

中药配合西医疗法治疗非 IgA 系膜增生性 肾炎 140 例临床分析

程晓霞* 陈洪宇* 王永钧*

摘要 通过对 140 例原发性非 IgA 系膜增生性肾小球肾炎 (non-IgAMsPGN) 患者疗效的回顾性分析, 观察中西医结合治疗对该类患者临床类型、病理损害程度、中医证型与疗效的相关性。结果显示, 临床缓解 91 例 (65%), 显效 23 例 (16.4%), 好转 15 例 (10.7%), 无效 11 例 (7.9%), 表明原发性 non-IgAMsPGN 的中西医结合治疗应注重临床与病理的检测, 其疗效与病理损害的严重性有关; 注重辨病与辨证相结合, 不同中医证型的疗效相似 ($P>0.05$)。

关键词 肾小球肾炎, IgA/中西医结合疗法

非 IgA 系膜增生性肾小球肾炎 (non-IgAMsPGN) 是我国常见的原发性肾小球疾病, 约占肾活检病例数的 29.7%^[1], 临床呈隐匿性肾小球疾病、慢性肾炎、肾病综合征等多种表现, 早期诊断和合理治疗是提高疗效的关键。今将我院肾脏内科 1994~1998 年收治的 140 例 non-IgAMsPGN 患者的有关资料整理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 男性 79 例, 女性 61 例, 年龄 12~63 岁, 平均 30.69 ± 9.37 岁; 病程 2 天~30 年, 平均 27.56 ± 29.32 月。所有病例均经肾病理检查, 并结合临床排除 IgA 肾病、毛细血管内增生性肾炎的消散期、紫癜性肾炎、狼疮性肾炎、肝病性肾炎以及其它全身性疾病引起的继发性肾损害而确认。根据中华内科杂志编委会肾病专业组专题讨论会制定的方案^[2], 140 例病人中诊断为隐匿性肾小球疾病 40 例 (28.57%), 慢性肾炎 33 例 (23.57%), 肾病综合征 67 例 (47.86%), 其中伴有血压不同程度增高者 23 例, 肾功能不全失代偿者 12 例。

1.2 肾病理改变: 光镜检查: 全部病例均有不同程度弥漫性系膜细胞增生, 伴不同程度系膜基质增多。根据邹万忠^[3]的轻重分度标准, 其中轻度 68 例, 中度 57 例, 重度 15 例, 其小球病理改变尚有新月体形成 16 例, 球囊粘连 21 例, 局灶节段硬化 59 例; 有小管间质损害者 117 例, 参照刘志红等的小管间质病变分级标准^[4]: I 级 35 例, II 级 69 例, III 级 13 例。免疫病理检查可见免疫球蛋白在系膜区沉积者 84 例, 其中 IgA+

C₃ 沉积 51 例, IgM+C₃ 14 例, 单纯 C₃ 8 例, IgG+IgM 7 例, IgG+IgA+C₃ 4 例, 免疫病理检查阴性 56 例。电镜检查可见系膜细胞及基质增生, 71 例于系膜区有少量电子致密物沉积。

1.3 实验室检查: 尿常规检查见尿蛋白及红细胞阳性 83 例, 单纯蛋白尿 44 例, 单纯红细胞尿 13 例; 24 小时尿蛋白定量 $<1\text{g}$ 者 39 例, $1\sim3.5\text{g}$ 31 例, $>3.5\text{g}$ 70 例。尿微量蛋白及尿酶检测: 尿 $\beta_2\text{-MG}$ 增高 71 例, UIgG 增高 78 例, UALb 增高 127 例, U $\alpha_1\text{-MG}$ 增高 105 例, UNAG 增高 86 例; 血白蛋白 $<30\text{g/L}$ 67 例, 血清免疫球蛋白: IgG 下降 56 例, IgE 增高 44 例, IgM 减低 12 例, IgA 增高 8 例, C₃ 无 1 例异常, 其中 IgG 降低及 IgE 增高明显者多数见于肾病综合征的大量蛋白尿期。

