

[临 床]

导痰汤加减联合常规治疗对中风后 OSAHS 风痰瘀阻证患者的临床疗效

王改凤, 王松龄*
(河南省中医院脑病科, 河南 郑州 450002)

摘要: **目的** 探讨导痰汤加减联合常规治疗对中风后阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS) 风痰瘀阻证患者的临床疗效。**方法** 160 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 80 例, 对照组给予常规治疗 (早期溶栓处理、抗血小板聚集、控制血压血糖等), 观察组在对照组基础上加用导痰汤加减, 疗程 2 个月。检测临床疗效、临床症状评分、睡眠监测指标 (AHI、ODI、OAI、LSaO₂)、血液流变学指标 (HSRV、LSRV、WBV、FIB)、血脂指标 (HDL-C、LDL-C、TC、TG)、炎症因子 (TNF- α 、IL-6、IL-18、CRP)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 观察组临床症状评分、睡眠监测指标、血液流变学指标、血脂指标、炎症因子改善情况优于对照组 ($P<0.05$), 不良反应发生率更低 ($P<0.05$)。**结论** 导痰汤加减联合常规治疗可有效改善中风后 OSAHS 风痰瘀阻证患者临床症状和睡眠质量, 安全性较高。

关键词: 导痰汤; 常规治疗; 阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS); 中风; 风痰瘀阻

中图分类号: R287 **文献标志码:** A **文章编号:** 1001-1528(2020)03-0632-05

doi: 10. 3969/j.issn.1001-1528. 2020. 03. 016

Clinical effects of Modified Daotan Decoction combined with routine treatment

on patients with post-stroke OSAHS due to Wind-Phlegm Blockage

WANG Gai-feng, WANG Song-ling*
(Department of Encephalopathy, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China)

ABSTRACT: AIM To explore the clinical effects of Modified Daotan Decoction combined with routine treatment on patients with post-stroke obstructive sleep apnea hypopnea syndrome (OSAHS) due to Wind-Phlegm Blockage. **METHODS** One hundred and sixty patients were randomly assigned into control group (80 cases) for 2-month intervention of routine treatment (such as early thrombolysis management, anti-platelet aggregation, controlling blood pressure and blood glucose), and observation group (80 cases) for 2-month intervention of both Modified Daotan Decoction and routine treatment. The changes in clinical efficacy, clinical symptom score, sleep monitoring indices (AHI, ODI, OAI, LSaO₂), hemorheological indices (HSRV, LSRV, WBV, FIB), blood lipid indices (HDL-C, LDL-C, TC, TG), inflammatory factors (TNF- α , IL-6, IL-18, CRP) and occurrence of adverse reactions were detected. **RESULTS** The observation group demonstrated higher total effective rate than the control group ($P<0.05$). After the treatment, the observation group displayed better improvement in clinical symptom score, sleep monitoring indices, hemorheological indices, blood lipid indices and inflammatory factors than the control group ($P<0.05$), along with lower occurrence of adverse reactions ($P<0.05$). **CONCLUSION** For the patients with post-stroke OSAHS due to Wind-Phlegm Blockage, Modified Daotan Decoction combined with routine treatment can effectively improve clinical symptoms and sleeping quality, with high safety.

KEY WORDS: Daotan Decoction; routine treatment; obstructive sleep apnea hypopnea syndrome (OSAHS);

收稿日期: 2019-06-24
基金项目: 全国名老中医药专家传承工作室建设项目 (国中医药人教发 [2018] 134 号)
作者简介: 王改凤 (1981—), 女, 硕士, 主治医师, 从事脑卒中临床研究。Tel: (0371) 69915916, E-mail: wanggaifeng333555@163.com
* 通信作者: 王松龄 (1946—), 男, 教授, 主任医师, 硕士生导师, 从事脑病临床研究。Tel: (0371) 69915915, E-mail: rensen6666@163.com

stroke; Wind-Phlegm Blockage

中风是脑组织血管阻塞或破裂导致的脑部供血障碍、缺氧坏死、神经功能损伤^[1]，可直接引起一系列认知、记忆、情感和躯体运动障碍，致残率为 73%~87%，复发率约为 40%，严重影响患者的生命安全和生活质量^[2]。其中，30%~70% 的患者中风后出现阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征 (obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS)^[3]，可影响神经功能恢复，是诱发再次中风的独立危险因素，而中风又可加重原有 OSAHS 的病情，两者互为诱因、相互影响^[4]。

