

中药辅助治疗 54 例小儿急性肾小球肾炎

全红^{1*}, 李宗文¹, 赵骄宜²

(1. 北京市房山区良乡医院, 北京 102401; 2. 江苏省沭阳仁慈医院儿科, 江苏 沭阳 223600)

[摘要] 目的:观察中医药辅助治疗小儿急性肾小球肾炎的临床疗效。方法:将 108 例符合条件患者随机分为治疗组和对照组各 54 例。对照组采用西医常规治疗。治疗组在此基础上加用中药治疗(初期以自拟小儿急性肾炎方治疗,恢复期以知柏地黄丸加减治疗)。疗程 2 周。观察 24 h 尿蛋白量、1 h 尿红细胞排泄率、血尿素氮(BUN)、血清肌酐(SCr)、浮肿、血压等临床症状体征。结果:两组 24 h 尿蛋白量、1 h 尿红细胞排泄率、BUN、SCr 均较治疗前降低($P < 0.05$);治疗组改善优于对照组($P < 0.05$);治疗组在改善浮肿、血压及在蛋白尿消失时间和肉眼血尿消失时间上优于对照组($P < 0.05$);治疗组治愈率 68%, 优于对照组的 38.9% ($P < 0.01$)。结论:在西医常规治疗的基础上,中药辅助治疗小儿急性肾小球肾炎有确切的临床疗效。

[关键词] 小儿;急性肾小球肾炎;知柏地黄丸

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)24-0208-02

急性肾小球肾炎简称急性肾炎,是一组不同病因所致的弥漫性肾小球损害。临床上以起病急、血尿、少尿、水肿和高血压或伴短暂氮质血症为主要表现,最严重者可危及生命。2009 年 7 月至 2011 年 5 月我院在西医常规治疗的基础上加服中药治疗急性肾炎 54 例,取得满意效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 7 月至 2011 年 5 月就诊于我院儿科住院和门诊 108 例急性肾小球肾炎患者,所有病例均符合诊断标准^[1]。随机分为治疗组和对照组。治疗组 54 例,男 35 例,女 19 例;年龄 3~12 岁,平均 7.2 岁;病程 1~10 d,平均 6.5 d;对照组 54 例,男 34 例,女 20 例;年龄 3~12 岁,平均 7.3 岁;病程 1~9 d,平均 6.6 d。两组患者性别、年龄、病程、临床资料比较差异无显著性,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[1] 患儿病前 1 月内有明显的前驱感染史,以肉眼或镜下血尿为主的尿检异常,可伴少量蛋白尿,补体水平下降,轻重不同程度的水肿、高血压或氮质血症。实验室检查可有抗链球菌溶血素 O(ASO)升高,血沉(ESR)升高。并排除 IgA 肾病、肾病综合征、胡桃夹现象等疾病。

1.2.2 中医诊断标准^[2] 急性期诊断为风水相搏证或湿热内侵证并排除邪陷心肝、水凌心肺和水毒内闭等变证。恢复期诊断阴虚邪恋兼有气虚者。

1.3 治疗方法 对照组采用西医常规治疗^[3]:卧床休息,低盐饮食,限制水、蛋白摄入;有咽部或皮肤感染灶者用氨苄青霉素 50~100 mg·kg⁻¹, bid(哈药集团制药)(过敏者改用阿奇霉素 10 mg·kg⁻¹, qd, 深圳海王药业)gtt 7~14 d 消除感染灶;合并高血压患者 im 利血平(广东邦民制药),首次按 0.07 mg·kg⁻¹ Q12 h;水肿严重者口服双氢克尿噻(常州制药厂)20 mg qd 等治疗;急性心力衰竭给予西地兰(无锡第七制药厂)0.2 mg, iv, 10 min 内推注完毕。

治疗组在对照组治疗基础上加中药治疗:初期以自拟“小儿急性肾炎”方治疗(麻黄 3 g, 蝉蜕 8 g, 牛膝 10 g, 猫须草 20 g, 白茅根 15 g, 大蓟 6 g, 小蓟 6 g, 连翘 10 g, 浮萍 6 g, 泽泻 10 g, 茯苓 10 g, 赤小豆 15 g),恢复期证属阴虚邪恋,益气滋阴补肾,兼清余热,以知柏地黄丸加减(知母 10 g, 黄柏 8 g, 熟地黄 8 g, 山茱萸 12 g, 山药 10 g, 茯苓 6 g, 泽泻 10 g, 牡丹皮 6 g, 甘草 8 g, 女贞子 6 g, 黄芪 15 g, 太子参 15 g)。根据年龄和体重适当调整剂量。疗程 2 周。

1.4 观察指标 用药前及用药 2 周后测 24 h 尿蛋白、1 h 尿红细胞、血尿素氮(BUN)、血清肌酐(SCr)、浮肿消失时间、血压恢复正常时间、尿蛋白转阴时间和肉眼血尿消失时间。

