

引用:郑献敏,王辉,徐剑锋,叶仁群,徐泽军. 补肾封髓汤治疗肝肾阴虚型系统性红斑狼疮 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(5):57-59.

补肾封髓汤治疗 肝肾阴虚型系统性红斑狼疮 30 例临床观察

郑献敏,王辉,徐剑锋,叶仁群,徐泽军

[深圳市宝安中医院(集团),广东 深圳,518133]

[摘要] 目的:观察补肾封髓汤对肝肾阴虚型系统性红斑狼疮(SLE)的临床疗效。方法:选择 60 例 SLE 且中医辨证为肝肾阴虚型的患者,按照随机数字表法将其随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。对照组以激素和免疫抑制剂进行标准治疗,治疗组在对照组基础上加用补肾封髓汤口服,12 周后观察疗效。结果:治疗组患者中医证候积分、骨密度及白蛋白改善情况明显优于对照组($P < 0.01$, $P < 0.05$)。结论:补肾封髓汤可改善系统性红斑狼疮患者激素治疗后出现的肝肾阴虚证症状,值得临床推广。

[关键词] 系统性红斑狼疮;肝肾阴虚证;中医药疗法;补肾封髓汤

[中图分类号] R259.932.4⁺1 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.05.023

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种自身免疫介导的慢性炎症性疾病,目前原因尚不明确,其以产生针对细胞核成分的自身抗体以及出现多系统、多器官受累的临床表现为主要特征。西医治疗 SLE 主要是通过摄入糖皮质激素和免疫抑制剂,而激素的不良反应主要为骨质疏松和向心性肥胖,其治疗过程中可出现肝肾阴虚的临床症状。因此,如何减轻激素的毒副作用并增强疗效是中医药治疗的关键。本研究组在临床上采用补肾封髓汤治疗系统性红斑狼疮,有效地改善了患者的肝肾阴虚症状,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 12 月至 2018 年 12 月于本院风湿科门诊及病房收治的系统性狼疮患者 60 例,其中男 4 例,女 56 例;年龄 18~70 岁,平均(41.85±23.37)岁;病程 4 个月至 3 年,平均(24.28±12.86)个月;病情活动度:轻度 24 例,中度 36 例。将其随机分为治疗组与对照组,每组各 30 例。2 组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合 2009 年 SLICC 修改的 ACR SLE 分类标准^[1]。1)临床标准:①急性或亚急性皮肤狼疮;②慢性皮肤型狼疮;③口鼻部溃疡;

④脱发,非瘢痕性;⑤关节炎;⑥胸膜炎和心包炎;⑦尿蛋白/肌酐比值 $> 0.5 \text{ mg/mg}$,或 24 h 尿蛋白 $> 0.5 \text{ g/d}$,或有红细胞管型;⑧癫痫发作或精神病,多发性单神经炎,脊髓炎,外周或脑神经病变,脑炎;⑨溶血性贫血;⑩白细胞减少(至少 1 次 $< 4.0 \times 10^9/\text{L}$)或淋巴细胞减少(至少 1 次 $< 1.0 \times 10^9/\text{L}$);⑪血小板减少症(至少 1 次 $< 100 \times 10^9/\text{L}$)。2)免疫学标准:①ANA 滴度高于参考标准;②抗 dsDNA 滴度高于参考标准(ELISA 法需 ≥ 2 次);③抗 Sm 阳性;④狼疮抗凝物阳性/梅毒血清学试验假阳性/抗心磷脂抗体高于正常 2 倍或抗 $\beta 2\text{GPI}$ 抗体中滴度以上升高;⑤C3/C4/CH50 降低;⑥无溶血性贫血但 Coombs 试验阳性。患者如果满足下列条件至少 1 条,则可诊断为系统性红斑狼疮:①有活检证实的狼疮肾炎,伴有 ANA 阳性或抗 ds-DNA 阳性;②患者满足分类标准中的 4 条,其中包括至少 1 条临床标准和 1 条免疫学标准。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[2]中有关肝肾阴虚证的辨证标准。1)主症:腰膝酸软,脱发,眩晕耳鸣;或有低热;2)次症:乏力,口燥咽干,视物模糊,月经不调或闭经;3)舌脉:舌质红、苔少或有剥脱,脉细。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄 18~70 岁;3)自愿参加本研究并签署

