

三金片治疗老年女性慢性肾盂肾炎 气血瘀滞兼湿热证疗效观察

熊玮¹ 高瑜良¹ 张伟²

(1. 武汉市中医医院肾内科 湖北 武汉 430014; 2. 绍兴市人民医院 浙江 绍兴 312000)

摘要:目的: 探讨三金片联合常规抗生素治疗老年女性慢性肾盂肾炎气血瘀滞兼湿热证的临床疗效。方法: 选择从2013年1月—2014年5月在武汉市中医医院肾内科门诊和病房就诊的老年女性慢性肾盂肾炎气血瘀滞兼湿热证患者共60例, 按照随机数字的方法将全部患者分为对照组和治疗组, 每组均为30例患者, 对照组给予头孢曲松钠静滴, 治疗组在对照组基础上加用三金片口服, 观测临床症状、尿沉渣细胞计数、复发率等。结果: 治疗组患者在“尿频”“尿急”“尿痛”“倦怠乏力”, “肋肋疼痛”的症状积分治疗改善程度方面优于对照组患者, 数据差异均具有统计学意义($\chi^2 = 5.199, 7.293, 9.848, 7.505, 9.420, P < 0.05$)。经过治疗后两组患者的尿白细胞计数均降低, 治疗组患者降低的幅度大于对照组患者, 数据差异具有统计学意义($P < 0.05$)。经过治疗后, 对照组患者的血清免疫球蛋白和T淋巴细胞亚群数据均出现明显变化, 治疗组患者的IgG, CD₈的数值出现降低, CD₄, CD₄/CD₈的数值出现增高, 与治疗前相比, 数据差异均具有统计学意义($t = 2.714, -3.776, 3.817, -2.555, P < 0.05$)。经过治疗后, 两组患者的尿 β_2 微球蛋白、尿 α_1 微球蛋白均出现降低, 治疗组降低的幅度大于对照组患者, 数据差异均具有统计学意义($t = 4.479, 6.441, P < 0.05$)。对照组患者中有10例出现复发, 复发率为33.33%, 治疗组患者中有3例出现复发, 复发率为10.00%, 治疗组复发率低于对照组, 数据差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.812, P < 0.05$)。结论: 三金片对老年女性慢性肾盂肾炎气血瘀滞兼湿热证有较好的疗效, 可明显缓解症状, 减少复发, 并能显著改善患者机体免疫功能。

关键词: 三金片; 老年女性; 慢性肾盂肾炎; 疗效观察

中图分类号: R692.7

文献标志码: B

文章编号: 1673-7717(2019)04-0964-05

Clinical Efficacy of Sanjin Tablets in Treating Chronic Pyelonephritis in Elderly Women with Qi - Blood Stagnation and Dampness - heat Syndrome

XIONG Wei¹, GAO Yuliang¹, ZHANG Wei²

(1. Wuhan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan 430014, Hubei, China;

2. Shaoxing People's Hospital, Shaoxing 312000, Zhejiang, China)

Abstract: *Objective:* To investigate the clinical efficacy of Sanjin Tablets combined with conventional antibiotics in the treatment of chronic pyelonephritis with Qi - blood stagnation and dampness - heat syndrome in elderly women. *Methods:* A total of 60 elderly women with chronic pyelonephritis, Qi - blood stagnation and dampness - heat syndrome, were selected from January 2013 to May 2014 in the clinic and ward of the nephrology department of Wuhan Hospital of Traditional Chinese Medicine. All patients were divided into the control group and the treatment group according to the random number method. Each group had 30 patients. The control group was given ceftriaxone sodium, while the treatment group was given Sanjin Tablets on the basis of the control group. The clinical symptoms, urinary sediment cell count and recurrence rate were observed. *Results:* The patients in the treatment group were better than those in the control group in "urination", "urination", "urine pain", "tiredness", "tired lassitude" and "flank pain". The difference of data was statistically significant($\chi^2 = 5.199, 7.293, 9.848, 7.505, 9.420, P < 0.05$). After treatment, the two groups leukocyte count decreased and the treatment group's was lower than that of the control group. The difference was statistically significant($P < 0.05$). After treatment, the data of serum immunoglobulin and T lymphocyte subsets in the control group showed significant changes. The values of IgG and CD8 in the treatment group decreased and the values of CD4 and CD4/CD8 increased. The difference of the data was statistically significant($t = 2.714, -3.776, 3.817, -2.555, P < 0.05$). After treatment, the urine beta 2 microglobulin and urinary alpha 1 microglobulin in the two groups decreased.

