

法,对于因情志乖逆引发勃起功能障碍的患者应注重从神志论治。

[参考文献]

- [1] 王晓峰,朱积川,邓春华. 中国男科疾病诊断治疗指南(2013版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:57.
- [2] 赵学英,刘学伟,李凤鸣,等. 勃起功能障碍的研究进展[J]. 中华全科医师杂志,2006,5(3):158.
- [3] 王磊,杜玉开. 男性勃起功能障碍概述[J]. 国外医学:社会医学分册,2005,22(4):162-166.
- [4] 应荐,徐福松,鲁龙光. 心理疏导疗法治疗勃起功能障

碍临床研究[J]. 中国心理卫生杂志,2004,18(1):780-781.

- [5] 秦国政. 现代中医从病因论治阳痿研究现状述评[J]. 中医药学刊,2001,19(5):435-437.
- [6] 钱彦芳. 治阳痿当安神[J]. 河北医学,1995,1(4):274.
- [7] 秦国政,李曰庆,裴晓华,等. 《基于肝郁血瘀肾虚论治阳痿》专家共识[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(8):1623.
- [8] 李乐德. 性治疗实用指南[M]. 长沙:湖南科技出版社,1988:50.
- [9] 陈昭典,谭付清. 勃起功能障碍治疗的现状与进展[J]. 中华男科学杂志,2005,11(7):548-551.

(责任编辑:吴凌,李海霞)

益气养阴、固表利咽法治气阴两虚型 IgA 肾病临床研究

吴飞翔,吴君平,吴晋兰

杭州市余杭区中西医结合医院,浙江 杭州 311100

[摘要] 目的:观察益气养阴、固表利咽法治气阴两虚型 IgA 肾病的临床疗效。方法:将 IgA 肾病 60 例随机分为试验组与对照组,每组 30 例;2 组患者均予以西医常规治疗,试验组在此基础上加用益气养阴、固表利咽为主的中药治疗;疗程均为 6 月,记录所有受试者治疗前、治疗后 2 月、4 月、6 月时中医证候积分、感冒次数及安全性指标,并评价总体临床疗效。结果:总有效率试验组为 86.7%,对照组为 66.7%,2 组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后,2 组在半年内的治疗后感冒次数均比治疗前减少 ($P < 0.05$),且试验组感冒次数明显少于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后,2 组腰膝酸软、神疲乏力、面色少华、咽干、发热恶寒等中医证候积分均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$),且试验组上述各项积分下降较对照组更显著 ($P < 0.05$)。治疗后 2 月、4 月、6 月,2 组中医证候总积分均较治疗前明显降低 ($P < 0.05$),且试验组总积分下降较对照组同时间段更显著 ($P < 0.05$)。2 组患者治疗前后肝功能、血常规、大便常规、心电图均无明显变化。结论:益气养阴、固表利咽法可以明显改善 IgA 肾病患者的相关临床症状及体征,减少患者的感冒次数,值得临床推广应用。

[关键词] IgA 肾病;中西医结合疗法;气阴两虚;益气养阴;固表利咽

[中图分类号] R692.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 01-0115-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.01.029

Clinical Study of Methods of Replenishing Qi, Nourishing Yin, Consolidating the Exterior and Relieving the Sore Throat on IgA Nephropathy with Qi and Yin Deficiency Syndrome

WU Feixiang, WU Junping, WU Jinlan

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of methods of replenishing qi, nourishing yin, consolidating the exterior and relieving the sore throat on IgA nephropathy with qi and yin deficiency syndrome. **Methods:** Divided 60 cases of

[收稿日期] 2018-04-01

[基金项目] 浙江省中医药重点学科建设项目 (2017-XK-D02)