知情同意书。

1.4 排除标准 1) 系统性红斑狼疮重度活动及危象型患者;2) 兼有其他风湿病者;3) 合并心血管、肝、肾、脑和造血系统等严重原发性疾病者;4) 妊娠、哺乳期妇女,以及精神病患者;5) 已知对本药组成分过敏者;6) 因突患其他疾病不能继续观察者;7) 依从性差,未按规定用药或擅自服用其他可能影响疗效的药物者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用激素和免疫抑制剂进行标准治疗。1) 醋酸泼尼松龙片(山东新华制药有限公司,批号:1810034,规格:5 mg/片)0.5~1 mg/(kg·d),口服,病情稳定6~8周后酌情减量;2) 硫酸羟氯喹(赛诺菲,批号:8R17J,规格:0.2 g/片)0.2 g/次,2次/d,口服;3) 钙尔奇D(惠氏制药有限公司,批号:AL5737,规格:600 mg/片)口服,1片/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用补肾封髓汤治疗。基础方:生地黄30 g,淮山15 g,黄柏10 g,砂仁6 g,肉苁蓉30 g,甘草10 g,白芍9 g,牛膝10 g。加减用药:蛋白尿者,加川续断10 g、杜仲10 g、山豆根5 g;发热者,重用石膏30 g,加用寒水石30 g、滑石10 g;咽喉疼痛者:加玄参10 g、板蓝根20 g、忍冬花10 g;关节疼痛者,加羌活10 g、淫羊藿10 g、忍冬藤30 g;红斑明显者,加水牛角30 g、牡丹皮10 g、赤芍10 g;血液系统损害(瘀斑)者,加党参10 g、茜草10 g、鸡血藤10 g;头晕失眠脱发者,加龙骨30 g、牡蛎30 g、龟甲15 g、夜交藤15 g。水煎服,每天1剂。

2组均以12周为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中的系统性红斑狼疮症状分级量化表进行积分。包括:红斑、口疮、关节疼痛、口干、脱发、发热、手足瘀点等,按照无、轻、中、重分别计0、2、4、6分;舌、脉象有计1分,无计0分。2) L1~4椎体骨密度(BMD)。3) SLE病情活动指标。①白蛋白;②血沉(ESR);③C反应蛋白(CRP);④系统性红斑狼疮疾病活动度评分(SLEDAI)^[3]。0~4分:基本无活动;5~9分:轻度活动;10~14分:中度活动;15分以上:重度活动。

3.2 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件进行统计学分析,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;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组治疗前后中医证候积分比较 治疗组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后与对照组比较,差异均有统计学意义。(见表1)

表1 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	8.84 ± 2.96	2.06 ± 0.96 ^{ab}
对照组	30	8.92 ± 2.74	6.46 ± 2.43

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.01$ 。

3.3.2 2组治疗前后BMD比较 治疗组BMD治疗前组内比较及治疗后与对照组比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后BMD比较($\bar{x} \pm s$,g/cm²)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	0.635 ± 0.052	0.887 ± 0.041 ^{ab}
对照组	30	0.625 ± 0.052	0.698 ± 0.048

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.3.2 2组治疗前后SLE病情活动指标比较

2组ESR、CRP、SLEDAI评分及白蛋白治疗前后组内比较,差异均有统计学意义;2组白蛋白治疗后组间比较,差异有统计学意义。(见表3)

表3 2组治疗前后SLE病情活动指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	白蛋白(g/L)	ESR(mm/h)	CRP(g/L)	SLEDAI评分(分)
治疗组	30	治疗前	31.23 ± 6.37	51.21 ± 12.64	36.12 ± 10.57	9.23 ± 4.56
		治疗后	42.54 ± 7.22 ^{ab}	20.87 ± 8.22 ^{ab}	12.42 ± 3.23 ^{ab}	3.01 ± 1.16 ^{ab}
对照组	30	治疗前	30.18 ± 5.19	50.66 ± 14.17	38.96 ± 12.04	9.44 ± 5.08
		治疗后	37.16 ± 6.84 ^a	30.76 ± 10.46 ^a	13.06 ± 4.53 ^a	4.51 ± 1.89 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

SLE属于中医学“红蝴蝶疮”“阴阳毒”等范畴,《实用中医风湿病学》^[4]中论述其病机为素体不足,真阴本亏,肝肾亏虚,复感外邪或情志内伤所致。1993年卫生部统一SLE中医证型为6个,其中肝肾亏虚、脾虚等证型为治疗后期常见证型。梁碧欣等^[5]统计分析发现,SLE患者中阴虚占40%左右,肝肾阴虚占34%左右。经过激素、免疫治疗后,肝肾阴虚所占比例更高。糖皮质激素性骨质疏松症(GIOP)居继发性骨质疏松症的首位,糖皮质激素(GC)对骨量的影响持续存在且无安全阈值,任何

引用:王志强,鹿猛. 补中益气汤联合乳果糖治疗便秘型肠易激综合征 45 例[J]. 湖南中医杂志,2020,36(5):59-61.