全国第五批名老中医药专家学术经验继承工作者王松龄教授多年来致力于导痰汤加减联合常规治疗对中风后 OSAHS 风痰瘀阻证患者的临床疗效，取得了满意效果，现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2019 年 3 月收治于河南省中医院的 160 例中风后 OSAHS 患者，随机数字表法分为对照组和观察组，每组 80 例。其中，对照组男 32 例，女 48 例；年龄 37~59 岁，平均年龄 (48.9±5.6) 岁；轻度 24 例，中度 30 例，重度 26 例，而观察组男 34 例，女 46 例；年龄 35~60 岁，平均年龄 (49.5±5.4) 岁；轻度 23 例，中度 29 例，重度 28 例，2 组一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。研究期间，对照组、观察组分别脱落 6 例和 3 例。

1.2 诊断标准 ①中风，参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》^[5]，经头颅 MRI 检查证实；② OSAHS，参照《OSAHS 诊治指南（草案）》^[6]，连续 7 h 多导睡眠监测呼吸暂停低通气指数 (AHI) >5 次/h；③中医辨证分型，参照《中医证候鉴别诊断学》^[7] 风痰瘀阻证，主症口眼歪斜、感觉功能减退或丧失、痰多而黏，次症语言蹇涩或失语、半身不遂、神识昏蒙、肢体麻木、面色紫暗、头晕目眩，舌脉象舌暗红或淡紫，苔薄白或浊腻，脉涩，具备主症及 3 个或 3 个以上次症，结合舌脉象即可诊断。

1.3 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准；②中风后恢复期；③年龄 35~60 岁；④签署知情同意书。

1.4 排除、脱落标准

1.4.1 排除标准 ①合并脑外伤、发作性睡病、恶性肿瘤、严重感染、凝血功能障碍；②合并鼻甲

肥大、肢端肥大、甲状腺功能低下；③合并严重心肝肾和造血系统疾病；④妊娠期或哺乳期；⑤过敏体质，或对本研究已知药物过敏。

1.4.2 脱落标准 ①自行退出；②证候改变；③依从性差；④资料不全和失访。

1.5 治疗手段

1.5.1 对照组 参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》^[5] 给予常规治疗，包括早期溶栓处理、抗血小板聚集、控制血压血糖、使用神经保护剂、保持呼吸道通畅、降低颅内压、持续低流量吸氧、预防感染，必要时给予正压呼吸机辅助呼吸。连续治疗 2 个月。

1.5.2 观察组 在对照组基础上加用导痰汤加减，组方法半夏、太子参、橘红各 20 g，茯苓、枳实、泽兰各 15 g，早莲草、甘草各 10 g。寒痰者，法半夏增至 30 g，再加胆南星 10 g；燥痰者，加苦杏仁、栝蒌各 10 g；老痰者，加枳壳、芒硝各 10 g；湿痰者，加苍术 10 g；热痰者，加瓜蒌 15 g、石膏 20 g；咳喘者，加蜜麻黄 10 g；瘀痛重者，加三棱、莪术各 8 g，每次 1 剂，每天 2 次，水煎服。连续治疗 2 个月。