基金项目: 浙江省医药卫生科研基金项目(2012WY032)

作者简介: 熊玮(1980-), 女, 湖北武汉人, 主治医师, 硕士, 研究方向: 中西医结合治疗慢性肾衰竭。

The reduction in the treatment group was greater than that of the control group. The difference of the data was statistically significant ($t = 4.479, 6.441, P < 0.05$). In the control group, 10 cases recurred and the recurrence rate was 33.33%. There were 3 cases in the treatment group recurred and the recurrence rate was 10%. The recurrence rate of the treatment group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ($\chi^2 = 4.812, P < 0.05$). **Conclusion:** Sanjin Tablets have a good effect on the syndrome of Qi - blood stagnation and dampness - heat in elderly women with chronic pyelonephritis. It can obviously alleviate the symptoms, reduce the recurrence and can significantly improve the immune function of the patients.

Key words: Sanjin Tablets; elderly women; chronic pyelonephritis; curative effect observation

随着我国社会经济的发展,人群生活方式出现了较大程度的变化,再加上饮食因素、环境因素、遗传因素等的共同影响下,泌尿系统疾病的发病率出现了逐年上升的趋势,并且由于我国人口基数较大,而老龄化程度不断加重,由此而导致的疾病负担也成为了必须重视的问题。慢性肾盂肾炎目前已经成为临床工作中较为常见的感染性肾脏疾病,流行病学统计结果显示,这种疾病在我国的高发人群为女性,而且该种疾病治疗相对困难,病情容易出现迁延不愈和反复发作,部分患者会逐渐进展为慢性肾功能衰竭^[1-3]。研究结果显示慢性肾盂肾炎已经成为我国人群中导致出现慢性肾功能不全的第2位病因^[4]。鉴于该种疾病对人群健康构成的严重危害,目前对于慢性肾盂肾炎的研究已经成为全球医学界的焦点问题之一。遗憾的是尽管进行了多年的研究,对于该种疾病的诸多理论尚缺乏统一的认识,目前认为该种疾病多由细菌感染所导致,而病程超过半年的就可以归属为慢性肾盂肾炎。罹患该种疾病的患者主要病理学表现为肾盂和肾盏的慢性炎症反应,出现肾盂增大与畸形,肾皮质和乳头部的瘢痕出现,肾髓质变形,肾盂与肾盂黏膜、输尿管的管壁增高,病情严重的患者可以出现肾实质的广泛性萎缩^[5-7]。该种疾病的诊断较为简单,一般通过患者的慢性尿路感染病史并结合肾脏的影像学特异性改变即可以进行确诊,但是主要的困难在于对该种疾病的治疗方面。由于造成炎症反应的最主要原因为微生物的感染,所以在临床工作中对于慢性肾盂肾炎的治疗多采用对病原体敏感度较高的抗生素进行干预^[8]。尽管该方法在一定程度上取得了相当的治疗效果,但是仍然存在着长期抗生素使用导致微生物耐药性出现,患者体内正常菌群失调和药物对肝肾造成的损伤等不良反应。这不仅对于严重影响了患者的治疗效果,也对维持治疗的依从性产生了障碍。如何提升该种疾病的治疗效果,就成为了研究的热点。中医药在对疾病的治疗效果方面日益受到重视,在临床工作中中西医的联合使用,经常可以起到提升临床治愈率,降低疾病治疗过程中的不良反应和复发率的效果,而由于中药源自于天然的属性,其所带来的不良反应概率也相对低下,所以受到了医务工作者和患者的青睐^[9]。有鉴于此,本研

究选择2013年1月—2014年5月在武汉市中医医院肾内科门诊和病房就诊的老年女性慢性肾盂肾炎患者共60例作为研究对象,对三金片联合常规抗生素治疗老年女性慢性肾盂肾炎气血瘀滞兼湿热证的临床疗效进行探讨,现将结果报道如下。

