

多联疗法治疗肾病综合征的疗效观察

中国人民解放军第一军医大学南方医院中医科 吕志平 罗 仁 陈 健 陈宝田

肾病综合征是一组由不同原因所致的肾脏疾病,临床上以大量蛋白尿、浮肿、低蛋白血症及高胆固醇血症为特征。我科采用以中药为主,结合西药的“多联疗法”,治疗49例肾病综合征取得较好的疗效,现小结如下。

一、临床资料

1. 一般资料:本组49例均为南方医院中医科住院患者。其中男37例,女12例;年龄在16~72岁之间,平均年龄37岁;病程最短3个月,最长9年;超过5年者6例。诊断按国内拟定的统一标准⁽¹⁾,49例中属原发性46例,继发性3例;肾功代偿期28例,失代偿期19例;尿毒症早期8例,尿毒症晚期3例。

2. 中医辨证分型:分为虚损、湿阻、血瘀三型。(1)虚损型:腰膝痠软,头晕乏力,神倦纳少,或浮肿便溏,形寒怕冷,小便减少或增多,面色灰滞,属脾肾阳虚型;伴心烦口干,目眩,大便干,耳鸣,舌红苔少或薄黄,脉弦细,属气阴两虚型。(2)湿阻型:浮肿,以下肢为甚,身重困倦,头重如裹;或见胸闷纳呆,便溏,口干不饮,小便短少;舌苔油腻,脉弦滑或濡缓;或血脂增高。以上具备两项即可诊断。(3)血瘀型:浮肿日久不退,皮色暗滞,或见血尿反复发作或腰痛固定不移;或见舌质紫暗、有瘀点,脉弦涩;或检查见血脂、肌酐、尿素氮、或血压持续升高难降。以上具备两项即可诊断。

本组病例诊为脾肾阳虚型25例,气阴两虚型7例,湿阻型10例,血瘀型7例。49例中夹气阴两虚症状32例(65.3%),夹血瘀症状46例(93.9%),夹湿阻症状36例(73.5%)。

二、治疗方法

根据中西医结合辨病、辨证,分别采取下

列“联合疗法”。二联疗法:中药+肾上腺皮质激素(强的松或地塞米松),一般多用于病程较短、肾功代偿期的患者,适用于中医各证型;三联疗法:中药+肾上腺皮质激素+免疫抑制剂(环磷酰胺)。一般多用于肾功失代偿期、氮质血症、尿毒症患者,适用于中医各证型;四联疗法:中药+肾上腺皮质激素+免疫抑制剂+肝素或潘生丁,适用症同三联疗法,尤其多用于中医血瘀证或夹瘀症状明显者。

中药治疗采用自拟方加减治疗。药物组成为:附子10克,北黄芪30克,生地20克,丹参20克,益母草20克,泽泻20克,茯苓15克,车前子15克。脾胃阳虚加桂枝10克,白术12克,巴戟天10克;气阴两虚者加牛膝12克,女贞子15克,丹皮12克;血瘀者加当归12克,赤芍12克;湿阻者加苍术10克,川朴12克,佩兰9克;血压高者加牛膝15克,牡蛎30克;血尿者加茜草根30克;蛋白尿较甚者加草薢15克,金樱子20克;尿白细胞增多者加鱼腥草30克;胸水者加葶苈子12克;腹水者加大腹皮30克;便干者加大黄6克。用法:每日一剂,水煎,每次煎汤200~300毫升。

根据病情配合应用西药:强的松10~20毫克,每日三次口服,或地塞米松10~20毫克,每日一次静滴,病程稳定后渐减至维持量;环磷酰胺50毫克,每日三次口服,总量一般不超过12克;肝素100毫克,每日一次静滴,15天为一疗程;潘生丁50~100毫克,每日三次口服,20天为一疗程。

本组病例用二联疗法治疗有26例,三联疗法治疗14例,四联疗法治疗9例。49例的疗程最短46天,最长半年,平均78天。

三、治疗结果与分析

1. 总疗效: 根据患者症状、体征和实验室指标的变化情况, 拟定疗效标准如下。缓解: 临床症状缓解或消失, 血尿素氮(BUN)、胆固醇(Tch)、血肌酐(Cr)、内生肌酐清除率(CCr)基本恢复正常; 有效: 临床症状好转, BUN、Tch、Cr、CCr较前好转; 无效: 临床症状无变化或加重, BUN、Tch、Cr、CCr较治疗前无变化或加重。按上述疗效标准评定, 本组49例经治疗获缓解16例(32.7%), 有效25例(51.0%), 无效8例(16.3%), 其中死亡1例; 总有效率为83.7%。

