

中西医结合治疗局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征疗效评价

和兴彩¹, 赵峰波¹, 李俊伟¹, 贾英辉¹, 刘勇志¹, 牛玉芹¹, 王跃刚¹, 刘盼², 张文阁³, 吕海燕²

(石家庄肾病医院肾五科¹、肾八科²、肾六科³, 河北 石家庄 050061)

【摘要】 目的 评价自拟清血消白方联合西药治疗局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征的临床疗效及用药安全性。**方法** 筛选石家庄肾病医院 2012 年 1 月至 2015 年 6 月期间有病理资料证实且首诊诊断为局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征的 100 例患者为研究对象, 采用随机数字表法分为两组, 每组 50 例, 对照组患者予单纯常规西药治疗, 观察组患者于对照组治疗基础上加用自拟清血消白方。两组患者均以 3 个月为一个疗程, 治疗两个疗程后进行疗效评定, 比较两组患者的临床疗效及不良反应。**结果** 观察组患者治疗有效率为 88.00%, 明显高于对照组的 70.00%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者治疗后 24 h 尿蛋白定量、尿 β_2 微球蛋白、纤维蛋白原、血尿素氮、血肌酐分别为 (1.03 ± 0.10) g、 (221.89 ± 15.87) ng/L、 (3.60 ± 0.54) g/L、 (4.02 ± 0.77) mmol/L、 (127.94 ± 11.02) μ mol/L, 均较治疗前和对照组明显减少, 血白蛋白为 (42.04 ± 3.72) g/L, 较治疗前和对照组明显增加, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者的不良反应发生率为 8.00%, 明显低于对照组的 24.00%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 自拟清血消白方联合西药治疗局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征疗效显著, 安全性高, 具有临床应用价值。

【关键词】 局灶阶段性肾小球硬化; 肾病综合征; 清血消白方; 疗效; 安全性

【中图分类号】 R442.8 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2017)01-0128-03

局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征是临床常见肾脏疾病类型, 其病理特征为病变累及部分肾小球或肾小球毛细血管襻中部分小叶硬化性病变, 患者主要表现为不同程度蛋白尿、血尿伴有高血压或不同程度肾功能损害^[1-2]。局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征的发病机制复杂、临床表现多样, 已经被公认为难治性肾脏疾病。目前多采用激素联合免疫抑制剂治疗, 但此类疾病对激素治疗的反应性差, 因此面临着难以解决的复发和反复问题, 给患者带来了巨大的经济损失及肌体、精神双重折磨^[3-4]。笔者采用自拟清血消白方联合西药治疗局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征, 探讨其临床疗效和用药安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取石家庄肾病医院 2012 年 1 月至 2015 年 6 月期间有病理资料证实且首诊诊断为局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征的 100 例患者作为研究对象, 所有患者均经肾穿刺活检确诊。排除尿毒症患者、糖尿病等导致继发性肾损害者、合并造血系统原发疾病或有出血倾向者、妊娠期或哺乳期妇女、具有治疗禁忌证或治疗依从性差者。本研究经医院伦理委员会批准, 患者或家属知情并签署治疗协议。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组, 每组 50 例。对照组患者中男性 27 例, 女性 23 例; 年龄 26~53 岁, 平均 (43.33 ± 3.45) 岁; 病程 0.3~6 年, 平均 (2.74 ± 0.44) 年。观察组患者中男性 29 例, 女性 21 例; 年龄 26~53 岁, 平均 (42.73 ± 3.22) 岁; 病程为 0.3~6 年, 平均 (2.86 ± 0.20) 年。两组患者的性别、年龄

等临床资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征诊断标准 肾活检组织学检查肾小球至少 10 个, 病变累及部分肾小球, 受累肾小球节段性呈硬化改变。

