

- [3] ZHENG J H, LIU M D, ZHOU X J, et al. An investigation of the time trends, risk factors, role of ultrasonic pre-operative diagnosis of 79 ovarian pregnancy[J]. Arch Gynecol Obstet, 2020, 302(4): 899-904.
- [4] 李娟, 李淑琴, 段旭晴. 经阴道联合经腹超声在异位妊娠诊断中的应用价值[J]. 贵州医药, 2020, 44(4): 633-634.
- [5] TONG C, GONG L, WEI Y, et al. Ultrasonic diagnosis of asymptomatic rupture of uterine in second trimester of pregnancy after laparoscopic surgery for interstitial pregnancy: a case report [J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2021, 21(1): 375.
- [6] 吴茜, 陈俊雅, 张潇潇, 等. 早中孕期经阴道超声测量子宫颈长度对单胎孕妇自发性早产的预测价值[J]. 中华围产医学杂志, 2022, 25(5): 326-331.
- [7] 姚海萍. 异位妊娠应用经阴道超声与经腹部超声及二者联合诊断的敏感度与准确率分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(18): 3097-3100.
- [8] DOOLEY W M, CHAGGAR P, DE BRAUD L V, et al. Effect of morphological type of extrauterine ectopic pregnancy on accuracy of preoperative ultrasound diagnosis [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2019, 54(4): 538-544.
- [9] NADIM B, INFANTE F, LU C, et al. Morphological ultrasound types known as 'blob' and 'bagel' signs should be reclassified from suggesting probable to indicating definite tubal ectopic pregnancy[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2018, 51(4): 543-549.
- [10] 王琴, 向园花, 陶爽爽. 腹部超声辅助经阴道超声检查诊断异位妊娠的临床价值研究[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(2): 304-307.
- [11] 赵方方, 许丽娟, 王北大. 异位妊娠经腹部超声与经阴道超声诊断确诊率的 Meta 分析[J]. 重庆医学, 2020, 49(12): 1993-1997.
- [12] BRUNELLO J, GUERBY P, CARTOUX C, et al. Can early hCG change and baseline progesterone level predict treatment outcome in patients receiving single dose Methotrexate protocol for tubal ectopic pregnancy? [J]. Arch Gynecol Obstet, 2019, 299(3): 741-745.
- [13] 黄荣, 吴丹, 卢土莲. 子宫内膜厚度, 绒毛膜促性腺激素, 孕酮联合诊断早期异位妊娠价值[J]. 中国计划生育学杂志, 2019, 27(9): 1177-1179.
- [14] 李未今. 人绒毛膜促性腺激素, 孕酮及子宫内膜厚度联合检测在异位妊娠早期诊断中的价值[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(4): 700-703.

(收稿日期: 2022-09-10 修回日期: 2022-12-30)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 08. 035

## 参芪化浊饮加减联合西药治疗慢性肾衰竭的疗效及对肾功能的影响

黄寻知, 王 旦<sup>△</sup>

江西省九江市第一人民医院健康管理中心, 江西九江 332000

**摘要:**目的 探讨在慢性肾衰竭(CRF)患者中应用参芪化浊饮加减联合西药治疗的效果及对肾功能的影响。方法 选取 2018 年 4 月至 2021 年 4 月该院收治的 92 例 CRF 患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组各 46 例。对照组患者予以西药对症治疗, 观察组患者在对照组的基础上加服参芪化浊饮加减治疗, 均连续治疗 4 周。对两组患者疗效、肾功能、中医证候积分及不良反应进行比较。结果 观察组患者临床总有效率及治疗 4 周后内生肌酐清除率水平均高于对照组, 血清肌酐、血清尿素氮水平, 以及腰酸膝软、气短懒言、全身水肿、少食纳呆评分均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 两组患者不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 在 CRF 患者中应用西药联合参芪化浊饮加减治疗的效果更佳, 有利于症状缓解及肾功能改善, 且安全、可靠。