2. 三种不同联合疗法和中医辨证分型与疗效的关系: 表1示, 三组不同联合疗法的组间缓解率和组间总有效率比较均无显著性差异($P>0.05$); 中医各辨证组的组间缓解率和组间总有效率相比较也均无统计学意义($P>0.05$)。

表1 不同联合疗法和不同中医辨证与疗效的关系

疗效	总例数	联合疗法			中医辨证			
		二联疗法	三联疗法	四联疗法	脾肾阳虚	气阴两虚	湿阻	血瘀
缓解	16	8	3	5	8	1	5	2
有效	25	13	9	3	13	5	3	4
无效	8	5	2	1	4	1	2	1
合计	49	26	14	9	25	7	10	7

3. 实验室指标治疗前后比较: 本组49例患者中大部分分别于治疗前后检测了血浆蛋白、脂质水平及肾功能等实验室指标。从表2中看出, 治疗后血清总蛋白(TP)、白蛋白(Alb)较治疗前明显增高($P<0.001$); 血胆固醇(Tch)、血清甘油三酯(TG)治疗后较治疗前也有明显下降($P<0.001$); 血尿素氮(BUN)治疗后下降很明显($P<0.001$); 治疗后尿蛋白(UP)24小时定量也较治疗前明显降低($P<0.001$); 内生肌酐清除率(CCr)治疗后比治疗前明显增高($P<0.001$); 而血清肌酐(Cr)治疗前后自身对照比较, 经统计学处理无显著性差异。治疗前作尿蛋白定性检测者45例, 结

表2 49例患者实验室指标的自身对照比较

检测项目	例数	治疗前均值	治疗后均值	治疗后-治疗前均差值±标准误差
TP(g%)	49	4.70	5.58	$0.89 \pm 0.20^*$
Alb(g%)	49	2.31	3.33	$1.02 \pm 0.18^*$
UP(g/24h)	45	7.42	0.89	$-6.53 \pm 0.83^*$
Tch(mg%)	49	364.4	205.6	$-158.8 \pm 21.48^*$
TG(mg%)	49	248.0	136.0	$-112.0 \pm 19.81^*$
BUN(mg%)	49	32.36	15.78	$-16.59 \pm 3.92^*$
CCr(ml/min)	25	52.77	112.7	$59.94 \pm 14.84^*$
Cr(mg%)	49	2.32	1.53	-0.79 ± 0.56

* 治疗前后自身对照比较 $P<0.001$

果尿蛋白(++++)25例、(+++)11例、(++)3例、(+)4例、(±)1例、(-)1例; 治疗后分别为3例、6例、2例、5例、9例、20例, 转阴率为44.4%。

4. 治疗前后症状、体征的变化情况: 49例患者经“联合疗法”治疗后, 主要症状如腰痠、疲乏、纳呆、腹胀、身困重、耳鸣、口干、恶心等缓解率达65%以上, 好转率达15%以上, 仅个别症状无明显改善; 主要体征如肾区叩击痛、浮肿、胸腹水、发热、血压升高、头发稀疏等多数有不同程度改善, 其中治疗前出现浮肿49例, 发热12例, 血压升高24例。胸腹水5例, 治疗后浮肿缓解47例, 发热全部缓解, 血压升高缓解20例, 胸腹水缓解3例、好转2例。

四、讨论

迄今为止, 肾病综合征尚缺乏特效的治疗药物, 我们的临床资料提示, 对本病采用中药加激素的中西医结合疗法, 其疗效优于单纯中药或单纯激素治疗⁽²⁾。通过对本病49例的临床治疗, 我们主要有以下四点体会。

1. 肾气虚是肾病综合征的病理基础。现代医学认为, 肾病综合征的发生主要是肾小球基底膜弥漫性损害的结果。病初出现浮肿、蛋白尿、腰痠症状, 随着病情发展, 水肿加重, 出现耳鸣、脱发、牙齿松动等症状。大量蛋白尿贯彻病的终始, 是本病的主要表现之一。中医认为本病病本在肾, 肾气虚是本病的病理基础, 而由肾气虚导致的气化功能障碍则为本病发病的主要环节。本病病程迁延, 气病日久及阳, 加之长期使用皮质激素, 使肾上腺皮质萎缩,