1.5 疗效标准^[4] 治愈:水肿、少尿、血尿、高血压消失,血沉、血清补体恢复正常,尿常规检查连续 3 次均转阴;好转:水肿、少尿、肉眼血尿、高血压消失,

[收稿日期] 2011-08-18

[通讯作者] *全红,中医主治医师,从事中西医结合肾脏病的诊断与治疗, Tel: 13269092655, E-mail: Quanhong315@163.com

尿常规检查仍有少量红细胞以及少量蛋白及白细胞,重症并发症消失。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 14.0 统计分析软件,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 两组治疗前后各指标变化情况比较 ($\bar{x} \pm s, n = 54$)

组别	时间	BUN	SCr	24 h 尿蛋白	1 h 尿红细胞
		/mmol·L ⁻¹	/μmol·L ⁻¹	/mg	/×10 ⁴
治疗	治疗前	7.1 ± 3.4	187 ± 63	226 ± 98	35 ± 6
	治疗后	3.7 ± 1.7 ^{1,2)}	109 ± 49 ^{1,2)}	105 ± 37 ^{1,2)}	11 ± 3 ^{1,2)}
对照	治疗前	7.0 ± 3.6	188 ± 65	226 ± 98	34 ± 7
	治疗后	4.7 ± 2.3 ¹⁾	155 ± 57 ¹⁾	165 ± 40 ¹⁾	19 ± 4 ¹⁾

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

2.2 两组各主要症状、体征改善情况比较 治疗组在浮肿消失时间、血压恢复正常时间、尿蛋白消失时间、肉眼血尿消失时间等方面优于对照组,差异有显著性 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组各主要症状、体征改善情况比较 ($\bar{x} \pm s, n = 54$) d

组别	浮肿消失	血压恢复正常	尿蛋白消失	肉眼血尿消失
治疗	3.37 ± 1.27 ¹⁾	4.42 ± 1.41 ¹⁾	15.40 ± 2.35 ¹⁾	2.55 ± 1.04 ¹⁾
对照	4.72 ± 1.71	6.72 ± 1.92	22.12 ± 4.20	3.77 ± 1.32

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 两组疗效比较 治疗组 54 例,治愈 37 例,治愈率 68%;对照组 54 例,治愈 21 例,治愈率 38.9%,两组相比差异有显著性 ($P < 0.01$)。

3 讨论

急性肾小球肾炎主要是由急性链球菌感染,细菌及其毒素与体内相应受体形成抗原抗体复合物,其主要作用于肾小球基底膜,从而引起肾损害,大多属Ⅲ型变态反应。中医学认为,本病属“水肿”、“阳水”、“血尿”等范畴。对于急性期,中医多认为是风水相搏或湿热内侵。治以疏风宣肺、清热解毒、利水消肿^[5],笔者临床上以自拟“小儿急性肾炎”治疗,方中麻黄、蝉蜕、浮萍疏风宣肺、解表散邪;连翘、鱼腥草、赤小豆解热解毒,猫须草、泽泻、茯苓、牛膝清热利湿、利水消肿;白茅根、小蓟清热、凉血止血。方中“猫须草”称为肾茶,民间用于血尿等肾病,有良效^[6];方中川牛膝,一则利尿消肿,二则引诸药下行。全方共奏疏风、清热、解毒、消肿、止血之功。

笔者在临床实践体会到一则由于湿热易耗气伤阴,损伤脾胃,二则小儿稚阴稚阳之体,易虚易实;三

2 结果

2.1 两组治疗前后各指标变化比较 治疗后,两组 24 h 尿蛋白定量、1 h 尿红细胞, BUN, SCr 均较治疗前降低 ($P < 0.05$);且治疗组改善优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

则在急性期使用大量苦寒之品,也容易伤及气阴,从而导致本病在恢复期正虚邪恋、余毒未清的特点。因此应采用扶正祛邪之法,故以知柏地黄丸合二至丸加减治疗^[2],并加入益气之品,在临证中还经常加入炒白术、枳壳以健脾胃,补后天之本。

本组资料显示,治疗组在降低 24 h 尿蛋白定量、1 h 尿红细胞, BUN, SCr 方面优于对照组;治疗组在改善浮肿、血压及在蛋白尿消失时间和肉眼血尿消失时间上短于对照组;治疗组治愈率也明显高于对照组。说明对于小儿急性肾小球肾炎,在西医常规治疗的基础上,中医药早期干预有明显的优势,值得进一步研究。

[参考文献]

- [1] 中华医学会儿科学分会肾脏学组. 小儿肾小球疾病的临床分类、诊断及治疗[J]. 中华儿科杂志, 2001, 39(12): 746.
- [2] 何文兵, 刘光陵. 急性肾小球肾炎中医诊疗指南[J]. 中医儿科杂志, 2011, 7(2): 1.
- [3] 叶任高. 内科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 499.
- [4] 陶天遵. 临床常见疾病治疗标准[S]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1993: 438.
- [5] 罗笑容, 许尤佳. 儿科专病中医临床诊治[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 295.
- [6] 刘寿山. 中药研究文献摘要(1975~1979)[M]. 北京: 科学出版社, 1979: 791.

[责任编辑 何伟]