1 对象和方法

1.1 研究对象 选择从2013年1月—2014年5月之间在武汉市中医医院肾内科门诊和病房就诊的老年女性慢性肾盂肾炎气血瘀滞兼湿热证患者共60例作为研究对象,全部患者年龄介于60~80岁,平均(68±4.25)岁,按照随机数字的方法将全部患者分为对照组和治疗组,每组均为30例患者,两组患者的年龄、病程、血压、BMI、合并症的数据差异均不具有统计学意义($P > 0.05$),可比性良好,具体见表1。本研究已经通过武汉市中医医院医学伦理委员会批准和通过,全部患者与家属均签署知情同意书。

1.2 纳入标准 (1)依据西医诊断标准确诊为慢性肾盂肾炎,具体如下:参照第二届全国肾病学术会议讨论通过的标准^[10]:①病史中在发作期有明显的尿路刺激征,尿细菌培养阳性,具频繁复发者,目前可无明显的尿路刺激征;②正常清晨清洁中段尿常规检查白细胞可不增多,尿细菌培养阴性;③肾脏B超可见肾外形凹凸不平,双肾大小不等,且集合系统排列紊乱;④可有夜尿量多、尿比重低,晨尿渗透压降低、pH值增高;⑤尿24h蛋白量<2.0g。(2)符合中医证候淋证气血瘀滞兼湿热证诊断标准,依据《中医、中西医结合内科(肾与膀胱)常见病诊疗指南》^[11]制定。主要表现为尿频、水肿、乏力或多尿、夜尿增多,间歇性腰酸腰痛等。舌质紫黯有瘀点、瘀斑,脉涩或弦;(3)年龄>60周岁;(4)患者及家属知情并同意。

1.3 排除标准 (1)罹患尿道综合征;(2)慢性肾脏病4期以上,即估算肾小球滤过率<30 mL/min者^[12];(3)因泌尿系结石、肿瘤、或尿路解剖畸形等发病的病例;(4)合并有心脑血管、肝脏等严重原发性疾病;(5)对所使用药物或者器材有过敏现象;(6)罹患精神疾病不能合作者。

1.4 治疗方法 对照组患者在尿培养及药敏试验结果未知前,先选用头孢曲松钠(Ceftriaxone Sodium)2.0稀释静

表1 两组临床资料的比较

组别	例数	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程(年, $\bar{x} \pm s$)	收缩压 (mmHg $\bar{x} \pm s$)	舒张压 (mmHg $\bar{x} \pm s$)	BMI(kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	合并症				
							高血压	脑卒中	糖尿病	脂肪肝	高脂血症
对照组	30	68.37±7.11	1.34±0.34	152.37±17.11	93.24±5.34	25.24±2.34	17	4	8	6	4
治疗组	30	69.06±7.03	1.43±0.38	154.06±17.03	95.43±5.43	25.47±2.38	20	5	11	3	7
t/χ^2 值		-0.378	-0.967	-0.383	-1.575	-0.377	0.635	0.131	0.693	1.176	1.002
P值		0.707	0.338	0.703	0.121	0.707	0.426	0.718	0.405	0.278	0.317

滴,分两次间隔 12 h 给药(罗氏芬,上海罗氏制药有限公司,批准文号国药准字 H10983037,生产批号 13086),待药敏试验结果检出后改用敏感药物(或持续静滴头孢曲松钠)。治疗组患者在对照组治疗方法基础上给予三金片(桂林三金药业股份有限公司,批准文号国药准字 Z45021645)3片/次,3次/d,疗程均为 14 d。其他预防性措施两组相同,随访 12 个月。

1.5 研究观察指标 对两组患者经过治疗后的不同症状证候积分改善情况进行对比,依据《中药新药临床研究指导原则》^[13]制定不同症状证候改善判定标准,分为显效、有效及无效三个级别,显效的标准为患者经过治疗后积分下降率超过 60%。有效的标准为患者经过治疗后积分下降率超过 30%但不足 60%,无效的标准为患者经过治疗后积分下降率不足 30%甚至出现上升,积分下降率=(治疗前症候积分-治疗后症候积分)÷治疗前症候积分×100%,总有效率=(显效人数+有效人数)÷治疗人数×100%,不同症状证候积分中的程度分值评定结果见表 2。

