

中西医结合治疗肾病综合征 229 例疗效分析

江苏省丹徒县中西医结合肾病医院 朱辟疆 卢 彬 任春荣

内容提要 应用中西医结合治疗的肾病综合征 229 例中, 采用辨证论治者 179 例, 完全缓解率 77.1%; 采用活血化瘀治疗 50 例, 完全缓解率 58%。通过对改善全身情况、血生化免疫及西医分型与疗效关系分析, 认为肾病综合征的中西医结合治疗, 采用辨证论治比活血化瘀方法好。

中西医结合治疗肾病综合征是目前比较好的治疗方案, 为摸索中药的使用规律, 现将我院 1980 年 10 月至 1982 年 9 月治疗的 229 例总结如下。

临 床 资 料

一、一般资料: 本组男 159 例, 女 70 例。成人 155 例, 儿童 74 例。病程 <1 年 120 例, 1~3 年 55 例, 3~5 年 24 例, 5~10 年 22 例, >10 年 8 例。按 1977 年北戴河肾炎座谈会诊断分型标准, 原发性肾小球肾病 128 例, 慢性肾炎肾病型 101 例。

二、治疗方法: 229 例均采用中西医结合方法治疗。中药使用以抽签法分二组, 一组以扶正固本为主的辨证论治方法 (下称辨证组), 另一组用活血化瘀中药 (下称活血组)。

1. 辨证组: 根据病人当时的具体情况辨证论治。本组共 179 例。其中原发性肾小球肾病 98 例, 慢性肾炎肾病型 81 例。

本证: (1)脾肾气虚: 轻度浮肿或不肿, 体倦乏力, 食欲不振, 面色萎黄, 舌淡苔白, 脉弱。治宜益气健脾利水。常用: 党参、焦白术、黄芪、山药、茯苓、陈皮、泽泻、冬瓜皮等。

(2)脾肾阳虚: 形寒肢冷, 水肿明显, 下半身尤重, 腰困腿软, 神疲纳少。面色㿔白, 舌淡胖, 边有齿印, 苔白滑, 脉沉细。治宜温阳利水。常用: 熟附片、党参、桂枝、巴戟天、仙灵脾、杜仲、山萸肉、泽泻、茯苓等。

(3)肝肾阴虚: 头晕耳鸣、心烦口干、手

足心热、腰痛腿酸、舌红少津、脉弦细, 治宜滋养肝肾。常用: 生地、山药、山萸肉、枸杞、丹皮、怀牛膝、川断、赤茯苓等。

标证: (1)水湿: 水肿严重, 多伴腹水和/或胸水, 尿少腹胀。治疗应标本兼治。阳虚水泛者在温阳利水基础上加大腹皮、陈葫芦、椒目等。阴虚夹水湿泛滥者多由于长期用激素或温阳药及过分利尿伤阴。表现为既有肝肾阴虚本证, 又夹有水湿标证, 并常伴瘀血表现。治宜养阴化瘀行水。可选用枸杞、生熟地、制首乌、白术、茯苓、马鞭草、半枝莲、车前子等。瘀水内阻多见于顽固性水肿, 治宜化瘀行水。采用活血化瘀和行水消肿药合并应用。

(2)湿热: 口苦口粘, 脘闷纳差, 心烦失眠, 尿少色深。舌红苔黄腻, 脉多滑数。湿重用清利湿热, 可选用知母、黄柏、山栀、厚朴、苡仁、砂仁等; 热重用清热解毒, 可选用银花、连翘、黄芩、公英、淡竹叶、白花蛇舌草等。

(3)血瘀: 皮肤有瘀点或瘀斑, 或皮肤有血管纹, 腰痛固定不移, 肉眼或明显镜下血尿。舌质紫或有瘀点。治宜活血化瘀。选用丹参、红花、川芎、当归、赤芍、桃仁、益母草等。对慢性肾炎肾病型, 不论有无明显血瘀证, 均在原辨证论治方剂中酌加 2~3 味活血化瘀药。

2. 活血组: 共 50 例, 其中原发性肾小球肾病 30 例, 慢性肾炎肾病型 20 例。方剂: 丹参 20g 红花 10g 川芎 10g 赤芍 15g 益母草 30g 桃仁 10g 银花 20g 连翘 10g 车前子