1.4 中医辨证分型: 根据 1989 年全国第 5 次中医肾脏病学术会议本证分型标准, 140 例在初入院时辨证为无症状性肾失封藏证 32 例, 肾虚肾失封藏证 51 例, 肝肾阴虚肾失封藏证 37 例, 脾肾阳虚肾失封藏证 20 例。

2 治疗方法

40 例隐匿性肾小球疾病及 33 例慢性肾炎患者, 主要采用辨证中药加雷公藤多甙片 $30\sim60\text{mg/日}$ (3 次分服) 治疗, 疗程 8~12 周。辨证中药应用原则为, 无症状性肾失封藏证及肾虚证均用益虚方: 淫羊藿 12g, 巴戟天 12g, 菟丝子 12g, 杜仲 12g, 金樱子 12g, 桑枝 15g, 薏苡仁 30g, 生甘草 6g; 肝肾阴虚证用补肝肾方: 制首乌 30g, 桑椹子 12g, 女贞子 12g, 旱莲草 12g, 知母 6g, 白花蛇舌草 30g; 脾肾阳虚证用补脾肾方: 黄芪 30g, 党参 30g, 白术 12g, 淫羊藿 12g, 巴戟天 12g, 杜仲 12g; 夹有瘀血证或肾功能不全失代偿时, 加用行瘀泄浊药: 积雪草 30g, 丹参 30g, 川芎 30g, 桃仁 10g, 制大黄 6g。67 例肾病综合征患者在上述辨证中药及雷公藤多甙片治疗基础上, 同时应用强的松每日 1mg/kg 体重治疗, 疗程 8~12 周, 然后缓慢撤减激素用量。

3 结果

3.1 疗效判断标准: 参考第二次全国中医肾病专题学术会通过的疗效判断标准。临床缓解: 症状体征消失, 尿蛋白 $<0.2\text{g/24h}$, 尿红细胞 $0\sim3/\text{HP}$, 血白蛋白 $>$

* 杭州市中医院肾脏内科, 杭州环城西路 59 号 (310006)

收稿日期: 2000-03-13; 修回日期: 2000-04-27

35g/L, 肾功能正常; 显效: 症状体征消失, 尿蛋白 < 1g/24h, 尿红细胞少许~+, 或较治前减少 50% 以上, 血白蛋白较治前升高, 但未达到缓解标准, 肾功能正常; 好转: 症状、体征改善, 尿蛋白减少, 但未达到显效标准, 肾功能稳定或改善; 无效: 治疗 3 个月以上, 症状、体征及实验室检查无改善, 甚或恶化者。

3.2 临床疗效: 140 例患者经治疗后, 临床缓解 91 例 (65%), 显效 23 例 (16.4%), 好转 15 例 (10.7%), 无效 11 例 (7.9%), 总有效率为 92.1%。

3.3 不同临床分型疗效比较: 表 1 示, 各临床类型应用中西医结合治疗, 取得较好效果, 总有效率为 92.1%, 尤以肾病综合征的缓解率最高。

表 1 不同临床分型疗效比较 [例(%)]

临床分型	例数	缓解	显效	好转	无效
隐匿性肾小球疾病	40	24(60.0)	6(15.0)	6(15.0)	4(10.0)
慢性肾炎	33	16(48.5)	9(27.3)	4(12.1)	4(12.1)
肾病综合征	67	51(76.1)	8(11.9)	5(7.5)	3(4.5)

表 2 不同肾小球系膜增生程度疗效比较 [例(%)]

程 度	例数	缓解	显效	好转	无效
轻 度	68	49(72.1)	11(16.2)	6(8.8)	2(2.9)
中 度	57	38(66.7)	7(12.3)	6(10.5)	6(10.5)
重 度	15	4(26.7)	5(33.3)	3(20.0)	3(20.0)

表 3 不同小管间质损害程度疗效比较 [例(%)]

分级	例数	缓解	显效	好转	无效
I 级	35	27(77.1)	4(11.4)	1(2.9)	3(8.6)
II 级	69	45(65.2)	11(15.9)	7(10.1)	6(8.7)
III 级	13	2(15.4)	6(46.2)	3(23.1)	2(15.4)

表 4 中医证候类型与疗效的相关性 [例(%)]

