

# · 基层园地 ·

## 中西医结合治疗难治性 肾病综合征 60 例

山东省滨州市中医院(山东 256613)

贾在金 张 爱 刘安详

难治性肾病综合征(NS)是指用激素治疗无效或对激素依赖,病情反复发作的肾病综合征,临床治疗比较棘手,处理不当可发展为慢性肾功能衰竭。1996 年 3 月~1999 年 12 月,我院采用中西医结合的方法治疗难治性肾病综合征 60 例,并与单用西药治疗的 30 例作对照,现报告如下。

### 临床资料

1 病例选择 90 例患者均参照文献[中华内科杂志 1993 32(2):131—134]诊断为肾病综合征,并按激素标准方案(强的松每日 1mg/kg 体重,晨起 1 次顿服)治疗 2 个月以上;“三高一低”症状未消失,或反复发作 3 次以上者。除外狼疮性肾病、糖尿病肾病等其他继发或遗传性肾病。

2 一般资料 按就诊顺序随机分为两组,治疗组 60 例,男 22 例,女 38 例,年龄 14~57 岁,平均 32.2 岁,病程 3~34 个月,平均 11.5 个月,24h 尿蛋白(Pr)定量 3.5~19.6g,平均 5.6g;合并高血压 24 例,合并肾功能不全代偿期 22 例,失代偿期 10 例。对照组 30 例,男 11 例,女 19 例,年龄 16~59 例,平均 34.7 岁,病程 2~29 个月,平均 10.7 个月,24h 尿 Pr 定量 3.6~17.7g,平均 5.4g;合并高血压 11 例,合并肾功能不全代偿期 8 例,失代偿期 7 例。两组资料经统计学处理差异无显著性,有可比性。

3 治疗方法 对照组给予低盐、低脂、高优质蛋白饮食,适当给予抗生素及利尿剂。在按标准方案继续服激素并递减剂量(每天强的松 1mg/kg 体重口服,8~12 周后,每 2 周减 5mg)的同时,环磷酰胺(CTX)0.8~1.0g 加入 0.9% 生理盐水 200ml 中静脉滴注,每 2 周 1 次,CTX 总剂量为 6~8g,高血压者加苯那普利 5~10mg,每天 1 次。治疗组在对照组治疗的基础上给予川芎嗪 400~480mg 加入 5% 葡萄糖注射液 200ml 中静脉滴注,每天 1 次,2 周为 1 个疗程,隔 2 周后再重复下一个疗程;自拟中药肾和饮 黄芪 45g 防己 15g 白术 15g 茯苓 20g 知母 15g 大黄 10g 生地 20g 山萸肉 15g 柴胡 15g。水肿者加泽泻、车前子,合并有呼吸道感染者加金银花、黄芩、麻黄等,将上述药物煎煮浓缩,取药液 300ml,分 2 次温服,每天 1 剂。治疗 3 个月后备定疗效。

统计学方法:计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。

### 结 果

1 疗效标准 参考上述文献,完全缓解(CR):症状消失,24h 尿 Pr<0.3g,连续 3 天;血浆白蛋白(Alb)>35g/L;肾功能正常。部分缓解(PR):症状基本消失,24h 尿 Pr 0.3~2.0g,连续 3 天,肌酐(SCr)下降 30% 以上。无效(NC):未达到有效标准者。恶化(TD):肾功能损伤加重,SCr 上升达治疗前 50% 以上。

2 疗效 治疗组和对照组 CR 分别为 32 例(53.3%)、7 例

(23.3%);PR 分别为 16 例(26.7%)、11 例(36.7%);NC 分别为 7 例(11.7%)、4 例(13.3%);TD 分别为 5 例(8.3%)、8 例(26.7%)。治疗组完全缓解率显著高于对照组( $P < 0.01$ ),恶化率显著低于对照组( $P < 0.05$ )。提示治疗组疗效显著优于单用西药的对照组。

3 副作用及并发症 治疗组与对照组出现柯兴氏征分别为 11 例(18.3%)、12 例(40.0%);细菌感染分别为 6 例(10.0%)、5 例(16.7%);消化道症状分别为 4 例(6.7%)、7 例(23.3%);脱发分别为 4 例(6.7%)、6 例(20.0%);神经衰弱分别为 3 例(5.0%)、5 例(16.7%)。副作用及并发症发生例次,治疗组为 28 例次,对照组为 35 例次。提示治疗组的副作用及并发症明显低于对照组。

4 两组患者治疗前后 Alb、24h 尿 Pr、SCr 及胆固醇(TC)测定结果 见表 1。两组 Alb 治疗后较治疗前升高( $P < 0.01$ ),24h 尿 Pr、TC 较治疗前下降( $P < 0.05, P < 0.01$ );SCr 只有治疗组下降显著( $P < 0.01$ );上述指标改善幅度治疗组优于对照组( $P < 0.05, P < 0.01$ )。表明中西医结合治疗可促进 Alb 及肾功能的恢复,调节血脂代谢。