对两组患者治疗前(T1)、治疗后 14 d(T2)、治疗后 42 d(T3)的尿白细胞检测结果进行对比,所有患者均采集中段尿 20 mL,放置于无菌试管中,使用日本 Sysmex 公司的 UF-500i 全自动尿沉渣分析仪对尿白细胞结果进行计数。

对两组患者治疗前后的血清免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)和 T 淋巴细胞亚群(CD₄、CD₈、CD₄/CD₈)数值进行比较。所有患者均采集空腹晨起肘部静脉血 5 mL,以 3500 r/min 离心 15 min 后取上层血清,将血清标本放入 -20℃ 冰箱内待用。将每名患者的血清分为两份,其中一份使用免疫速率散射比浊法对 IgG、IgA、IgM 的浓度进行检测,利用美国贝克曼库尔特 AU5800 全自动生化分析仪进行检测,试剂购自美国贝克曼库尔特公司。另外一份采用美国 Becton Dickinson 公司的 FASCCAN 流式细胞仪利用免疫透射比浊法测定 CD₄、CD₈、CD₄/CD₈ 的比例,采用美国 Becton Dickinson 公司生产的单克隆抗体,所有操作过程严格按照试剂与仪器说明书进行。

对两组患者治疗前后的尿 β₂ 微球蛋白、尿 α₁ 微球蛋白情况进行对比。所有患者均采集中段尿 20 mL,放置于无菌试管中,使用美国贝克曼库尔特 AU5800 全自动生化分析仪,利用免疫散射比浊法对尿 β₂ 微球蛋白进行检测,

试剂盒购自美国 R&D 公司。令患者收集早晨 6 点到第 2 日早晨 6 点之间的全部尿液,充分混匀后使用美国贝克曼库尔特 AU5800 全自动生化分析仪,利用免疫散射比浊法对尿 α₁ 微球蛋白进行检测。对两组患者完成为期 12 个月的随访,对患者的复发情况进行比较。

1.6 统计学分析 采用 SPSS 20.0 软件进行统计学处理,对数据进行描述性分析,计量资料结果使用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料结果使用例数及百分比表示,利用 Microsoft Excel 2007 建立数据库,两组计量数据比较采用独立样本 *t* 检验,同组干预前后计量数据比较采用配对 *t* 检验,计数数据比较采用 χ^2 检验,不同时间的点的计量资料数据比较采用重复测量方差分析,如果结果为阳性,则利用 *q* 检验进行两两比较, *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后的不同症状证候积分改善情况对比 治疗组患者在“尿频”“尿急”“尿痛”“倦怠乏力”“胁肋疼痛”的症状积分治疗改善程度方面优于对照组患者,数据差异均具有统计学意义($\chi^2 = 5.199, 7.293, 9.848, 7.505, 9.420, P < 0.05$),两组患者在“小便不畅”“小腹胀痛”“腰膝酸软”“腰痛”“神疲”“食少纳呆”“恶心”的症状积分治疗改善程度的数据差异均不具有统计学意义($\chi^2 = 0.163, 0.020, 3.667, 0.476, 0.026, 0.055, 0.045, P > 0.05$),具体如表 3 所示。

2.2 两组治疗前(T1)、治疗后 14 d(T2)、治疗后 42 d(T3)的尿白细胞检测对比结果 对照组与治疗组患者在 T1、T2、T3 3 个时间点的尿白细胞检测结果比较,采用重复测量数据的方差分析,结果显示:①在不同时间点间的数据差异具有统计学意义($F = 35.168, P < 0.05$),*q* 检验结果显示,任意两个时间点的数据差异均具有统计学意义($P < 0.05$);②对照组与治疗组的数据差异具有统计学意义($F = 39.642, P < 0.05$),治疗组的数据低于对照组;③对照组与治疗组的数据处理因素与时间之间存在交互作用($F = 37.774, P < 0.05$),具体如表 4 所示。

2.3 两组治疗前后的血清免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)和 T 淋巴细胞亚群(CD₄、CD₈、CD₄/CD₈)数值比较结果 在进行治疗前,对照组与治疗组患者的各项血清免疫球蛋白和 T 淋巴细胞亚群数据差异均不具有统计学意义($t = 0.528,$

