

中药浴联合西医治疗慢性肾小球肾炎慢性肾衰竭的疗效观察<sup>\*</sup>

贾英辉, 刘 盼, 杨立豹(石家庄肾病医院肾二科, 石家庄 050061)

**【摘要】 目的** 探讨中药浴联合西医治疗慢性肾小球肾炎慢性肾衰竭临床疗效。**方法** 收集 2012 年 12 月至 2013 年 12 月接受治疗的慢性肾小球肾炎慢性肾衰竭(衰竭期)患者 100 例, 随机分为治疗组与对照组各 50 例, 对照组给予西医常规治疗; 治疗组给予中药浴联合西医治疗, 监测患者 24 h 尿蛋白定量(PRO)、血肌酐(SCr)、血尿素氮(BUN), 评价临床疗效。**结果** 治疗组患者临床有效率为 86.00%, 高于对照组的 66.00%, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组患者治疗后 PRO、SCr、BUN 均优于治疗前, 且治疗组患者明显优于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组患者第 1、6 个月的复发率为 4.0%、8.0%, 明显低于对照组的 20.0%、36.0%, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 中药浴联合西医治疗慢性肾小球肾炎慢性肾衰竭的临床疗效确切, 可有效改善患者临床症状, 降低复发率, 值得临床推广。

**【关键词】** 中草药, 洗浴; 慢性肾小球肾炎; 慢性肾衰竭

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.015 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)10-1374-02

Curative effects of Chinese herbs medicated bath combined with Western medicine in treatment of chronic renal failure caused by chronic glomerulonephritis<sup>\*</sup> JIA Ying-hui, LIU Pan, YANG Li-bao (The Second Section of Kidney Department, Shijiazhuang Kidney Disease Hospital, Shijiazhuang, Hebei 050061, China)

**【Abstract】 Objective** To investigate the effects of Chinese herbs medicated bath combined with Western medicine in treatment of chronic renal failure caused by chronic glomerulonephritis. **Methods** A total of 100 patients with chronic renal failure (compensatory period) caused by hypertensive renal damage from December 2012 to December 2013 were recruited in this study and divided into treatment group and control group, 50 patients in each group. Patients in the control group were given routine Western medicine for treatment while patients in the treatment group were treated with Chinese herbs medicated bath combined with Western medicine, urine protein quantity (PRO), serum Creatinine (SCr), blood urea nitrogen (BUN) of 24 hours were monitored, and the clinical efficacy were evaluated. **Results** The curative effective rate of the treatment group after treatment was 86.00%, which was significant higher than 66.00% of the control group, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). PRO, SCr, BUN in two groups after treatment were better than those before treatment ( $P<0.05$ ), and those in the treatment group was significantly better than those in the control group ( $P<0.05$ ). The recurrence rates in the 1st, 6th month after treatment in the treatment group were 4.0%, 8.0% respectively, which were significantly better than 20.0%, 36.0% of the control group, with statistical significant difference ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The Chinese herbs medicated bath combined with Western medicine has an obvious clinical curative effect in the treatment of chronic renal failure caused by chronic glomerulonephritis. It could effectively relieve the clinical symptoms of patients and reduce the recurrence rate, which is worthy of being generalized in clinic.

**【Key words】** Chinese herbal medicine; bath; chronic glomerulonephritis; chronic renal failure

慢性肾小球肾炎是临床常见的肾脏疾病, 临床主要表现为蛋白尿、血尿、血压升高及水肿<sup>[1]</sup>, 起病方式不尽相同, 病情迁延不愈, 病变发展缓慢, 可导致不同程度的肾功能减退, 最终发展为慢性肾衰竭<sup>[2]</sup>。疾病的进展速度因个体差异表现各异, 病理类型是其重要因素, 同时与是否重视保护肾脏、预防治疗是否合理等因素密切相关。本院通过探讨中药浴联合西医治疗慢性肾小球肾炎慢性肾衰竭的临床疗效, 取得了较好效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2012 年 12 月至 2013 年 12 月本院住院治疗的慢性肾小球肾炎慢性肾衰竭(衰竭期)患者 100 例, 随机分为治疗组与对照组各 50 例, 治疗组中男 32 例, 女 18 例; 年