中医证型	例数	缓解	显效	好转	无效
无症状性肾失封藏	32	19(59.4)	6(18.7)	4(12.5)	3(9.4)
肾 虚	51	34(66.7)	11(21.6)	3(5.9)	3(5.9)
肝肾阴虚	37	25(67.6)	5(13.5)	5(13.5)	2(5.4)
脾肾阳虚	20	13(65.0)	1(5.0)	3(15.0)	3(15.0)

3.4 不同肾小球系膜增生程度疗效比较: 表 2 示, 其疗效与病理损害的程度相关, 病理损害越重, 其缓解率越低; 重度系膜增生的缓解率与中度及轻度相比差异有显著性 ($P < 0.01$)。

3.5 不同程度小管间质损害与疗效相关性比较: 表 3 示, 其缓解率的高低, 与小管间质的损害轻重有关, I 级的缓解率为 77.1%, III 级的缓解率为 15.4% ($P < 0.01$)。

3.6 不同中医证型与疗效相关性比较: 表 4 示, 中医各证候的缓解率相仿, 差异无显著性 ($P > 0.05$)。

3.7 副反应: 140 例接受治疗的患者, 在治疗过程中, 发生食欲减低或恶心等消化道症状者 5 例 (3.6%), 血白细胞减少 < $3.5 \times 10^9/L$ 者 11 例 (7.85%), 谷-丙转氨酶增高 > 40IU/L 者 16 例 (11.4%), 在 61 例女性患者中, 发生月经稀少或周期紊乱者 4 例 (6.5%), 均于疗程结束或停药后恢复。

4 讨论

本组 140 例 non-IgAMsPGN, 按临床及病理进行检测和观察, 并以辨证应用中药加雷公藤多甙片治疗表现为隐匿性肾小球疾病及慢性肾炎的患者, 以辨证中药加雷公藤多甙片加强的松治疗呈肾病综合征表现的患者, 结果临床缓解 91 例 (65%), 显效 23 例 (16.4%), 好转 15 例 (10.7%), 总有效率为 92.1%, 其中 67 例呈肾病综合征表现者, 临床缓解 51 例 (76.1%), 显效 8 例 (11.9%), 取得较好疗效。分析影响疗效的诸因素可发现: (1) 不同中医证候类型的疗效基本相似 ($P > 0.05$), 但进一步观察, 发现凡涉及肾虚或脾肾阳虚证候的患者中, 由于肾气不化, 存在水湿及瘀浊两种不同性质的标证, 前者治疗反应好, 后者则治疗反应差, 提示在中医辨证时, 宜兼顾标本, 才更有利于对病情的正确判断; (2) 分析 non-IgAMsPGN 的 3 种临床类型, 可见以肾病综合征患者的缓解率最高 (76.1%), 与呈慢性肾炎表现的患者比较存在显著性差异 ($P < 0.05$), 分析其原因, 除本组肾病综合征患者的病理类型普遍较轻外, 还可能与加用糖皮质激素抗炎及抑制免疫有关, 提示具相似病理损害的非肾病综合征患者, 在常规治疗效果不显著时, 可能值得试加糖皮质激素以改善疗效; (3) 肾脏病理损害程度与疗效的相关性较大, 凡小球系膜增生呈重度者, 或小管-间质损害 III 级以上者, 临床缓解率均低, 分别为 26.7% 及 15.4%, 与病理损害较轻的患者比较, 差异十分显著 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 充分说明早期治疗对改善 non-IgAMsPGN 患者预后的重要性; 同时对肾小球疾病除临床诊断及功能诊断外, 还应及时进行病理诊断, 以期了解病变实质, 利于指导治疗和判断预后。

本组的治疗基础, 主要遵循辨病与辨证相结合的原则, 虽然病和证都是人体在内外环境失衡时引起的病理变化在临床上的反映, 但辨病着重分析和认识疾病全过程的基本矛盾, 而辨证则致力于认识疾病过程中某一病期和阶段的主要矛盾。尽管 non-IgAMsPGN 的发病机理至今仍未十分清楚, 但它属于免疫介导性炎症则已是十分明确的, 因此, 我们选择雷公藤多甙作为辨病治疗的用药。雷公藤多甙是从传统祛风胜湿中药雷公藤中发掘出来的一种新型免疫抑制

