊失眠症患者,根据《中国精神病学分类与诊断标准》(CCMD-3)<sup>[1]</sup> 诊断标准诊断为失眠症,中医辨证为痰热内扰。采用随机数字表法,按 2:1 分为两组,治疗组 60 例,对照组 30 例。治疗组男 21 例,女 39 例;年龄 19~65 岁;病程 3 个月~6 年,平均(5.3±1.5)年。对照组男 10 例,女 20 例;年龄 18~63 岁;病程 2 个月~7 年,平均(5.1±1.8)年。发病因素:两组精神情志因素占 58.18%,躯体性因素占 16.13%,药物反应占 8.06%,无明显诱因 25.8%。两组患者年龄、性别、病程、发病因素等比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

#### 1.2 诊断标准

临床诊断根据 CCMD-3 标准<sup>[1]</sup>;SPIGEL 量表评分 $\geq 12$ <sup>[2]</sup>;中医诊断和分型参照《上海市中医病证诊疗常规》<sup>[3]</sup>中痰热内扰失眠型的辨证标准。

#### 1.3 纳入标准

几乎以失眠为惟一的症状,其他症状均继发于失眠,包括难于入睡,睡眠不深,易醒,多梦,早醒,醒后不易入睡,醒后感不适,疲乏或白天困倦等。上述睡眠障碍每周至少发生 3 次,并持续 1 个月以上。失眠引起苦恼,或精神活动效率下降,或妨碍社会功

能,均排除任何一种躯体疾病或精神障碍症状。

#### 1.4 排除标准

躯体疾病或其他精神疾病引起的失眠;在观察前 4 周内规范使用抗精神病药及抗抑郁药;已知的酗酒及药物依赖者;怀孕、哺乳或在研究中可能怀孕不能采取有效避孕措施的妇女;有心、肝、肾或其他系统明显症状。实验室检查及心电图检查有临床意义的异常;门冬氨酸氨基转移酶(AST)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)超过正常值上限的 1.5 倍。

#### 2 治疗方法

治疗组用黄连温胆汤[黄连 9g,(姜)竹茹 9g,(胆)南星 9g,(姜)半夏 9g,陈皮 9g,枳实 12g,茯神 15g,(焦)栀子 12g,珍珠母 30g,炙甘草 6g,生姜 6g,大枣 10g]。每日 1 剂,浓煎为 200ml,晚上睡前 30min 顿服;对照组口服安定片(上海信宜药业有限公司生产,国药准字 H31021151),每次 2.5mg,晚上睡前 30min 顿服。两组均治疗 4 周。

#### 3 疗效观察

两组病例均于服药前、服药后 4 周分别记录 SPIGEL 量表(即入睡时间、总睡眠时间、夜醒次数、睡眠深度、做梦情况、醒后感觉)和中医症状、证候量表(睡眠不安、心烦懊恼、胸闷、脘痞、咽中不适、痰多、头晕、目眩、舌红、苔黄腻、脉滑或滑数)评分。

#### 3.1 疗效评价标准

以 SPIGEL 量表评分减分率为主要疗效指标,中医证候量表减分率作为次要疗效指标。痊愈:症状完全或部分消失,减分率 $\geq 80\%$ ;显效:症状基本消失,减分率 $\geq 50\%$ 但 $<80\%$ ;有效:症状有改善或