

# 中西医结合分阶段辨证论治难治性肾病综合征 60例临床观察

安 辉 李幼林 曹晓华  
(温州市人民医院,浙江温州 325000)

**摘 要** 目的:观察在运用激素常规治疗的同时分阶段辨证论治难治性肾病综合征的临床疗效。方法:选取 120 例患者,随机分为 2 组。对照组 60 例,采用强的松常规疗法加甲基强的松龙或环磷酰胺强化治疗;治疗组 60 例,在激素初始给药、足量持续和减量维持阶段分别加用化气增效方、滋阴减毒方和复元固效方治疗。观察 2 组临床疗效及尿蛋白、血浆白蛋白水平变化情况。结果:治疗组总缓解率 81.7%,明显高于对照组的 58.3%。2 组治疗后尿蛋白、血浆白蛋白均较治疗前明显改善,且治疗组明显优于对照组。同时治疗组伴随症状及不良反应发生率较对照组明显减少。结论:在运用激素常规治疗的同时分阶段辨证论治难治性肾病综合征,能显著提高疗效,降低不良反应及伴随症状发生率。

**关键词** 肾病综合征 辨证 中药复方 中西医结合疗法

中图分类号 R692.05

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)05-0043-02

目前,尽管糖皮质激素依然是治疗难治性肾病综合征(RNS)的基本用药,但因长期应用可致敏感性降低、毒副作用增强,因而其治疗效果大打折扣。而与中药联合应用,则可增加疗效,降低不良反应发生率。近年来,笔者在激素初始给药、足量持续以及减量维持三个阶段基础上,配合自拟中药分阶段辨证论治此类患者 60 例,取得显著的疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为我院住院患者,共 120 例,随机分为 2 组。治疗组 60 例:男 41 例,女 19 例;年龄 14~73 岁,平均年龄(32.6±14.97)岁;病程 1.5~7.4 年。对照组 60 例:男 40 例,女 20 例;年龄 14~72 岁,平均年龄(34.8±15.29)岁;病程 1.4~6.7 年。2 组患者一般资料比较无显著性

差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 肾病综合征参照《内科学》<sup>[1]</sup>中诊断标准,难治性肾病综合征的诊断尚需同时具备以下任何一项:①激素抵抗:初发或复治患者,经用糖皮质激素与细胞毒药物治疗无效;②激素依赖:使用糖皮质激素及细胞毒药物治疗有效,但在药物减量时复发;③反复发作:半年内复发 2 次以上,或 1 年内复发超过 3 次。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 使用单纯的西医治疗方法,包括标准激素和强化治疗。

2.1.1 强的松标准给药方法 根据标准体重(kg)=身高(cm)-105,初始剂量 1.0mg/(kg·d),清晨顿服,服用 8 周,最长不

## 4 讨论

缓慢性心律失常是一种以心动过缓为特征的常见病,主要包括窦性心动过缓、病态窦房结综合征、房室传导阻滞等,以持久的脉搏缓慢为主,并以伴有心悸、胸闷、气短乏力、头晕等为特征,严重者可出现晕厥、心源性休克甚至猝死。该病可见于各种心血管疾病,其中以冠心病、高血压性心脏病、心肌炎后遗症等为多见。阿托品可通过阻断心脏的迷走神经受体,而起到使心率增快的作用,但单独应用阿托品治疗,副作用大,且长期疗效不佳,停药后易反弹。

根据本病症状及异常脉象可归属于中医学“心悸”、“晕厥”、“迟脉”等病证范畴,其病理基础多属心肾阳虚。心主血脉,心阳不振,则无力鼓动血脉运行而导致脉迟诸症。我院研制的“麻桂附子汤”具有温阳益气、活血通脉之功效。方中麻黄、桂枝、附子温经通阳复脉;黄芪、人参大补元气,鼓舞血行;丹参、川芎活血,配以滋阴养血之生地、阿胶、麻仁,使温而不燥;炙甘草补益心气,调和诸药。全方有机配伍,振奋心

阳,气血流通,脉道通利,共收温阳益气复脉之功效。现代药理研究亦证实,方中诸药具有兴奋心脏、增强心肌收缩力、扩张冠脉血管、改善心脏血液循环、增加心率的功效。

本研究结果表明,在常规西药治疗基础上,应用麻桂附子汤治疗缓慢性心律失常,可显著增加疗效,值得临床推广应用。

## 5 参考文献

- [1] 中华医学会上海分会.内科诊疗常规.上海:上海科学技术出版社,1999:112
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:19
- [3] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第二辑).1995:91

