

22例狼疮性肾炎的中西医结合治疗观察

上海中医学院附属龙华医院

徐正福 曹 卫 俞仲康 陈湘君 苏 励 屠伯言 吴圣农

狼疮性肾炎(LN)是系统性红斑狼疮(SLE)的主要临床表现,也是SLE主要死亡原因之一。1983年1月~1986年6月我们对22例LN住院患者进行中西医结合治疗,现将结果报告如下。

临 床 资 料

一、诊断标准:参照1982年美国风湿病协会及全国风湿病学术会议纪要SLE诊断标准,在SLE诊断确立后,临床上凡持续蛋白尿+以上,镜下血尿超过10个红细胞/高倍视野,管型尿,肾功能不全指标中(主要测定内生肌酐清除率或血尿素氮、肌酐)有一项以上异常者即可确诊。

二、一般情况:22例均为女性,其中在外院经西药治疗疗效不佳者19例。年龄21~30岁12例,31~40岁6例,41~50岁2例,50岁以上2例。病程5年以内15例,5年以上7例。

三、肾脏受损害情况:(1)尿的改变:蛋白尿定性++以上者20例;血尿+者4例,++者6例;管型尿5例。(2)肾病综合征6例,其中有腹水者3例。(3)高血压7例。(4)肾功能损害情况:按内生肌酐清除率下降至75、50、25ml/min以下分别分为轻、中、重度损害,各有13、6、3例。轻、中度损害多属肝肾阴虚型及脾肾阳虚型,重度损害属邪热入营型者2例。(5)血浆蛋白降低9例,包括肾病综合征6例。

四、血清微量元素测定:本组测定血清微量元素共11例。锌 $<0.96 \pm 0.1 \mu\text{g/ml}$ (正常值,下同)8例,铜 $>1.02 \pm 0.16 \mu\text{g/ml}$ 者5例,铜/锌 $>0.9 \sim 1.2$ 者8例,铁 $<1.15 \pm 0.52 \mu\text{g/ml}$ 者3例。均属肝肾阴虚患者。

五、中医辨证分型

1.肝肾阴虚型:16例。肤色、指甲泛红,颧红,烦热,腰酸,毛发脱落,关节肌肉隐隐作痛,手足心热。舌质红或边缘伴有齿痕,苔薄少津,脉细数。多见LN病情轻、中阶段。

2.邪热入营型:5例。壮热,口渴喜冷饮,头面及全身潮红,胸闷心悸,甚则神昏谵语,少尿。舌绛

苔黄,脉数。多见于LN病变中、重阶段,个别呈狼疮危象。

3.脾肾阳虚型:1例。面目、四肢浮肿,面色㿔白,纳呆、腹胀,畏寒肢冷,神疲乏力,腰膝酸痛。舌淡苔白,脉细濡。

六、免疫指标测定:患者治疗前后分别测定免疫指标:IgG(正常值760~1600mg%,下同),IgA(50~250mg%),IgM(50~170mg%),淋转³H(1~5万cpM),E花环(50~75%),免疫复合物(CIC<0.05),补体C₃(80~150mg/dl),C₄(25~40mg/dl),抗双链DNA抗体(ds-DNA<25%)。免疫球蛋白测定,IgG>1600mg%,肝肾阴虚6例,邪热入营3例;IgA>250mg,上述两型各为6、4例;IgM>170mg%,各为2、1例。中医分型与免疫指标的关系,见附表。

附表 22例患者辨证分型与免疫指标的关系(例)

	淋转 ³ H↓	E花环↓	CIC↑	C ₃ ↓	C ₄ ↓	抗ds-DNA↑
肝肾阴虚	1	3	10	6	10	13
邪热入营	2	—	4	3	4	3
脾肾阳虚	—	—	—	—	—	—
总 计	3	3	14	9	14	16

治 疗 方 法

一、西药:急性活动期用强的松30~60mg/日(多数晨顿服,剂量大时每日分3次服),疗效不佳改用地塞米松4.5~9mg/日,服法同强的松,少数患者先用地塞米松10mg静脉滴注4~7日再改口服。5例患者激素治疗1~2个月无效,加用环磷酰胺50~100mg/日,分1~2次口服;或左旋咪唑50mg,每日3次口服,用3天停11天,周而复始,待病情好转逐渐减量。各种免疫指标恢复正常,小剂量激素(强的松10mg/日以下)再维持3~6个月后西药全部撤除。

二、中医治疗:(1)肝肾阴虚型:治宜益气养阴为主。方用黄芪、太子参、元参各15g,女贞子、当归、制首乌各

特 一
集 九
优 八
惠 八
券 年

12g, 生地、白花蛇舌草各 30g, 生甘草 9g。(2) 邪热入营型: 清营凉血解毒为主。方用水牛角 60g (先煎), 太子参、生地各 30g, 玄参、丹皮、赤芍、草河车各 12g, 升麻 9g, 知母 6g, 雄黄 0.5g, 茯苓 12g, 青黛 0.3g, 山梔 9g, 当归龙荟丸 9g (包煎), 人工合成牛黄粉 1.5g (分吞)。(3) 脾肾阳虚型: 健脾补肾为主, 辅以活血利水。方用黑附块 (先煎)、白术各 9g, 黄芪、童子益母草各 30g, 淫羊藿、菟丝子各 12g, 蟋蟀干粉 3g (分吞)。每日 1 剂, 1 个月为 1 疗程。平均住院 1~3 个月, 继之门诊随访。疗程 1~3 个月 1 例, 3~6 个月 2 例, 6 个月~1 年 3 例, 2 年以上 16 例。

