

· 经验交流 ·

中西医结合治疗 II 型肾病综合征 70 例

张雪梅 程 星 严晓华 林笠英 舒贵阳

我们自 1978 年 1 月至 1993 年 1 月收治 II 型肾病综合征 120 例, 随机分成中西医结合组 70 例, 单纯西药组 50 例, 进行对比观察, 现将疗效分析如下。

资料与方法

1 病例选择标准 根据《实用内科学》(第 6 版, 上海科学技术出版社, 1978: 995), 符合下列条件: 大量蛋白尿($>3.5\text{ g/h}$)、低蛋白血症($<3\text{ g/dl}$), 明显水肿、高脂血症, 并排除狼疮性肾炎、糖尿病肾病等继发性肾小球疾病。

2 一般资料 将收治的 120 例患者随机分为两组, 即中西医结合组 70 例, 男 42 例, 女 28 例; 年龄 13~56 岁, 平均年龄 28 岁, 其中 40 例做过肾穿刺活检。单纯西药组 50 例, 男 30 例, 女 20 例, 年龄 14~54 岁, 平均年龄 29 岁, 其中 20 例做过肾穿刺活检。在临床表现和病理类型方面两组相近。

3 治疗方法

3.1 单纯西药组 强的松 $1\sim1.5\text{ mg/kg}\cdot\text{d}$, 分 4 次口服, 6~8 周蛋白尿转阴, 改每天顿服 2 周, 每隔 10~15 天减 5 mg, 减至 30 mg/d , 1~2 个月或更长时间再减 5 mg, 视病情而定, 有的患者维持量服 3~5 年, 疗效尚可。若激素不敏感者, 加用环磷酰胺(CTX)或氮芥。CTX 一般总量 $8\sim12\text{ g}$, 有少数病例用至 14 g 。近年来, 部分病例采用 CTX 冲击疗法, CTX $0.7\sim1.4\text{ g}$ 加 10% 葡萄糖 250 ml, 再配地塞米松 10 mg 静脉滴注, 每月 1 次, 连续 3 次后, 视病情 2~3 个月再冲击 1 次, 必要时再加用降压、抗感染药以及活血化瘀中药等对症治疗。

3.2 中西医结合组 强的松 $0.8\sim1\text{ mg/kg}\cdot\text{d}$, 其余西药同上, 结合中医辨证。本证分脾肾气虚(23 例)、脾肾阳虚(20 例)、肝肾阴虚(27 例)等三型, 如兼有外感、水湿、湿热疮毒、血瘀等证时, 以攻邪为主, 至兼证消失后以扶正为主。遣方用药如下: (1)脾肾气虚型 方用防己黄芪汤, 参苓白术散加味; (2)脾肾阳虚型 方用真武汤、实脾饮加味; (3)肝肾阴虚型 方用知柏地黄汤加减。当本证出现兼证(标证)时, 遵照“急则治标”之治则, 选方如下: 兼外邪时, 方用麻黄连翘赤小豆汤或柴苓汤加减; 兼

有水湿时, 方用五苓散合五皮饮加减; 兼湿热疮毒时, 方用五味消毒饮加减; 兼有血瘀时, 方选桃红四物汤加减, 并配合本院药厂自制水蛭胶囊 $0.3\sim0.6\text{ g}$, 1 日 3 次, 至血瘀改善后停药。各型凡有血尿者, 近 4 年来均加服本院药厂自制肾炎 II 号煎剂(由雷公藤、黄芪、当归、茜草、女贞子等组成), 每次 $15\sim20\text{ ml}$, 1 日 3 次, 约 2 个月为 1 疗程。

结 果

1 疗效标准 根据全国第二次中医肾脏病会议制定的疗效标准: (1)完全缓解: 症状体征消失, 24 h 尿蛋白定量在 0.2 g 以下, 肾功能、血脂恢复正常; (2)基本缓解: 症状体征消失, 24 h 尿蛋白定量 1 g 以下; (3)部分缓解: 症状体征消失, 实验室检查均无好转; (4)无效: 症状体征和实验室检查均无好转或恶化。

2 疗效分析 中西医结合组 70 例中, 完全缓解 27 例(38.57%), 基本缓解 25 例(35.71%), 部分缓解 10 例(14.29%), 无效仅 8 例, 总有效率 88.57%。单纯西药组 50 例中, 完全缓解 10 例, 基本缓解 11 例, 部分缓解 13 例, 无效 16 例, 总有效率 68%。两组相比, $\chi^2=7.7134$, $P<0.01$, 表明中西医结合组疗效优于西药组。

3 两组治疗前后 24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白、总胆固醇、甘油三酯的平均值之比, $P<0.001$, 有显著差异, 见附表。

4 两组治疗前后血尿情况 中西医结合组 70 例, 其中血尿 $4+\rightarrow(-)$ 18 例; $3+\rightarrow(-)$ 20 例; $2+\rightarrow(-)$ 4 例; $1+\rightarrow(-)$ 4 例; 24 例无血尿。西药组 50 例, 其中 $4+\rightarrow(-)$ 6 例; $3+\rightarrow(-)$ 7 例; $2+\rightarrow(-)$ 8 例; $1+\rightarrow(-)$ 5 例; 24 例无血尿。

