

中西医结合治疗原发性肾病综合征 36 例

★ 王文凤 陈鲜花 (广东省中医院珠海医院 珠海 519015)

摘要:目的:评价中西医结合治疗成人原发性肾病综合征(NS)的临床疗效。方法:66 例 NS 患者随机分为两组,治疗组 36 例和西药对照组 30 例,分别观察病人治疗前后尿蛋白、血浆白蛋白、复发率、缓解后病情稳定期、激素不良反应发生率等情况。结果:中西医治疗组总有效率优于西药对照组($P < 0.05$),治疗组患者治疗后尿蛋白、血脂、纤维蛋白原等指标较治疗前差异均有显著性,与对照组比较差异呈显著性。在激素不良反应发生率等方面显著优于对照组。结论:中西医结合治疗成人原发性肾病综合征临床疗效显著,安全,值得推广。

关键词:肾病综合征;中西医疗法;辨证分型

中图分类号:R 692.6 **文献标识码:**B

肾病综合征(NS)是临床上的常见病、多发病、难治病,常呈复发性。具有高度水肿、高脂血症、大量蛋白尿、低蛋白血症的特点^[1]。近年来,我们采用中西医结合方法治疗肾病综合征 36 例,疗效比较满意,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 资料

66 例原发性肾病综合征(NS)患者,为 2004 年 1 月~2006 年 1 月期间我院住院及门诊的符合肾病综合征诊断标准^[2],并具备以下条件:(1)年龄在 15~50 岁,(2)排除严重肝病、狼疮性肾炎、糖尿病肾病及其他原因引起的继发性肾病综合征,(3)初治,既往未使用过强的松和免疫抑制剂,且近 2 周内未接受任何相关治疗。(4)无明显临床出血的倾向,(5)既往无糖尿病、高血压、高脂血症病史,目前血肌酐水平在正常范围内,其中男性 39 例,女性 27 例;平均年龄 39.8 岁;病程 13 天~2 年。

1.2 分组

本研究采用前瞻性随机的方法,通过查随机数字表将入选的 65 例患者随机分为两组,其中对照组 29 例,男 17 例,女 12 例;年龄 19~57 岁,平均 39.5 岁;病理检查 6 例,其中系膜增生性肾炎 5 例,膜性肾炎 1 例。治疗组 36 例,男 21 例,女 15 例;年龄 21~60 岁,平均年龄 40.5 岁;病理检查 7 例,其中系膜增生性肾炎 6 例,膜性肾炎 1 例。在年龄、临床表现、病理组织类型方面,两组相近,有可比性。

1.3 方法

两组病人都采用常规治疗。(1)激素标准疗程:强的松 1 mg/kg·d,晨起顿服,8~12 周渐减量等常规的肾病综合征

治疗。(2)免疫抑制剂:环磷酰胺 8~12 mg/kg,加入生理盐水 250 mL 静滴,每周 2 次,或 200 mg 加入生理盐水 20 mL 静推,隔日一次,累积总量 ≤ 150 mg/kg(3)对症治疗:如抗感染、降压等,疗程中均不使用降脂药物。高度水肿者,短期应用西药利尿剂;合并感染者,短期加用抗生素;血浆蛋白过低,高度水肿者间断予以白蛋白或水解蛋白;血栓形成者可用肝素。

1.3.1 治疗组 在以上西医常规治疗基础上,结合中医,辨证分 4 型治疗,并配合口服雷公藤多甙片 20 mg,每日 2 次。

(1)脾肾阳虚型(9 例)。临床表现为面色晄白,周身浮肿,以下肢腰背为甚,或伴腹水、胸水,腰膝酸软,形寒怯冷,小便短小,食少纳呆,大便溏薄,舌淡胖、苔白腻,脉沉细。治以温补脾肾,利水消肿法。用真武汤或实脾饮加减。水肿甚者加用五皮饮或短期使用峻下逐水法。

(2)脾肾气虚型(8 例)。表现为肢体浮肿不甚,小便不利,面色萎黄,少气乏力,精神萎靡。舌淡边有齿印、苔薄白,脉沉弱。治以益气健脾,利水化湿法。方用补中益气汤或防己黄芪汤加减,并酌情加用鹿角胶、龟版、紫河车以阴阳并补之品。

(3)湿热内蕴型(12 例)。临床表现为遍身水肿胸腹胀闷,烦热,咽痛,小便短涩,大便干结,或有皮肤化脓性感染。舌苔黄腻,脉沉数。治以清热解毒,利湿消肿法。方用五味消毒饮合仙方活命饮加减。湿浊内停(BUN 升高)用大黄灌肠液保留灌肠并加强利水逐邪药量,使湿邪从二便排出。

(4)瘀水交阻型(7 例)。临床表现为面色黧黑,唇舌肌肤有瘀点或色素沉着,血尿少浮肿、纳差、恶心,常伴腰痛如刺,

固定不移,舌暗、苔腻,脉弦或涩。治以活血化瘀,利水除湿法。方用桃红四物汤、桂枝茯苓丸加减。可重用丹参,血瘀甚者加用水蛭粉,每日1~3g,装入胶囊吞服。或用复丹参注射液加入低分子右旋糖酐中静滴注。