剂,研究证实其有效单体——雷公藤内酯醇能阻止 T 细胞、B 淋巴细胞的增殖活化,诱导 T 细胞凋亡,减少白细胞介素-2 产生,并能抑制免疫细胞内的核因子 $\text{kB}(\text{NF}\kappa\text{B})$ 活力,尤对活化状态的 T 细胞作用明显^[5]。对呈肾病综合征的患者,要与强的松协同发挥其抗炎和抑制免疫的作用。在辨病论治的同时,我们又对 non-IgAMsPGN 在疾病不同病期和阶段反映出来的各种症状,按中医阴阳、气血、脏腑、虚实理论,归纳成肾虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚等证候,分别给予相应的中药组方治疗,结果不仅可明显改善诸多的自觉症状,还可提高患者的生活质量和治疗信心。本组中西医结合治疗还有利于减轻雷公藤多甙等药物的副作用,达到增效减毒的效果。我们分析各辨证组方中的主要药物,如黄芪、制首乌、淫羊藿、金樱子、丹参、川芎、桃仁、积雪

草、制大黄、甘草等,具有提高耐力、抗疲劳、调节免疫和脂代谢,清除氧自由基、改善微循环、抗血小板聚集、抗纤维化、抑制系膜细胞增生,以及保肝、保胃等作用,无疑可对 non-IgAMsPGN 患者的治疗与康复带来明显益处。

参考文献

- 1 黎磊石,关天俊,刘志红,等. 4298 例成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,1997,6(2):103-109.
- 2 王海燕. 肾脏病学. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1996:595.
- 3 谌贻璞. 系膜增生性肾小球肾炎. 见:王海燕主编. 肾脏病学. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1996:648.
- 4 刘志红,黎磊石. 原发性肾小球肾炎的肾间质损伤. 中华内科杂志,1992,(1):52-54.
- 5 戎戈,胡伟新,刘志红,等. 系膜增生性肾小球肾炎的新疗法. 肾脏病与透析肾移植杂志,1998,(5):409-414.

北京高等中医药培训学校 北京中医药大学基础医学院联合招生

我校是面对基层医生培训高等中医药人才的专门机构,几年来成功地为全国很多医院、诊所培训了大批急需人才,帮助他们解决了许多难题,为了让更多的人学到技术,我校决定走出北京对外办学,有意合作者请来信来电联系。近期培训内容如下:(以下各班所登日期第一天均为报到时间)**第一类:1. 药线植入排毒疗法班:**11月11日~16日,此疗法以治疗神经性疼痛、癫痫、高血压、气管炎、哮喘、溃疡病、胃下垂、颈肩腰痛等 50 多种疾病为特长,是一种刚刚兴起的新方法,主要是在身体特定部位埋入药线,达到治病目的,无痛苦小、见效快,神经性头痛治愈率高,讲课由发明人单顺院长主讲。**2. 实用注射新疗法培训班:**11月18日~23日,在特定部位注射普通药物,如星状神经节阻滞法、骶管注射法、局部阻滞法、气体疗法及新发现的特殊部位注射,用途广泛,可用于各系统 150 余种病及戒毒,并且操作简便易学,安全。**3. 疼痛特效疗法培训班:**11月25日~30日,聘请研究疼痛治疗的著名专家传授疼痛治疗的最新方案。主要内容有:新注射止痛法、穴位止痛法、信氏止痛法、器械止痛法、药物止痛法、癌症止痛法,以上各疗法安全有效,综合运用对头痛、内脏痛、肢体痛、癌痛等诸多慢性疼痛均有良好效果。**4. 肛肠病特效治疗提高班:**12月2日~7日,肛裂、肛瘘、脱肛、便秘、内外痔等疾病的中药内服外用、手术、挂线、注射尤其是中药外涂治痔疮等特效疗法。**5. 不孕症及妇科疑难病治疗提高班:**12月9日~14日,由国家中医妇科培训基地的专家和不孕症研究所所长、不孕症治疗仪发明人孙逊同台授课,以不孕症为主,旁及中西药内服外用、治疗仪器、冲洗、灌肠、药物人流等。**6. 中医美容减肥特效方法培训班:**12月16日~21日,系统讲授中医美容方法,演示操作、介绍美容配方及中医减肥的理论及具体方法。**7. 疑难病症杨氏综合疗法培训班:**12月16日~21日,掌握各种治疗方法并不难,难的是临症灵活运用这些方法,明辨各种方法的适应症,将这些方法巧妙地结合运用才能在临床取得更好的疗效。全国疑难病名医杨同福先生积 30 余年临床经验,将中西医各种治疗方法综合运用,取得了较好的临床效果,杨先生以自己的经验曾多次举办培训班,受到广大基层医生的好评,很多学员因此而取得了显著的社会效益和经济效益。我校慕名特聘请杨先生亲自主讲注射法、简易手术法、针刀法、穴位穿线法、异物及药物埋藏法、中西药物新特疗法等的临床运用,治疗病种包括顽固性疼痛、哮喘、胃病、鼻炎、耳鸣耳聋、面瘫、癫痫、腋臭、乳腺增生、静脉曲张、前列腺炎、阳痿、早泄、遗尿、肛裂、腹泻、牛皮癣、白癜风、胸腹腔积液、关节腔积液等。