1.3 治疗方法 所有患者均采用低盐、低脂、低蛋白饮食, 积极控制血压在 130/85 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa) 以下。此外, 对照组患者予单纯常规西医治疗, 即泼尼松片起始剂量 1 mg/(kg·d), 8 周后根据患者病情逐渐减量, 每 2 周减量 2.5~5.0 mg, 直至停药; 环磷酰胺 8~12 mg/kg 溶于生理盐水 20 mL 中静脉注射, 隔天 1 次。观察组患者于对照组治疗基础上加用自拟清血消白方。组方: 山药 15 g、茯苓 15 g、知母 20 g、葛根 15 g、车前子 15 g、黄芪 30 g、五味子 20 g、三七 10 g、天花粉 15 g、佛手参 20 g、薏苡仁 20 g、全虫 5 g。根据辨证论治进行加减调整本方剂, 湿热偏重加黄柏 10 g、柴胡 10 g、厚朴 8 g; 伴有肉眼血尿加大蓟 15 g、小蓟 15 g、白茅根 30 g; 尿频、尿急、尿痛加白芍 20 g、木通 8 g、枳实 10 g; 浮肿明显, 小便量少加瞿麦 10 g、篇蓄 10 g、灯芯草 30 g; 腰膝酸软加木瓜 15 g、杜仲 10 g、怀牛膝 10 g; 舌质紫暗, 有瘀点加红花 10 g、桃仁 10 g、水蛭 6 g; 舌体胖大, 边有齿痕加白术 15 g、山萸肉 10 g、熟地 10 g、桂圆 10 g。每日 1 剂, 水煎两次合并药液至 200 mL, 分别于早餐后、晚餐后 1 h 温服, 以 3 个月为一个疗程, 治疗两个疗程。

1.4 观察指标 定期进行门诊复查, 观察患者临床症状改善情况, 于治疗前及治疗后 3、6、9、12 个月时

基金项目: 河北省石家庄市科学技术研究与发展指导计划(编号: 151461063)

通讯作者: 和兴彩。E-mail: mchdzhd@163.com

行尿常规、血常规及肝肾功能检查,检测尿 β_2 微球蛋白、24 h尿蛋白定量、血白蛋白、纤维蛋白原及血肌酐、尿素氮等。

1.5 疗效判定标准^[5] 经治疗临床症状消失,肾功能恢复正常,24 h尿蛋白定量<0.2 g,血清白蛋白>35 g/L即为完全缓解;经治疗24 h尿蛋白定量为0.2~3.5 g、血清白蛋白为30~35 g/L即为明显缓解;未缓解:经治疗24 h尿蛋白定量>3.5 g,血清白蛋白<30 g/L即为未缓解;以完全缓解和部分缓解例数计算有效率。

1.6 统计学方法 应用SPSS17.0统计学软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

表2 两组患者治疗前后的尿常规、血常规及肝肾功能比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	24 h尿蛋白定量(g)	尿 β_2 微球蛋白(ng/L)	血白蛋白(g/L)	纤维蛋白原(g/L)	血尿素氮(mmol/L)	血肌酐(μ mol/L)
对照组($n=50$)	治疗前	4.23±0.52	402.44±24.92	20.77±2.34	6.05±1.32	8.76±1.71	232.76±18.73
	治疗后	2.40±0.22	278.98±20.65	31.02±3.06	4.87±1.00	6.42±1.09	174.33±15.12
	t 值	6.76	6.22	6.43	6.89	7.22	6.23
	P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
观察组($n=50$)	治疗前	4.32±0.41	410.65±22.70	21.30±2.87	6.13±0.87	8.42±1.51	221.83±17.63
	治疗后	1.03±0.10 ^a	221.89±15.87 ^a	42.04±3.72 ^a	3.60±0.54 ^a	4.02±0.77 ^a	127.94±11.02 ^a
	t 值	7.54	7.34	7.44	7.91	8.34	7.59
	P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:与对照组治疗后比较, $t=7.11, 6.81, 6.93, 7.44, 7.81, 6.62, ^aP<0.05$ 。

2.3 两组患者的不良反应比较 对照组中2例出现转移酶轻度升高,经保肝药物治疗后恢复正常,5例出现呼吸道感染、2例出现满月脸、2例出现轻度胃肠道反应、1例出现颜面部痤疮,不良反应发生率为24.00%;而观察组出现1例满月脸、2例呼吸道感染、1例皮肤感染,无肝功能损害或白细胞减少,不良反应发生率为8.00%。观察组患者的不良反应发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=9.21, P<0.05$)。

3 讨论

局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征是慢性肾小球疾病的常见病理类型,其临床治疗困难,已经成为目前研究的重点和难点^[6]。目前常采用激素、免疫抑制剂治疗,辅以降脂、降压、抗凝,但往往难以取得显著疗效,较高的复发率和不良反应成为其治疗棘手的主要原因^[7-8]。中医具有审因论治、治病求本、不良反应少等优势,目前已逐渐被临床接受而得到推广。