龄 34~70 岁, 平均(48.4±6.8)岁; 病程 5 个月至 6 年, 平均(2.5±1.5)年。对照组中男 34 例, 女 16 例; 年龄 35~69 岁, 平均(47.1±5.9)岁; 病程 4 个月至 6 年, 平均(2.4±1.1)年。所有患者均符合世界卫生组织关于慢性肾小球肾炎诊断标准<sup>[3]</sup>, 两组患者在性别、年龄、病程等方面比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。慢性肾小球肾炎慢性肾衰竭期诊断标准<sup>[4]</sup>: 内生肌酐清除率(CCr)在 10~20 mL/min, 血清肌酐(SCr)451~707 μmol/L。

**1.2 方法** 两组患者入院后均给予常规治疗, 包括: (1)控制饮食(低盐、低脂、优质蛋白); (2)控制血压; (3)合理使用抗菌药物控制感染; (4)控制血脂; (5)纠正患者贫血; (6)纠正患者水电解质、酸碱平衡紊乱; (7)治疗并发症等。治疗组在常规西

<sup>\*</sup> 基金项目: 河北省石家庄市科学技术研究与发展指导计划(131462273)。

作者简介: 贾英辉, 男, 本科, 主治医师, 主要从事慢性肾衰竭的治疗研究。

医治疗基础上给予中药浴治疗:中草药水煎取汁 20 L,再加适量水,全身浴浸,每次 45 min,每日 2~3 次。方药组成:桑寄生 30 g、补骨脂 30 g、蛇床子 30 g、熟地黄 30 g、丹参 60 g、泽兰 40 g、酒大黄 40 g、桂枝 20 g。疗程 1 个月,随访 6 个月,监测 24 h 时尿蛋白定量(PRO)、血肌酐(SCr)、血尿素氮(BUN)变化。

**1.3 评价指标** 监测患者治疗前后及第 1、6 个月 PRO、SCr、BUN,评价临床疗效,观察复发情况。治疗疗效评价标准<sup>[5]</sup>: (1)临床症状积分减少大于或等于 60%,实验室检查 SCr 降低大于或等于 20%为显效;(2)临床症状积分减少大于或等于 30%,实验室检查 SCr 降低大于或等于 10%为有效;(3)临床症状积分减少小于 30%,实验室检查 SCr 无变化或升高小于 10%为稳定;(4)临床症状积分无变化甚至增加,实验室检查 SCr 无变化或升高大于或等于 10%为无效。临床有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

**1.4 统计学处理** 用 SPSS17.0 统计学软件对数据进行处理,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较进行 *t* 检验,计数资料用百分比表示,采用  $\chi^2$  检验,以  $\alpha=0.05$  为检验水准,  $P<0.05$

为差异有统计学意义。

2 结 果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 治疗组患者治疗后临床有效率为 86.00%,高于对照组的 66.00%,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

| 表 1 两组患者临床疗效比较 |          |                |                |                |                |                    |
|----------------|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| 组别             | <i>n</i> | 显效( <i>n</i> ) | 有效( <i>n</i> ) | 稳定( <i>n</i> ) | 无效( <i>n</i> ) | 有效率(%)             |
| 治疗组            | 50       | 35             | 8              | 4              | 3              | 86.00 <sup>a</sup> |
| 对照组            | 50       | 17             | 16             | 10             | 7              | 66.00              |

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

**2.2 两组患者治疗前后 PRO、SCr、BUN 比较** 两组患者治疗前 PRO、SCr、BUN 比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组患者治疗后 PRO、SCr、BUN 均优于治疗前,且治疗组患者明显优于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 PRO、SCr、BUN 比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | <i>n</i> | PRO(g/24 h) |                         | BUN(mmol/L) |                          | SCr( $\mu$ mol/L) |                            |
|-----|----------|-------------|-------------------------|-------------|--------------------------|-------------------|----------------------------|
|     |          | 治疗前         | 治疗后                     | 治疗前         | 治疗后                      | 治疗前               | 治疗后                        |
| 治疗组 | 50       | 3.70±1.43   | 0.93±0.84 <sup>ab</sup> | 30.36±3.56  | 19.04±3.52 <sup>ab</sup> | 543.83±20.63      | 216.12±30.80 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 50       | 4.16±1.42   | 2.03±0.67 <sup>a</sup>  | 24.94±2.74  | 17.53±5.43 <sup>a</sup>  | 544.31±21.02      | 324.52±31.91 <sup>a</sup>  |