1.6 指标检测 ①临床症状，治疗前后进行简易智力筛查量表 (MMSE)^[8]、Epworth 嗜睡量表 (ESS)^[9]、神经功能缺损评分量表 (NIHSS)^[10]、中医辨证风痰瘀阻证量表 (中医量表)^[11] 评分；②睡眠监测指标，连续 7 h 监测多导睡眠监测患者呼吸暂停低通气指数 (AHI)、氧检指数 (ODI)、阻塞性呼吸暂停指数 (OAI)、最低血氧饱和度 (LSaO₂)；③血液流变学指标，抽取患者空腹静脉血，检测全血高切还原黏度 (HSRV)、低切还原黏度 (LSRV)、血浆黏度 (WBV)、纤维蛋白原 (FIB)；④血脂指标，抽取患者空腹静脉血，检测高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)；⑤炎症因子，抽取患者空腹静脉血，检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-18 (IL-18)、C-反应蛋白 (CRP)；⑥不良反应发生率。

1.7 疗效判定 参照《中药新药临床研究指导原则》^[11] 和《OSAHS 诊治指南（草案）》^[6]。①治愈，睡眠时间 ≥ 6 h/d，醒后精神良好，NIHSS 评分下降 $\geq 80\%$ ，AHI 下降 $\geq 75\%$ ；②显效，睡眠状

况明显改善,醒后无明显不适,NIHSS评分下降 $\geq 50\%$ 但 $<80\%$,AHI下降 $\geq 50\%$ 但 $<75\%$;③有效,睡眠状况有所改善,NIHSS评分下降 $\geq 20\%$ 但 $<50\%$,AHI指标下降 $\geq 25\%$ 但 $<50\%$;④无效,睡眠状况未改善,NIHSS评分下降 $<20\%$,AHI指标下降 $<25\%$ 。总有效=治愈+显效+有效。

1.8 统计学分析 通过SPSS 17.0软件进行处理,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

表 2 2组临床症状评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 2 Comparison of clinical symptom scores between the two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数/例	MMSE/分	ESS/分	NIHSS/分	中医量表/分
对照组	治疗前	74	12.81 \pm 4.51	19.51 \pm 1.93	8.73 \pm 1.13	43.82 \pm 7.91
	治疗后	74	20.53 \pm 5.73 [*]	18.91 \pm 1.87	5.47 \pm 0.82 [*]	42.16 \pm 7.43
观察组	治疗前	77	12.16 \pm 4.62	19.13 \pm 1.92	8.62 \pm 1.16	42.91 \pm 7.73
	治疗后	77	27.91 \pm 6.13 ^{*#}	14.86 \pm 1.35 ^{*#}	2.19 \pm 0.52 ^{*#}	14.83 \pm 2.81 ^{*#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 睡眠监测指标 治疗后,观察组AHI、ODI、OAI 低于对照组 ($P<0.05$),LSaO₂ 升高 ($P<$

表 3 2组睡眠监测指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 3 Comparison of sleep monitoring indices between the two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数/例	AHI/(次·h ⁻¹)	ODI/(次·h ⁻¹)	OAI/%	LSaO ₂ /%
对照组	治疗前	74	37.19 \pm 8.26	45.76 \pm 7.64	11.67 \pm 3.24	57.91 \pm 8.46
	治疗后	74	16.73 \pm 3.52 [*]	35.42 \pm 5.18 [*]	6.42 \pm 2.81 [*]	71.94 \pm 10.94 [*]
观察组	治疗前	77	36.82 \pm 8.71	44.91 \pm 7.49	10.82 \pm 3.17	58.73 \pm 8.17
	治疗后	77	5.62 \pm 1.43 ^{*#}	24.73 \pm 3.61 ^{*#}	4.53 \pm 1.26 ^{*#}	84.76 \pm 12.82 ^{*#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.4 血液流变学指标 治疗后,观察组血液流变学指标低于对照组 ($P<0.05$),见表4。

表 4 2组血液流变学指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 4 Comparison of hemorheological indices between the two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数/例	HSRV/(mPa·s)	LSRV/(mPa·s)	WBV/(mPa·s)	FIB/(g·L ⁻¹)
对照组	治疗前	74	6.81 \pm 0.37	22.83 \pm 3.91	2.63 \pm 0.21	55.92 \pm 7.42
	治疗后	74	5.71 \pm 0.27 [*]	18.43 \pm 2.14 [*]	2.59 \pm 0.20	41.95 \pm 6.51 [*]
观察组	治疗前	77	6.92 \pm 0.35	21.79 \pm 3.86	2.61 \pm 0.23	56.73 \pm 7.31
	治疗后	77	4.03 \pm 0.19 ^{*#}	15.42 \pm 1.92 ^{*#}	1.42 \pm 1.82 ^{*#}	30.17 \pm 5.29 ^{*#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.5 血脂指标 治疗后,观察组血脂指标低于对照组 ($P<0.05$),见表5。

