

中西医结合治疗成人反复发作的原发性肾病综合征22例

河南省安阳市交通医院(河南 455000) 罗秀兰 叶任高[△]

河南省安阳市中医院 傅玉香 石海利*

成人反复发作的原发性肾病综合征(肾综),临床上比较常见,治疗较为棘手,现将我院1984年9月~1990年6月期间治疗的肾综Ⅰ型45例报告如下。

资料与方法

一、诊断标准 患者的24h尿蛋白定量均 $>3.5g$,血浆白蛋白 $<3g$,并通过相应的检查,排除了狼疮性肾炎,糖尿病性肾病以及其他原因引起的继发性肾病综合征。本组患者全部是成人,临床上反复发作。

二、一般情况

1.西医组 共23例,其中男性15例,女性8例,年龄15~52岁,平均26.6岁。曾作病理检查7例,均为系膜增生性肾炎。

2.中西医结合组 共22例,其中男性14例,女性8例,年龄16~47岁,平均30.4岁。曾作病理检查者12例,其中系膜增生性肾炎10例,局灶性节段性肾小球硬化12例。

三、治疗方法

1.西医组 强的松大剂量治疗8周后减量,每减量10%至小剂量时,隔日服强的松 $1mg/kg$,3~8个月,然后缓慢减量,至维持量(每日服强的松 $0.4mg/kg$)后再继续治疗1~1.5年,逐渐停药。在小剂量持续治疗时加环磷酰胺(用法:环磷酰胺 $0.2g$ 加入注射用生理盐水 $20ml$ 内,隔日静脉注射1次。累积总剂量为 $150mg/kg$)。此外还作对症治疗,如抗凝、利尿药物等的合理应用。

2.中西医结合组 西药用法同上。根据激素使用的不同时期和患者的病情变化给予中医辨证论证。(1)首始大剂量激素治疗阶段,由于服用大剂量激素引起医源性肾上腺皮质功能亢进症,患者出现口干咽燥、五心烦热等阴虚火旺表现,此时应给予滋养肾阴中药。常用药:旱莲草、生地黄、枸杞子、龟版、地骨皮、知母、太子参、麦冬等。(2)在激素的减量和维持小剂量持续治疗阶段,可出现不同程度的皮质激素撤减综合征,患者出现腰酸腿软,疲倦无力等肾阳虚的见证,此时应酌用温补肾阳之中药。如菟丝子、补骨

脂、仙灵脾、锁阳等。或酌加补气药物,如北芪、党参等。使用这些中药,常可减轻激素撤减综合征和减少撤减激素的病情反跳现象,有助于巩固治疗。(3)在维持剂量治疗阶段,此时激素的用量是生理量,中药配合宜加强补脾健肾。如北芪、白术、熟地、肉苁蓉、补骨脂、山萸肉等。(4)在该病过程中,可伴有不同程度的高凝状态,患者可有血瘀表现,故在疾病的各个阶段宜按辨证应用活血化瘀中药。如当归、川芎、丹参、藏红花等。

结 果

疗效评定标准 完全缓解:多次测定尿蛋白阴性,尿蛋白定量 $<0.2g/24h$,血浆白蛋白正常或接近正常;基本缓解:多次测定尿蛋白定量 $<1g/24h$,血浆白蛋白显著改善;部分缓解:尿蛋白减少1/2以上,尿蛋白定量 $<3g/24h$,血浆白蛋白有改善;无效:尿蛋白减少在1/2以下,或治疗前后无明显改善。

一、两组经治疗3个月近期疗效比较,总有效率差异显著。中西医结合组22例,完全缓解18例,基本缓解4例,总有效率100%。西医组23例,完全缓解11例,基本缓解4例,部分缓解3例,无效5例,总有效率78%。 $P<0.05$ 。

二、两组复发率对比 中西医结合组观察22例,仅1例在尿蛋白转阴7个月时因“上呼吸道感染”病情复发。西医组23例,有6例复发,中西医结合组复发率明显低于西医组, $P<0.05$ 。

三、两组病例缓解后病情稳定期比较 经观察,中西医结合组治疗后病情稳定期 20.9 ± 25.2 个月, $(\bar{x}\pm S, \text{下同})$,明显长于西医组的 11.0 ± 7.7 个月, $P<0.01$ 。

四、激素不良反应发生率的对比 西医组23例中,出现柯兴氏征5例(23.7%),追踪观察近3年中西医结合组22例中,仅1例见面部发生轻度痤疮,无其他不良反应。

讨 论

我们通过两组病例对照观察认为,中西医结合治疗反复发作肾综,是一种较为重要、不可缺少的疗法,

[△]指导者,中山医科大学肾脏研究所,河南省郑州市第一人民医院

配合激素和环磷酰胺, 正确的中医辨证施治用药, 可以显著提高该病的治愈率, 明显减少激素、细胞毒性药物的副作用, 调节机体的不良反应, 增加其抵抗力, 从而达到理想的治疗效果。经中西药结合治疗的患者, 不出现激素的不良反应。例如, 有3例患者, 因肾病综合征先后3~4次住院, 曾用强的松、环磷酰胺、环孢素A等药治疗, 出院时1例24h尿蛋白定量5.7g; 1例7.2g; 另1例环孢素A大剂量有效, 减量