内源性肾上腺皮质激素分泌受抑,在功能和形态上受损害,垂体—肾上腺皮质系统兴奋性低下⁽²⁾,在一定意义上加重了肾气(阳)虚,最终导致肾气衰竭,出现浮肿、少尿甚至无尿的症状。肾病综合征晚期对激素反应较差,停用激素后尿蛋白的反跳率很高,可达50~80%⁽³⁾。本组病例的治疗用激素配合北黄芪、附子等益气温阳药以鼓舞肾气,改善肾脏功能,疗效较快且巩固。益气补肾药不仅对激素有协同作用,且对肾小球上皮细胞足突功能及基底膜的渗透亦有裨益⁽³⁾。沈氏实验证明温补肾阳可使肾上腺功能低下得到提高,提示温肾药可保护肾上腺免受萎缩。黄氏实验亦表明,补肾中药和考的松联合使用出现既有协同又有相互拮抗的现象,单用考的松,肾上腺萎缩明显,而考的松加中药则有对抗皮质萎缩的功能。单独使用补肾药具有皮质激素样作用⁽⁴⁾。实验结果提示北黄芪、附子均有类似激素样作用。本组临床观察,无一例出现激素反跳现象,肾气(阳)虚症状明显改善,尿蛋白明显减少,水肿消退。

2. 气阴两虚是肾病综合征的基本特征。如上所述,肾气虚是本病的病理基础。据我们观察,多数患者在罹患本病的起始阶段便已出现大量蛋白尿。蛋白属中医的“阴精”范畴,蛋白大量外泄势必伤阴。据对本组病例的统计,入院时作尿蛋白定性检测者45例,尿蛋白在(+++)以上者36例,占80%;治疗前夹杂气阴虚证(包括气阴两虚型)者39例,占本组总病例的79.6%。由此可知,气阴两虚在本病初期已然存在。

实验证明,肾病患者cAMP含量明显升高,cGMP同样升高,而cAMP/cGMP比值则明显低于正常。血浆环核苷酸含量变化表明,肾病患者既有阴虚存在,也有阳虚存在,益气养阴法则具有双向调节细胞内环核苷酸的作用⁽⁵⁾。有研究表明,肾病综合征患者单用温肾药加激素,容易出现阳亢症状;而应用小剂量激素配合温肾药,再加生地或元参,不仅可减弱或消除激素副作用,而且亦有显著的增效作用⁽⁶⁾。沈氏等采用生地、知母、甘草作为减

少激素副反应的首选药物加以试用,初步发现有部分病例确可减少激素引起的阴虚阳亢副作用,而激素的有效治疗作用未受影响。实验证明单用生地、知母、甘草或分别两味组合都可对抗地塞米松对血皮质酮的反馈抑制。本组病例运用“联合疗法”注意配合北黄芪、生地等益气养阴中药,均无明显的阳亢症状出现,治疗能顺利进行,并获良效。

3. 湿邪可贯彻于疾病的全过程,水肿是肾病综合征的主要特征。本组病例,尽管病程长短不一,但均出现不同程度的水肿。水肿的存在提示“湿”滞体内,并可有疲倦、身重、纳呆、腹胀和血脂增高等表现。化湿是治疗肾病综合征的大法。本组所用处方系在益气温肾滋阴的基础上,伍用茯苓、泽泻、车前子等以化湿利尿消肿,根据病情适当配合西药利尿剂。实验证明茯苓、泽泻和五苓散等中药,有抑制肾小球再吸收或促进肾小球滤过率作用,能使肾小球滤过率增加20~30%,并可使肾血流量增加,体内钠盐及低阈的物质大量排出,使水肿消退⁽⁷⁾。本组49例治疗后水肿消退47例(95.9%),收到较好的退肿效果。

4. 瘀血是肾病综合征的必然转归。本病病程迁延,水肿持续不退,水阻经隧,气血阻滞,日久留血成瘀,致使湿浊瘀血互结,水肿随之加剧,故可认为血瘀是肾病综合征的必然转归。现代医学认为,肾病综合征患者常处于高凝状态,伴有血小板聚集、纤维蛋白沉积,甲皱微循环表现为血流减慢、血管襻扩张或痉挛、畸形管襻增多等。本组病例的处方,注意配合应用丹参、益母草、北黄芪以活血化瘀,益气健脾,并适当使用肝素或潘生丁可加强其活血化瘀效应。实验证明,益母草、丹参等活血药具有不同程度的抗血小板聚集、促进纤溶活性、抑制内外凝血过程及对抗体外血栓形成等作用⁽⁸⁾,并能扩张血管、改善肾脏有效循环血量、促进肾功能的恢复,且对水肿、蛋白尿、高血压等症状有显著的消退作用⁽⁹⁾;黄芪不但可减少蛋白尿,并且能降低全血及血浆比粘度,使红细胞电泳增快⁽⁶⁾;肝素除对凝血