表 5 2组血脂指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 5 Comparison of blood lipid indices between the two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数/例	HDL-C/(mmol·L ⁻¹)	LDL-C/(mmol·L ⁻¹)	TC/(mmol·L ⁻¹)	TG/(mmol·L ⁻¹)
对照组	治疗前	74	2.26 \pm 0.24	4.35 \pm 0.37	6.41 \pm 1.13	2.93 \pm 0.43
	治疗后	74	2.23 \pm 0.21	3.78 \pm 0.34 [*]	6.32 \pm 1.02	2.28 \pm 0.31 [*]
观察组	治疗前	77	2.25 \pm 0.27	4.31 \pm 0.38	6.53 \pm 1.18	2.91 \pm 0.41
	治疗后	77	1.85 \pm 0.13 ^{*#}	3.04 \pm 0.29 ^{*#}	5.26 \pm 0.91 ^{*#}	1.71 \pm 0.24 ^{*#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.6 炎症因子水平 治疗后,观察组炎症因子水平低于对照组 ($P<0.05$),见表6。

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$),见表1。

表 1 2组临床疗效比较 [例(%)]

Tab. 1 Comparison of clinical efficacy between the two groups [cases (%)]

组别	例数/例	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	74	7(9.5)	34(45.9)	18(24.3)	15(20.3)	59(79.7)
观察组	77	20(25.9)	31(40.3)	21(27.3)	5(6.5)	72(93.5) [*]

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.2 临床症状评分 治疗后,观察组MMSE评分高于对照组 ($P<0.05$),ESS、NIHSS、中医量表评分降低 ($P<0.05$),见表2。

表 6 2 组炎症因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 6 Comparison of inflammatory factor levels between the two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数/例	TNF- α /(pg·mL ⁻¹)	IL-6/(pg·mL ⁻¹)	IL-18/(pg·mL ⁻¹)	CRP/(pg·mL ⁻¹)
对照组	治疗前	74	39.71 \pm 4.52	18.76 \pm 1.72	429.53 \pm 68.61	15.34 \pm 2.94
	治疗后	74	24.83 \pm 2.91 [*]	17.62 \pm 1.16	415.82 \pm 45.49	10.65 \pm 1.76 [*]
观察组	治疗前	77	39.13 \pm 4.61	18.35 \pm 1.59	403.76 \pm 68.73	15.82 \pm 2.73
	治疗后	77	11.92 \pm 1.17 ^{*#}	6.91 \pm 0.72 ^{*#}	270.28 \pm 33.28 ^{*#}	6.72 \pm 0.81 ^{*#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.7 不良反应发生率 观察组不良反应(嗜睡、抑郁、消化不良)发生率低于对照组($P<0.05$),头晕、乏力、皮疹、白细胞减少、睡眠障碍、见表7。

表 7 2 组不良反应发生率比较 [例 (%)]

Tab. 7 Comparison of occurrence of adverse reactions between the two groups [case (%)]

组别	例数/例	嗜睡	头晕	乏力	皮疹	白细胞减少	睡眠障碍	抑郁	消化不良	总不良反应
对照组	74	4(5.4)	5(6.8)	2(2.7)	2(2.7)	3(4.1)	1(1.4)	1(1.4)	1(1.4)	19(25.8)
观察组	77	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.3)	2(2.6) [*]