**关键词:**慢性肾衰竭; 参芪化浊饮加减; 中医证候积分; 肾功能

中图分类号: R692.5

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)08-1167-04

慢性肾衰竭(CRF)是一种累及全身系统的临床综合征, 是各种慢性肾脏病导致的肾功能进行性、持续性降低, 病情复杂多样, 呈持续性进展, 患者预后较差<sup>[1]</sup>。目前, 治疗 CRF 的方法有血液透析、肾移植技术等, 但费用高昂, 难以广泛普及, 而临床常规治疗无法延缓肾衰竭进程, 治疗较为棘手<sup>[2-3]</sup>。近年来, 中医药在预防肾脏纤维化、缓解肾功能恶性进程方面取得了不错的成效, 受到医学界普遍认可。传统医学认

为, CRF 基本病机为脾肾亏虚、湿浊阻滞, 治疗应以扶正祛邪为原则。基于此, 本研究在常规西药治疗基础上联合应用参芪化浊饮加减治疗 CRF, 以期获得令人满意的疗效, 为临床治疗提供新方案, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 4 月至 2021 年 4 月本院收治的 92 例 CRF 患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组各 46 例。对照组

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: shan103yang@163.com。

男 25 例,女 21 例;年龄 27~58 岁,平均(49.87±7.33)岁;原发疾病:慢性肾小球肾炎 20 例,高血压肾病 12 例,糖尿病肾病 11 例,其他 3 例;病程 1~9 年,平均(5.12±1.05)年。观察组男 27 例,女 19 例;年龄 25~60 岁,平均(50.04±7.29)岁;原发疾病:慢性肾小球肾炎 19 例,高血压肾病 13 例,糖尿病肾病 12 例,其他 2 例;病程 2~8 年,平均(5.07±1.10)年。两组患者性别、年龄、原发疾病、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。纳入标准:(1)CRF 西医诊断符合《内科学(第 8 版)》<sup>[4]</sup>中的标准,伴有累及肾脏系统或肾脏疾病史,内生肌酐清除率(CCr) $<80$  mL/min,血清肌酐(SCr) $>133$   $\mu$ mol/L;(2)中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>中脾肾气虚湿浊型水肿的标准,腰酸膝软,全身水肿,气短懒言,少食纳呆,舌淡有齿痕,脉沉细;(3)年龄 25~60 岁;(4)语言、认知功能正常。排除标准:(1)重要脏器功能障碍患者;(2)妊娠期或哺乳期患者;(3)精神疾病患者;(4)对本研究所使用药物过敏的患者。所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。本研究经本院伦理委员会审核批准。

**1.2 治疗方法** 对照组患者予以西药对症治疗:口服碳酸氢钠片(广州康和药业有限公司,国药准字 H44021960)纠正酸中毒,每次 1.0 g,3 次/天;口服苯磺酸氨氯地平片(国药集团容生制药有限公司,国药准字 H20113236)降血压,每次 5 mg,1 次/天;皮下注射重组人促红素注射液(深圳赛保尔生物药业有限公司,国药准字 S20010041)维持血红蛋白水平为 100~120 g/L。观察组患者在对照组的基础上加服参芪化浊饮加减治疗:陈皮、白术、茯苓、牛膝、山药各 15 g,太子参 20 g,牡丹皮 12 g,黄芪 30 g,佩兰、菟丝子、藿香、山茱萸、半夏各 10 g,大黄(后下)9 g,砂仁 6 g。水煎取汁 100 mL,分早、中、晚 3 次温服,1 剂/天。两组患者均连续治疗 4 周。

**1.3 疗效评估标准** SCr 降低 $>30\%$ ,CCr 增加 $>30\%$ ,临床症状基本消失为显效;SCr 降低 $15\% \sim 30\%$ ,CCr 增加 $15\% \sim 30\%$ ,临床症状明显改善为有效;SCr 降低 $<15\%$ 或无增加,CCr 增加 $<15\%$ 或无降低,临床症状有所改善为稳定;未达到上述标准为无

效。总有效率=(显效例数+有效例数+稳定例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.4 观察指标** (1)肾功能:所有患者于治疗前、治疗 4 周后抽取清晨肘静脉血 5 mL,检测 CCr、SCr 和血清尿素氮(BUN)水平。SCr 采用苦味酸法检测,BUN 采用酶速率法检测。(2)中医证候积分:对患者腰酸膝软、气短懒言、全身水肿、少食纳呆 4 项主要症状于治疗前、治疗 4 周后进行评估,按无、轻度、中度、重度分别计 0、2、4、6 分,评分越高表明症状越严重。(3)不良反应:包括腹痛、腹胀、恶心呕吐、瘙痒等。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,两组间比较采用  $t$  检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 两组患者临床疗效比较** 观察组患者临床总有效率为 95.65%,高于对照组的 82.61%,差异有统计学意义( $\chi^2=4.039, P=0.045$ )。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	稳定	无效	总有效
对照组	46	11(23.91)	18(39.13)	9(19.57)	8(17.39)	38(82.61)
观察组	46	17(36.96)	22(47.83)	5(10.87)	2(4.35)	44(95.65)

