

临床报道

慢性肾炎130例的疗效分析

兰州医学院第二附属医院中医科肾病组

刘宝厚 徐景芳 崔笑梅 刘 新
孙少玲 俞培钧 高人信

近年来,我们按照中医辨证施治的方法治疗慢性肾炎130例,取得了较好的疗效,现报告如下。

临床资料

一、一般资料

本组130例均符合1977年北戴河肾炎座谈会临床分类、诊断标准,均为住院病人。男91例,女39例。年龄15~56岁,平均28.7岁。病程1~5年69例,6~10年37例,10年以上24例。西医分型属普通型67例,高血压型37例,肾病型26例。

二、实验室检查

全部病例治疗前后除验血、尿常规,24小时尿蛋白定量,血脂、血浆蛋白及蛋白电泳、血肌酐、尿素氮、血沉、内生肌酐清除率检查外,部分病人增作了血清免疫球蛋白、血清补体C₃、尿C₃及尿FDP等检查。

治疗方法和结果

一、治疗方法

根据中医辨证,本组病例分三型进行治疗。

1. 肺脾气虚型:凡具备下列三项以上症状或体征者即可确诊。①面浮肢肿,面色㿔白;②气短乏力;③纳差或腹胀;④易感冒;⑤舌淡胖嫩,脉细弱。本型共54例(41.5%),多见于慢性肾炎普通型。治以益气健脾,利水活血。药用:黄芪30克,白术15克,防己15克,茯苓15~30克,泽泻15克,益母草30克,丹参15克,乌梅炭10克,蝉衣15克。

2. 脾肾阳虚型:凡具备下列三项以上症状或体征者即可确诊。①面浮肢肿,面色萎黄;②畏寒肢冷;③腰困膝软或足跟痛;④神疲乏力或纳呆便溏;⑤性功能低下(遗精、阳痿、早泄)或月经不调;⑥舌胖色暗、有齿痕、苔润,脉沉细。本型共41例(31.5%),多见于慢性肾炎肾病型 and 高血压型。治以温肾健脾,利水活血。药用:黄芪30克,党参15克,附片10~20克,桂枝10克,茯苓30克,泽泻15克,车前子15克(包),益母草30克,丹参15克,蝉衣15克。

3. 肝肾阴虚型:凡具备下列三项以上症状或体征者即可确诊。①面浮肢肿,面色潮红;②五心烦热,口苦咽干;③腰困腿软;④头晕耳鸣;⑤舌红少苔,脉细数。本型共35例(26.9%),多见于慢性肾炎高血压型和长期服用激素者。治以滋补肝肾,潜阳活血。药用:生地30克,知母15克,女贞子15克,枸杞子15克,怀牛膝15克,野菊花10克,生石决明30克(先煎),益母草30克,丹参30克,蝉衣15克。

随证加减:感受表邪,属风寒证用麻黄连翘赤小豆汤加减;属风热证用银翘散合五苓散加减。全身中度以上水肿和/或胸腹水者选加黑白丑、椒目、大腹皮、陈葫芦等。咽喉肿痛者选加黄芩、山豆根、牛蒡子、僵蚕,或六神丸含化。皮肤疖肿疮疡者选加蚤休、半枝莲、公英、银花,或牛黄解毒片。皖闷纳呆、舌苔黄厚腻者选加生薏仁、藿香、佩兰、厚朴、黄连。小便涩痛不利者选加石韦、车前草、白茅根。面色黧黑、舌色紫黯或有瘀点(斑)、腰痛

固定或呈刺痛者选加莪术、水蛭，或丹参注射液。如见纳呆恶心或呕吐，精神萎靡或嗜睡，血肌酐、尿素氮升高，有酸中毒、电解质紊乱表现者选加藿香、佩兰、姜半夏、炒竹茹、生大黄，或用复方大黄煎剂(生大黄 15~30 克，附片 10~20 克，红花 15 克)保留灌肠，每日一次。