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

中风后 OSAHS 属中医“中风后鼾眠”“中风中经络”等范畴^[12],此时脑组织经络损伤,气血阻滞脉络,气机流通受阻,气滞血瘀化痰。患者素体虚弱,脾运失司,则水液内停,聚而成痰;痰湿停滞于脏腑经脉,气血流动不利,则经行不畅或停滞,痰瘀互结,久而“浊凝清窍,瘀损脑络”。鼾眠为气流通过鼻腔咽喉,刺激黏膜分泌物增加,引起患者震颤、打鼾和张口呼吸,严重影响身体健康和睡眠质量,同时导致脑部供血供氧不足,影响中风后机体恢复,并有诱发再次中风的风险。

导痰汤出自《济生方》,由法半夏、橘红、胆南星、茯苓、枳实、甘草组成,具有燥湿豁痰、行气开郁的功效。方中法半夏、橘红利热燥而祛痰;茯苓健脾利湿,使痰无由生;加泽兰淡渗利湿,使痰湿从小便而出;枳实破痰利膈;甘草味甘性平,功效补脾益气、润肺止咳、缓急止痛、调和诸药;去胆南星,加太子参,后者味甘性平,功效益气生津、补益脾肺,其药力较为微弱,属清补之品,常用于经络受损,倦怠乏力、脾虚食少、心悸自汗、津亏口渴等证;加竹茹清燥开郁,使痰消火降,则经通而舌柔矣;加旱莲草,其味甘性寒,功效滋阴益肾、凉血止血,含有皂苷、鞣质、维生素 A 等成分,能提高机体免疫功能,有化痰、镇静、镇痛、止血、抗菌等作用^[13],诸药合用,共奏理气化痰、开窍醒神、活血通络的作用。

本研究采用国际公认的 MMSE、ESS、NIHSS 评价患者智力、睡眠状况、神经功能,发现治疗后观察组优于对照组。其作用机制可能与导痰汤加减联合常规治疗可调节气血运行,增加局部血流量,

扩张气管,从而增加脑组织供血供氧量,舒张受损黏膜血管,促进组织神经功能的恢复有关。中风后,患者脑血管受损,瘀血沉积,血液黏度、血液流变学增加^[14],而治疗后观察组血液流变学指标(HSRV、LSRV、WBV 和 FIB)显著降低,并且较对照组更明显,表明联合用药可有效降低血液黏稠度,调节血液流变学指标。

综上所述,导痰汤加减联合常规治疗可有效改善中风后 OSAHS 风痰瘀阻证患者临床症状,降低不良反应发生率。

参考文献:

[1] Ha L Y, Zhong C K, Bu X Q, *et al.* Prognostic value of lipoprotein-associated phospholipase A₂ mass for all-cause mortality and vascular events within one year after acute ischemic stroke: Methodological issues[J]. *Atherosclerosis*, 2017, 266: 1-7.

[2] 王松岭, 赵莹雪. 祛痰开窍通脉方治疗急性脑梗死合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征临床观察[C] //中国睡眠研究会第六届学术年会论文汇编. 成都: 中国睡眠研究会, 2010: 300-303.

[3] Arous F, Boivin J M, Chaouat A, *et al.* Awareness of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome among the general population of the Lorraine Region of France[J]. *Euro Anna Otorhi*, 2017, 134(5): 303-308.

[4] Li C, Zhang J L, Li L, *et al.* Fatty acid binding protein 4 is associated with stroke risk and severity in patients with acute ischemic stroke[J]. *J Neuroimmunol*, 2017, 311: 29-34.

[5] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2010) [J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2010, 2(4): 50-59; 69.

[6] 中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸障碍学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(2011 年修订版) [J].

中华结核和呼吸杂志, 2012, 35(1): 9-12.

[7] 姚乃礼. 中医证候鉴别诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002; 9.

[8] Brugnoloo A, Nobilia F, Barbierib M P, et al. The factorial structure of the mini mental state examination (MMSE) in Alzheimer’ s disease[J]. *Arch Gerontol Geriatr*, 2009, 49 (1): 180-185.

[9] 王小铁, 徐 文, 杨庆文, 等. Epworth 嗜睡量表联合家庭便携式睡眠监测诊断成人阻塞性睡眠呼吸暂停综合征[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2017, 24(8): 417-421.

