

慢性肾小球肾炎的中西医结合治疗

苏州医学院中医学教研室中西医结合研究室 卢君健 袁永华*

我们应用祛风抗敏法,并根据邪正虚实的不同阶段予以加减治疗慢性肾炎患者 54 例,现报道如下。

临床资料

一、一般资料:选择专科门诊及住院患者 54 例。其中男性 32 例,女性 22 例;年龄最大 59 岁,最小 12 岁,平均 28.2 岁;病程最长 30 年,最短 9 天(急性发病天数),平均 1.82 年;诊断依据 1977 年北戴河肾炎座谈会诊断分类标准,普通型 30 例,肾病型 19 例,高血压型 5 例(血压持续在 180/110mmHg 左右);因上感诱发者 20 例,因过敏及皮肤感染诱发者 12 例。

二、实验室检查:治疗前后进行尿蛋白定性、定量,血液尿素氮(BUN)及肌酐(Cr)测定。

治疗方法

54 例患者均应用祛风抗敏法治疗。基本方:荆芥 10g 防风 6g 麻黄 6g 苏叶 10g 银花藤 20g 连翘 10g 乌梅 15g 甘草 6g 红枣 5 枚。水煎每日 1 剂,分两次早、晚饭后服。1 个月为 1 个疗程。加减:(1)风寒入侵者去银花藤、连翘、黄芩;(2)外感风热者去苏叶、荆芥、防风、麻黄,加大青叶、板蓝根、蝉衣;(3)湿毒浸淫者加黄柏、苡仁、苍术、蒲公英、白花蛇舌草;(4)气阴两虚者加玉屏风散、太子参、党参、黄精、北沙参;(5)肝肾阴虚者加生地、玄参、麦冬、玉竹、二至丸;(6)脾肾阳虚者加仙灵脾、仙茅、附片、干姜、菟丝子;(7)水肿甚加五皮饮、五苓散;(8)血瘀者加桃仁、红花、丹皮、丹参、泽兰、益母草;(9)脾胃虚弱者加四君子汤、淮山药、山楂、谷麦芽。

西药均间断使用了肝素:0.15~0.3mg/kg 加 5% 葡萄糖水 20ml 静脉注射,每日 1 次,用 3 天停 3 天,1 个月为 1 个疗程;尿激酶 2~4 万 u 加 5% 葡萄糖水 20ml 静注,隔日 1 次,7 次为 1 个疗程,上述两药有出血现象时即停用,不强调完成疗程。普通型按上法治疗;肾病型加用倍他米松 0.5mg,每日 4 次口服,病情稳定 2 周后,每周递减 0.5mg,以至全部撤除。8 例加用环磷酰胺 0.2g 加入生理盐水 20ml 静脉注射,隔日

或每 3 日 1 次,患者有反应时则停用,总量一般 2g,不超过 4g。高血压型选用对肾脏无损伤或少损伤的降压药,如可乐宁、降压灵、噻嗪嗪等,三种药可单用,亦可选择两种合用,根据血压调整剂量,血压维持在 140/90 mmHg 左右改维持量。有严重细菌感染时选用对肾脏无明显损害的抗生素,病毒感染时选用抗病毒中药如板蓝根、大青叶、虎杖、鸭跖草等,或用大蒜素 20mg 口服,每日 3 次,亦可用大蒜液 30mg 加入 5% 葡萄糖液中静滴,3~5 天为 1 个疗程,浮肿者间断使用利尿剂,若有电解质紊乱者及时纠正。

结 果

一、疗效标准:(1)完全缓解:症状和体征消失,肾功能(BUN、Cr)正常,两次尿蛋白定性—~±,或 24 小时尿蛋白定量 < 0.25g。(2)基本缓解:症状与体征消失,肾功能正常或明显改善,两次尿蛋白定性 ±~+ 或 24 小时尿蛋白定量 < 1.5g。(3)无效:症状无改善,实验室检查无明显改善或加重者。

二、结果:54 例中,完全缓解 19 例,占 35.19%;基本缓解 34 例,占 62.96%;无效 1 例,占 1.85%,总有效率达 90.15%。普通型完全缓解 7 例,基本缓解 22 例,无效 1 例;肾病型完全缓解 12 例,基本缓解 7 例;高血压型 5 例均基本缓解。

三、治疗前后实验室检查结果对比

1. 尿蛋白定性:蛋白定性程度++++、+++、++、+~±、—,治疗前分别为 19、15、13、7、0 例,治疗后分别为 0、4、7、27、16 例(P 值 < 0.01)。

2. 尿蛋白定量(24 小时尿):5 例患者治疗前均值 6.22g,治疗后 1.57g,治疗前后均差 ± 标准误为 3.30 ± 1.47g(P < 0.05)。

3. BUN、Cr: BUN(10 例)治前均值 64.78mg%,治疗后 34.20mg%,治疗前后均差 ± 标准误 23.39 ± 9.67mg%(P < 0.02)。Cr(11 例)治前均值 3.95mg%,治后 2.81mg%,治疗前后均差 ± 标准误为 1.91 ± 0.58mg%(P < 0.02)。

讨 论

中医学对肾炎的发病机制,概括为病邪侵袭,主要为风邪和脏腑功能失调。针对风邪的致病特点,在

*进修医师

邪实时辨别风寒、风热、湿毒等不同证型，分别予以辛温祛风抗敏、辛凉祛风抗敏、清热解毒祛风抗敏等法治疗，达到祛邪安正的目的。正虚时辨别气虚、阴虚、阳虚的不同证型，分别予以益气祛风抗敏、养阴祛风抗敏、温肾祛风抗敏等法，达到扶正祛邪的目的。

