

· 经验交流 ·

中西医结合治疗原发性隐匿性肾小球 肾炎单纯性血尿 40 例

徐洪波[△] 叶任高

1993 年 9 月以来,我们将表现为单纯性血尿的 85 例原发性隐匿性肾炎,分别予以中西医结合治疗和西药治疗,并对比观察,现报告如下。

资料和方法

1 病例选择 所有病例均符合:(1)持续镜下血尿和(或)反复肉眼血尿(尿红细胞:离心尿镜检 >3 个/HP,牛包华氏计算盘计数 >8000 个/ml)。(2)肾小球性血尿:位相镜检畸形尿红细胞 $>80\%$,自动血球计数仪测定尿红细胞平均容积 $<60\text{fl}$ 。(3)不伴高血压、水肿、蛋白尿、肾功能减退。(4)根据临床和实验室检查,确切排除急性感染后肾小球肾炎、继发性肾小球病(紫癜性肾炎、狼疮性肾炎、感染性心内膜炎、血管炎、肝病等)、遗传性肾脏病(薄基底膜肾病、遗传性肾炎等),并除外腰痛—血尿综合征、特发性高钙尿症及运动所致的运动员肾炎等可能。

2 一般资料 85 例均来自本院门诊及住院的患者。随机分为中西医结合治疗组(治疗组)和西药治疗组(对照组)。治疗组 40 例,男 25 例,女 15 例;年龄 15~42 岁,平均 28 岁;病程 30 天~10 年,平均 20 个月;发病诱因为上呼吸道感染 29 例,诱因不明 11 例;病理诊断为系膜增生性肾炎 29 例(IgA 肾病 14 例,非 IgA 系膜增生性肾炎 15 例)、特发性局灶节段性肾炎 7 例,膜增生性肾炎 4 例。对照组 45 例,男 28 例,女 17 例;年龄 18~40 岁,平均 28 岁;病程 28 天~11 年,平均 24 个月;发病诱因为上呼吸道感染 33 例,诱因不明 12 例;病理诊断为系膜增生性肾炎 33 例(IgA 肾病 15 例,非 IgA 系膜增生性肾炎 18 例)、特发性局灶节段性肾炎 8 例,膜增生性肾炎 4 例。

3 临床表现 治疗组 40 例,其中反复发作性肉眼血尿 11 例,持续镜下血尿 29 例;血 IgA 增高 15 例,血 IgG 增高 8 例,血 IgM 增高 5 例,血补体 C_3 下降 4 例;中医辨证分型⁽¹⁾,肝肾阴虚型 23 例,气阴两虚型

13 例,脾肾气虚型 4 例。对照组 45 例,其中反复发作性肉眼血尿 14 例,持续镜下血尿 31 例;血 IgA 增高 18 例,血 IgG 增高 7 例,血 IgM 增高 5 例,血补体 C_3 下降 4 例;中医辨证分型,肝肾阴虚型 27 例,气阴两虚型 13 例,脾肾气虚型 5 例。

两组性别、年龄、病程及病情、中医分型无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

4 治疗方法

治疗组(1)一般治疗:注意休息,避免感染和过度运动。(2)西药治疗:潘生丁每天 150~300mg,分 3 次口服;阿斯匹林每天 15mg/kg,分 2 次口服;反复上呼吸道感染者予抗生素;反复发作性肉眼血尿者行扁桃腺摘除。(3)中药治疗:肝肾阴虚型予杞菊地黄汤合二至丸加减;气阴两虚型予四君子汤合六味地黄汤加减;脾肾气虚型予大补元煎加减。兼血瘀者,加丹参、益母草、川芎、当归、红花、赤芍等活血化瘀药;兼热毒者,加金银花、黄芩、紫花地丁、蒲公英、大青叶等清热解毒药。此外,肉眼血尿明显者加小蓟、白茅根等以凉血止血;易感冒者,加黄芪、白术、防风以益气固表。以上中药每天 1 剂,水煎 2 次,分 2~3 次服用。对照组不用中药,其他与治疗组相同。

两组病例治疗前后均每周作离心尿液镜检和牛包华氏计算盘行尿红细胞计数,血免疫球蛋白异常、血 C_3 降低者每 1~2 个月复查,并作记录,若存在有明显感染病灶时待控制感染后再作检查。当治疗观察 6 个月后进行疗效评定,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验。

结 果

1 疗效评价 参照《中药新药治疗慢性肾炎的指导原则》⁽¹⁾。显效:离心尿镜检红细胞 <3 个/HP,计数 <8000 个/ml;有效:离心尿镜检红细胞 $<+$,计数减少 50% 以上;无效:尿离心镜检、计数红细胞减少不明显或无减少。

2 疗效 治疗组 40 例,显效 22 例(55.0%),有效 10 例(25.0%),无效 8 例(20.0%),总有效率为

中山医科大学附属第一医院肾内科,中山医科大学肾脏研究所(广州 510080)

[△] 高级进修生,现在浙江省龙游县人民医院肾内科(浙江 324400)