15g 连皮茯苓 30g 甘草 6g 等组成。每日一剂煎服，疗程 3 月。

3. 西药：两组用药相同。原发性肾小球肾病强的松、环磷酰胺联用。慢性肾炎肾病型加服消炎痛。有严重水肿者加用速尿，明显高血压加用降压药。

(1) 强的松：30~45mg (儿童 15~30mg)/日，开始分三次服，2~4 周后过渡为间日疗法，以后每 10 天减 10mg 逐渐停药。

(2) 环磷酰胺：一般在服强的松后 2~4 周加用环磷酰胺，间日静注或口服 200mg (儿童 50~100mg)，疗程 2~3 月。

(3) 消炎痛：75mg (儿童 25~37.5mg)/日，分三次饭后服，疗程 3 个月。

疗效分析

一、疗效评定：1. 完全缓解：临床症状体征消失，尿蛋白总量 $<0.2\text{g}/24\text{h}$ ，血清蛋白、胆固醇正常，肾功能正常。2. 基本缓解：临床症状体征消失，尿蛋白 $<1.0\text{g}/24\text{h}$ ，血清蛋白、胆固醇正常或接近正常，肾功能正常。3. 部分缓解：水肿消失或基本消失，尿蛋白总量比治前减少 50% 以上。4. 无效：达不到部分缓解标准。

二、治疗结果：辨证组 179 例完全缓解 138 例 (77.1%)，基本缓解 13 例 (7.3%)，部分缓解 14 例 (7.8%)，无效 14 例 (7.8%)。活血组 50 例治疗结果分别为 29 例 (58%)、4 例 (8%)、9 例 (18%) 及 8 例 (16%)。辨证组完全缓解率明显高于活血组 ($P<0.01$)。其总有效率，辨证组为 92.2%，活血组为 84%，也有明显差别 ($P<0.05$)。

三、疗效分析：1. 一般情况：辨证组治疗一周后 90% 患者饮食增加，精神体力明显改善。活血组仅 40% 有不同程度改善，20% 病例饮食反而减少，甚至出现恶心呕吐。水肿消失时间两组基本相同 (平均 13~15 天)，但活血化瘀组速尿用量普遍较大。疗程中白细胞 $<3,000$ 者辨证组不到 20%，活血组为 50%，3 例降至 1,000 以下而被迫暂停治疗。辨证组有继

发感染者平均 0.8 次/人，活血组 2.2 次/人。可见辨证论治在改善全身情况、减少西药副作用及预防继发感染方面均比活血化瘀组好。

2. 血清蛋白及胆固醇：血清蛋白辨证组治前平均 4.2g/dl，治后 5.0g/dl，平均增加 0.8g/dl；活血组治疗前后分别为 4.4g/dl 及 4.7g/dl，平均增加 0.3g/dl。两组平均增加血清蛋白量有明显差异 ($P<0.05$)。胆固醇辨证组治前平均 452mg/dl，治后 271mg/dl，平均下降 281mg/dl；活血组分别为 449mg/dl 及 281mg/dl，平均下降 168mg/dl，两组比较 $P<0.05$ 。说明辨证组在改善血清蛋白及胆固醇方面均比活血化瘀组好。

3. 血清免疫球蛋白：本文作过治疗前后血清免疫球蛋白对比者 210 例。其中辨证组 160 例，活血组 50 例。辨证组不论对原发性肾小球肾病及慢性肾炎肾病型，治疗后 IgG 均有明显上升 ($P<0.05$)，原发性肾小球肾病上升尤为明显 (治前为 $450 \pm 230.9\text{mg/dl}$ ，治后 $683.3 \pm 276.2\text{mg/dl}$ ， $P<0.01$)。该组原发性肾小球肾病治前 IgM 平均值高于正常人，治后有明显下降 ($P<0.05$)。活血组各种免疫球蛋白治疗前后改变无统计学意义 ($P>0.05$)。

4. 西医分型与疗效的关系：从附表中可以看出，中医辨证论治对原发性肾小球肾病的完全缓解率明显高于活血化瘀组 ($P<0.01$)，对慢性肾炎肾病型两组疗效大致相同 ($P<0.05$)。可能与我们对慢性肾炎肾病型，不论

附表 228 例肾病综合征疗效与分型的关系

	分型	例	完全缓解 %	基本缓解 %	部分缓解 %	无效 %
辨证组	慢性肾炎肾病型	81	45 55.6	8 9.9	14 17.3	14 17.3
	原发性肾小球肾病	98	93 94.9	5 5.1	—	—
活血组	慢性肾炎肾病型	20	11 55.0	1 5.0	4 20.0	4 20.0
	原发性肾小球肾病	30	18 60.0	3 10.0	5 16.7	4 13.3