中医认为肾病综合征以“虚”、“瘀”、“湿”为主要病理特点,而气虚为本,致血瘀阻络、湿停壅滞水道,因此脾肾两虚是本病发生、发展的基础,水湿、瘀热是主要病理产物,也是导致疾病进展的中心环节,而肝肾阴虚、虚火内生是疾病的后期表现,正虚邪实造成疾病缠绵难愈,成为影响临床治疗的主要原因。局灶节段性肾小球硬化患者多存在高凝状态,在病理上表现类似于中医“湿”、“瘀”等表现,因此临床治疗应以

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较 观察组患者治疗有效率为88.00%,明显高于对照组的70.00%,差异有统计学意义($\chi^2=7.87, P<0.05$),见表1。

表1 两组患者的临床疗效比较(例)

组别	例数	完全缓解	部分缓解	未缓解	有效率(%)
对照组	50	16	19	15	70.00
观察组	50	25	19	6	88.00

2.2 两组患者治疗前后的尿常规、血常规及肝肾功能比较 观察组患者治疗后24 h尿蛋白定量、尿 β_2 微球蛋白、纤维蛋白原、血尿素氮、血肌酐均较治疗前和对照组明显减少,血白蛋白较治疗前和对照组明显增加,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表2。

健脾益气化湿,补肾活血化瘀为基本原则,以清热利湿、活血化瘀,改善患者血液循环,促进肾脏修复,以达到标本兼治的目的。

本研究采用自拟清血消白方联合西药治疗局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征,并探讨其临床治疗效果及用药安全性,得出治疗有效率明显增加,不良反应发生率明显降低。且患者经治疗后24 h尿蛋白定量、尿 β_2 微球蛋白、纤维蛋白原、血尿素氮、血肌酐均较治疗前和对照组明显减少;血白蛋白较治疗前和对照组明显增加。经分析,应用自拟清血消白方能解决患者长期应用激素引起的气阴两虚的症状,以提高患者机体免疫力,有效减少患者病情复发和反复的问题,从而延缓肾功能恶化及并发症的发生。方中黄芪补气升阳、利水消肿,山药补脾养胃、补肾益肺,二药合用,共奏补脾益肾、利水消肿之效。茯苓利水渗湿、健脾,薏苡仁利水渗湿、健脾止泻,车前子利尿通淋、渗湿止泻,三药合用可利水渗湿,兼有健脾之效。葛根解肌退热、生津止渴、升阳止泻,知母清热泻火、滋阴润燥,五味子益气生津、补肾宁心,天花粉清热泻火、生津止渴,四药合用,共奏滋阴清热、生津润燥之效。三七活血散瘀、消肿止痛,佛手参疏肝理气、燥湿化痰,二药合用行气活血,加强利水消肿之效。全虫通络止痛、攻毒散结、息风止痉,能治疗肾风诸症,有辅助消肿之功。以上药物组合,既有滋阴清热、生津

手术治疗海马硬化型颞叶癫痫 26 例临床分析

段宝奇,高觉民,傅传经

(江苏省中医院神经外科,江苏 南京 210029)

【摘要】 目的 探讨手术对海马硬化型颞叶癫痫患者的癫痫发作和认知功能影响。**方法** 回顾性分析 2008 年 1 月至 2014 年 12 月期间在我院神经外科手术治疗的 26 例海马硬化型颞叶癫痫患者的癫痫发作和认知功能资料。**结果** 26 例患者术后 Engel I 级 20 例, II 级 4 例, III 级 2 例; MoCA 总评分 (28.15 ± 2.15) 分, 好于术前的 (24.87 ± 1.24) 分, Engel I 级患者的总评分 (29.15 ± 2.33) 分, 优于其他患者的 (26.32 ± 1.49) 分, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 手术治疗海马硬化型颞叶癫痫有助于控制癫痫发作和改善认知功能。

【关键词】 手术; 癫痫; 认知功能; 疗效**【中图分类号】** R742.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2017)01-0130-02

