

肾络通治疗系膜增生性肾小球肾炎的临床观察

赵玉庸 陈志强 于春泉 李春香 董尚朴 王月华

内容提要 目的 探讨肾络通治疗系膜增生性肾小球肾炎(MsPGN)的疗效。方法 治疗组 56 例,以肾络通治疗,对照组 30 例,以雷公藤多甙治疗。疗程为 3 个月。结果 治疗组完全缓解率和总有效率为 25.0% 和 82.1%,显著高于对照组的 20.0% 和 53.3% ($P < 0.05$),而治疗组复发率仅 8.7%,明显低于对照组的 56.2% ($P < 0.01$)。结论 说明肾络通是治疗 MsPGN 的有效方药之一。

关键词 肾络通 系膜增生性肾炎 临床观察

Clinical Observation on Treatment of Mesangial Proliferative Glomerulonephritis by Shenluotong ZHAO Yu-yong, CHEN Zhi-qiang, YU Chun-quan, et al *College of Integrated Traditional and Western Medicine, Hebei Medical University, Shijiazhuang (050091)*

Objective: To explore the clinical effect of Shenluotong (SLT) in treating mesangial proliferative glomerulonephritis (MsPGN). **Methods:** The patients with MsPGN allocated in the treated group ($n = 56$) and the control group ($n = 30$) were treated with SLT and Tripterygium glycosides respectively. The course was 3 months for both groups. **Results:** The complete remission rate and total effective rate in the treated group was 25.0% and 82.1% respectively, which was obviously higher than those in the control group, 20.0% and 53.3%, respectively ($P < 0.05$). The relapse rate in the treated group was 8.7%, significantly lower than that in the control group (56.2%, $P < 0.01$). **Conclusion:** SLT is an effective recipe for treatment of MsPGN.

Key words Shenluotong, mesangial proliferative glomerulonephritis, clinical observation

系膜增生性肾小球肾炎(MsPGN)是一种临床常见的原发性肾脏疾患,是导致肾衰的最主要原因之一。据我国流行病学研究结果显示,在原发性肾小球疾病中,原发性肾小球肾炎的发生率为 76.8% ~ 81.7%^(1,2),其中系膜增生性肾小球肾炎约占 29.7% ~ 59.5%^(1,3)。肾络通临床治疗肾小球肾炎取得了满意疗效,为了进一步确定肾络通治疗 MsPGN 的确切疗效,我们选择了经肾穿刺确诊为 MsPGN 患者 86 例,随机分为肾络通治疗组和雷公藤多甙对照组,进行临床观察,现报告如下。

资料与方法

1 临床资料 参照 WHO1982 年《肾小球疾病病理学分类标准》⁽⁴⁾,对 1996 年 9 月~2001 年 9 月经本院附属医院肾穿刺确诊为 MsPGN 门诊患者 86 例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 56 例,男 33 例,女 23 例,年龄 14~58 岁,平均 34.3 岁;病程 1 个月~10 年,平均 15 个月。其中轻度 40 例,中度 16 例,荧光免疫符合 IgA 肾病者 20 例,其中肾病综合征 20 例,慢性肾小球肾炎 30 例,隐匿性肾炎 6 例,56 例患者均有蛋

白尿,其中伴血尿 12 例,高血压 23 例,浮肿 44 例,腰酸乏力 22 例,纳呆 10 例,头痛、头晕 17 例;对照组 30 例,男 19 例,女 11 例,年龄 13~57 岁,平均 35.5 岁;病程 2 个月~8 年,平均 14 个月。其中轻度 22 例,中度 8 例,荧光免疫符合 IgA 肾病者 12 例,其中肾病综合征 11 例,慢性肾小球肾炎 16 例,隐匿性肾炎 3 例;30 例患者均有蛋白尿,其中伴血尿 7 例,高血压 9 例,浮肿 21 例,腰酸乏力 12 例,纳呆 7 例,头痛、头晕 10 例。以上发病年龄、病程及临床表现两组比较,差异无显著性,具有可比性。发病前有明显诱因者 36 例,其中上呼吸道感染 30 例,尿路感染 6 例,其他无明显诱因,所有病例均无肾功能损害,均排除继发性因素。