表 2 老年女性慢性肾盂肾炎常见症状量化评分

症状	1 分	2 分	3 分
尿频	多尿、夜尿增多 > 2 次	多尿、夜尿增多 > 3 ~ 4 次	多尿、夜尿增多 > 5 次以上
尿急	尿急,可忍耐	尿急,稍忍 < 5 ~ 10 mins	尿急,立刻排便
尿痛	尿道隐隐作痛,不影响排尿	尿痛较重,影响排尿	排尿时尿道疼痛难忍
小便淋漓不畅	偶有,轻微	常有,中度	持续,常湿裤
小腹胀痛	偶尔轻微坠胀	常有,时轻时重	持续明显胀痛
胁肋疼痛	偶有,隐隐作痛	常有,明显疼痛	疼痛剧烈
食少纳呆	胃口不佳,食量减少 < 20%	胃口较差,食量减少 < 20% ~ 50%	厌食,食量减少 < 50% 以上
恶心	泛恶 1 ~ 2 次/d	泛恶 3 ~ 4 次/d	泛恶 4 次以上/d
倦怠乏力	偶感轻微疲乏,可坚持轻体力劳动	常感疲乏,勉强坚持日常活动	休息亦感疲乏无力,不能坚持日常活动
神疲	精神不振	精神倦怠,勉强坚持日常工作	精神萎靡不振,不能坚持日常工作
腰膝酸软	晨起腰膝酸软,捶打可止	持续腰酸,膝软,下肢沉重	腰酸难忍,膝软不欲行走
腰痛固定或呈刺痛	腰部隐隐刺痛,不影响腰部活动,	腰部刺痛较重,腰部活动受限,影响生活和工作	腰部刺痛剧烈,腰部活动严重受限,痛苦呻吟,无法正常工作生活

表3 两组治疗后的不同症状证候积分改善情况

组别	例数	症状	尿频	尿急	尿痛	倦怠乏力	小便不畅	小腹疼痛	胁肋疼痛	腰膝酸软	腰痛	神疲	食少纳呆	恶心
对照组	30	例数	19	26	25	24	13	6	12	11	5	8	8	7
		显效	8	10	10	8	8	3	3	5	2	3	4	3
		有效	2	6	5	6	3	2	1	1	1	2	2	1
		无效	9	10	10	10	2	1	8	5	2	3	2	3
		总有效率(%)	52.63	61.54	60.00	58.33	84.62	83.33	33.33	54.55	60.00	62.50	75.00	57.14
治疗组	30	例数	21	27	26	25	14	5	13	11	5	6	10	8
		显效	11	15	16	15	7	3	8	6	3	3	4	3
		有效	7	10	9	8	4	1	4	4	1	1	3	2
		无效	3	2	1	2	3	1	1	1	1	2	3	3
		总有效率(%)	85.71	92.59	96.15	92.00	78.57	80.00	92.31	90.91	80.00	66.67	70.00	62.50
χ^2 值		5.199	7.293	9.848	7.505	0.163	0.020	9.420	3.667	0.476	0.026	0.055	0.045	
<i>P</i> 值		0.023	0.007	0.002	0.003	0.686	0.887	0.002	0.056	0.490	0.872	0.814	0.833	

表4 两组治疗前(T1)、治疗后14 d(T2)、治疗后42 d(T3)的尿白细胞检测对比结果(个/HP $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	T1	T2	T3
对照组	30	26.76 ± 5.48 ^{cd}	6.18 ± 1.35 ^{bd}	16.44 ± 2.41 ^{bc}
治疗组	30	25.87 ± 4.94 ^{cd}	5.01 ± 1.15 ^{abd}	8.13 ± 3.85 ^{abc}

注: *q* 检验结果: 与同时间点对照组比较, *a* $P < 0.05$, 与同组 T1 比较, *b* $P < 0.05$, 与同组 T2 比较, *c* $P < 0.05$, 与同组 T3 比较, *d* $P < 0.05$