表 1 两组患者治疗前后 Alb、24h 尿 Pr、SCr 及 TC 测定结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	Alb(g/L)	24h 尿 Pr(g/24h)	SCr( $\mu$ mol/L)	TC(mmol/L)
治疗前	21.7 $\pm$ 7.1	5.60 $\pm$ 4.01	170.2 $\pm$ 18.9	6.84 $\pm$ 2.65
(60) 后	33.6 $\pm$ 6.1** $\Delta\Delta$	1.02 $\pm$ 3.15** $\Delta$	96.9 $\pm$ 7.9** $\Delta\Delta$	5.68 $\pm$ 1.62** $\Delta\Delta$
对照前	23.4 $\pm$ 6.7	5.36 $\pm$ 5.77	161.3 $\pm$ 15.3	7.66 $\pm$ 2.58
(30) 后	29.2 $\pm$ 5.3**	2.55 $\pm$ 4.58*	154.9 $\pm$ 10.6	6.36 $\pm$ 1.37*

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

5 血液流变学指标测定结果 治疗组治疗后血浆纤维蛋白原、全血比粘度、血浆比粘度较治疗前明显下降( $P < 0.05, P < 0.01$ ),且优于对照组( $P < 0.05, P < 0.01$ ),对照组治疗前后上述 3 项指标比较,差异无显著性(具体数据略)。提示中西医结合治疗后能改善血液流变学状况。

讨 论 难治性 NS 由于病程较长,正邪搏结,或较长时间使用激素、利尿剂等药物,证候演变为气阴两虚、湿热瘀血互相搏结。患者表现为周身乏力,面色苍白或潮红,形体消瘦,失眠多梦,烦躁易怒,心悸易惊,或周身浮肿,小便浑浊,面部或胸背部痤疮,舌苔厚、黄腻。肾和饮方中黄芪、白术、山萸肉益气健脾、补肾固精;知母、生地滋阴清热;防己、茯苓渗湿利水;大黄泄浊利湿、活血化瘀;柴胡疏利气机,以助血水运行。全方合用益气养阴、泄浊利湿,扶正与祛邪并施。中西医结合疗法是针对 NS 治疗过程中存在免疫功能紊乱与高凝状态的特点,集激素、免疫抑制剂及活血化瘀之大剂量川芎嗪、补泻并施之肾和饮于一体,将中西医治疗 NS 的优势有机的结合起来,从而收到了较好的临床效果。

(收稿 2001-04-19 修回 2001-11-21)

## 灯盏花素辅助治疗急性 心肌梗死的疗效观察

河北省唐山市中医院(河北 063000) 史俊玲

河北省唐山市人民医院 张小民 孙文彩

1998 年 2 月~2000 年 5 月,我们在常规溶栓治疗的基础上

加灯盏花素治疗心肌梗死(简称心梗)患者 58 例,并与用常规溶栓治疗的 56 例作对照,现报告如下。

**临床资料** 首次心梗收住冠心病监护病房(CCU)患者,参照中华心血管杂志编委会制定的心梗溶栓参考方案(中华心血管杂志 1996;24:328—329),其中符合溶栓标准无禁忌的 114 例,按抽签法随机分为两组。观察组 58 例,男 34 例,女 24 例;年龄 50~82 岁,平均(61±11)岁;其中伴糖尿病 11 例,高血压病 9 例,高脂血症 15 例,梗死部位:前壁 8 例,前间壁 17 例,前壁和高侧壁 8 例,下壁 15 例,下壁和后壁 8 例,右室 2 例,溶栓开始时间为 4.5~7.0h。对照组 56 例,男 32 例,女 24 例;年龄 50~78 岁,平均(60±8)岁;其中伴糖尿病 10 例,高血压病 14 例,高脂血症 12 例,梗死部位:前壁 7 例,前间壁 16 例,前壁和高侧壁 11 例,下壁 14 例,下壁和后壁 7 例,右室 1 例,溶栓开始时间为 3.5~8.0h。两组资料比较,差异无显著性,具有可比性。

#### 方 法

**1 治疗方法** 两组均用尿激酶(商品名天普洛欣,保定三九集团生产,每支 10 万 u)溶栓剂量均为 150 万 u 加入 5% 葡萄糖注射液 100ml,0.5h 内静脉滴注结束,其方法与步骤均参照前述溶栓文献方案进行。两组肝素、肠溶阿司匹林、硝酸酯类及 β-受体阻滞剂等用法情况大致相同,而观察组在尿激酶溶栓完毕后给予灯盏花素(每支 5ml 内含灯盏花素 25mg,齐齐哈尔第二制药厂生产)50mg 加 5% 葡萄糖注射液 300ml 静脉滴注,20~30 滴/min,每天 1 次,连用 1 周。两组疗程均为 7~20 天,平均 13.5 天。