2 治疗方法 治疗组以益气通络、活血化瘀为大法,药用肾络通(黄芪 30g,丹参 15g,川芎 10g,乌梢蛇 10g,地龙 12g,茯苓 15g 等)为基本方,兼夹气虚者加党参 15g 或太子参 15g;肝肾阴虚者加当归 10g,白芍 15g,旱莲草 15g,制首乌 15g;阴虚阳亢者加钩藤 15g,天麻 15g;瘀血者加桃仁 10g,红花 10g;风热者加金银花 15g,连翘 10g;湿热者加石苇 15g,滑石 12g,车前草 15g;水湿者加猪苓 12g,白术 10g,车前子 15g,椒目 10g;血尿者加侧柏叶 15g,大、小蓟各 15g,茜草根 15g,花蕊石 15g 等。每日 1 剂,水煎分两次

服 45 天 1 个疗程 观察 2 个疗程。

对照组给予雷公藤多甙片(湖南省株洲市制药三厂出品,批号 19980501)1mg/(kg·d),每日分 3 次服药 45 天 1 个疗程 观察 2 个疗程。

以上两组病例符合肾病综合征者给予常规激素治疗,可用泼尼松,用量 1mg/(kg·d),高血压者给予降压药,选用洛汀新、心痛定、倍他乐克、尼群地平等;对有感染者给予抗生素;水肿者给予速尿或配以安体舒通治疗。

3 观察指标与检测方法 观察临床症状,血压变化,检测血、尿常规,24h 尿蛋白定量(采用磺柳酸法,722 分析仪比色),血清 β_2 -微球蛋白(β_2 -MG),尿 β_2 -MG、尿白蛋白(尿 Alb)和尿球蛋白(IgG),均采用放免法,自动分析仪检测。

4 统计学处理 应用 SAS 8.2 统计软件进行 χ^2 检验(两组临床疗效比较),t 检验(两组各项指标的比较)。

结 果

1 疗效判定标准 根据 1986 年第二次全国中医肾病会议制定的疗效判定标准⁵⁾分为:完全缓解:症状、体征消失,尿蛋白定量 $<0.2g/24h$,肾功能、血脂恢复正常,尿红细胞不超过 0~3 个/HP;基本缓解:症状、体征消失,尿蛋白定量 $<1g/24h$,尿红细胞 5~8 个/HP;部分缓解:症状、体征好转,实验室检查有好转,但未达到基本缓解的标准;无效:症状、体征和实验室检查均无好转或病情恶化。

2 两组疗效比较 见表 1、2。治疗组完全缓解率和总有效率分别为 25.0%和 82.1%,显著高于对照组 20.0%和 53.3%,两组比较,差异有显著性($\chi^2_{\text{总有效}} = 3.87, P < 0.05$; $\chi^2_{\text{完全有效}} = 18.95, P < 0.01$)。表 2 显示血、尿 β_2 -MG 各组治疗前后比较,差异均无显著性($P > 0.05$),提示肾小球、肾小管的损害在短时间内难以恢复。其余各项指标治疗后均有不同程度的改善,与治疗前比较,差异有显著性($P < 0.01$),而且治疗组优于对照组($P < 0.01$)。

3 复发情况 两组患者疗效统计后继续观察,1

表 1 两组临床疗效的比较 [例(%)]

组别	例数	完全缓解	基本缓解	部分缓解	无效	总有效率	复发
治疗	56	14(25.0)*	25(44.6)	7(12.5)	10(17.9)	46(82.1)*	4(8.7)**
对照	30	6(20.0)	7(23.3)	3(10.0)	14(46.7)	16(53.3)	9(56.2)

注:对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

年后开始随访,共随访 2 年。其中治疗组复发率仅为 8.7%(复发 4 例,患者由基本或部分缓解转变为无效者称为复发),明显低于对照组 56.2%(复发 9 例),两组比较,差异有显著性($\chi^2 = 13.46, P < 0.01$),提示肾络通治疗系膜增生性肾炎疗效可靠,并能有效减少复发率。

4 毒副作用 治疗组患者应用肾络通后,临床观察无明显毒副作用,对照组应用雷公藤多甙片治疗后,部分患者出现皮疹、纳呆、恶心呕吐、白细胞减少、肝功能损害等。

讨 论

系膜增生性肾小球肾炎(MsPGN)是我国肾小球肾炎中常见的病理类型之一,根据其临床表现,应属中医“水肿”、“虚劳”、“血尿”范畴。临床报道本病常表现为气虚、阴虚、气阴两虚、水湿、血瘀等证。笔者接诊的患者多为病程较长的慢性患者,根据“久病入络”理论,结合系膜增生病理改变,认为肾络不通为主要病机,以益气化瘀通络为法,制订“肾络通”加味治疗本病取得了满意的疗效,明显优于雷公藤多甙片对照组($P < 0.01$),方中主药为黄芪、丹参、川芎、乌梢蛇、地龙、茯苓等。黄芪补气升阳、利水消肿为君,地龙、乌梢蛇搜风通络为臣,川芎活血行气,丹参养血活血,茯苓利水消肿为佐,全方补中有泻,寓泻于补,是为通补并用,扶正祛邪之剂。