[作者简介] 吴飞翔 (1989-),男,中医师,主要从事中西医结合防治慢性肾脏病。

IgA nephropathy randomly into the experiment group and the control group, 30 cases in each group. The two groups were both given routine western medicine, while the experiment group was additionally treated with Chinese medicine treatment mainly for replenishing qi, nourishing yin, consolidating the exterior and relieving the sore throat. The course of the treatment was 6 months. Recorded Chinese medicine syndrome scores, times of catching cold and safety indexes of all subjects before treatment and 2 months, 4 months, and 6 months after treatment, and evaluated the overall clinical effect. **Results:** The total effective rate was 86.7% in the experiment group and 66.7% in the control group, difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, the times of catching cold after treatment within half a year in the two groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$); the times of catching cold in the experiment group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of such Chinese medicine syndromes as soreness and weakness of waist and knees, fatigue, lusterless complexion, dry throat and fever with cold aversion were evidently lower than those before treatment ($P < 0.05$); these scores in the experiment group were decreased more obviously than those in the control group ($P < 0.05$). 2 months, 4 months, and 6 months after treatment, the total scores of Chinese medicine syndromes in the two groups were clearly lower than those before treatment ($P < 0.05$); the decrease of the total scores in the experiment group was more clearly than that in the control group at the same time point ($P < 0.05$). There were no significant changes being found in the liver function, blood routine, stool routine, and electrocardiogram in the two groups before and after treatment. **Conclusion:** The application of replenishing qi and nourishing yin method combined with consolidating the exterior and relieving the sore throat method can significantly improve the relevant clinical symptoms and signs of patients and reduce their times of catching cold, which is worthy of clinical promotion and application.

Keywords: IgA nephropathy; Integrated Chinese and western medicine therapy; Qi and yin deficiency; Replenishing qi and nourishing yin; Consolidating the exterior and relieving the sore throat

IgA 肾病是一种以免疫复合物沉积在肾小球系膜区为主要特点的疾病。它是导致我国肾小球源性血尿发生的最常见病因。西医主要是通过减轻免疫炎症反应来治疗本病,但总体效果并不理想。临床上,笔者观察了益气养阴、固表利咽法治疗气阴两虚型 IgA 肾病的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例均为 2013 年 2 月—2014 年 9 月间于本院肾病内科门诊及住院部就诊的患者。凡经肾穿刺病理活检证实为 IgA 肾病的患者可进入筛选阶段。按纳入及排除标准,总共选取 60 例病例,随机分成试验组和对照组,每组 30 例。试验组男 17 例,女 13 例;年龄 18~30 岁 11 例,31~41 岁 11 例,42~52 岁 5 例,53~65 岁 3 例;病程 < 6 月 4 例,6 月~1 年 8 例,1~2 年 12 例,> 2 年 6 例。对照组男 16 例,女 14 例;18~30 岁 12 例,31~41 岁 10 例,42~52 岁 4 例,53~65 岁 4 例;病程 < 6 月 3 例,6 月~1 年 10 例,1~2 年 10 例,> 2 年 7 例。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《肾脏病学》^[1]及《中国肾脏病

学》^[2]中相关标准确诊。①经肾组织活检,病理确诊为 IgA 肾病,光镜下常见系膜细胞增生、基质增多,常呈局灶节段性分布;免疫荧光镜下,可见在肾小球系膜中呈弥漫分布的颗粒或团块状 IgA 沉积物(主要是 IgA1),可伴有其他免疫球蛋白沉积,但强度较弱。②临床上排除过敏性紫癜、系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等自身免疫性疾病,病毒性肝炎、肝硬化等肝源性疾病,溃疡性结肠炎、局限性肠炎等肠道疾病;疱疹样皮炎、银屑病等皮肤病;肺癌、IgA 丙球蛋白病和非何杰金淋巴瘤等肿瘤病;周期性嗜中性粒细胞减少症、混合性冷球蛋白血症等血液病;淀粉样变性以及遗传性肾脏病等所致的继发性 IgA 肾病。

1.3 辨证标准 参考《慢性肾炎中医辨证标准》^[3]中关于气阴两虚型诊断,主症:腰膝酸软,面色少华,神疲乏力,口干咽燥甚或咽痛,易感冒,舌红,少苔,脉细数。次症:易汗出,发热,恶寒,咳嗽,咯稀白痰或黄稠痰。

1.4 纳入标准 ①经肾活检及临床检查确诊为原发性 IgA 肾病;②年龄 18~65 岁,性别不限;③中医辨证为气阴两虚证者;④曾经接受激素、免疫抑制剂治疗,现已停药或正在接受激素、免疫抑制剂治疗,已