5 病理分型与疗效关系 中西医结合组 70 例, 其中 40 例作过肾穿刺活检。病理分型如下: (1)系膜增生型 22 例(包括非 IgA 肾炎型 15 例, IgA 肾炎型 7 例)。其中非 IgA 肾炎型完全缓解 10 例, 基本缓解 3 例, 部分缓解 2 例; IgA 肾炎型完全缓解 2 例, 基本缓解 3 例, 部分缓解及无效各占 1 例。(2)节段硬化型 10 例, 完全缓解与基本缓解各占 3 例, 部分缓解与无效各占 2 例。(3)膜增生型 6 例中, 完全缓解 1 例, 基本缓解与部分缓解各占 2 例, 无效 1 例。(4)膜

附表 两组治疗前后蛋白尿、血浆白蛋白、胆固醇、甘油三酯变化 ($\bar{x} \pm S$)

组别	蛋白尿/24 h (g)	血浆白蛋白 (g/L)	总胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)
中西医 治前	6.522±3.769	2.375±1.931	11.409±0.004	3.877±1.692
结合 治后	0.348±0.753*	3.572±0.56**	5.020±1.599*	1.847±0.799*
单纯 治前	7.147±4.513	2.410±0.760	99.009±3.280	3.130±1.774
西药 治后	2.886±3.693*	3.245±0.981**	7.000±3.680*	1.837±0.944*

注: 与治疗前比较, * $P < 0.001$, ** $P < 0.01$

性型2例中,部分缓解与无效各占1例。从上述资料分析,以系膜增生型疗效最佳,但IgA肾炎型治疗时间特别长。其次节段硬化型如能早期诊断,即便属血尿型的也有可能缓解。但以膜性、膜增生型疗效较差。

两组从临床症状与体征消失程度以及蛋白尿、血尿、低蛋白血症等多项检测指标来对比,并经统计学处理有显著差异。中西医结合组有总效率为88.75%,而西药组仅74%。这提示中西医结合组疗效优于西药组。

讨 论

II型肾病综合征采用中西医结合疗法可以扬长避短,提高疗效。据现代药理学研究,雷公藤、黄芪、生

地、熟地、淮山药、五味子等均有调节免疫功能作用。II型肾病综合征常伴血尿,颇为棘手,肾炎II号煎剂中雷公藤能消炎、退肿,又有免疫抑制作用,且无激素的副作用,再加上扶正补肾、活血止血的中药,具有增进免疫的双向调节作用。一般病情较重,疗效较差。中西医结合组70例患者做过肾穿刺活检40例中,系膜增生型,疗效最好,节段硬化型如能早期(肾小球损害<50%)明确诊断,出现血尿者,及时治疗尚有效果。IgA肾病,采用中医中药虽能使部分病情缓解,但疗程长。膜增生型、膜性型疗效较差,3年来采用CTX冲激疗法后,有些病情也有所好转。

(收稿:1993-11-24 修回:1994-05-20)

中西医结合治疗再生障碍性贫血并发腹腔大出血1例

李 达 杨淑莲 梁 冰

再生障碍性贫血(AA)并腹腔大量出血临床少见,我们运用西医止血,中医实脾饮加味促进积血消退,效果较好,报告如下。

病历简介 李某,女,23岁。因面黄乏力6年于1992年10月12日住院。查体: T 36℃,神清,贫血貌,皮肤粘膜(-),心肺(-),肝脾不肿大,余无异常。血象:网织红细胞0.002;红细胞 $1.90 \times 10^{12}/L$;血红蛋白60 g/L;白细胞 $3.2 \times 10^9/L$,分类:中性粒细胞0.32,淋巴细胞0.68;血小板 $15 \times 10^9/L$ 。骨髓象:增生重度低下,粒、红两系显著减少,淋巴系相对增高,浆、网织细胞易见,未见巨核细胞;肝肾功能正常,腹部B超:(-)。诊断为再生障碍性贫血,治疗13个月无效。于1993年11月28日贫血进行性加重,血红蛋白32 g/L,按严重贫血仅给予输血治疗,输血2400 ml,治疗3天,血红蛋白仅36 g/L,临床无出血倾向,但腹部胀满,尿少。查腹部:无腹膜刺激征,移动性浊音(+). B超:腹腔内见大片状暗区,有肠管漂动现象,估计腹

水1800 ml,予腹腔穿刺,抽出100 ml不凝固血液。诊断:再生障碍性贫血并腹腔大量出血。患者面色苍白,腹大如鼓,四肢不温,小便不利,纳差,舌质暗淡,苔白腻,脉沉滑而数。中医辨证为脾虚湿滞,瘀血内阻。治以健脾利湿,活血化瘀,拟实脾饮加味:川朴15 g,苍术20 g,大腹皮、茯苓、泽泻、丹参各30 g,桂枝、川芎各10 g,生大黄12 g,赤芍50 g,水煎服,每日1剂;配合止血定10 g静脉滴注,每日1次,并输注浓缩血小板。治疗6天后腹胀消退,小便通利,查腹部:腹围由77 cm缩至68 cm,移动性浊音(-),B超:无腹水征。血红蛋白124 g/L。继服上方5剂以巩固疗效;1月后复查,病情稳定,查腹部正常。

体 会 腹腔大量出血,宜外科剖腹探查止血,清除积血;但再障患者手术风险很大,予保守治疗,西医输血及止血药以控制出血,中医辨证施治以促进腹腔内积血消退,此证属中医学的“鼓胀”范畴,乃脾虚湿滞、瘀血内阻所致,故用实脾饮加味治疗获效。

(收稿:1994-01-21 修回:1994-05-11)