有无瘀血证均加用活血化瘀中药有关。

讨 论

近年来对肾病综合征的病因和发病机理有了进一步了解,特别是激素、免疫抑制剂及抗凝剂联合应用,对一些难治性病例亦取得一定效果⁽¹⁾,但仍然存在副作用多、易复发等缺点。单独应用中药治疗肾病综合征,活血化瘀方案比扶正固本疗效好⁽²⁾,但在改善病人全身情况方面,则不如扶正固本的方法。单用中药不管那一种方案,疗效都不如激素加免疫抑制剂,而中西药物的联合应用疗效比任何一种单用西药或中药的方案均高。目前对中西医结合治疗到底起协同、累加或无关作用尚不清楚。因此,我们认为,中西医结合治疗肾病综合征,除了考虑中药本身的治疗作用外,还应考虑到能改善全身情况及拮抗西药副作用。从本文资料分析,辨证论治组无论在改善全身情况、防止白细胞下降、改善血清蛋白及胆固醇、改善免疫球蛋白、预防继发感染等方面,均比活血化瘀组好。对慢性肾炎肾病型疗效与活血化瘀组相似,而对原发性肾小球肾病疗效明显高于活血化瘀组。因此我们认为中西医结合治疗肾病综合征,中药采用扶正固本辨证论治方案比单纯活血化瘀为好。虽然目前对中药治疗肾病综合征机理尚不清楚,但活血化瘀中药有抗炎、抗凝及抗纤维组织增生等作用。临床也证明活血化瘀中药对慢性肾炎效果较好。因此,对肾病综合征的治疗,应鉴别是慢性肾炎肾病型还是原发性肾小球肾病,然后再按中医的方法辨证论治,即辨证与辨病相结合。慢性肾炎肾病型病理上多有炎症和凝血障碍,故不论有无瘀血证,

均可在辨证论治的方剂中酌加活血化瘀药物。原发性肾小球肾病在病理上多属微小病变型,一般没有凝血障碍,除非有明显瘀血证,没有必要采用活血化瘀的方案。

由于治疗,感染等种种因素的影响及机体的反应性不同,致使肾病综合征证情复杂,有时标本兼见,有时本虚标实。有时本证也会转变,如脾肾阳虚经治疗后,或多或少会出现湿热表现,也可转变为肝肾阴虚或阴虚夹湿。本组几乎无一例自始至终为同一中医见证。很难想像有一个固定的方剂对每一个病例的任何时期均适用。因此,中药方剂应根据当时的具体情况辨证论治。本虚为主宜扶正固本,标实突出治标为主,兼顾本虚。大多数未经治疗的病人多表现为脾肾阳虚或气虚,宜温阳补肾或健脾益气中药配合强的松。经过一个时期治疗,则或多或少出现湿热证,此时宜加用清利湿热中药。如出现明显湿热证,则不宜再用温热药,而应先清湿热后再根据本虚情况用相应的治本药物。特别有必要指出的是有些原为阳虚病人经用一个时期的温阳健脾中药及强的松后,出现以阴虚为主的见证,但水肿仍然明显,即阴虚夹水湿的表现,此时应采取养阴为主,适当配合行水渗湿中药。恢复期多表现为脾肾气虚或肝肾阴虚,宜用健脾益气或滋阴补肾巩固疗效。

参 考 文 献

1. Chester M, et al: Pediatric Kidney disease 1st ed. P157 Little, Brown and Co Boston 1978
2. 山西省中医研究所内科肾病组:重用活血化瘀、清热解毒药物——以益肾汤为主治疗慢性肾小球肾炎64例报告。新医药学杂志 6:29,1975

(上接第307页)

5. 卞安堃等:中医治疗病态窦房结综合征的疗效及对性激素的影响。中西医结合杂志 1(1):3, 1981
6. 中国医学科学院卫生研究所等:《卫生统计学》第1版,第62页,人民卫生出版社,1978
7. 滕岳明等:饮食控制与益气养阴汤加减治疗非胰岛素依赖型糖尿病50例疗效观察。中西医结合杂志 3(2):91,

1983

8. 邱洪法等:气血实质的探讨(1)。中西医结合杂志 1(1):32, 1981
9. 尹光耀等:脾虚证胃病中血浆环核苷酸与胃粘膜肠上皮化生改变的关系。中西医结合杂志 3(2):104, 1983
10. 姜文卿等:附子1号的临床研究。中西医结合杂志 1(1):6, 1981