因子、血小板和纤溶系统有作用外,还能抑制参予抗原-抗体反应的补体、中和透明质酸酶,并能抑制醛固酮及血管紧张素的合成;潘生丁具有抑制血小板聚集作用,阻抑血栓形成。

我们采用的“多联疗法”,应用益气温肾滋阴和活血消瘀化湿中药,可加快水肿消退及肌酐等代谢产物的排泄,对后期一些顽固性水肿、蛋白尿、肌酐和血尿素氮持续不降者,配合肝素或潘生丁治疗,收到了较好效果。

参 考 文 献

- (1) 陈复明.内科若干疾病新诊断标准.杭州市医药卫生科技情报站,1989:201.
- (2) 洪钦国.广州中医学院学报1984,(创刊号):31.
- (3) 李兆华.肾与肾病证治.第一版.石家庄:河北人民出版社,1979:104,118,122,124,165.
- (4) 姜春华,等.肾的研究.第二版.上海科学技术出版社,1981:160.
- (5) 王纲,等.中国医药学报1988;3(1):19.
- (6) 于杰.辽宁中医杂志1989;(7):43.

中药治疗慢性盆腔炎 102 例疗效观察

承德医学院附属医院 潘玉华

中国中医研究院广安门医院 郭育兰

慢性盆腔炎是妇科常见病之一。笔者用自拟消症饮加或不加保留灌肠治疗本病 102 例,现报告如下。

一、临床资料

102 例观察对象全部为住院患者。年龄 23~56 岁,病程 3 个月~10 年,其中 6 个月~3 年者占 57.8%。发病原因多为人流术或腹部手术后感染,以及经期同房、产后感染。临床表现为下腹部一侧或双侧疼痛,腰骶部痠胀下坠,带下量多,劳累或性交后以及经期前后症状加重,或月经失调、痛经、继发性不孕及经行发热。妇科检查见一侧或双侧附件增厚或呈条索状改变,压痛,可触及包块,骶韧带增粗触痛,子宫活动度差。B 型超声检查见附件有边界不清,实质不均的暗区。均排除了结核性盆腔炎。

二、治疗方法

将 102 例随机分为两组,消症饮加灌肠组 62 例,用消症饮内服加保留灌肠,单纯消症饮组 40 例单纯服消症饮。

消症饮组成:败酱草 15 克,白花蛇舌草 15 克,丹参 15 克,香附 9 克,海藻 15 克,莪术 10 克,元胡 10 克,穿山甲 6 克,当归 10 克,黄芪 15 克。水煎服。10 天为一疗程。

灌肠方组成:公英 12 克,赤芍 12 克,黄柏 12 克,夏枯草 15 克,川楝子 10 克。有包块者加三棱、莪术各 10 克;有寒者去黄柏、公英,加细辛 10 克,小茴香 9 克。水煎浓缩至 50~100 毫升,每晚排便后灌肠,保留 60 分钟以上,10 次为一疗程,经期暂停。

本组血热瘀滞型(亚急性期或慢性炎症急性发作)12 例,消症饮加公英、丹皮、黄芩,灌肠方重用黄

柏,气滞血瘀型(慢性期)36 例,消症饮加灵脂、蒲黄,灌肠方重用赤芍,加川楝子,湿热蕴结型(慢性期)45 例,消症饮加土茯苓、薏米,灌肠方重用黄柏,加苍术;阴虚内热型(慢性期)9 例,消症饮去香附、黄芪,加生地、地骨皮、龟板,灌肠方加百部、白花蛇舌草。有包块者配合理疗、汤剂药渣外敷;骶韧带炎者,局部注射丹参注射液。

三、疗效标准及治疗结果

疗效标准:自觉症状消失,妇科检查局部无压痛,增厚、粘连及包块消失,或近期内受孕者为痊愈;自觉症状明显减轻,局部体征基本消失,炎性包块缩小二分之一以上者为显效;自觉症状、局部体征均减轻,炎性包块缩小不足二分之一者为好转;经 4 个疗程治疗症状有所改善而体征无变化者为无效。

4 个疗程后评定疗效,消症饮加灌肠组 62 例,痊愈 12 例,显效 18 例,好转 28 例,显效以上率 48.4%;单纯消症饮组 40 例,分别为 3 例、5 例、20 例,显效以上率 20%。消症饮加灌肠组疗效明显优于单纯消症饮组($P<0.001$)。本组 102 例中有包块者 19 例,治疗后消失 11 例,缩小 6 例,无效 2 例,总有效率为 89.4%。

四、讨论

对慢性盆腔炎用中药保留灌肠,药液局部吸收快,能很快发挥作用。直肠粘膜吸收药液后,促使血液循环加速,改善组织营养,降低毛细血管的通透性,减少炎症渗出,有利于抑制结缔组织增生和包块的吸收。而且药物不经肝脏,避免了苦寒药物对胃肠刺激,减轻了肝脏负担。本方法简便,疗效好,易于推广。