

中西医结合治疗原发性肾病综合征 35 例临床报告

缪静龙 叶建明 陈洪磊 郁丽霞 郁卫华
(江苏省昆山市第一人民医院肾内科 昆山 215300)

关键词 肾病综合征 原发性 丹参注射液 大补阴丸 金匱肾气丸 参芪地黄汤 玉屏风散 强的松 中西医结合疗法
中图分类号 R 692 文献标识码 B 文献编号: 1671-4040(2004)04-0046-02

原发性肾病综合征是肾内科常见病,单用激素治疗疗效差,复发率高,且副作用多,是临床难题之一。1998 年 1 月~2002 年 12 月笔者对原发性肾病综合征进行中西医结合研究,并设单纯西医组作对照,兹报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 中西医结合治疗组 35 例,均为 1998 年 1 月~2002 年 12 月住院的病人,其中男 20 例,女 15 例;初治 25 例,复发 10 例;年龄在 10~19 岁 8 例,20~45 岁 18 例,46 岁以上 9 例;病程 1 年以下 28 例,1~3 年 5 例,3 年以上 2 例。同期随机西医对照组 30 例,其中男 16 例,女 14 例;初治 22 例,复发 8 例;年龄在 10~19 岁 6 例,20~45 岁 19 例,46 岁以上 5 例;病程 1 年以下 25 例,1~3 年 3 例,3 年以上 2 例。

1.2 诊断标准 按照 2003 年肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论会修定的关于原发性肾病综合征的诊断标准^[1]: (1) 大量蛋白尿 ($\geq 3.5\text{g}/24\text{h}$); (2) 低蛋白血症 (白蛋白 $\leq 30\text{g/L}$); (3) 高度水肿; (4) 高脂血症。其中 (1) (2) 项必备,并且排除狼疮性肾炎、紫癜性肾炎、糖尿病肾病等所致的继发性肾病综合征。

1.3 治疗方法 西医对照组,激素首始治疗阶段选用强的松 1mg/kg/d ,每日晨顿服,8 周后每周递减原激素剂量 10%约 5mg ,逐步减量至小剂量隔日 1mg/kg ,再每 2 周减 2.5mg ,至维持量隔日 0.4mg/kg ,以此剂量持续服 12 个月,对激素不敏

感或依赖者且对环磷酰胺 (CTX) 无使用禁忌证的患者,加 CTX 可起协同治疗作用,提高肾病综合征缓解率,减少复发等。CTX 用量为 0.2g 加生理盐水静脉推注,隔日使用 1 次,使用至累积总剂量为 $\leq 150\text{mg/kg}$ 。配合低盐优质蛋白高热量饮食,适当选用降脂药、潘生丁、低分子肝素等。治疗组在西医对照组治疗的基础上,给丹参注射液 250mL 静脉滴注,每日 1 次。同时根据激素不同的治疗阶段配合中药治疗: (1) 在大剂量皮质激素治疗时,往往出现医源性柯兴氏综合征,表现为满月脸、水牛背、多毛痤疮、颧赤盗汗、五心烦热、少寐多梦、口干咽燥、舌质红、苔黄腻,脉滑细数等阴虚火旺之证。治疗宜滋阴降火,方用知柏地黄丸、大补阴丸。常用中药是生地 12g 、黄柏 30g 、丹皮 12g 、茯苓 15g 、知母 9g 、龟板 (先煎) 12g 、旱莲草 15g 、女贞子 9g 、泽泻 15g 、地骨皮 15g 等,可明显减轻上述副作用。 (2) 激素撤减治疗阶段患者常表现为气阴两虚症候。常见气短神疲、纳呆腹胀、腰酸膝软、口干舌燥、舌淡红苔薄白、脉沉缓无力等症。治疗宜益气养阴,方用参芪地黄汤加减。常选用党参 15g 、黄芪 30g 、生地 9g 、泽泻 12g 、山萸肉 6g 、淮山药 12g 、茯苓 12g 、菟丝子 15g 、补骨脂 15g 等。可减少人体对激素的依赖,防止反跳和出现激素撤减综合征。 (3) 激素维持治疗阶段,此期大多为疾病缓解期,患者常表现为脾肾阳虚,症见形寒肢冷、腰酸膝软、面白无华、纳差便溏,舌体胖大,苔白腻,脉沉细。治疗宜益气健脾,温阳补