第二类:1. 任志远针灸刀、小针刀、针拨术速成班招生:11月7日~15日;11月30日~12月8日。全由针刀各流派发明人亲自主讲,并配合有局部解剖,边讲授边操作,学不会下次免费复学。针拨术因创伤更小,治疗范围广,方法简单易掌握,可做操作小针刀前的练习。**2. 中西医结合肝病新方案高级进修班:**11月18日~26日。聘请全国著名中西医肝病专家讲解中西医结合抗病毒、调整免疫、抗肝硬化、保肝降酶等多种新特方法,并帮学员建立肝病门诊,随时指导。**3. 心脑血管病特效治疗高级进修班:**12月4日~12日,由承担国家九五攻关课题的中西医专家讲授中西药物和针灸、手法等治疗经验及最新进展。**4. 皮肤性病特效治疗高级进修班:**12月12日~20日,集北京数家医院中西医结合皮肤性病专家讲授免疫性、感染性、色素性皮肤病及淋病、梅毒等性病的综合治疗方法。

药线植入排毒疗法函授招生

此疗法是一种以治疗神经性疼痛、癫痫、高血压、气管炎、哮喘、溃疡病、胃下垂、颈肩腰痛等 50 多种疾病为特长,是一种刚刚兴起的新疗法,主要是在身体特定部位埋入药线,达到治病目的,痛苦小,见效快,讲课由发明人单顺院长主讲。本校特为不能参加面授学习的学员开办函授班,学费:480 元,(包括光盘、教材、证书)。需照片 2 张,来信请注明“药线函授”。

新针灸“八字疗法”应用技术推广学习班全年招生

“八字针灸治疗”是被誉为“百病神针大师”的湖北名医李柏松先生,集数十年临床经验创制而成,其机理是通过调动相应的生物电波在瞬间传递于病灶,改善微循环,恢复细胞活力,达到治病目的。该疗法一反传统针灸需要记穴位、经络走向等复杂的学习方法,而是仅记住“八字口诀”就可根据病情自由选穴,随机进针,得心应手,该疗法极为简单(没有针灸基础者也可在短期内掌握),见效快、治疗范围广(疗效可靠),学不会者可免费续听,每周周五、周六授课,学期两天半,学费 300 元。

学费:第一类五天班每人 580 元,第二类八天班每人 680 元。学习结束颁发本校铜印证书,若加盖北京中医药大学基础医学院章者加收少量管理费。连续学习学费优惠,学员患者学习期间免费接受讲课专家治疗,各班均可获继续教育学分。各班简章备索,欢迎垂询。通讯地址及电话:100029,北京中医药大学谢计格收,010-64286738,64202604,67758335,传真:010-64202604。报到地点:北京中医药大学主楼一层 135 房间。汇款帐号:北京市朝阳区中国工商银行九龙山分理处 144631-19 注:颈肩腰痛、肿瘤、针刀、中医减肥、药线植入排毒、肝病、注射、不孕症等学习班可帮助学员建立专科门诊。 广告编号:200011-11