急性期西药与汤药同时服用, 一般西药停用后加用六味地黄丸 (或知柏地黄丸、附桂八味丸) 4.5g, 每日 3 次服用。完全缓解 3~6 个月后停用汤药, 仅六味地黄丸长期维持应用。

结 果

一、疗效标准: (1) 显效: 浮肿消退、尿蛋白阴性或±, 血压恢复正常, 血浆蛋白恢复正常或接近正常, 肾功能正常, 狼疮活动指标 (抗 ds-DNA 抗体、CIC、ESR、C₃ 等) 转阴。(2) 有效: 浮肿消退, 尿蛋白减少, 但仍 + 以上, 其他有关实验室检查指标好转或接近正常。(3) 无效: 治疗 3 个月以上, 临床、实验室检查均无改善或恶化。

二、治疗结果: 显效 8 例 (36.3%), 有效 11 例 (50%), 无效 3 例 (13.7%), 总有效率 86.3%。其中肝肾阴虚型: 显效 7 例, 有效 8 例, 无效 1 例, 总有效 15 例中有免疫球蛋白升高, 微量元素异常者全部恢复正常或接近正常。邪热入营型: 显效 1 例, 有效 2 例, 无效 2 例, 仅显效 1 例免疫球蛋白恢复正常。脾肾阳虚: 1 例有效。

讨 论

狼疮性肾炎在 SLE 中占有重要地位, 是 SLE 最常见和最严重的内脏损害。它的发生与免疫功能有密切关系。血清免疫学检查, 抗 ds-DNA 抗体效价升高, CIC 阳性, C₃、C₄、CH₅₀ 均降低, 与本组的免疫学检查大致相似。至于免疫球蛋白升高不如 SLE 那样显著, 可能与尿蛋白丧失有关。本病的肾损害仍以蛋白尿、水肿、肾功能异常为

主要表现。

辨证分型国内报道不一。我们对 SLE 的病机作了探讨, 以肝肾阴虚为主, 此类患者的血微量元素锌低铜高, 锌/铜比值降低, 阳虚反之。本组病例锌、铜、锌/铜比值测定结果也与 SLE 相似。结合微量元素研究, 我们把 LN 分为肝肾阴虚型、邪热入营型、脾肾阳虚型, 基本上包括本病各阶段的主要临床特征。

根据国内有关报道, 本病应用中医中药或中西医结合治疗后, 临床疗效有显著提高, 病死率明显降低。如李氏 [吉林医学 1985; 6 (6): 16] 报道 LN 100 例, 用大剂量激素治疗后, 缓解 68 例, 占 68%, 死亡 22 例, 占 22%; 无变化 10 例, 占 10%。本组治疗总有效率为 86.3%, 显效 36.3%, 无死亡。从而看出中西医结合治疗 LN 的疗效明显优于单纯西药。从辨证分型来看, 肝肾阴虚型疗效较佳。

我们主张本病急性活动期以西药类固醇激素等为主, 配合中医治疗及早控制病情, 待病情稳定、好转后即以中药为主, 西药激素逐渐减少用量, 直至停用西药, 完全缓解 3~6 个月后汤药也可停服, 单用六味地黄丸长期服用, 以巩固疗效, 减少复发。

推测中药治疗本病可达到扶正祛邪的作用, 尤其与免疫调节、微量元素有关。有作者报道 [中医杂志 1983; 24 (5): 66] 补益肝肾药中锌含量很高, 如补骨脂锌含量 (μg/g) 168、女贞子 495、何首乌 421、仙茅 345、枸杞子 360、山茱萸 256、肉苁蓉 228、熟地 220。而我们研究发现 LN 肝肾阴虚患者锌低, 可见应用补益肝肾药治疗有一定的生化基础, 也有一定的治本作用。养阴药能减轻免疫抑制剂引起的副作用, 并可抑制免疫功能亢进。养血活血药具有镇静, 增加外周血流量, 抑制血小板凝集, 改变毛细血管通透性, 改善微循环, 促进结缔组织代谢的作用, 有改变或恢复机体免疫的自身稳定作用。清热解毒药可控制病原复合物的产生, 同时防止细菌、病毒感染, 减少诱发自身免疫疾病的因素。方剂中水牛角清热解毒功效与犀角相似, 但剂量必须增大。现代药理研究证实, 它对垂体-肾上腺皮质系统有兴奋作用, 能延长生命, 降低毛细血管通透性, 对网状内皮系统的吞噬功能有显著增强作用。附子回阳救逆, 温运健脾, 强心扩血管, 镇静止痛, 对垂体-肾上腺皮质系统有兴奋作用, 可达到抗炎目的。雄黄有解毒作用, 由于剂量小, 且煎用, 毒性不大。上述说明中西医结合治疗本病有明显优越性。

欢 欢
迎 迎
投 订
稿 阅