用法:清水500mL,煎至200mL温服,每日1剂。

1.3.2 对照组 仅采用西医治疗。

1.4 观察指标

用药前后分别测血、尿常规,肝、肾功能,血脂系列,血流变,24小时尿蛋白定量。

1.5 疗效评定标准

参照1986年第二次全国中医肾病学术会议通过的慢性原发性肾小球疾病疗效判定标准进行评定。(1)完全缓解:多次检测尿常规蛋白阴性,尿蛋白定量 $<0.2\text{g}/24\text{h}$,血浆蛋白水平正常或接近正常,血压和肾功正常。(2)基本缓解:多次检测尿蛋白定量 $<1\text{g}/24\text{h}$,血浆蛋白水平显著改善,血压和肾功正常。(3)部分缓解:尿蛋白定量 $<2\text{g}/24\text{h}$,血浆蛋白水平改善,血压和肾功接近正常。(4)无效:尿蛋白定量虽有减少,但仍大于 $3.5\text{g}/24\text{h}$,血浆蛋白水平改善不明显,血压升高,肾功能好转或加重。

1.6 统计学方法

所有数据均以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 X^2 检验。治疗组和对照组自身前后对照比较采用配对 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有显著性。

2 治疗结果

见表1、表2。

表1 两组疗效比较 例(%)

组别	例数	完全缓解	部分缓解	无效	总有效率(%)
治疗组	36	28	7	1	97.2
对照组	29	7	14	8	72.4

注:两组疗效比较, $P<0.05$ 。

表2 两组治疗前后
各项生化、血流变指标的变化($\bar{x}\pm s$)

项目	尿蛋白 / $\text{g}\cdot 24\text{h}^{-1}$	甘油三酯 / $\text{mmol}\cdot \text{L}^{-1}$	低密度脂蛋白 / $\text{mmol}\cdot \text{L}^{-1}$	纤维蛋白原 / $\text{g}\cdot \text{c}^{-1}$	
对照组	治疗前	$5.36\pm 3.36^*$	2.95 ± 1.56	5.74 ± 2.2	5.75 ± 1.16
	治疗后	3.62 ± 1.66	2.33 ± 0.88	4.26 ± 2.45	5.55 ± 1.03
治疗组	治疗前	5.75 ± 2.24	2.98 ± 1.31	5.65 ± 2.9	5.63 ± 1.33
	治疗后	$1.82\pm 1.94^*\Delta$	$1.02\pm 0.63^*\Delta$	$3.12\pm 1.38^*\Delta$	$2.12\pm 0.84^*\Delta$

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

从表2可知,两组治疗后尿蛋白均明显下降,与治疗前比较差异均有显著性($P<0.05$),且治疗组比对照组下降更明显,二者比较差异有显著性($P<0.05$)。提示治疗组降尿蛋白作用优于对照组。

治疗组治疗后甘油三酯、低密度脂蛋白、纤维蛋白原均明显下降,与治疗前比较差异均有显著性($P<0.05$),且治疗组比对照组明显下降,二者比较差异有显著性($P<0.05$)。提示治疗组降血脂,改善患者高凝状态作用优于对照组。

两组病例使用强的松的不良反应常表现为柯兴氏样体态,伴神经、精神症状,上消化道出血,并发或加重感染。用环磷酰胺后则表现为白细胞下降,恶心、呕吐、脱发,可逆性肝损害,严重感染等。对照组出现一种不良反应者10例,两种及两种以上者12例,共22例,占75.8%;治疗组出现一种不良反应者2例,两种以上者7例,占25%,治疗组较对照组不良反应发生率低。($P<0.01$)。

3 讨论

肾病综合征属中医水肿、虚劳、腰痛范畴,其病机内因脾肾阳虚,外因风寒湿侵袭而诱发,故该病的全进程始终呈现着本虚标实的病理机制。本组病例结果表明,采用中西医结合方法治疗,重视中医辨证论治,可显著提高该病的缓解率,明显减少激素、细胞毒性药物的副作用。

目前激素及细胞毒性药物被公认为治疗肾病综合征有效的药物,但长期大剂量的激素及细胞毒性药物治疗可导致许多不良反应及并发症。易引起柯兴氏样体态,伴神经、精神症状,上消化道出血,并发或加重感染,用环磷酰胺后则表现为白细胞下降,恶心、呕吐、脱发,可逆性肝损害,严重感染等。中医药重在益气温阳,清热利湿,逐瘀化浊。大剂量益气温补药物的运用,可以消除尿中蛋白,改善肾功能,使血浆蛋白得以恢复。而活血化瘀药具有抗血小板凝聚及促进纤维蛋白溶解的作用,从而使血液凝固性、粘稠性下降,使微循环灌流量增加,改善器官的血液供应,使组织得以修复或再生。而给予滋阴降火的中药则可减少柯兴氏综合征的发生;在激素减量 and 维持阶段,应用温补肾阳的中药,可促进自身肾上腺皮质功能,减少撤药反跳和帮助巩固疗效,可增强细胞免疫,起到预防感染和防止复发的作用。中药配合服雷公藤多甙片可提高疗效,雷公藤具有免疫抑制、抗炎、明显的消除蛋白尿的作用。因此中西医结合治疗肾病综合征,取两者之所长进行互补性治疗,可显著提高疗效,推迟复发时间,使部分患者由难治转为易治,减少复发,改善预后,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002,1930
- [2]王海燕,郑法雷,刘玉春,等.原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题座谈会纪要[S].中华内科杂志,1993,2(32):131~134

(收稿日期:2007-03-15)

欢 迎 投 稿 ! 欢 迎 订 阅 !