注:与本组治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

**2.3 两组患者随访期间复发情况比较** 治疗组患者第 1、6 个月的复发率为 4.0%(2/50)、8.0%(4/50),明显低于对照组的 20.0%(10/50)、36.0%(18/50),差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

3 讨 论

慢性肾小球肾炎进展缓慢,病程长,病变发展缓慢,可导致不同程度的肾功能减退,最终可发展为慢性肾衰竭。中医认为,慢性肾小球肾炎的发病与进展病机是正虚邪实,临床症状表现复杂,以气虚、阴虚、阳虚为主,患者血液循环常受影响,主要把血瘀内阻看作是贯穿整个病程的重要因素。

本研究所选方剂以补肾为主,兼顾活血利水,符合中医治疗慢性肾小球肾炎原则,药物选用桑寄生、补骨脂、蛇床子、熟地黄、丹参、泽兰、酒大黄、桂枝,起到了良好的临床治疗效果。桑寄生具有补肝肾、强筋骨、通经络的功效,强胜等<sup>[6]</sup>的研究显示,桑寄生对 DOCA 盐高血压大鼠的中枢脑啡肽异常改变具有双向调节作用,同时可调节免疫。补骨脂具有补肾壮阳、提高二倍体细胞的生长增殖速度,具有明显的抗衰老作用,提高小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬功能,提高机体非特异性免疫的能力<sup>[7]</sup>。蛇床子具有温肾助阳、抗变态反应的功效。熟地黄具有补血滋润、益精填髓、延缓衰老、提高机体免疫力的作用<sup>[8]</sup>。丹参具有活血散瘀、消肿止血、扩张冠状动脉、降低血压、安神静心的作用<sup>[9]</sup>。泽兰具有活血化瘀、行水消肿的作用,俞小凤<sup>[10]</sup>研究显示,泽兰对家兔异常血液流变具有改善作用,降低血液黏度、纤维蛋白原水平及红细胞聚集指数。酒大黄可以清血分热毒、降低毛细血管通透性并改善脆性,促进淤血吸收等效果,具有收敛、消炎、活血祛瘀等作用,可改善肾功能<sup>[11-12]</sup>。桂枝具有补元阳、通血脉的功效,治疗肾阳不足、命门火衰等。本研究显示,治疗组患者治疗后临床有效率为 86.00%,高于对

照组的 66.00%,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组患者治疗后 PRO、SCr、BUN 均优于治疗前( $P<0.05$ ),且治疗组患者明显优于对照组,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组患者第 1、6 个月的复发率为 4.0%、8.0%,明显低于对照组的 20.0%、36.0%,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

综上所述,中药浴联合西医治疗慢性肾小球肾炎慢性肾衰竭的临床疗效确切,可有效改善患者临床症状,降低复发率,值得临床推广。

参考文献

[1] 陈怡,万建新,江德文,等.前列地尔联合贝前列素钠序贯治疗慢性肾脏病[J].南方医科大学学报,2013,33(10):1521-1524.

[2] 沈卫强,施颖.健脾益肾颗粒联合氯沙坦降低慢性肾小球肾炎蛋白尿及肾功能保护作用的临床观察[J].中国中医药科技,2013,20(1):62-63.

[3] 朱敏,吴庭龙,朱红兵.黄葵胶囊联合氯沙坦降低慢性肾小球肾炎蛋白尿及肾功能保护作用的临床研究[J].实用临床医药杂志,2013,17(23):96-98.

[4] 曹子顺,刘俊峰.慢性肾衰竭维持性血液透析患者医院感染的临床分析[J].国际检验医学杂志,2013,34(22):2991-2992.