手术治疗海马硬化型颞叶癫痫已经被临床广泛接受,但手术不仅要控制癫痫发作,同时应注重对认知功能的影响,这对于癫痫患者改善生活质量具有重要意义^[1],所以判定手术疗效应包括癫痫控制率以及认知功能改善。我科 2008 年 1 月到 2014 年 12 月,对 26 例海马硬化型颞叶癫痫患者实施了前颞叶、海马、杏仁核切除手术,术后对癫痫发作与认知功能常规随访,疗效满意,现将结果总结报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 1 月至 2014 年 12 月在我院手术的 26 例海马硬化型颞叶癫痫患者,其中男性 12 例,女性 14 例,年龄 12~39 岁,平均 24 岁,病程 3~32 年,平均 12 年。所有患者癫痫发作至少每月 3 次,应用适当的抗癫痫药物正规治疗且血药浓度在有效范围内,至少观察 2 年仍不能控制。发作形式:复杂部分性发作 11 例,继发强直阵挛发作 15 例。术前均采用长程视频脑电图监测,对棘波发放灶难以确定的加做蝶骨电极;头部薄层 MR 检查可见海马体积缩小、T2 加权高信号以及同侧侧脑室颞角扩大等符合海马硬

化标准。

1.2 手术方法 所有患者选扩大翼点入路开颅,显露脑表面后降低麻醉水平,放置皮层电极和深部电极监测颞叶皮层及深部海马放电情况后确定手术切除范围,同时遵守优势侧半球皮层切除范围为颞极后 4.5~5.5 cm;非优势侧半球为颞极后 5.5~6.5 cm,避免损伤和超过同侧的 Labbe 静脉;对于内侧结构切除要求先在手术显微镜下找到侧脑室颞角,以此作为解剖标志,在其内上方找到杏仁核大部分切除,充分显露海马结构,吸除海马头至后方 2.0~3.5 cm,以及部分海马旁回和颞叶钩回,保留最内侧软脑膜。切除后再次浅麻醉状态下利用皮层和深部电极复测至无明显异常棘波发放,如发现棘波出现在皮层重要功能区,则采取多处软膜下横切补充处理。

1.3 疗效评定

1.3.1 癫痫发作评定标准 手术后患者常规服用丙戊酸钠,术后一年,参照 Engel 评分标准, I 级:手术后癫痫完全消失或仅有癫痫先兆但无临床发作; II 级:手术后癫痫发作极少或几乎消失(< 3 次/年); III 级:

基金项目:江苏省中医药局科技项目(编号:LZ13036)

通讯作者:傅传经。E-mail:fej-5105@163.com

润燥之功,又有健脾益肾、疏通水道之力,共奏补肾健脾、利水消肿、滋阴润燥之效。

综合临床研究,自拟清血消白方联合西医治疗局灶阶段性肾小球硬化型肾病综合征疗效显著,安全性高,极具临床应用和推广价值。

参考文献

- [1] 王新伟,伊世华.自拟肾综活血汤治疗局灶性节段性肾小球硬化型肾病综合征 22 例观察[J].航空航天医药,2010,21(8):1532-1533.
- [2] 冯辉,于洁,李卫婷.中药联合糖皮质激素治疗局灶性节段性肾小球硬化 30 例临床分析[J].黑龙江医学,2014,38(11):1268-1269.
- [3] 刘永平,朱辟疆.朱辟疆治疗难治性局灶性节段性肾小球硬化肾病综

合征经验[J].浙江中西医结合杂志,2012,22(7):530-532.

- [4] 束永兵,刘贤亮,涂元宝.补气活血法治疗局灶性节段硬化性肾小球肾炎疗效观察[J].中医药临床杂志,2012,24(12):1173-1174.
- [5] 汤曦,刘志红,徐峰,等.成人特发性局灶性节段性肾小球硬化的预后分析[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2010,19(1):23-29.
- [6] 谭永顺,王敏,任丽.大剂量环磷酰胺与激素治疗局灶性节段性肾小球硬化肾病综合征临床研究[J].吉林医学,2011,32(9):1767.
- [7] 涂远茂,李世军.局灶性节段性肾小球硬化的治疗现状[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2014,23(4):371-376.
- [8] 王自良,刘德光.来氟米特联合泼尼松治疗儿童局灶性节段性肾小球硬化的疗效观察[J].儿科学杂志,2012,18(11):12-14.

(收稿日期:2016-06-17)