**2.2 两组患者治疗前后肾功能指标水平比较** 两组患者治疗 4 周后 CCr 水平均高于治疗前,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );两组患者治疗 4 周后 SCr、BUN 水平均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组患者治疗前后中医证候积分比较** 两组患者治疗 4 周后腰酸膝软、气短懒言、全身水肿、少食纳呆评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

**2.4 两组患者不良反应发生情况比较** 对照组患者不良反应总发生率为 13.04%,观察组患者不良反应总发生率为 8.70%,两组患者不良反应总发生率比较,差异无统计学意义( $\chi^2=0.449, P=0.503$ )。见表 4。

表 2 两组患者治疗前后肾功能指标水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	CCr(mL/min)		SCr( $\mu$ mol/L)		BUN(mmol/L)	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
对照组	46	25.41±5.12	29.74±7.02*	442.21±80.52	379.21±74.27*	19.28±4.24	14.33±3.26*
观察组	46	25.03±5.16	33.31±2.37*	441.95±81.04	294.34±70.06*	19.21±4.17	10.09±2.15*
t		0.355	3.268	0.015	5.638	0.080	7.364
P		0.724	0.002	0.988	$<0.001$	0.937	$<0.001$

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	腰酸膝软		气短懒言		全身水肿		少食纳呆	
		治疗前	治疗 4 周后						
对照组	46	3.78±0.36	2.09±0.32*	4.21±0.84	3.25±0.67*	4.37±0.75	2.39±0.43*	2.63±0.28	1.51±0.19*
观察组	46	3.69±0.41	1.62±0.30*	4.27±0.77	1.08±0.20*	4.28±0.80	1.62±0.34*	2.74±0.31	0.70±0.14*
t		1.119	7.267	0.357	21.049	0.557	9.527	1.786	23.278
P		0.266	<0.001	0.722	<0.001	0.579	<0.001	0.078	<0.001

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	恶心呕吐	腹痛	腹胀	瘙痒	合计
对照组	46	3(6.52)	1(2.17)	2(4.35)	0(0.00)	6(13.04)
观察组	46	2(4.35)	0(0.00)	1(2.17)	1(2.17)	4(8.70)

### 3 讨论

CRF 是各种肾脏病终末期的表现,本质是肾实质慢性进行性损害,其进展是一个不可逆的过程,随着病情持续发展会引起酸碱平衡失调、水电解质紊乱、全身器官障碍等<sup>[6]</sup>。有学者指出,正常情况下肾脏每日通过肠道代谢的尿素量为 25%,但 CRF 发生后尿素排出量可升至 80%<sup>[7]</sup>。西医现阶段针对 CRF 的治疗虽取得了一定进展,但疗效有限,仍然为临床治疗的难点。中医治疗 CRF 以“祛邪不伤正、扶正不碍邪”的思想为指导,在延缓肾衰竭方面具有一定优势。

传统医学将 CRF 归于“虚劳”“水肿”等范畴,病机以脾肾亏虚为本,以湿浊、瘀血邪实为标。正如《诸病源候论》曰:“水病无不由脾肾虚所为,脾肾虚则水妄行,盈溢肌肤而令全身肿满,”《内经》记载:“正气存内,邪不可干,邪之所凑,其气必虚。”CRF 虚实之间呈动态变化,形成恶性循环,治疗应以降浊祛瘀、补益脾肾为原则。本研究结果显示,观察组患者临床总有效率高于对照组,腰酸膝软、气短懒言、全身水肿、少食纳呆评分均低于对照组,表明在西药治疗的基础上联合参芪化浊饮加减治疗的效果确切,可缓解患者临床症状。参芪化浊饮加减方中的太子参、黄芪温阳补脾、利水泻浊,共为君药;白术燥湿利水、健脾益气,陈皮、半夏燥湿化痰,茯苓滋补脾脏、祛湿利水,牛膝、山茱萸补益肝肾,牡丹皮活血散瘀,共为臣药;山药补肾健脾,佩兰醒脾开胃、化痰祛湿,菟丝子补肾益精,藿香散寒祛湿,共为佐药;大黄清热泻火、活血祛瘀,砂仁温脾化湿,共为使药。全方共奏补益脾肾、降浊祛瘀之效,符合 CRF 治疗原则,可从根本上解决病机,缓解临床症状。修静等<sup>[8]</sup>研究表明,参芪化浊饮对脾肾气虚湿浊型 CRF 患者疗效确切,可改善其临床症状及肾功能,延缓肾衰竭进程,与本研究结果一致。本研究结果显示,观察组患者治疗 4 周后 CCr 水平高于对照组,SCr、BUN 水平均低于对照组,说明应用参