本组慢性肾炎普通型全部应用中药治疗。高血压型除血压过高(舒张压持续 ≥ 110 毫米汞柱)者短期加用降压西药外，一般采用中药治疗。肾病型除中药治疗外，均加用强的松及环磷酰胺。强的松成人量为 40~60 毫克/日，晨 8 时一次服，连服 4~6 周，以后每周递减 5 毫克，直至停药。在强的松治疗 2 周左右后开始应用环磷酰胺，或人剂量为 200 毫克/日，静脉注射或分三次口服，6~8 克为一疗程。本组病例遇高度水肿者均短期应用西药利尿剂。

二、疗效标准

根据治疗后症状与体征的改善程度和实验室检查结果判定疗效。(1)完全缓解：症状与体征消失，肾功能正常，24 小时尿蛋白定量 <0.2 克，尿沉渣计数正常；(2)基本缓解：症状与体征消失，肾功能正常或基本正常(与正常值相差不超过 15%)，24 小时尿蛋白定量 <1.0 克，尿沉渣计数接近正常；(3)好转：临床表现与上述实验室检查中一项或多项明显好转，但未达到基本缓解的标准，其他指标改善而肾功能恶化者不在此例；(4)无效：临床表现与实验室检查均无明显改善或加重者。

三、治疗效果及分析

本组 130 例治疗后获完全缓解 59 例(45.4%)，基本缓解 34 例(26.2%)，好转 21 例(16.1%)，无效 16 例(12.3%)，总有效率为 87.7%。

1. 分型与疗效的关系：表 1 示本组病例以肺脾气虚型疗效较好，肝肾阴虚型次之，脾肾阳虚型较差；西医分型则以普通型疗效较好，高血压型次之，肾病型较差。中西医分型之间有良好的平行关系。

2. 治疗前后尿蛋白测定的比较：治疗前

表 1 中西医分型疗效对比

	例数	中医分型			西医分型		
		肺脾气虚型	肝肾阴虚型	脾肾阳虚型	普通型	高血压型	肾病型
完全缓解	59	30	16	13	37	15	7
基本缓解	34	14	10	10	23	3	8
好转	21	8	4	9	7	12	2
无效	16	2	5	9	0	7	9
合计	130	54	35	41	67	37	23

全部病人 24 小时尿蛋白定量均在 1 克以上，其中 1~3 克者 68 例，3.1~5 克者 41 例， >5 克者 21 例。治疗后， <0.2 克者 64 例，0.2~3 克者 54 例，3.1~5 克者 7 例， >5 克者 5 例。

3. 治疗前后内生肌酐清除率测定的比较：治疗前肾功能有不同程度损害者 61 例，其中轻度损害(50~69 毫升/分) 37 例，中度损害(30~49 毫升/分) 19 例，重度损害(<30 毫升/分) 5 例。治疗后有 38 例病人均有不同程度的改善，其中有 21 例恢复到正常。

4. 治疗前后血清免疫球蛋白测定的比较：治疗前 IgG、IgA 均值明显低于正常($p < 0.01$)，IgM 均值显著高于正常($p < 0.05$)。治疗后 IgG、IgA 上升，IgM 下降，其中 IgG 和 IgM 均值基本恢复正常(表 2)。

表 2 治疗前后血清免疫球蛋白测定比较

	例数	IgG (毫克/毫升) 均值±标准差	IgA (毫克/毫升) 均值±标准差	IgM (毫克/毫升) 均值±标准差
正常对照	60	11.00±2.50	2.00±0.50	1.60±0.50
治疗前	98	8.13±2.41**	1.65±0.34**	1.78±0.58*
治疗后	90	10.45±3.11	1.72±0.32**	1.64±0.19

与正常对照组比较：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$

5. 补体 C_3 及尿 FDP 测定与疗效的关系：本组 130 例患者治疗后无效者共 16 例，130 例中 26 例血清 C_3 低下者中无效者占 9 例，32 例尿 C_3 阳性者中无效者占 12 例；21 例尿 FDP 阳性者中无效者占 10 例。提示补体 C_3 及尿 FDP 测定对慢性肾炎的治疗效应有一定的预测作用。