-0.341, -0.046, -0.204, -0.194, 0.182, $P > 0.05$) 两组患者经过治疗后的血清 IgM 和 IgA 浓度均为未出现明显变化, 与治疗前相比, 数据差异均不具有统计学意义($t = -0.362, -0.048, 0.253, 0.840, P > 0.05$) 治疗后的组间比较中, 两组患者的血清 IgM 和 IgA 浓度数据差异也均不具有统计学意义($t = 0.281, 0.897, P > 0.05$) 对照组患者在经过治疗后, IgG、CD₄、CD₈、CD₄/CD₈ 的数值也未出现明显变化, 与治疗前相比, 数据差异均不具有统计学意义($t = 1.171, -0.411, 1.558, -0.749, P > 0.05$) 治疗组患者在经过治疗后, IgG、CD₈ 的数值出现降低, CD₄、CD₄/CD₈ 的数值出现增高, 与治疗前相比, 数据差异均具有统计学意义($t = 2.714, -3.776, 3.817, -2.555, P < 0.05$) 治疗后的组间比较中, 观察组的 IgG、CD₈ 的数值低于对照组, CD₄、CD₄/CD₈ 的数值高于对照组, 数据差异均具有统计学意义($t = 2.349, -4.352, 2.126, -2.497, P < 0.05$) 具体如表5所示。

2.4 两组治疗前后的尿 β₂ 微球蛋白、尿 α₁ 微球蛋白情况对比 在进行治疗前, 两组患者的尿 β₂ 微球蛋白、尿 α₁ 微球蛋白的数据差异均不具有统计学意义($t = -1.869, -0.221, P > 0.05$) 经过治疗后, 两组患者的尿 β₂ 微球蛋白、尿 α₁ 微球蛋白数据均出现了降低, 与治疗前相比, 数据差异均具有统计学意义($t = 3.661, 2.418, 10.334, 9.495, P < 0.05$) 在治疗后的组间比较中, 尿 β₂ 微球蛋白、尿 α₁ 微球蛋白指标均为观察高于治疗组, 数据差异均具有统计学意义($t = 4.479, 6.441, P < 0.05$)。见表6。

2.5 患者的复发情况比较 在为期12个月的随访中, 对照组患者中有10例出现复发, 复发率为33.33%, 治疗组患者中有3例出现复发, 复发率为10.00%, 治疗组复发率

低于对照组, 数据差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.812, P < 0.05$)。

表5 两组治疗前后的血清免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)和T淋巴细胞亚群(CD₄、CD₈、CD₄/CD₈)数值比较结果($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IgG (g/L)	IgM (g/L)	IgA (g/L)	CD ₄ (%)	CD ₈ (%)	CD ₄ /CD ₈
对照组	30	治疗前	12.08 ± 4.13	4.31 ± 0.82	5.38 ± 0.81	34.62 ± 5.41	32.51 ± 6.43	1.06 ± 0.15
		治疗后	10.98 ± 3.07	4.39 ± 0.89	5.39 ± 0.8	35.13 ± 4.11	30.31 ± 4.3	1.09 ± 0.16
		配对 <i>t</i> 值	1.171	-0.362	-0.048	-0.411	1.558	-0.749
		配对 <i>P</i> 值	0.246	0.719	0.962	0.682	0.125	0.457
治疗组	30	治疗前	11.54 ± 3.79	4.38 ± 0.77	5.39 ± 0.88	34.91 ± 5.62	32.81 ± 5.52	1.05 ± 0.26
		治疗后	8.98 ± 3.51	4.33 ± 0.76	5.23 ± 0.56	39.61 ± 3.86	27.98 ± 4.19	1.19 ± 0.15
		配对 <i>t</i> 值	2.714	0.253	0.840	-3.776	3.817	-2.555
		配对 <i>P</i> 值	0.009	0.801	0.404	<0.001	<0.001	0.013
<i>t</i> 值治疗前		0.528	-0.341	-0.046	-0.204	-0.194	0.182	
<i>P</i> 值治疗前		0.600	0.734	0.964	0.839	0.847	0.856	
<i>t</i> 值治疗后		2.349	0.281	0.897	-4.352	2.126	-2.497	
<i>P</i> 值治疗后		0.022	0.780	0.373	<0.001	0.038	0.015	