根据肾炎的免疫发病机制，清除抗原及免疫复合物，中和血管活性物质是阻断病理环节的根本治疗措施，抗原及其复合物有细菌性、病毒性，这些均属于

风邪疫毒。方中荆芥、麻黄、甘草、黄芩、连翘等均有抗病毒、消炎抗敏、中和介质、诱生干扰素、抑制介质释放、清除复合物等多种作用；黄芪、太子参、党参、白术、生地、黄精、北沙参、麦冬、仙灵脾、附片等可提高T细胞功能，改善免疫功能。最后，必须强调祛风抗敏类药均多苦寒易伤胃气，故用药量宜小，或加用健脾和胃或温肾法以补火生土温肾健脾，使后天水谷之气化为精血津液卫气，增强免疫功能，恢复其免疫平衡。

中西医结合治疗韩一薛一柯氏症1例

长春市儿童医院 王志先 于友荣

患者，女，4岁，朝鲜族，因发育迟缓2年，伴多饮多尿7个月收入院。患儿于18个月时曾发热5天后出现食欲减退。每日食量1两左右，逐渐出现发育迟缓。近7~8个月多饮多尿，日饮水3000~7000ml，排尿量与饮水量相似，日尿多于夜尿，尿如清水。近5~6个月眼球突出（以左眼明显）。在当地按“消渴症”治疗无效。既往史、家族史均无特殊记载。体检：T36.6℃，体重10kg，上部量42cm，下部量40cm，头围47.5cm，胸围45cm。营养状态差，发黄稀而干，头部无包块及凹陷，眼珠突出以左侧尤甚。心肺听诊无异常，甲状腺、肝、脾、浅表淋巴结无肿大。皮肤干燥，皮下脂肪薄。实验室检查：血白细胞9600，中性48%，淋巴32%；红细胞390万，血红蛋白11.5g，网织细胞1.1%。尿pH5.0，尿比重1.000。莫氏试验总尿量1995ml，日尿量1710ml，夜尿量285ml，最高尿比重1.007，最低尿比重1.006。禁水试验患儿仅坚持了6小时，尿比重1.002。垂体加压素试验尿比重1.003。结核菌素试验1:2000(-)。骨髓象、胸片、心电图、胸腰椎片均正常。腕骨三块骨化核。头颅正侧位片：两颞骨、顶骨下前界及额骨下前均有不规则小圆形、椭圆形透光区，骨质密度减低。左眼眶外缘和下缘X线示明显骨质破坏，外缘骨结构消失。蝶鞍形态大小及骨质正常。左眼球较右眼球突出 $\frac{13\sim15\text{mm}}{75\text{mm}}$ 。眼部B超未见异常。患儿有眼球突出、骨质破坏、尿崩症，故诊断为韩一薛一柯氏症。

中医辨证：患儿发育迟缓，纳呆，形体消瘦，面色萎黄，毛发憔悴，皮肤干燥，腹如舟，舌淡红，苔腻，脉滑，指纹淡滞。诊为疳症。

治疗经过：先消食导滞，用消痞理脾散：芫荽、青皮、陈皮、槟榔、麦芽各10g，三棱、莪术、甘草、

胡连各5g，芦荟、黄连各2.5g，使君子15g，神曲25g，共为细末，每次1.5g，每日3次口服。7天后食欲增加，改服七味白术散：人参、白术、云苓、藿香各5g，木香1.5g，干葛根10g，炙甘草2.5g，水煎代茶饮，同服保和散：神曲、山楂、茯苓、陈皮、莱菔子、麦芽、连翘各50g，半夏25g，共为细末，每次1.5g，每日3次口服。七味白术散意在健胃和中升阳，渐生津液，保和散健脾消积，二者同用攻补兼施。连服22天，患儿食量增至每日5~6两，渴减轻，日饮水1000~2000ml。入院第29天加服强的松5mg，每日2次。长春新碱0.4mg加入10%葡萄糖注射液内静注，每周1次，共用2次。在强的松服15天后患儿出现手足心热、面颊潮红之阴虚之象，继服保和散，停七味白术散，改服麦冬、五味子各15g，石斛、天花粉各10g，生地20g，水煎服，每日2次。强的松服至20天后每5天减2.5g，第35天停用。强的松减至2.5mg时患儿面色灰，精神倦怠，舌体胖嫩，苔白，显阳虚之象。中药改服：仙灵脾、仙茅、首乌各15g，补骨脂、桑椹、女贞子各10g，水煎分3次服。以补肾回摄。此后一直服此药及保和散。

5个月后复查：患儿面色正常，精神尚好，食量每日7~8两，饮水量1000~1500ml，莫氏试验总尿量1840ml，尿比重1.020~1.002。周围血红细胞430万，血红蛋白13g，网织细胞0.6%，眼球 $\frac{12\sim13\text{mm}}{75\text{mm}}$ 。骨正侧位片：骨质破坏明显好转，透光度明显减低。随访两年未复发。

体会：韩一薛一柯氏症属疳症范畴，故治疗先消积导滞。而此患者病程长，不可久攻。用激素治疗过程中须注意激素造成的阴阳转化，及时调节滋阴药和助阳药的比例，预防和减轻患儿肾上腺皮质所受的抑制。