补中益气汤联合乳果糖治疗便秘型肠易激综合征 45 例

王志强,鹿猛

(河南省中州铝厂职工医院,河南 新乡,453800)

[摘要] 目的:观察补中益气汤联合乳果糖治疗便秘型肠易激综合征的临床疗效。方法:选取便秘型肠易激综合征患者 90 例,依据随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各 45 例。对照组采用乳果糖治疗,治疗组在对照组基础上联用补中益气汤治疗。比较 2 组临床疗效、中医证候积分及血液学指标变化的情况。结果:治疗 2 个月后,总有效率治疗组为 97.78% (44/45),对照组为 82.22% (37/45),组间比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗组大便干结、腹痛、排便困难等中医证候积分及生长抑素(SS)、5-羟色胺(5-HT)、P 物质(SP)水平均高于对照组,神经太 Y(NPY)水平低于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗过程中 2 组均无不良反应。结论:采用补中益气汤联合乳果糖治疗便秘型肠易激综合征,可较大幅度改善患者血液学指标及临床症状,具有较好的临床应用价值。

[关键词] 肠易激综合征;便秘;中西医结合疗法;补中益气汤;血液学指标

[中图分类号] R259.746.2 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.05.024

肠易激综合征是一种临床常见的肠道功能紊乱性疾病,以中青年女性为主要发病人群。据大便性状的不同可将该病分为便秘型、腹泻型、不定型和混合型四种,其中以便秘型最为常见^[1]。其临床症状主要包括大便干结、排便困难、大便量少以及交替性腹泻等,部分患者在直肠指检时有肛门痉挛及触痛感。临床治疗该病的常规手段包括饮食治疗、药物干预等,中药治疗因其具备血刺激性小、不

良反应少等优点而被患者广泛接受^[2]。本研究采用补中益气汤联合乳果糖治疗便秘型肠易激综合征,临床疗效较好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 2 月至 2019 年 2 月期间本院收治的便秘型肠易激综合征患者 90 例,采用随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各 45 例。治疗组中,男 13 例,女 32 例;年龄 26~55 岁,

第一作者:王志强,男,主治医师,研究方向:肛肠疾病的中医诊疗

时候进行防治均正当时。临床上,SLE 经过激素及免疫治疗后均可出现不同程度的骨质疏松,中医证候表现为肝肾阴虚证。封髓汤出自清代医家郑钦安《医理真传》,由黄柏、砂仁、甘草组成。郑氏认为,黄柏味苦入心,禀天冬寒水之气而入肾,甘草调和上下,又能伏火,真火伏藏,黄柏之苦和甘草之甘,苦甘能化阴,砂仁之甘合甘草之甘,甘能化阳,阴阳化合,交会中宫,则水火既济,心肾相交。加入肉苁蓉补肾,生地黄、白芍增加养阴功效,牛膝补肝肾,引血下行,降火;淮山健脾。综观全方,达到补肾封髓、滋阴降火的功效,称为“补肾封髓汤”。本研究结果显示,补肾封髓汤可改善患者的肝肾阴虚症状。通过补肾精,封藏固摄肾之精髓,滋阴降火,达到改善患者骨质疏松的目的。且本方具有改善骨密度、降低骨转换、增加白蛋白之功,达到抗骨质疏松之效。

综上所述,补肾封髓汤可以明显改善激素治疗引起的肝肾阴虚、骨质疏松的临床症状,体现了中医标本兼顾并可协同西药增加疗效及减轻毒副作用的优势,值得推广运用。

参考文献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 系统性红斑狼疮诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病杂志,2010,14(5):342-346.
- [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.
- [3] BOMBARDIER C, GLADMAN DD, UROWITZ MB, et al. Derivation of the SIEDAI: a disease activity index for lupus patients[J]. Arthritis Rheum, 1992(35):630-640.
- [4] 王承德,沈不安,胡荫奇. 实用中医风湿病学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2009:517-530.
- [5] 梁碧欣,吴元胜,裯国维,等. 系统性红斑狼疮中医证候要素诊治规律的 Shannon 法分析[J]. 新中医,2015,47(9):217-220.

(收稿日期:2019-06-11)