现代医学认为,肾小球疾病是一种自身免疫性疾病,变态反应是其发病的主要环节,是产生免疫性炎症,导致肾炎各种临床表现的病理生理基础。其次,在肾炎发展过程中,肾小球内高凝状态与病变持续发展和肾功能持续性减退密切相关。中药现代研究表明,肾络通中黄芪具有增强机体免疫功能,降低尿蛋白,参与机体免疫调节,增强系膜细胞吞噬和消化的作用⁶⁾;川芎等活血化瘀药物能够改善微循环及高凝状态,减

表 2 两组治疗前后各项指标的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	24h 尿蛋白 (g/24h)	尿红细胞 (个/HP)	收缩压		舒张压		血 β_2 -MG (mg/L)	尿 β_2 -MG ($\mu g/L$)	尿 Alb (mg/L)	尿 IgG (mg/L)
			(mmHg)	(mmHg)	(mmHg)	(mmHg)				
治疗	3.18 \pm 0.24	8.33 \pm 0.94	133.14 \pm 2.30	91.86 \pm 1.58	3.73 \pm 0.30	0.64 \pm 0.85	31.34 \pm 3.16	20.99 \pm 0.96		
(56) 疗后	0.35 \pm 0.02* Δ	1.80 \pm 0.37* Δ	108.82 \pm 1.67* Δ	71.76 \pm 1.30* Δ	2.41 \pm 0.15	0.33 \pm 0.39	10.77 \pm 1.42* Δ	5.28 \pm 0.16* Δ		
对照	3.58 \pm 2.10	7.06 \pm 5.87	134.01 \pm 23.72	86.00 \pm 13.61	3.56 \pm 1.98	0.62 \pm 0.86	31.30 \pm 18.13	23.19 \pm 14.24		
(30) 疗后	2.49 \pm 1.26*	4.50 \pm 3.29*	119.01 \pm 14.94*	71.17 \pm 8.06*	2.80 \pm 1.19	0.46 \pm 0.60	18.54 \pm 14.40*	15.71 \pm 13.18*		

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

轻血小板聚集,有助于免疫复合物的清除及病变组织的修复,减少细胞外基质的合成,从而保护肾脏⁽⁷⁾。乌梢蛇等搜风通络药具有解痉作用,并能减少尿蛋白,改善低蛋白血症,激活免疫系统(巨噬细胞活化、补体激活、诱导干扰素),促进脂质代谢、蛋白质合成,从而产生调节免疫、代谢、抗凝的作用⁽⁸⁾。肾络通的实验研究结果证实该制剂对大鼠免疫性 MsPGN 模型有治疗作用,同时,还具有降低尿蛋白、升高血浆蛋白,改善肾小球内脂质代谢、凝血机制及血流动力学的作用,从而减缓了肾小球进行性损伤的进程。

参 考 文 献

1. 黎磊石,关天俊,刘志红,等. 4298 例成年人肾小球疾病病理类型及流行病学特点. 肾脏病与透析肾移植杂志 1997; 2(2): 103—109.
2. 马玉凤,李文泉,赵利. 195 例肾小球疾病的临床病理分型

与中医辨证分型的相关分析. 北京中医药大学学报 1998; 21(5): 48—50.

3. 黄朝关,许菲菲. 温州地区肾小球疾病病理类型分布及流行病学特点. 温州医学院学报 2000; 30(4): 88—90.
4. 王海燕等主编. 肾脏病学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 447—449.
5. 第二次全国中医肾病专题学术讨论会. 慢性肾炎辨证分型、诊断、疗效评定标准. 陕西中医 1988; 1(1): 封底.
6. 鲁盈,李惊子,郑欣,等. 黄芪当归合剂对肾病综合征血清脂谱和肾小球硬化的影响. 中国中西医结合杂志 1997; 17(8): 178—180.
7. 张雪梅,舒贵杨,严晓华,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(4): 225—228.
8. 刘宏伟,时振声. 中医治疗原发性系膜增生性肾小球肾炎的临床与实验研究. 中医杂志 1992; 33(1): 25—27.

