

自拟清血消白方辨证治疗膜性肾病综合征疗效观察

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

(河北省石家庄肾病医院,河北 石家庄 050061)

摘要 目的 探讨自拟清血消白方辨证治疗膜性肾病综合征的临床疗效。方法 将经病理资料证实的 100 例原发性膜性肾病综合征患者为研究对象,采用随机、单盲法将其分为 2 组,其中对照组 50 例患者给予单纯常规西药治疗,治疗组 50 例患者在常规西药治疗同时联合应用自拟清血消白方治疗,对比临床治疗效果并分析其临床应用价值。结果 治疗组临床有效率明显高于对照组,组间差异显著($P < 0.05$)。治疗组患者治疗后 24 h 尿蛋白定量、纤维蛋白原、血肌酐、血尿素氮与治疗前和对照组比较均明显减少(P 均 < 0.05);而血浆白蛋白与治疗前和对照组比较明显增加(P 均 < 0.05)。治疗组患者治疗后三酰甘油、胆固醇与治疗前和对照组比较均明显减少(P 均 < 0.05)。结论 自拟清血消白方辨证治疗膜性肾病综合征疗效显著,能明显改善患者凝血功能、肾功能,极具临床应用价值,可进行推广应用。

关键词 清血消白方;膜性肾病;肾病综合征

doi: 10.3969/j.issn.1008-8849.2016.31.011

【中图分类号】 R692

【文献标识码】 B

【文章编号】 1008-8849(2016)31-3453-02

膜性肾病是原发性肾病综合征的常见类型之一,具有较高的发病率,发病高峰在 36~40 岁,目前对于其发病机制尚未完全阐明,其典型特点为免疫复合物沉积在肾脏上皮下,导致肾小球毛细血管壁增厚,临床主要表现为大量尿蛋白和低蛋白血症,并且伴有明显的代谢紊乱^[1-3]。膜性肾病的基本治疗方案为抑制免疫及炎症反应,临床常用药物为糖皮质激素等,但疗效差、不良反应多,患者难以耐受^[4]。本研究重点探讨自拟清血消白方辨证治疗膜性肾病的临床疗效。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将我院 2012 年 1 月—2015 年 6 月收治的 100 例原发性膜性肾病综合征患者为研究对象,均经肾活检证实。排除经糖皮质激素治疗 8 周以上无效或者复发者,继发性肾病综合征者,近 1 个月接受细胞毒性药物或免疫抑制剂等治疗者,严重心功能不全、肝肾功能障碍或重度感染、内分泌系统失调者等。其中男 55 例,女 45 例;年龄 24~58 (42.22±3.65) 岁;病程 6~57 (24.65±2.66) 个月。纳入研究者对自身疾病及治疗方案均有了解并签署知情同意书。采用随机、单盲法将患者分为治疗组及对照组各 50 例,2 组间一般资料均衡(P 均 > 0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法 2 组患者均采用低盐、低脂、优质蛋白饮食,避免剧烈活动且保持良好心情。对照组患者给予单纯西药治疗,即小剂量醋酸泼尼松片 0.4~0.5 mg/(kg·d) 口服;环孢素 A 4~5 mg/(kg·d),分 2 次口服,根据患者病情,于 3~6 个月之间每月减量 25 mg,6 个月后可减量至 3 mg/(kg·d) 以下并维持治疗。同时给予抗血小板聚集、降脂、补钙、保护胃黏膜等对症治疗。治疗组患者在对照组治疗基础上给予自拟

清血消白方汤剂口服,组方为山药 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。以上加水煎煮 2 次,合并药液至 300 mL,分 2 次于早晚温服,每日 1 剂。2 组均治疗 6 个月后进行疗效评定。

1.3 观察指标 于治疗前及治疗后 1 个月、3 个月、6 个月时分别进行尿常规、血常规检查,检测 24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白、纤维蛋白原、血肌酐、血尿素氮及三酰甘油(TG)、胆固醇(TC)水平。