[10] Alicia D G, Rocío N P, Sergi G M, et al. Premio Póster Comité Científico; Inclusión de la Escala Neurológica del National Institute of Health (NIHSS) en la clínica de la Unidad de Ictus del

Hospital del Mar[J]. *Revi Cientí Soci Española*, 2009, 30(1): 15-21.

[11] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 人民卫生出版社, 2002; 130-131.

[12] 边永红. 清脑舒络汤联合阿托伐他汀钙治疗中风恢复期患者的临床观察[J]. 中成药, 2017, 39(10): 2222-2224.

[13] 王玮雨, 冯涛珍, 唐雪梅. 柴牡醒脑汤对中风后轻度认知功能障碍患者的疗效观察[J]. 中成药, 2018, 40(10): 2355-2357.

[14] 王彦华, 路永坤, 张燕平, 等. 涤痰汤加减治疗中青年急性缺血性脑卒中合并 OSAHS 痰瘀互结证的疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(15): 204-209.

槐杞黄颗粒联合常规治疗对早期糖尿病肾病患者的临床疗效

邓妍妍¹, 金 莎¹, 田少江¹, 沈建明¹, 肖寿海^{2*}

[1. 十堰市人民医院 (湖北医药学院附属人民医院) 肾内科, 湖北 十堰 442000; 2. 房县人民医院肾内科, 湖北 房县 442100]

摘要: **目的** 研究槐杞黄颗粒联合常规治疗对早期糖尿病肾病患者的临床疗效。**方法** 100 例患者随机分为对照组 (48 例) 和观察组 (52 例), 对照组给予常规治疗 (控制血糖、降低血压、调整血脂等), 观察组在对照组基础上加用槐杞黄颗粒, 疗程 12 周。检测尿蛋白指标 [尿白蛋白 / 肌酐比值 (UACR)、24 h 尿蛋白定量 (24 h Upro)、尿微量白蛋白排泄率 (UAER)]、血清炎症因子 [白介素-1 β (IL-1 β)、白介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、转化生长因子- β 1 (TGF- β 1)、核因子- κ B (NF- κ B)]、血清氧化应激指标 [丙二醛 (MDA)、超氧化物歧化酶 (SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶 (GSH-Px)] 变化。**结果** 治疗后, 2 组尿蛋白指标、血清炎症因子、MDA 降低 ($P < 0.05$), SOD、GSH-Px 升高 ($P < 0.05$), 以观察组更明显 ($P < 0.05$)。**结论** 槐杞黄颗粒联合常规治疗能降低早期糖尿病肾病患者尿蛋白水平, 其机制可能与抑制炎症反应、减轻氧化应激有关。

关键词: 槐杞黄颗粒; 常规治疗; 早期糖尿病肾病

中图分类号: R287 **文献标志码:** A **文章编号:** 1001-1528(2020)03-0636-05

doi:10. 3969/j. issn. 1001-1528. 2020. 03. 017

Clinical effects of Huaiqihuang Granules combined with routine treatment on patients with early diabetic nephropathy

DENG Yan-yan¹, JIN Sha¹, TIAN Shao-jiang¹, SHEN Jian-ming¹, XIAO Shou-hai^{2*}

[1. Department of Nephrology, Shiyan People’ s Hospital (People’ s Hospital Affiliated to Hubei University of Medicine), Shiyan 442000, China; 2. Department of Nephrology, Fangxian People’ s Hospital, Fangxian 442100, China]

ABSTRACT: **AIM** To study the clinical effects of Huaiqihuang Granules combined with routine treatment on pa-

收稿日期: 2019-10-21
基金项目: 湖北省科技计划项目 (2013CFA065)
作者简介: 邓妍妍 (1982—), 女, 硕士, 主治医师, 从事继发性肾脏病的基础与临床研究。Tel: 13669096000, E-mail: 30103651@qq. com
* 通信作者: 肖寿海 (1976—), 男, 副主任医师, 从事继发性肾脏病的基础与临床研究。Tel: 18807282088, E-mail: hbdoctor2019@outlook. com