进入减药阶段。

1.5 排除标准 ①过敏体质或多种药物过敏患者；②血肌酐 $\geq 442 \mu\text{mol/L}$ 的IgA肾病患者；③合并危及生命的并发症如严重感染者；④患有恶性肿瘤或有恶性肿瘤病史、HIV感染史、精神病史、伴有血液病、急性中枢神经系统疾病、严重心脑血管疾病、严重胃肠道疾病的患者；⑤糖代谢异常，空腹血糖超过 6.2 mmol/L 者；⑥妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取常规治疗。水肿期限制入水量，依据肾功能调整蛋白摄入量，水肿较重者同时予以利尿治疗。合并高血压病予以ACEI/ARB类药物控制血压，效果不佳者可联合CCB、 β 受体阻滞剂等。24 h尿蛋白定量 $< 1 \text{ g}$ 者，血压控制在 $130/80 \text{ mmHg}$ 以内；24 h尿蛋白定量 $> 1 \text{ g}$ ，血压控制在 $125/75 \text{ mmHg}$ 以内。合并高脂血症，予以阿托伐他汀片 20 mg ，每天1次口服；高凝状态者，予以双嘧达莫片 50 mg ，每天3次口服；对于24 h尿蛋白定量持续 $\geq 1 \text{ g}$ ，且肾小球滤过率 $> 50 \text{ mL}/(\text{min}\cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 的患者，予以强的松 $0.5\sim 1.0 \text{ mg}/(\text{kg}\cdot \text{d})$ 口服，4~8周后酌情减量，总疗程6月。若患者肾功能急剧恶化伴新月体形成，加用环磷酰胺冲击治疗^[1]。

2.2 试验组 在对照组治疗的基础上，加用益气养阴兼固表利咽中药治疗。处方：党参、山药、山茱萸、茯苓、连翘各 15 g ，黄芪 30 g ，生地黄、牡丹皮、白术、防风、桔梗、玄参、麦冬各 10 g ，甘草 6 g 。加减：水肿甚者加用猪苓、玉米须等利水消肿；湿热重者加用黄芩、石韦、白茅根等清热利湿；瘀血甚者加用川芎、当归、丹参等活血化瘀。前3月方药每周5剂，后3月隔周5剂，头煎加水 400 mL ，武火煎沸，再用文火煎 30 min ，共取汁 200 mL ，分2次温服。

2组均治疗6月后统计疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 安全性指标血常规、大便常规、肝功能、心电图，每3月记录1次。

3.2 疗效性指标 治疗结束后统计感冒次数。感冒判定：临床表现以鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、头痛、恶寒、发热、全身不适、脉浮为特征。

3.3 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]制定中医证候积分表，于治疗前及治

疗后2月、4月、6月统计腰膝酸软、神疲乏力、面色少华、咽干、发热恶寒等的积分，按症状无记0分，轻度记2分，中度记4分，重度记6分^[5]。

3.4 统计学方法 统计分析采用SPSS19.0统计软件包建立数据库，进行统计分析。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。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中药新药临床指导研究原则(试行)》^[4]制定。临床治愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 75\%$ ；有效：中医临床症状、体征有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ ；无效：中医临床症状、体征均无明显改善甚或加重，证候积分减少 $< 30\%$ 。计算公式：证候积分 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率试验组为 86.7% ，对照组为 66.7% ，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
试验组	30	6	12	8	4	86.7 ^①
对照组	30	3	7	10	10	66.7

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组半年内感冒次数比较 见表2。治疗后，2组在半年内的治疗后感冒次数均比治疗前减少($P < 0.05$)，且试验组感冒次数明显少于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组半年内感冒次数比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	治疗前	治疗后
试验组	30	5.26 ± 1.37	1.28 ± 0.54 ^{①②}
对照组	30	5.35 ± 1.25	4.13 ± 1.36 ^①

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后各项中医证候积分比较 见表3。治疗后，2组腰膝酸软、神疲乏力、面色少华、咽干、发热恶寒等中医证候积分均较治疗前明显下降($P < 0.05$)，且试验组上述各项积分下降较对照组更显著($P < 0.05$)。

4.5 2组治疗前后中医证候总积分比较 见表4。治疗后2月、4月、6月，2组中医证候总积分均较治

疗前明显降低($P < 0.05$), 且试验组总积分下降较对照组同时点更显著($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后各项中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