**2 观察项目** (1)溶栓前常规做 18 导联心电图,溶栓后每 30min 做 1 次心电图,直到溶栓后 3h,以后每天记录 1 次心电图,连查 1 周;(2)持续心电图监护,记录再灌注心律失常出现时间,并记录心电图;(3)记录胸痛缓解及减轻时间;(4)发病后 10h 开始查心肌酶(CK 及 CK-MB)2h 1 次,至 20h,以后 3 天每天查 1 次心肌酶;(5)溶栓前及溶栓后前 3 天每天查 1 次尿常规,大便潜血及凝血分析,主要观察部分凝血酶原时间;(6)观察并记录有无皮肤、粘膜、颅内出血现象;(7)记录发病后 20 天内的并发症,包括心力衰竭、心律失常、休克、梗死后心绞痛及不良反应。

**3 统计学方法** 计量资料用 *t* 检验,计数资料用  $\chi^2$  检验。

#### 结 果

**1 疗效制定标准** 参照前述文献标准进行评定。显效:症状消失,溶栓后 2h 梗死相关导联抬高,ST 段下降 > 50% 或回到导电位线,心肌酶峰值提前。有效:临床症状减轻,3h 后梗死相关导联抬高,ST 段下降 50%,心肌酶峰值提前。无效:临床症状、心电图及心肌酶均未达到有效标准或死亡。

**2 两组疗效比较** 观察组 58 例,显效 30 例(51.7%),有效 16 例(27.6%),无效 10 例(17.2%),死亡 2 例(3.4%),其中 1 例为猝死,另 1 例死于恶性心律失常,总有效率 79.3%。对照组 56 例,显效 26 例(46.4%),有效 9 例(16.1%),无效 13 例(23.2%),死亡 8 例(14.3%),其中 3 例死于心源性休克,2 例死于心肌梗死,3 例死于恶性心律失常,总有效率 62.5%,观察组

疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ )。

**3 两组患者治疗前后临床症状的变化情况** 观察组 58 例,治疗前胸痛 56 例,伴胸闷 53 例,伴呼吸困难 52 例,治疗后 2h 仍有胸痛 1 例,伴胸闷 2 例,对照组 56 例,治疗前胸痛 53 例,伴胸闷 50 例,伴呼吸困难 49 例,治疗后 2h 仍有胸痛 7 例,伴胸闷 2 例,伴呼吸困难 3 例,两组患者治疗后临床症状均明显改善( $P < 0.05$ ),但组间比较差异无显著性。

**4 两组患者心肌酶测定结果** 观察组 58 例中心肌酶峰值提前至发病后 18h 者 46 例(79.3%),未提前者 12 例(20.7%);对照组 56 例中心肌酶峰值提前者 35 例(62.5%),未提前者 21 例(37.5%),观察组心肌酶改善情况明显优于对照组( $P < 0.05$ )。

**5 两组患者部分凝血酶原时间测定结果** 部分凝血酶原时间( $s, \bar{x} \pm s$ ):观察组为 14.02±3.00,对照组为 12.60±1.42,两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

**6 不良反应** 两组患者均未见明显的不良反应,观察组有 2 例牙龈出血,大便潜血(+)

**讨 论** 成功的溶栓疗法可挽救濒临坏死的心肌,减少 AMI 并发症,降低病死率。但目前单用尿激酶溶栓成功率只有 70% 左右。再梗死原因可能是动脉损伤部位持续的血小板、凝血酶激活并相互作用,局部血流动力学异常,残存栓子的致血栓源性、纤溶性药物所致的促凝作用等,溶栓疗法还未发挥其最大益处。而加用灯盏花素组血管再通率及病死率明显好于对照组。

在急性冠脉血栓形成时用尿激酶溶栓治疗后血小板功能、凝血、抗凝血、纤溶等方面都发生了明显变化。灯盏花素注射液是从灯盏细辛中提取的有效成分,主要成分为灯盏乙素,结构式为 4,5,6-三羟基黄酮-7-葡萄糖醛酸甙,它能抑制急性缺血时血小板的聚集功能,TXB<sub>2</sub>、TXB<sub>2</sub>/6-酮-PGF<sub>1α</sub> 比值升高,有改善心肌缺血的作用。通过本观察治疗发现,在单用尿激酶溶栓治疗的基础上,加用灯盏花素确实能使急性心肌梗死患者的溶栓成功率增加,并减少再梗死的发生率,值得进一步探索,以提高急性心肌梗死的成功率。

(收稿 2001-01-10 修回 2001-12-03)

## 中西医结合治疗婴幼儿喘憋性肺炎 108 例

湖南省衡阳中西医结合医院(湖南 421002)

罗志英 卿国忠

1995 年 5 月~2001 年 5 月,我们应用中西医结合治疗婴幼儿喘憋性肺炎 108 例,并与用常规西医治疗的 108 例作对照,现报告如下。

#### 临床资料

**1 病例选择** (1)以喘憋、喉中痰鸣、呼气性呼吸困难为突出表现,有不同程度的发热、咳嗽。(2)双肺闻及哮鸣音及水泡音。(3)胸片:肺纹理增强,肺透亮度降低,两肺有大小不等的点片状阴影,可伴肺气肿或肺不张。