(收稿 2002-01-16 修回 2002-09-09)

新癆片治疗强直性脊柱炎 120 例疗效观察

刘 维 刘 滨 周艳丽

1993 年 2 月~2000 年 12 月,笔者用新癆片治疗强直性脊柱炎(AS)120 例,并以双氯灭痛为对照,现将结果报告如下。

临床资料 180 例患者,门诊 38 例,住院 142 例,均符合强直性脊柱炎的 1987 年纽约诊断标准(Bull Rheum Dis 1987; 17: 453)。经辨证均为湿热瘀阻型。病期<IV 期。按 2:1 随机分为两组。治疗组 120 例,男 103 例,女 17 例,年龄 11~65 岁,平均(26.3±8.5)岁,病程 3 个月~19 年,平均(4.2±6.4)年。对照组 60 例,男 52 例,女 8 例,年龄 12~63 岁,平均(25.9±8.1)岁,病程 4 个月~18 年,平均(4.1±6.2)年。X 线骶髂关节炎 1、2、3、4 级治疗组分别为 17、26、44、33 例,对照组分别为 9、15、21、15 例,两组一般资料比较差异无显著性($P>0.05$)。

治疗方法 全部病例均停用激素 3 个月以上。治疗组用新癆片(厦门中药厂生产):每次 3 片,每日 3 次口服。对照组用双氯灭痛,每次 25mg,每日 3 次口服,两组疗程均为 6 周,于治疗前后检测临床及实验室指标,并记录副反应。

结 果

1 疗效判断标准 临床缓解:晨僵和腰痛消失,关节功能改善,ESR<20mm/h(男)或<30mm/h(女),基本不用非甾体类抗炎药治疗;显效:以晨僵、关节疼痛数、关节肿胀数、扩胸度、Schober 试验、ESR 改善≥50%为有效计(ESR 的计算公式为:治疗前数值-治疗后数值/治疗前数值-正常数值);上述 6 项中 5 项达“有效”患者为显效;有效:为“有效”项目≥3 项而不足 5 项;无效:为“有效”项目不足 3 项。

2 结果 治疗组为临床缓解 10 例,显效 25 例,有效 55 例,无效 30 例,总有效率为 75%;对照组分别为 3 例,12 例,21

例,24 例,60%,两组总有效率比较,差异有显著性($\chi^2=4.2779, P<0.05$)。

3 两组患者治疗前后各项指标检测结果比较 见表 1。治疗后两组各项指标均有不同程度改善,但治疗组优于对照组。

表 1 两组患者治疗前后各项指标检测结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	晨僵时间 (h)	扩胸度 (cm)	Schober 试验 (cm)	关节肿胀数 (个)	ESR (mm/h)
治疗 疗前	3.2±0.1	3.7±0.8	3.0±1.1	2.9±1.5	66.1±30.8
(120) 疗后	1.9±0.8	4.3±1.1*	3.9±1.4*	1.3±1.0*	40.6±25.6*
对照 疗前	3.1±0.9	3.8±0.8	3.1±1.4	2.8±1.5	62.4±28.8
(60) 疗后	2.1±0.9	4.0±0.9 [△]	3.8±1.2*	1.9±0.9* [△]	48.8±27.3*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与治疗组治疗后比较,[△] $P<0.05$ ()内数据为例数

4 副反应 对照组有 4 例出现恶心、轻度胃痛、食欲下降等胃肠道反应,1 例皮疹,1 例转氨酶升高,经对症处理均消失。治疗组无副反应发生。

讨 论 强直性脊柱炎属中医“骨痹”、“脊痹”范畴。内因禀赋不足,外因感受风寒湿邪或湿热毒邪阻于营脉,气血运行受阻,不通则痛。本病进展期多有膝踝关节红肿热痛,骶髂腰背晨僵,活动受限,低热,口渴不欲饮,舌质黯,苔白腻,脉滑数等湿热瘀血征象,故治以清热解郁、活血化瘀、消肿止痛。新癆片由九节茶、三七、牛黄、珍珠层粉等药物组成,方中牛黄、珍珠层粉清热解郁,三七活血化瘀,消肿止痛,九节茶消肿止痛,全方合用,使热毒清,瘀血散,脉络通,肿痛消。

(收稿 2002-04-15 修回 2002-06-20)