芪化浊饮加减联合西药治疗可明显改善患者肾功能。究其原因在于现代药理研究证实,参芪化浊饮加减方中山茱萸能竞争肾细胞表面的醛固酮受体,逆转醛固酮效应,发挥消肿、利尿的作用,大黄可降低全血黏度,同时可促进 BUN、SCr 排出,牡丹皮能够增加机体内水、钠代谢速度<sup>[9-10]</sup>。从安全性角度分析,两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),说明在西药治疗的基础上联合参芪化浊饮加减治疗并未增加不良反应,安全性好,有利于患者坚持用药,促进疾病改善。中西药结合治疗 CRF 可发挥各自的优势,增加治疗效果,延缓病情进展,有利于患者的预后。中医结合整体观念、辨证论治的原则,根据不同致病原因、不同体质予以针对性药物治疗,能够产生更好的疗效,可进一步改善 CRF 患者病情,具有广阔的应用前景。但本研究纳入样本量较少,结果存在一定的局限性,今后应扩大样本量及纳入范围进行大样本、多种心研究,为临床治疗提供可靠依据。

综上所述,在西药治疗 CRF 的基础上联合参芪化浊饮加减治疗可缓解患者临床症状,改善其肾功能,且不会增加不良反应,是一种安全、有效的治疗方案。

### 参考文献

- [1] 孙军院,孙媛媛,陈磊鑫,等.尿毒清颗粒联合西药治疗慢性肾功能衰竭的临床疗效及对患者免疫功能的影响[J].贵州医药,2020,44(2):261-263.
- [2] 张永锋,陈刚毅.活血化痰中药联合疗法治疗慢性肾衰竭疗效及对患者肾功能、电解质的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(34):3790-3793.
- [3] 张艳,黄恒星,胡拥民,等.慢性肾脏疾病患者 Hcy、CysC、 $\beta_2$ -MG 水平变化及临床意义[J].江西医药,2019,54(12):1571-1574.
- [4] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:355.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国中医药出版社,2017:40.
- [6] 房娜,李平,张晓瑜.苏叶地黄汤联合前列地尔对慢性肾衰竭患者肾功能、血清炎症因子及脂代谢指标的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(16):1732-1735.
- [7] 胡瑛,张勤,邹艺,等.代文联合金水宝胶囊治疗糖尿病肾

病的系统评价[J]. 江西医药, 2018, 53(12): 1425-1426.

2019, 30(17): 2188-2190.

[8] 修静, 马晓燕. 参芪化浊饮对脾肾气虚湿浊型慢性肾衰竭患者中医证候及肾功能指标的影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(6): 117-119.

[10] 李海良, 张克清. 参芪复脉汤联合西药治疗慢性心衰疗效及对患者心功能的影响[J]. 陕西中医, 2019, 40(2): 163-166.

[9] 赵运, 康启, 王琼, 等. 益气养心汤联合西药治疗慢性心力衰竭的疗效及对患者内生化指标的影响[J]. 海南医学,

(收稿日期: 2022-08-16 修回日期: 2022-12-08)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2023.08.036