[5] 徐兴卫.自拟中药汤剂治疗慢性肾小球肾炎的疗效体会[J].医学理论与实践,2013,26(20):2719-2719.

[6] 强胜,冯春俭,黄敏.健脾益肾清利化淤方联合西药治疗慢性肾小球肾炎的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2013,17(24):129-130.

(下转第 1377 页)

析,计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;以  $\alpha=0.05$  为检验水准, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

与健康对照组相比,试验初发组外周血  $CD4^+CD25^+$  调节性 T 细胞 (Tr 细胞) 明显降低,差异有统计学意义 ( $P=0.011$ );但  $CD8^+CD28^-$  Tr 细胞与健康对照组比较,差异无统计学意义 ( $P=0.058$ )。治疗缓解组外周血  $CD4^+CD25^+$  Tr 细胞与健康对照组比较,差异无统计学意义 ( $P=0.231$ ),但  $CD8^+CD28^-$  Tr 细胞明显高于健康对照组,差异有统计学意义 ( $P=0.00$ )。见表 1。

表 1 3 组外周血中  $CD8^+CD28^-$  及  $CD4^+CD25^+$  Tr 细胞测定结果 ( $\bar{x} \pm s, \%$ )

| 组别    | <i>n</i> | $CD4^+CD25^+$ Tr 细胞 | $CD8^+CD28^-$ Tr 细胞 |
|-------|----------|---------------------|---------------------|
| 试验初发组 | 19       | $4.56 \pm 4.14^a$   | $14.95 \pm 5.38$    |
| 治疗缓解组 | 24       | $6.99 \pm 6.35$     | $20.48 \pm 6.07^a$  |
| 健康对照组 | 20       | $8.84 \pm 4.45$     | $10.65 \pm 6.37$    |

注:与健康对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

3 讨 论

Tr 细胞是 T 细胞的一类亚群,此类细胞能抑制其他 T 细胞的活力,在自身免疫性疾病、肿瘤及移植排斥反应等疾病的发生中起重要作用,逐渐受到医学界的关注<sup>[1]</sup>。而  $CD4^+CD25^+$  和  $CD8^+CD28^-$  Tr 细胞是 Tr 细胞的重要组成部分。在免疫抑制机制中, $CD4^+CD25^+$  Tr 细胞能够抑制那些成功逃避人工诱导耐受机制的自身反应性 T 细胞的活性和功能<sup>[2]</sup>。当此类细胞数量减少,表面分子表达缺陷,抑制功能受损均可导致自身免疫病的发生。近年来已经有研究表明,1 型糖尿病、系统性红斑狼疮、重症肌无力等自身免疫性疾病患者的外周血中, $CD4^+CD25^+$  Tr 细胞表达水平均明显下降<sup>[3-5]</sup>。 $CD8^+CD28^-$  Tr 细胞可通过细胞间的直接接触、分泌可溶性的细胞因子和阻止树突状细胞的成熟来抑制细胞毒性效应,故  $CD8^+CD28^-$  Tr 细胞在免疫系统的自稳调节、自身免疫性疾病和器官移植免疫耐受中发挥着重要作用。 $CD8^+CD28^-$  Tr 细胞在一些自身免疫性疾病中,如强直性脊柱炎、多发性肌炎、皮肤炎,均可发现其数量表现异常<sup>[6-8]</sup>。

Graves 病的发生是由于对自己或非己识别的控制机制出现了问题,一些自身反应性 T 细胞能够逃避克隆清除,识别外周组织抗原并且引起自身免疫反应<sup>[9]</sup>。在本试验结果显示,GD 初发患者  $CD4^+CD25^+$  Tr 细胞水平比健康人低,说明在 GD 发病过程中存在  $CD4^+CD25^+$  Tr 细胞的缺乏,由于这类细胞减少可导致 T 细胞增殖、机体维持免疫稳定基本过程失调。经过一段时间药物治疗后,治疗缓解组的  $CD4^+CD25^+$  Tr 细胞比试验初发组稍增高,但较健康对照组仍偏低,说明虽然 GD 病患者甲状腺功能恢复正常,但机体的免疫系统尚未完全