1.4 疗效判定标准^[5] 治疗后 24 h 尿蛋白定量 < 0.2 g,血浆白蛋白 > 35 g/L,肾功能正常者为完全缓解;治疗后 24 h 尿蛋白定量下降 50% 以上,或者 ≤ 3.5 g,肾功能稳定者为部分缓解;治疗后 24 h 尿蛋白定量下降 $< 50\%$ 或者 > 3.5 g 为无效。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 21.0 版统计学软件进行分析,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,计数资料以例或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 治疗组临床有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	完全缓解/例	部分缓解/例	无效/例	有效率/%
对照组	50	17	19	14	72.00
治疗组	50	22	24	4	92.00 ^①

注:①与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.2 治疗前后 24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白、纤维蛋白原、血肌酐、血尿素氮水平比较 2 组患者治疗后 24 h 尿蛋白定量、纤维蛋白原、血肌酐、血尿素氮水平与治疗前比较均明显减少(P 均 < 0.05),而血浆白蛋白与治疗前比较明显增加

【基金项目】 石家庄市科学技术研究与发展指导计划 (151461063)

($P < 0.05$), 且上述指标治疗组改善情况均明显优于对照组 (P 均 < 0.05)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后 24 h 尿蛋白定量、血浆白蛋白、纤维蛋白原、血肌酐、血尿素氮水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	24 h 尿蛋白定量/g	血浆白蛋白/(g/L)	纤维蛋白原/(g/L)	血尿素氮/(mmol/L)	血肌酐/(μ mol/L)
对照组	50	治疗前	5.43 $\pm$ 0.54	22.02 $\pm$ 2.13	6.74 $\pm$ 0.24	8.17 $\pm$ 1.28	205.64 $\pm$ 15.21
		治疗后	2.43 $\pm$ 0.39 ^①	28.20 $\pm$ 2.46 ^①	4.55 $\pm$ 0.17 ^①	6.54 $\pm$ 1.09 ^①	160.52 $\pm$ 12.06 ^①
治疗组	50	治疗前	5.32 $\pm$ 0.47	21.87 $\pm$ 2.00	6.63 $\pm$ 0.20	8.04 $\pm$ 1.21	210.43 $\pm$ 14.00
		治疗后	0.82 $\pm$ 0.19 ^{①②}	37.11 $\pm$ 2.72 ^{①②}	3.49 $\pm$ 0.15 ^{①②}	4.12 $\pm$ 0.87 ^{①②}	110.33 $\pm$ 10.54 ^{①②}

注: ①与治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.3 治疗前后 TG、TC 水平比较 2 组患者治疗后 TG、TC 水平与治疗前比较均明显降低 (P 均 < 0.05), 且治疗组较对照组降低更显著 (P 均 < 0.05)。见表 3。

表 3 2 组治疗前后 TG、TC 水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	n	时间	TG	TC
对照组	50	治疗前	3.87 $\pm$ 0.28	6.79 $\pm$ 1.28
		治疗后	2.60 $\pm$ 0.21 ^①	4.52 $\pm$ 1.06 ^①
治疗组	50	治疗前	4.02 $\pm$ 0.33	6.70 $\pm$ 1.44
		治疗后	1.52 $\pm$ 0.15 ^{①②}	3.10 $\pm$ 0.55 ^{①②}

注: ①与治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3 讨 论

原发性膜性肾病是最为典型的免疫复合型肾小球肾炎, 具有较高的发病率, 且临床主要表现为大量蛋白尿、水肿, 且病情呈慢性、进行性发展, 易反复发作, 多数患者会发展为终末期肾衰竭, 威胁患者生命安全, 因此备受临床关注^[6-7]。但目前尚无公认的有效治疗方案, 使之成为目前肾脏疾病治疗的难点。

膜性肾病是一种复杂的自身免疫性疾病, 大量尿蛋白是影响疾病治疗的主要因素, 目前临床治疗以激素和免疫抑制剂为主, 可减轻肾小球的炎症反应, 改善肾小球滤过膜的通透性, 在缓解蛋白尿和保护患者肾功能方面有一定效果, 但个体对免疫抑制剂的敏感性差异较大, 难以取得理想疗效且对患者毒副作用较大, 且治疗后易复发^[8]。