项目	试验组(n=30)		对照组(n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
腰膝酸软	2.46±1.64	0.51±0.46 ^{①②}	2.43±1.85	1.23±0.68 ^①
神疲乏力	3.54±1.50	1.33±1.28 ^{①②}	3.15±1.60	2.02±1.35 ^①
面色少华	4.05±1.13	1.56±0.34 ^{①②}	4.11±1.21	3.05±1.23 ^①
咽干	4.54±1.78	1.52±1.32 ^{①②}	4.61±1.80	3.13±1.55 ^①
发热恶寒	3.50±1.25	1.46±1.15 ^{①②}	3.25±1.15	2.14±1.20 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

表4 2组治疗前后中医证候总积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗2月	治疗4月	治疗6月
试验组	30	12.58±4.63	8.57±4.34 ^{①②}	4.05±2.68 ^{①②}	2.07±2.57 ^{①②}
对照组	30	13.65±4.64	11.41±5.24 ^①	7.14±5.16 ^①	5.03±5.07 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组同时点比较, ② $P < 0.05$

4.6 安全性分析 2组患者肝功能、血常规、大便常规、心电图治疗前后均无明显变化。

5 讨论

IgA 肾病的病因有内外之分, 内因以脾肾亏虚、阴阳失调为主; 感受外邪, 尤其是风寒湿热之毒是主要外因。本病的病机是本虚标实, 本虚又以脾气亏虚、肾阴不足为主, 故气阴两虚为其病变过程中的主要证型, 故本研究选取气阴两虚证作为基础证型。邪实之中, 以风热、风寒、湿热、瘀血等为常见。临床医家普遍认为, 气阴两虚是 IgA 肾病发生的根本原因, 此时患者正气内虚, 容易感受外邪, 而外邪多经咽喉入侵, 致内外合邪, 酿成本病。在治疗上多主张采用益气养阴以扶正, 固表利咽以祛邪。

本次治疗采用的方剂由参芪地黄汤、玉屏风散、玄麦甘桔汤三方合用, 去泽泻, 加连翘而成。方中以

黄芪、生地黄为君药, 合用以奏补气健脾、益肾养阴之效; 《内经》有“正气存内, 邪不可干”之说, 若体内正气充足, 既可抵御外邪入侵, 又可祛邪外出, 从根本上减少了病邪的来源。山药补脾肾之气, 滋脾肾之阴; 党参益气生津, 合用加强君药益气养阴的功效。因导致蛋白尿之本源在于风邪侵袭于肺经, 风性开泄致封藏不固, 精关失守; 治疗中予以疏散风邪的防风, 既可防止外来风邪入侵, 又可令水谷精微归其正道, 从而使蛋白尿消失; 再配以黄芪、白术, 三药相反相成, 祛邪而不伤正, 固表而不留邪。山茱萸滋补肝肾, 秘涩精气。牡丹皮清泄相火以制阳亢; 连翘轻清上浮, 长于清心火, 散疏上焦风热; 茯苓健脾利水, 三药合用, 体内湿热之邪得以清除, 则邪无所依附。玄参、麦冬滋阴利咽; 桔梗载药上行, 直达病所; 甘草调和诸药。诸药合用, 以达寓防于治, 防治结合之意, 共奏益气养阴、固表利咽之效。

综上, 益气养阴兼固表利咽法治气阴两虚型 IgA 肾病, 可以明显改善患者的各项临床症状及体征, 减少感冒次数, 提高临床缓解率。在临床观察期间患者并未出现明显的不良反应, 说明在临床上运用此方法治疗 IgA 肾病安全可靠。

【参考文献】

- [1] 王海燕, 李晓玫. 肾脏病学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 703-708.
- [2] 黎磊石. 中国肾脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 446-449.
- [3] 中国中医药学会内科学会肾病专业委员会. 慢性肾炎(前期)中医辨证标准[J]. 中医杂志, 1996, 37(10): 627.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 85-86.
- [5] 周晓, 李红红, 吴秀美. 柴胡顺气散治疗功能性消化不良的临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2003, 25(6): 28-29.

(责任编辑: 冯天保)