## 康柏西普不同用药方案治疗湿性年龄相关性黄斑变性的疗效及安全性对照研究

姜旭光<sup>1</sup>, 苏争宏<sup>2△</sup>

1. 西安爱尔古城眼科医院眼底病科, 陕西西安 710068; 2. 商洛眼科医院眼底病科, 陕西商洛 726000

**摘要:**目的 探讨康柏西普不同用药方案治疗湿性年龄相关性黄斑变性(eAMD)的疗效及安全性。

**方法** 选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月西安爱尔古城眼科医院收治的 120 例 eAMD 患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为 3+Q3M 组和 3+PRN 组, 每组各 60 例。所有患眼玻璃体腔注射康柏西普 0.5 mg/0.05 mL, 3+PRN 组 1 次/月, 连续注射 3 个月, 延长期按需给药; 3+Q3M 组 1 次/月, 连续注射 3 个月, 延长期 1 次/3 个月, 共 6 次。比较两组患者疗效、脉络膜新生血管(CNV)渗漏面积、并发症, 比较两组患者治疗前、治疗后 1、3、6 个月的眼压值、最佳矫正视力(BCVA)、黄斑中心凹厚度(CMT)。结果 3+Q3M 组患者总有效率为 91.67%, 明显高于 3+PRN 组的 81.67%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 两组患者治疗后 1、3、6 个月 BCVA 均降低, 且 3+Q3M 组均低于 3+PRN 组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 两组患者治疗后 1、3、6 个月 CMT 均降低, 且 3+Q3M 组均低于 3+PRN 组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 末次随访时 3+Q3M 组患者 CNV 渗出物消失眼数多于 3+PRN 组, CNV 渗出面积减少及渗出面积不变或增加眼数均少于 3+PRN 组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 3+Q3M 组患者结膜下出血、眼内异物感、一过性眼压升高等并发症发生率均低于 3+PRN 组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 康柏西普 3+PRN、3+Q3M 方案均可有效治疗 eAMD, 3+Q3M 方案提高视力、降低 CMT、减少 CNV 渗漏面积、降低并发症发生率方面均优于 3+PRN。

**关键词:** 湿性年龄相关性黄斑变性; 康柏西普; 3+PRN; 3+Q3M

**中图分类号:** R774.5

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2023)08-1170-04

年龄相关性黄斑变性(AMD)为常见的致盲性眼病, 高发于老年人群, 严重损伤患者视力。AMD 包括干性、湿性 AMD(eAMD), eAMD 对视力损伤更大, 患者预后更差<sup>[1]</sup>。eAMD 患者黄斑部视网膜下形成脉络膜新生血管(CNV), CNV 管壁发育不全, 易破裂出血、增生成瘢痕, 继而致盲<sup>[2]</sup>。血管内皮生长因子(VEGF)及其受体参与了新生血管形成, 所以临床常予以 VEGF 抑制剂等药物治疗 eAMD。康柏西普为新型重组可溶性 VEGF 受体蛋白, 其有多靶点、亲和力强、作用时间长等优势<sup>[3]</sup>。康柏西普用药方案包括 PHOENIX 研究证实的 3+Q3M 注射方案和中华医学会眼科学会眼底病学组采用的 1+PRN 方案<sup>[4-5]</sup>, 目前最佳疗效、安全性尚未明确。本研究比较了 3+Q3M、3+PRN 两种康柏西普用药方案治疗 eAMD 的疗效及安全性, 旨在为方案选择提供理论依据, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月西安爱尔古城眼科医院收治的 120 例 eAMD 患者作为

研究对象, 采用随机数字表法分为 3+Q3M 组和 3+PRN 组, 每组各 60 例。3+Q3M 组男 37 例, 女 23 例; 共 68 只患眼; 年龄 60~89 岁, 平均(76.94±5.65)岁。3+PRN 组男 38 例, 女 22 例; 共 69 只患眼; 年龄 61~89 岁, 平均(76.96±5.67)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。纳入标准: 经眼科常规检查、荧光素眼底血管造影(FFA)检查均符合 eAMD 诊断标准<sup>[6]</sup>, 中心凹下或中心凹旁 CNV。排除标准: (1)严重器质性心、肝、肺、肾功能不全的患者; (2)其他原因所致 CNV、黄斑前膜、视网膜静脉阻塞等其他视网膜疾病患者; (3)近期采用抗 VEGF 药物玻璃体腔注射或眼底激光光凝治疗的患者; (4)除白内障外有眼手术史的患者; (5)屈光介质混浊, 影响眼底成像的患者。所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。本研究经西安爱尔古城眼科医院伦理委员会审核批准。

**1.2 方法** 所有患眼均由同一名医生行康柏西普玻

△ 通信作者, E-mail: 3024235299@qq.com.