中医认为, 膜性肾病型肾病综合征属于“水肿”“尿浊”等范畴, 本病存在“虚”“瘀”“湿”“热”四大病机, 其中正气虚弱是疾病发生和发展的主要矛盾, 脾为制水之脏, 脾虚则导致水无所制, 肾为主水之脏, 肾虚则导致水失所主。疾病早期以湿热蕴结、脾失健运为主, 而正虚和邪实均可引起血脉瘀阻, 且正虚会引起久病入络, 以瘀血互结导致疾病缠绵难愈, 因此治疗应以健脾补肾、扶正固本、清热利湿为主, 以攻补兼施、标本同治。本研究在常规西药治疗的同时联合应用自拟血清消白方辨证论治, 方中黄芪可益气养阴以扶正, 且能补气升阳、利水消肿, 以降低蛋白尿; 山药可补脾养胃、补肾益肺; 茯苓、薏苡仁可利水渗湿、益气健脾; 知母清热泻火、滋阴润燥; 葛根能生津止渴; 车前子可利尿通淋、渗湿止泻; 五味子能益气生津、补肾宁心; 三七活血散瘀, 可降低肾小球毛细血管通透性, 增加血流速度; 天花粉清热泻火、生津止渴; 佛手参疏肝理气、燥

湿化痰; 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。诸药合用可滋阴清热、生津润燥、健脾益肾、疏通水道, 共奏补肾健脾、利水消肿之功效且能扩张肾小球血管, 改善肾脏局部微循环, 消除蛋白尿, 减轻肾脏损害, 还可调整机体免疫状态, 使病理过程逆转, 以达到治疗和修复的目的^[9-10]。中药方剂能够提高机体对免疫抑制剂的敏感性, 同时能减少免疫抑制对机体产生的毒副反应, 提高患者治疗耐受性。结果显示, 治疗组临床有效率明显高于对照组, 治疗后 24 h 尿蛋白定量、纤维蛋白原、血肌酐、血尿素氮水平与治疗前和对照组比较均明显降低; 而血浆白蛋白水平与治疗前和对照组比较明显增加。另外, 治疗组治疗后 TG、TC 水平与治疗前和对照组比较均明显降低。

综上所述, 自拟血清消白方辨证治疗膜性肾病综合征疗效显著, 能明显改善患者凝血功能、肾功能, 极具临床应用价值, 可推广应用。

[参 考 文 献]

- 陈丽巍, 赵刚. 中药复方配合雷公藤多苷片治疗膜性肾病临床观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(9): 193-195
- 罗志芳. 中西医结合治疗特发性膜性肾病临床疗效研究 [J]. 中西医结合心血管病杂志, 2015, 3(2): 116-117
- 祝领旗, 赵莹. 益气通络补肾汤治疗气虚血瘀型不典型膜性肾病的临床疗效研究 [J]. 中国医药科学, 2014, 4(24): 75-77
- 吴菲, 高祥福, 瞿中洁. 特发性膜性肾病的中西医结合治疗进展 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(8): 621-622
- 刘凤勋, 程根阳, 刘章锁. 中小剂量环孢素治疗成人特发性膜性肾病疗效观察 [J]. 中国实用医刊, 2014, 41(8): 120-121
- 邱波, 梁卫东, 袁良东, 等. 小剂量激素、环孢素 A、雷公藤多苷联合治疗特发性膜性肾病的临床观察 [J]. 实用药物与临床, 2014, 17(11): 1427-1430
- 苏勇, 陈海燕, 刘绛, 等. 吗替麦考酚酯联合激素治疗膜性肾病的疗效及安全性观察 [J]. 中国医药, 2012, 7(5): 595-597
- 陈耀中, 岳华. 特发性膜性肾病的治疗进展 [J]. 医学综述, 2014, 20(7): 1245-1247
- 陈以平, 邓跃毅, 倪兆慧, 等. 中医方案治疗特发性膜性肾病肾病综合征的前瞻性、随机、对照、多中心研究 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2012, 13(6): 471
- 洗启经, 曾莉. 活血化瘀法治疗特发性膜性肾病临床观察 [J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(7): 1698-1700

收稿日期 2016-03-20