表6 两组治疗前后的尿 β₂ 微球蛋白、尿 α₁ 微球蛋白情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	尿 β ₂ 微球蛋白 (mg/L)	尿 α ₁ 微球蛋白 (mg/24 h)
对照组	30	治疗前	0.98 ± 0.28	15.38 ± 3.49
		治疗后	0.72 ± 0.27	13.17 ± 3.59
		配对 <i>t</i> 值	3.661	2.418
		配对 <i>P</i> 值	<0.001	0.019
治疗组	30	治疗前	1.12 ± 0.30	15.57 ± 3.15
		治疗后	0.45 ± 0.19	7.04 ± 3.78
		配对 <i>t</i> 值	10.334	9.495
		配对 <i>P</i> 值	<0.001	<0.001
<i>t</i> 值治疗前		-1.869	-0.221	
<i>P</i> 值治疗前		0.067	0.826	
<i>t</i> 值治疗后		4.479	6.441	
<i>P</i> 值治疗后		<0.001	<0.001	

3 讨论

3.1 发病机制 慢性肾盂肾炎多较隐匿, 临床上可表现出与感染直接相关或与肾脏损伤相关的症状, 常见的临床表现有无菌性细菌尿、尿路刺激征、腰腹部不适, 低热间歇发作。尿检有白细胞管型和(或)蛋白尿, 尿培养阳性^[14-15]。慢性肾盂肾炎大部分由细菌引起, 以复杂性尿路

疾病迁延不愈所致 根据不同病因可分为伴有返流的慢性肾盂肾炎、伴有梗阻的慢性肾盂肾炎、特发性肾盂肾炎。本病常先由病变部位出现充血水肿或出血 如病情迁延不愈,随之则会逐渐出现微循环障碍、纤维化、玻璃样变及淋巴细胞浸润,从而导致肾盏扩大或畸形,肾脏缩小等改变,也就是“久病必瘀”的病理基础^[16-17]。本病属中医“淋证”范畴,《金匱要略》称其为“淋秘”,将其病机归为“热在下焦”;《诸病源候论》中对淋证的病机进行了高度概括,指出“诸淋者,由肾虚而膀胱热故也”,多数医家认为淋证病在热积膀胱,气郁及肾虚亦可致病^[18-19]。老年女性天癸绝,肾阳不足,命门火衰,气化不及川都,膀胱气化无权,无力制邪,下焦湿热之邪易上犯而发生上尿路感染,发病多于劳累过度、饮水不足、气郁化火等因素有关。慢性肾盂肾炎大多反复发作、持久不愈,脾肾虚损日久,正气不足,各种病因促进湿热、瘀血等病理产物形成,可致气虚无力运化而兼杂气滞血瘀滞,呈现气血瘀滞、湿热夹杂的局面。中医诊疗中要兼顾本虚,与标实,以扶助正气、减少复发。

3.2 三金片药理作用 三金片是由桂林三金药业集团公司生产的纯天然中药制剂,主要由金樱根、金剛刺、金沙藤、羊开口、积雪草等广西中草药所制成。其中主要以金樱根为主,其味酸涩,性平,有固精涩肠之效;金剛刺及积雪草为辅,金剛刺味苦辛,性平,有祛风湿、活血、解毒之功;积雪草即落得打,性微寒,味苦辛,可清热除湿,解毒利尿,主治石淋、血淋、疔痈肿毒、跌打损伤等,以上三药为全方之关键^[20]。另外金沙藤味甘寒,具清热解毒、软坚散结、消肿毒、利小便的作用;羊开口味甘寒,有舒肝理气、活血止痛、利尿除烦之功,此两药共为佐药。以上五药合用,配方精炼、效果独到,具有清热解毒、利湿通淋、益肾补虚、活血化瘀之功,泄下焦之热,固肾虚之本,对慢性肾盂肾炎有全面治疗效果。大量资料显示,三金片对于病灶周围血液循环的改善,有利于大量吞噬细胞及抗菌有效成分进入病灶发挥抗菌作用,同时对肾间质的细菌及其他病灶的根除,同时改善血行,调整机体整体功能,提高和增强机体的抵抗力都有辅助作用。

3.3 三金片改善免疫功能的作用机理 实验表明三金片可显著增加免疫低下时鸡红细胞作免疫原的小鼠溶血素含量,对于免疫功能的有明显的提高作用^[21]。慢性肾炎常见免疫球蛋白和补体成分在小球沉积,三金片能显著提升患者的IgA和IgG,说明其具有免疫调节作用,并且可提高氢化可的松抑制小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬指数,外周血T淋巴细胞百分率。笔者发现,治疗组免疫球蛋白(IgG)明显下降,CD₄升高,CD₈下降,CD₄/CD₈比值升高,说明三金片对患者免疫机能,特别是细胞免疫功能均有改善的疗效。现代研究报告证实,三金片在体外、体内均可抵抗细菌对泌尿系上皮细胞黏附的显著作用,并能明显提高机体的免疫功能^[22]。