存在,双 Barbinski's 征 (原),双 Chaddock's 征 (原),无阵挛, BP $150/90\text{mmHg}$ 。舌质紫、苔薄,舌下脉络迂曲,脉弦数。入院血常规示: WBC $6.93 \times 10^9/\text{L}$, RBC $2.77 \times 10^{12}/\text{L}$, Hb 102g/L , Plt $249 \times 10^9/\text{L}$, N 59.8% , L 31.5% , 肝功能: $\gamma\text{-GT}$ 167u/L , AST 63u/L , 总蛋白 59g/L , 余在正常范围内,血 K^+ 3.1mmol/L ,血氨 41mmol/L ,二对半阴性,脑电图轻度异常, B 超肝区光点增多增强。诊断: 痉证 (肝风内动,瘀血阻络证)。西医: 酒精依赖综合征。

2 治疗方法

西药予静点盐酸纳络酮 2.4mg qd ,口服氯丙嗪 5mg Bid ,口服氯硝安定 2mg Bid ,同时口服补达秀 0.5g Bid 以补充钾离子,口服叶酸 10mg Bid ,肌注维生素 B_{12} 0.25mg q.o.d 以纠正贫血;中药静点清开灵 40mL qd ,汤药拟平肝熄风、活血化瘀、宁心安神,方拟天麻钩藤饮加减: 天麻 12g ,钩藤 9g (后下),僵蚕 10g ,蝉衣 10g ,白芍 30g ,珍珠母 30g (先煎),石决明 15g (先煎),川牛膝 9g ,丹参 10g ,水红花子 10g ,炒远志 6g ,炒柏、枣仁各 10g ,佛手 10g ,香橼 10g ,枳椇子 10g ,炙草 5g 。4 剂,水煎服。后以此方加地龙 10g 、煅龙齿骨各 30g 、夜交藤 30g ,减佛手、香橼,续服 12 剂。

3 讨论

酒精依赖综合征发病率中国较西方为低,近年来发病率似有增高趋势,治疗一般以氯丙嗪等口服或肌注,国外曾应用行为疗法^[1]。临床较少遇见,缺少成熟的治疗手段。本人采取中西医结合的方法治疗该病,取得了满意的疗效。盐酸纳络酮为阿片受体拮抗剂,可治疗急性酒精中毒;氯丙嗪有控制兴奋躁动、安定镇静作用,氯硝安定有抗惊厥作用。《素问·至真要大论篇》云:“诸风掉眩,皆属于肝。”患者抽搐时作,舌质紫,舌下脉络迂曲,脉弦数,故辨为肝风内动,瘀血阻络。处方以天麻钩藤饮加丹参、水红花子、川芎、地龙等活血通络。加蝉衣、僵蚕加强平肝熄风作用,加炒柏枣仁、煅龙齿、骨宁心安神,枳椇子醒酒、解酒毒。患者入院 3d 后抽搐发作次数即减少,1 周后偶有发作,半月后抽搐未作,复查肝功能亦恢复正常。出院后随访 5 个月未复发,且已成功戒酒。据家属云:因惧西药长期服用之副作用,患者 1 周后即自行停服氯丙嗪及氯硝安定。由此可见,在西药撤退过程中,中药可巩固疗效,防止复发。

参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.2 142
(收稿日期: 2004 - 03 - 01)

中西医结合治疗急性中毒肾损害疗效观察

何婕

(浙江省德清县人民医院 德清 313216)

关键词 :肾功能衰竭 ;急性中毒 ;中西医结合疗法 ;参麦注射液 ;中药清毒液 ;保留灌肠

中图分类号 :R 692.5

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)04-0047-02

笔者对我院 1996 年 1 月~2003 年 10 月收治的急性中毒所致的肾损害——急性肾功能衰竭 56 例,运用中西医结合方法进行救治,并与纯西药对照组 40 例进行对照分析,治疗组疗效明显优于对照组,现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 所有病例均为急诊收住病例,均具备下列条件:(1)病前无肾脏疾病、肾功能正常,均因某种食物或药物中毒或毒物咬伤后引起的血肌酐迅速升高,肾小球滤过率下降超过原来的 50%以上,根据王海燕《肾脏病学》第 2 版诊断标准,均符合急性肾衰竭诊断;(2)均排除肾前性因素、肾后性梗阻所致的急性肾功能衰竭。病例均按随机分为治疗组和对照组:治疗组 56 例,其中男性 32 例,女性 24 例,年龄 8~72 岁;对照组 40 例,男性 22 例,女性 18 例,年龄 7~74 岁。

便溏,舌体胖大,苔白腻,脉沉细。治疗宜益气健脾,温阳补肾,方用金匱肾气丸加减。常选用生地 9g、山药 12g、山萸肉 6g、丹皮 12g、茯苓 15g、泽泻 15g、肉桂 6g、制附子 10g、仙茅 15g、仙灵脾 15g 等。(4)在激素停用阶段反复感冒或感染者,用玉屏风散加减:黄芪 30g、白术 10g、防风 10g、党参 15g、金银花 30g、蒲公英 30g 等。在应用环磷酰胺等免疫抑制剂时,可有白细胞减少、脱发、疲乏无力等气血不足见症,对此我们采用补益气血之八珍汤加减。