讨 论

慢性肾炎在其发病过程中,不论水肿存在与否,其病本皆属于“虚”,病标多夹有“邪”,是一种虚中夹实之证。虚主要表现在肺、脾、肾三脏的不同程度虚损,其中以肾虚尤为重要。现代医学亦已确认肾炎的发生与机体免疫反应失调有密切联系,而免疫反应失调又和中医脏腑功能虚损有关,因此肺、脾、肾三脏虚损是构成慢性肾炎发生的内在基础。“邪”包括许多诱发因素和病理产物,如风、寒、湿、热、疮毒、瘀血和水毒等,其中以“瘀血”影响最大。现代医学研究亦表明,血液凝固机制紊乱对原发性肾小球疾病的发生、发展具有重要的影响⁽¹⁾。据此,我们认为肺、脾、肾三脏虚损和血瘀是慢性肾炎发病机理中的两个重要环节。前者导致病变的发生,后者则为病变持续发展及肾功能进行性减退的重要原因。至于其他外邪,则往往是导致病情加重或复发的诱发因素。因此,我们治疗本病的基本原则是标本结合,以本为主。治本可选用益气活血法、温阳活血法或滋阴活血法,治标须随证加减。若因感受外邪或湿热之毒者,常须急则治其标,方能控制病情的发展,否则表证不解、湿热不除,尿蛋白难消。本组因外感、湿热引起病情反复

者共 55 例次,其中 41 例次是采用祛风宣肺、清热化湿的治法使病情缓解的。对于外感反复发作者合用玉屏风散,效果较好。

慢性肾炎肾病型是慢性肾炎中一种较为难治的临床类型。本组 26 例肾病型患者中有 18 例在入院前均经不规则使用激素治疗而无效,我们采用三联疗法(中药+激素+细胞毒药)后,副作用明显减轻,反跳减少,有效率达 65.4%。同时观察到血清 C₃ 持续低下、尿 C₃ 或尿 FDP 阳性以及使用激素后临床表现持续呈阳虚证候者,多对激素治疗不敏感。对此类患者,常需重用温肾药(仙灵脾、巴戟天、菟丝子等),方能提高疗效。

寻求改善肾脏功能、调节机体免疫水平的药物和方法是治疗慢性肾炎的根本途径。我们以往曾观察到益气健脾、温肾利水、活血化瘀一类的中药,对改善肾脏功能、调节机体体液免疫水平具有一定的作用⁽²⁾,本文资料再次重复了这一观察结果。

参 考 文 献

- (1) 陈朝士等:肾炎时血液凝固紊乱与肾炎进展及其治疗的研究。国外医学内科学分册 9(8):387, 1982。
- (2) 刘宝厚等:辨证辨病结合治疗慢性肾炎 52 例疗效观察。中西医结合杂志 2(4):209, 1982。

针刺俞府穴使心房纤颤复律 1 例

上海市第七人民医院 王哲身 朱玲玉

归×,男,31岁,已婚,打字员。三年前患心肌炎以来,出现胸闷,心悸,头晕。心电图提示,快速房颤,曾发作 4~5 次,经药物治疗及休息 3~4 天,始能缓解。此次发病前,患感冒后尚未恢复正常,因上班往返疲劳,当晚即出现胸闷,心悸频繁发作,气短,头晕,乏力,一夜后症状加重,于 1977 年 11 月 29 日来院急诊。

体检:一般情况差,神清,精神疲惫,痛苦面容,舌暗红、苔薄,脉促,血压 110/70 毫米汞柱,两眼球及双手无震颤,颈软,甲状腺不肿大,肺(-),心率 150~200 次/分,心律绝对不齐,房颤,腹(-),胸

透(-)。

心电图:各导联 P 波消失,以大小不等之“f”波代替, R-R 间距绝对不规则, QRS 波为室上性, 心室率平均 96 次/分, 心电图诊断:心房颤动。

取穴:俞府穴,于右锁骨胸骨端下缘,旁开 2 寸,沿第一肋间,向璇玑方向,呈 45~55° 缓慢进针,得气,须向右颈部及左肩放射,采用平补平泻手法,持续 3 分钟后,胸闷,心悸诸症悉消,心电图即转为窦性,心律 P-QRS-T 波群按顺序出现,节律规则。留针 15 分钟出针,观察 40 分钟,房颤未见出现。门诊随访 8 年,未见复发,多次心电图正常。