综上所述,三金片与常规抗生素联合使用,可明显缓解老年女性患者尿频、尿急、尿痛、倦怠乏力、肋肋疼痛等症状,降低慢性肾盂肾炎复发,值得临床中推广实践。

参考文献

- [1] 邓舜天,王晓磊,李航,等. 尿毒清颗粒对慢性肾盂肾炎患者临床疗效的影响[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(35): 6902-6905.
- [2] 李雅君. 中西医结合治疗慢性肾盂肾炎效果分析[J]. 中外医学研究, 2016, 14(18): 56-57.
- [3] 张海谱,梁霞,贾克然,等. 肾盂肾炎患者经验用抗菌药物与药敏结果符合率[J]. 中国感染控制杂志, 2016(1): 22-25.
- [4] 陈家斌,徐晓鸿,夏银稳,等. 复方丹参注射液联合头孢哌酮舒巴坦钠治疗慢性肾盂肾炎的疗效及对患者血清TGF-β1的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2015(2): 117-120.
- [5] 刘明盛,熊勤之. 中西医结合治疗40例慢性肾盂肾炎的临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(23): 5313-5314.
- [6] 吕冬宁,陶志虎,史伟,等. 黄芪注射液对慢性肾盂肾炎病人免疫应答干预作用的研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014(11): 976-977.
- [7] 韩志辉,周靖,郑素芬,等. 复方丹参注射液联合头孢哌酮舒巴坦钠对老年慢性肾盂肾炎患者肾功能及肾间质纤维化的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2015(5): 81-83, 87.
- [8] 张振英. 慢性肾盂肾炎临床治疗分析[J]. 中国现代药物应用, 2015(7): 148-149.
- [9] 吕奇,赵孝鹏,段垚,等. 益肾化湿汤治疗慢性肾盂肾炎39例[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(2): 102.
- [10] 钟裕元,李会珍,谢怡堂,等. 慢性肾盂肾炎的中西医结合治疗研究[J]. 吉林医学, 2014(25): 5705-5706.
- [11] 韩学杰,刘孟宇,连智华,等. 《中医内科常见病诊疗指南》临床应用评价研究[C]//中华中医药学会内科分会中医内科高峰论坛论文集. 中国中医科学院中医临床基础医学研究所中国中医科学院望京医院, 2016: 73-77.
- [12] 姚登湖,丁国华. 急性肾脏病的概念与分期及流行病学[J]. 中华肾病研究电子杂志, 2017, 6(6): 246-251.
- [13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 299-302.
- [14] 张洪利. 二丁二仙汤对脾胃两虚型慢性肾盂肾炎患者尿NAG、β₂-MG及免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(8): 856-859.
- [15] 孙成力,高建东,陶慧琳,等. 栝楼瞿麦丸加味治疗慢性尿路感染的临床观察[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2017, 18(6): 538-539.
- [16] 刘晓丽. 中药复方清淋煎治疗慢性肾盂肾炎的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(23): 11-12.
- [17] 李延昭. 中医治疗50例慢性肾盂肾炎的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2016, 14(36): 162-163.
- [18] 张林霞. 三金片联合左氧氟沙星治疗急性肾盂肾炎34例临床疗效分析[J]. 中国社区医师, 2014(12): 96-97.
- [19] 牛建伟,任列. 中西医结合治疗慢性肾盂肾炎的临床疗效[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(35): 105-106.
- [20] 张仲泳,张慧清. 三金片联合诺氟沙星片治疗尿路感染的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2015(11): 1449-1451.
- [21] 沈铭轩,苏克雷. 中医药治疗慢性肾盂肾炎研究述评[J]. 中医学报, 2013, 28(10): 1572-1574.
- [22] 陶晓芬,张红英. 肾舒颗粒治疗湿热蕴结型慢性肾盂肾炎48例[J]. 陕西中医, 2013(10): 1344-1345.