第一作者:杨秀梅(1970-),女,本科学历,副主任中医师,中医内科学专业。Yangxiu88@126.com

收稿日期:2013-10-31

编辑:王沁凯 岐 轩

超过 12 周,尿蛋白转阴后开始减量,每周减 5mg,减至小剂量 0.5mg/(kg·d)后改为 1.0mg/(kg·d),隔日清晨顿服。

2.1.2 强化治疗 甲基强的松龙,1.0g/d,连续冲击 3d,冲击期间暂停口服强的松,冲击完毕继续口服;环磷酰胺,400~600mg,加入 500mL 生理盐水中,静脉滴注,连用 2d,每月 1 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,分阶段加用中药汤剂。(1)初始给药阶段:激素治疗前 3 周,加用自拟化气增效方。药物组成:制附片、肉桂各 3g,熟地、茯苓、党参、泽泻、山茱萸、白术、山药、车前子各 15g,丹皮、猪苓、防风各 10g,黄芪 30g。(2)足量持续阶段:激素治疗第 4 周至减量前,加用自拟滋阴减毒方。药物组成:生地黄、丹参、泽泻、茯苓、山茱萸、山药、丹皮、车前子、枸杞子、白芍、蒲公英、金银花、连翘各 15g,桑椹子 20g,益母草 30g。(3)减量维持阶段:激素开始减量后,加用自拟复元固效方。药物组成:太子参、生黄芪各 30g,旱莲草 20g,山药、麦冬、山茱萸、泽泻、茯苓、生地黄、车前子、益母草、丹参各 15g,丹皮、赤芍、五味子各 10g,三七 7g。用量用法:每日 1 剂,加水 800mL,浓煎取汁 300mL,分早晚 2 次温服。

## 3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 完全缓解:症状、体征完全消失,24h 尿蛋白定量 $\leq 0.1\text{g}$ ;基本缓解:0.1g<24h 尿蛋白定量 $\leq 0.5\text{g}$ ;有效:0.5g<24h 尿蛋白定量 $\leq 2.0\text{g}$ ;无效:24h 尿蛋白定量 $> 2.0\text{g}$ 。<sup>[2]</sup>

3.2 统计学方法 本研究数据采用 SPSS13.0 软件包处理,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,等级资料采用 Ridit 分析与 U 检验,以  $P < 0.05$  为有显著性差异。

## 3.3 治疗结果

3.3.1 2 组临床疗效比较 治疗组 60 例中,完全缓解 29 例,基本缓解 20 例,有效 10 例,无效 1 例,总缓解率 81.7%;对照组 60 例中,完全缓解 20 例,基本缓解 15 例,有效 15 例,无效 10 例,总缓解率 58.3%。2 组总缓解率比较,具有显著性差异( $P < 0.01$ ),说明治疗组临床疗效显著优于对照组。

3.3.2 2 组尿蛋白及血浆白蛋白水平比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗前后尿蛋白、血浆白蛋白水平比较

| 组别  | 尿蛋白(g/L)       |                           | 血浆白蛋白(g/L)      |                           |
|-----|----------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|
|     | 治疗前            | 治疗后                       | 治疗前             | 治疗后                       |
| 对照组 | 5.8 $\pm$ 4.22 | 1.2 $\pm$ 1.73*           | 21.5 $\pm$ 8.10 | 29.7 $\pm$ 8.32*          |
| 治疗组 | 5.9 $\pm$ 4.69 | 0.20 $\pm$ 0.72* $\Delta$ | 21.3 $\pm$ 7.23 | 36.6 $\pm$ 8.55* $\Delta$ |

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$ 。

3.3.3 2 组伴随症状和不良反应比较 治疗期间,对照组 60 例患者,出现神疲乏力者 30 例,腰膝酸软者 29 例,食欲不振者 22 例,恶心呕吐者 14 例,尿量减少者 15 例,伴见痤疮者 26 例;治疗组 60 例患者,神疲乏力者 13 例,腰膝酸软者 15 例,食欲不振者 9 例,恶心呕吐者 4 例,尿量减少者 2 例,伴见痤疮者 8 例。2 组患者伴随症状及不良反应发生例数比较,具有显著性差异( $P < 0.01$ ),治疗组在伴随症状及不良反应发生率方面明显优于对照组。