表 1 两组患者治疗前后免疫球蛋白、血 C₃ 变化比较 (mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	IgG	IgA	IgM	C ₃
治疗 治前	20153 ± 2986(8)	4807 ± 964(15)	3356 ± 942(5)	516 ± 101(4)
治后	15982 ± 2263(8) * △	3041 ± 408(15) ** △	2766 ± 824(15) * △	859 ± 72(4) * △
对照 治前	19979 ± 3046(7)	4516 ± 702(18)	3134 ± 902(5)	527 ± 112(4)
治后	18264 ± 2124(7)	4484 ± 794(18)	3064 ± 968(5)	589 ± 89(4)

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P < 0.05$;()内为例数

80.0%;对照组 45 例,显效 8 例(17.8%),有效 10 例(22.2%),无效 27 例(60.0%),总有效率为 40.0%。经 χ^2 检验,两组总有效率比较,有显著性差异($P < 0.01$)。

3 两组患者治疗前后免疫球蛋白、血 C₃ 变化见表 1。

治疗组治疗前后比较,IgG、IgA、IgM 及 C₃ 的变化均有显著性差异($P < 0.05$, $P < 0.01$)。而对照组均无显著改变。治疗组治疗后与对照组比较,有显著性差异($P < 0.05$)。

4 治疗组临床表现、中医分型及病理诊断与疗效关系

4.1 临床表现与疗效关系 治疗组 40 例,其中发作性肉眼血尿 11 例,显效 9 例(81.8%),有效 2 例(18.2%),总有效率为 100%;持续性镜下血尿 29 例,显效 13 例(44.8%),有效 8 例(27.6%),无效 8 例(27.6%),总有效率为 72.4%。表明发作性肉眼血尿疗效明显好于持续性镜下血尿。

4.2 中医分型与疗效关系 见表 2。中医分型以肝肾阴虚型疗效较好。兼证中,疗效以热毒为明显。

4.3 病理诊断与疗效关系 见表 3。特发性局灶性节段性肾炎疗效较好。

表 2 中医分型与疗效关系 [例(%)]

中医分型	例数	显效	有效	无效	总有效
肝肾阴虚	23	16(69.6)	4(17.4)	3(13.0)	20(87.0)
气阴两虚	13	6(46.2)	4(30.8)	3(23.1)	10(76.9)
脾肾气虚	4	0	2(50.0)	2(50.0)	2(50.0)
兼血瘀	8	0	2(25.0)	6(75.0)	2(25.0)
兼热毒	4	2(50.0)	2(50.0)	0	4(100.0)

表 3 病理诊断与疗效关系 [例(%)]

病理诊断	例数	显效	有效	无效	总有效
IgA 肾病	14	10(71.4)	2(14.3)	2(14.3)	12(85.7)
非 IgA 系膜增生性肾炎	15	7(46.7)	4(26.7)	4(26.7)	11(73.3)
特发性局灶性节段性肾炎	7	5(71.4)	2(28.6)	0	7(100)
膜增生性肾炎	4	0	2(50.0)	2(50.0)	2(50.0)

讨 论

以单纯性血尿为表现的原发性隐匿性肾炎,又称“无症状肾小球性血尿”或“隐匿性肾炎单纯血尿型”,多见于儿童和青年人。其病情缠绵,反复发作。本研究结果显示治疗组疗效明显优于对照组,并且在改善血尿的同时,还能调节异常的血清免疫球蛋白和缓解低补体血症。本研究资料提示,除系膜增生性肾炎外,特发性局灶性节段性肾炎、膜增生性肾炎虽属少见,但亦可为单纯性血尿的原发性隐匿性肾炎的病理类型。中西医结合治疗的疗效亦因病理类型不同而颇为不一,其中以特发性局灶性节段性肾炎最佳,其次为 IgA 肾病,疗效与有关报道相近⁽²⁾,膜增生性肾炎最差。不同的中医分型疗效也不相同,以肝肾阴虚型最好(87.0%),气阴两虚型次之(76.9%),而且兼有血瘀为疗效不佳的标志。

本研究资料的病理学诊断均属炎症增生性改变,而中医分型以肝肾阴虚,气阴两虚为主(分别为 50/85、26/85),脾肾气虚少见(9/85),未见阳虚证型,这与“阴虚型和气阴两虚型者多数是肾炎型,阳虚型者多数是肾病型”,“肾小球疾病属炎性病变者多遵循先伤阴→气阴两虚→阳虚→阴阳两虚的发展过程;而以膜性病变为主者多呈先伤气→伤阳→伤阴→阴阳两虚的发展过程”之说⁽³⁾相吻合。

参 考 文 献

1. 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第 1 辑. 1993:153—157.
2. 张雪梅,舒贵杨,来晓华,等. 中西医结合治疗系膜增生性肾小球肾炎 85 例的临床分析. 中华肾脏病杂志 1997;13(8):25—27.
3. 刘宏伟,时振声,刘云海,等. 100 例原发性肾小球疾病临床病理与中医分型的相关性研究. 中医杂志 1992;33(1):41—43.

(收稿:1997-11-12 修回:1998-08-05)