恢复;GD 初发患者外周血中  $CD8^+CD28^-$  Tr 细胞水平较健康对照组稍升高,治疗缓解组患者升高尤为明显,提示 GD 病患者体内存在一定比例上升的  $CD8^+CD28^-$  Tr 细胞,但处于疾病初发期时该细胞群可能存在功能缺陷,无法发挥正常的抑制功能。治疗缓解组患者  $CD8^+CD28^-$  Tr 细胞数明显上升,可抑制体内异常活化的 T 细胞和抗原递呈细胞的功能,减轻免疫损伤。

综上所述,外周血  $CD8^+CD28^-$  和  $CD4^+CD25^+$  Tr 细胞与 GD 的发生发展密切相关。进一步研究 Tr 细胞生物学特性及其在 GD 中的致病机制,将有助于 GD 的免疫治疗及防治。

参考文献

[1] Ha TY. The role of MicroRNAs in regulatory T cell and in the immune response[J]. Immune Network, 2011, 11 (1):11-41.

[2] Miyara M, Amoura Z, Parizot C, et al. Global natural regulatory T cell depletion in active systemic lupus erythematosus[J]. J Immunol, 2005, 175(12):8392-9400.

[3] Tang QZ, Henriksen KJ, Bi MY, et al. In vitro-expanded antigen-specific regulatory T cells suppress autoimmune diabetes[J]. J Exper Med, 2004, 199(11):1455-1465.

[4] 赵宏丽, 赵俊芳, 李孟娟, 等. 系统性红斑狼疮患者  $CD4^+CD25^+$  调节性 T 细胞及其细胞因子的改变[J]. 中国皮肤性病杂志, 2012, 26(7):581-583.

[5] Balandina A, Lecart S, Darteville P, et al. Functional defect of regulatory  $CD4^+CD25^+$  T cells in the thymus of patients with autoimmune myasthenia gravis[J]. Blood, 2005, 105(2):735-741.

[6] Schirmer M, Goldberger C, Würzner R, et al. Circulating cytotoxic  $CD8^+CD28^+$  T cells in ankylosing spondylitis[J]. Arthritis Res, 2002, 32(4):71-76.

[7] Fasth AE, Dastmalchi M, Rahbar A, et al. T cell infiltrates in the muscles of patients with dermatomyositis and polymyositis are dominated by  $CD28$ null T cells[J]. Immunol, 2009, 18(3):4792-4799.

[8] Pedroza-Seres M, Linares M, Voorduyn S, et al. Pars planitis is associated with an increased frequency of effector-memory  $CD57^+$  T cells[J]. Br Ophthalmol, 2007, 35(91):1393-1398.

[9] Shevach E. Regulatory T cells in autoimmunity[J]. Annu Rev Immullol, 2000, 19(18):423-449.

(收稿日期:2014-10-08 修回日期:2015-01-12)

(上接第 1375 页)

[7] 徐文君, 吴国伟, 郑卫华. 黄葵胶囊联合厄贝沙坦治疗慢性肾小球肾炎临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(2):153-154.

[8] 魏亚杰. 慢性肾小球肾炎所致慢性肾功能衰竭中医证候学研究[D]. 咸阳:陕西中医学院, 2013.

[9] 苏军华, 魏崇莉, 冯小燕, 等. 静脉高氧液联合黄芪注射液治疗慢性肾小球肾炎[J]. 广东医学, 2011, 32(9):1195-1196.

[10] 俞小凤. 贝那普利联合不同药物治疗慢性肾小球肾炎疗

效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(10):1204-1205.

[11] 丁世永, 郑平东, 何立群, 等. 小柴胡汤改善慢性肾小球肾炎患者炎症及减轻蛋白尿的作用研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(1):21-26.

[12] 刘锋, 周广宇. 黄蜀葵花对慢性肾小球肾炎患者尿生化指标的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2011, 27(3):293-294.

(收稿日期:2014-11-08 修回日期:2015-01-05)