## 4 讨论

形成 RNS 的原因很多,如遗传因素、疾病因素、激素治疗不规范以及感染、深静脉血栓形成、急性肾损伤等并发症的存在等。近年来,不断有学者探索使用新型免疫抑制药物,优

化治疗方案<sup>[3]</sup>,以提高 RNS 的治疗效果,但糖皮质激素仍是治疗 RNS 的基础用药。笔者在长期临床实践中,认为治疗 RNS 联合使用中药,不仅可增强激素的效果,且可降低不良反应发生率,是提高 RNS 疗效经济有效的途径。激素的规范、长期使用,将 RNS 病程分为初始给药、足量持续和减量维持三个不同阶段,各自具有显著的临床特点和治疗目标,分阶段采用辨证论治方案分别使用化气增效方、滋阴减毒方和复元固效方进行联合治疗,取得了较好的效果。本观察结果表明,经中药干预后,治疗组较对照组总缓解率提高 26.6%,尿蛋白减少 1.0g/L,主要伴随症状和不良反应减少 62.5%。

笔者认为,RNS 初始给药阶段,激素开始使用,提高其敏感性至关重要,患者主要表现为本虚标实之水肿证,本虚主要责之脾肾,标实乃为水湿。化气增效方温补脾肾以补其虚,方中重用黄芪,佐以桂附之阳化气行水而去其实,配以白术、防风还可益卫固表,全方提高了患者对激素的敏感性,其机制可能与方中药物,尤其是黄芪上调激素结合位点数和血清皮质醇水平,促进内源性糖皮质激素发挥作用有关<sup>[4]</sup>。

在足量持续阶段,激素已经起效,但副作用日益明显,此时应在维持激素疗效基础上,降低不良反应,以提高激素治疗的依从性。从中医角度看,激素乃辛燥之品,性热,大剂量长期使用后,水湿之邪渐消,阴液也难免受损,此阶段多属肝肾阴虚之证,而伴湿热之标。滋阴减毒方中多有滋阴柔肝、益肾活络之品,以补消损之阴液,而抑制激素之辛燥,并用蒲公英、金银花、连翘解湿热之邪。全方在减轻激素不良反应的同时,巩固了激素的疗效,可能与降低拮抗激素作用的糖皮质激素受体  $\beta$  表达有关<sup>[5]</sup>。

最后在减量维持阶段,激素用量逐渐减少,此时治疗的关键在于处理并发症,并巩固疗效防止复发。此时水湿渐消,已伤之阴不能速复,阳气之资渐少,表现出气阴两虚的特点,并形成瘀血等病理产物。凌昌全等<sup>[6]</sup>亦认为糖皮质激素受体水平降低是阴阳虚证发展到一定阶段的共同病理基础之一。复元固效方以益气养阴为主,加用丹参、丹皮、赤芍、三七活血祛瘀,改善患者血流变状态。全方有机配伍,能及时纠正患者虚损的状态,而血流变状态的改善也有助于患者的恢复。

## 5 参考文献

- [1] 陆再英,钟南山,谢毅,等.内科学.北京:人民卫生出版社,2007:513
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑).1993:158
- [3] 陈江华,李夏玉.难治性肾病综合征免疫抑制治疗的临床挑战.现代实用医学,2012,24(5):483
- [4] 苏玉玲.黄芪对同种移植受体糖皮质激素受体和皮质醇的影响及意义.济南:山东大学,2011
- [5] 康信忠,吴启富,王康惠,等.中西医结合治疗类风湿关节炎疗效及其对糖皮质激素受体的影响.中国中西医结合杂志,2010,30(12):1261
- [6] 凌昌全,李敏,朱德增,等.阴阳虚证与糖皮质激素受体关系的临床与实验研究.浙江中西医结合杂志,2001,11(9):532

第一作者:安辉(1976-),男,医学硕士,主治医师,从事中西医结合诊治肾脏病的临床研究。anvui@126.com

收稿日期:2014-02-15

编辑:傅如海 岐 轩