即复发, 后经中西医结合组治疗尿蛋白转阴到目前已1年有余, 病情较为稳定。由此可见, 治疗反复发作性肾病综合征, 采取中西医结合治疗, 较之单用西药疗效好, 而副作用少。两者并用, 取长补短, 可显著提高疗效, 且能推迟复发时间, 使一部分患者由难治转变为易治, 实为反复发作性肾病综合征一种较满意的治疗方法。

中西医结合近期治愈肾病综合征Ⅱ型 并范可尼综合征1例

湖南省怀化地区第一人民医院(湖南 418000) 谢 森

病历简介 李某, 男, 20岁, 学生。因浮肿、大量蛋白尿3年余入院。患者于1987年1月突然出现全身高度浮肿, 在当地医院检查: 血白蛋白18g/L, 24h尿蛋白定量6.8g/1400ml尿。诊断为肾病综合征, 并接受激素、环磷酰胺等药物治疗, 2个月后病情好转出院。此后仍反复出现浮肿, 尿蛋白定性(+++)~(+++), 伴全身不适、头晕、四肢抽搐、畏寒肢冷等症状, 严重影响生活、学习, 于1988年4月前来就诊。

患者入院前1周开始, 自觉头晕明显、倦怠、四肢乏力、小便清长、夜尿多、腰酸、畏寒肢冷、夜间四肢不自主抽搐。查体: 血压正常, 满月脸, 慢性病容, 眼睑轻度浮肿, 颈软对称, 甲状腺不大, 心肺听诊未见异常。腹部平软, 肝、脾肋下未触及, 腹水征(-)。双肾区无叩痛, 双下肢无浮肿, 膝反射正常, 无病理性神经反射。实验室检查, 血小板计数 32×10^9 /L。尿常规: 蛋白(+++), 镜检红细胞0~6/HP, 尿糖(++); 氨基酸清除率明显增高; 血钾2.8mmol/L、钠134mmol/L、氯110mmol/L、钙1.85mmol/L、镁1.21mmol/L; 二氧化碳结合率14.27mmol/L; 血尿素氮6.48mmol/L, 血肌酐88.4 μ mol/L; 血白蛋白16g/L; 血总胆固醇9.84mmol/L; IgG、IgA及补体C₃低于正常值。24h尿蛋白定量2.82g/1000ml尿, 尿盘状电泳: 低、中分子蛋白尿; 尿纤维蛋白降解产物(FDP)定性(+). 诊断: 原发性肾病综合征Ⅱ型并范可尼综合征。

入院后予强的松40mg/d(外院使用维持量), 口服氯化钾、维生素D₂、苏打片等, 0.5个月后, 自觉症状无明显改善, 实验室指标除血钾升至3.2mmol/L外, 余均无改善。综合患者临床表现及检查, 结合舌淡红、

边有齿痕, 脉沉细, 应配合中药温阳益气活血之剂, 处方: 黄芪30g 党参30g 明附片10g 肉桂5g 生地黄15g 山萸肉10g 苍术6g 丹皮10g 茯苓15g 车前子15g 益母草15g 丹参30g 泽兰10g, 水煎服, 每日1剂。服中药前查血纤维蛋白原5.24g/L。服药至1.5个月时复查: 血电解质正常, 尿糖(-), 尿氨基酸定量正常, 血二氧化碳结合率22.49mmol/L, 血白蛋白24g/L, 尿蛋白(+), 尿常规镜检无异常。自觉症状改善, 发作性四肢抽搐停止。仍予中药原方加减, 配合中药黄芪薏米粥食疗, 强的松至第8周起减量, 出院前停药, 静脉滴注20%人血白蛋白50ml 2次, 总疗程184天。至出院前复查实验室指标24h尿蛋白定量240mg/1200ml尿, 尿蛋白定性(-), 其余指标正常。自觉症状基本消失, 查体未见异常。随访1年未复发, 多次复查尿常规正常。

讨 论

范可尼综合征是近端肾小管功能异常疾病的总称, 临床以氨基酸尿、糖尿、低钾、低钙、低镁血症及肾小管性蛋白尿和高氯酸中毒为主要表现。肾病综合征继发范可尼综合征, 是因肾小球滤出大量蛋白, 超过近端小管重吸收负荷, 致其上皮细胞功能下降, 而肾小球高凝状态也是间接原因。笔者在激素及纠酸、调节电解质无效时, 配合中医辨证治疗。其处方依据是: 以患者的临床表现辨为脾肾阳气虚挟瘀证, 患者的免疫功能低且具高凝指征。因而选用了温阳益气活血之方药, 据现代药理研究益气温阳药能调节免疫功能, 而益母草、丹参等可增加肾血流量并抗高凝、改善肾功能。因此本方无论是针对肾病综合征病理, 还是用于治疗范可尼综合征均具有特异性。