2 结果

2.1 疗效标准 按照 2003 年肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论会修定的关于原发性肾病综合征的疗效评定标准^[1] (1)完全缓解:多次测定蛋白尿阴性,尿蛋白 $\leq 0.2\text{g/d}$,肾病综合征表现完全消除,血浆白蛋白大于 35g/L ,肾功能正常。(2)显著缓解:多次测定尿蛋白 $<1.0\text{g/d}$,血白蛋白显著改善,肾功能正常或接近正常。(3)部分缓解:多次测定尿蛋白有减轻,尿蛋白 $<3.0\text{g/d}$,血白蛋白改善,肾功能好转。(4)无效:尿蛋白及血白蛋白与治疗比较无大改变,肾病综合征临床表现未消除,肾功能无好转。

2.2 疗效比较 治疗组 35 例完全缓解 18 例,显著缓解 8 例,部分缓解 6 例,无效 3 例,总缓解率为 91.4%。对照组 30 例中完全缓解 13 例,显著缓解 5 例,部分缓解 3 例,无效 9 例,总缓解率为 70%。2 组总缓解率经统计学处理 ($P<0.05$),有显著性差异。

2.3 不良反应 使用强的松的不良反应常表现为柯兴氏综合征,如满月脸、水牛背、多毛、多发性肝肿,神经、精神症状,上消化道出血,并发或加重感染等;用 CTX 后则表现为白细胞减少等骨髓抑制现象、脱发、可逆性肝损害、出血性膀胱炎等。2 组患者出现不同程度的不良反应,中西医结合组不良

中毒类型主要有急性鱼胆中毒、毒蛇和蜂毒中毒、农药和中草药中毒。

1.2 治疗方法 治疗均按急性肾功能衰竭处理原则,去除病因,充足的营养支持治疗及纠正内环境紊乱,防治并发症等。若血肌酐 $>442\sim 884\mu\text{mol/L}$,无尿 2d 以上,血 $\text{K}^{+}>6.5\text{mmol/L}$,则加用血液灌流治疗,每周 3 次,每次 4h。在以上治疗基础上,治疗组加用参麦注射液 (正大青春宝药业生产)加入 5%GS 250mL 静脉输注日 1 次;及自配中药清毒液 (生大黄 30g,制附子 10g,生牡蛎 30g,蒲公英 30g,黄芪 40g,益母草 30g,枳实 20g)保留灌肠,每天 1 次,1 次时间 $\geq 3\text{h}$,插入肛门深度 30cm。

1.3 观察指标 所有病例均观察尿量、尿比重、血尿素氮、血肌酐、肌酐清除率及尿比重、肾衰指数等。

反应者 6 例,西医组 16 例,2 组不良反应在统计学上有显著性差异 ($P<0.05$)。

2.4 2 组复发情况 中西医结合组随访 1 年复发 3 例,西医组 1 年内复发 12 例,2 组复发情况比较在统计学上有显著差异 ($P<0.05$)。

3 体会

肾病综合征属于中医“水肿”、“癰闭”、“虚劳”等范畴,其病程缠绵,复发率高。单纯西医治疗往往不能取得理想效果,尤其是一些难治性肾病综合征。而采用中西医结合的方法治疗肾病综合征,不仅扩大了治疗途径,且临床证实取得了可喜疗效,被认为是较理想的治疗方案^[2],原则上所有肾病综合征患者均适宜用中西医结合的方法进行治疗。在应用大剂量激素、细胞毒类药物阶段,中医中药的目的主要是减轻激素、细胞毒类药物的副作用,保证激素、细胞毒类药物的治疗疗程完成;但对在激素撤减阶段反复发作,激素依赖的患者,中医中药的治疗应转为主要治疗手段,目的是通过辨证论治,纠正机体内环境失衡,提高激素疗效。西药应用激素、细胞毒类药物等,同时联合中医中药分阶段辨证施治,既能抵抗西药的副作用,减少并发症以及撤减激素后的反跳现象,又能缩短激素的用药时间,提高肾病综合征对激素治疗的敏感性,预防感染,增强机体的免疫力,减少复发,提高治愈率。

参考文献

[1]叶任高,陈裕盛,方敬爱.肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(6):355~356
[2]宋卫国,王茂泓,蔡浚远.中西医结合治疗原发性肾病综合征 24 例[J].实用中西医结合临床,2002,2(2):5~6

(收稿日期 2004-02-07)