清肾汤治疗脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病的疗效及对血尿、血脂、PLA2R 的影响

姬雪雪，盖维*

（徐州市中医院肾内科，江苏 徐州 221000）

摘要 目的：探究清肾汤联合他克莫司胶囊、泼尼松对脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者的治疗效果，特别是对血尿、血脂、肾功能和磷脂酶 A2 受体（PLA2R）滴度水平的影响。方法：选取 2022 年 1 月—2024 年 3 月徐州市中医院收治的 82 例确诊为脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者，采用倾向性评分匹配分为对照组和研究组，每组 41 例。对照组接受他克莫司胶囊、泼尼松治疗，研究组在此基础上加用清肾汤治疗，疗程为 3 个月。比较两组在治疗前后临床疗效、镜下血尿检出率、血脂指标[甘油三酯（TG）、总胆固醇（TC）]、肾功能指标[白蛋白（Alb）、24 h 尿蛋白（24 h Upro）、肌酐（Scr）、尿素氮（BUN）、尿视黄醇结合蛋白（RBP）]及 PLA2R 滴度水平的变化，并评估不良反应发生率。结果：治疗 3 个月后，研究组总有效率为 95.12%（39/41）高于对照组的 80.49%（33/41），差异有统计学意义（$P<0.05$）。研究组血尿检出率为 7.32%（3/41），低于对照组的 21.95%（9/41），差异有统计学意义（$P<0.05$）。两组 TG、TC 水平均下降（$P<0.05$），且研究组降幅更大（$P<0.05$）。两组 Alb 水平均升高（$P<0.05$），24 h Upro、Scr、BUN、RBP、PLA2R 滴度水平均降低（$P<0.05$），且研究组改善情况优于对照组（$P<0.05$）。两组患者不良反应发生率无明显差异（$P>0.05$）。结论：清肾汤联合他克莫司胶囊、泼尼松治疗可显著改善脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者的临床症状、血尿、血脂和肾功能，降低 PLA2R 滴度水平，且安全性良好。本研究支持清肾汤作为膜性肾病患者的有效辅助治疗方案。

关键词 清肾汤；膜性肾病；脾肾两虚湿热内蕴型；PLA2R

中图分类号：R256.51 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2025）10－0108－05

DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250219

膜性肾病（Membranous Nephropathy，MN）是一种常见的由免疫机制引发的肾小球疾病，患者常出现大量蛋白尿和不同程度肾功能损害[1]。病因复杂，发病机制涉及免疫系统的异常反应、免疫复合物的沉积以及肾小管基底膜的损伤等多方面[2]。磷脂酶 A2 受体（Phospholipase A2 Receptor，PLA2R）抗体在膜性肾病的发病过程中起到了关键作用，其检测已成为诊断、治疗和判断预后的重要手段[3]。现有的治疗手段以环孢素、他克莫司等免疫抑制剂和糖皮质激素为主，虽然可以改善病情，但长期使用可能引发多种副作用，如感染、骨质疏松、肠胃不适、肝肾功能损害等，限制了其广泛应用。因此，寻找一种既能有效治疗又能减少副作用的新策略显得尤为重要。中医以辨证论治为基本原则，对肾脏疾病的预防与治疗具有独特优势。现有研究表明[4－5]，中西医联合疗法治疗膜性肾病在促进病情缓解、改善临床症状、防止复发等方面优势显著[6]。中医理论认为，膜性肾病的发病责之于脾肾气虚，发病之要在于湿热内蕴、脾肾亏虚导致脾失固摄、肾失封藏，影响三焦气机运行，继而湿气内生，湿气与热邪胶着难解，使病情反复发作、缠绵难愈。“急则治其标”“治病必求于本”，治疗上当以清热利湿为主，兼顾健脾补肾以培本。临床应用清肾汤治疗脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病疗效显著，现代药理研究表明，清肾汤中多种药物成分具有调节免疫反应、减轻肾小管损伤和抗氧化作用[7－8]。本研究旨在观察清肾汤对脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者临床症状及血脂和肾功能、PLA2R 滴度等的影响，以综合评定临床效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2022 年 1 月—2024 年 3 月徐州市中

收稿日期：2024－11－18 **修回日期**：2025－06－21

基金项目：江苏省中医药科技发展计划项目（YB2020101）

作者简介：姬雪雪（1991－），女，硕士，主治中医师，从事肾脏病相关研究。

*通信作者：盖维（1988－），女，硕士，主治医师，从事肾脏病相关研究。

医院收治的 82 例确诊为脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者作为研究对象。采用倾向性评分匹配方法分为研究组和对照组，每组 41 例。两组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。见表 1。本研究已通过徐州市中医院伦理委员会审批（20181209）。

表 1 两组脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者一般资料比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	性别/例（男/女）	年龄/岁	体质量指数/（kg/m²）	病程/个月	病理分期/例		
						Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期
研究组	41	19/12	48.65 ± 8.73	24.26 ± 1.73	18.64 ± 4.85	10	24	7
对照组	41	17/14	48.96 ± 8.89	24.51 ± 1.42	18.06 ± 5.12	9	26	6
χ^2/t 值			0.265	0.715	0.527		0.210	
P 值			0.607	0.477	0.600		0.901	

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照文献[9]制定，24 h 尿蛋白量（24 - hour Urinary Protein，24 h Upro）≥3.5 g，血清白蛋白（Albumin，Alb）<30 g/L；肾小球基底膜下免疫复合物沉积，电镜下可见“钉头”样改变；血清 PLA2R 抗体阳性。

1.2.2 中医诊断标准

符合脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病的诊断标准[10]，主症腰膝酸软，四肢乏力，头晕耳鸣，消瘦，食欲减退，便溏。次症面色苍白或萎黄，手足心热，夜尿频多，心烦失眠，舌质淡红，苔白腻或黄腻，脉沉细或细滑。

1.3 纳入和排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合以上中西医的诊断标准；②年龄 18 ~ 65 岁；③治疗期间能够积极配合治疗且能定期复查；③签署知情同意书，并自愿参加研究。

1.3.2 排除标准

①重要器官功能衰竭或严重慢性疾病者；②近期使用过激素或免疫抑制剂者；③具有继发性膜性肾病的病史者，如系统性红斑狼疮、糖尿病等；④对研究药物过敏者。

1.4 治疗方法

两组均给予健康宣教、饮食运动指导，给予糖皮质激素醋酸泼尼松片（遂成药业股份有限公司，规格：5 mg，国药准字 H41021039）和免疫抑制剂他克莫司胶囊（杭州中美华东制药有限公司，规格：0.5 mg，国药准字 H20094027）口服，视情况使用降压药物和调脂药物、水肿者给予利尿剂，两组治疗合并症时用药种类应一致，剂量方面应统一标准，不使用其他改善肾功能的药物。总疗程共 3 个月。

研究组在上述常规治疗方案的基础上加服清肾汤。组方：半枝莲 15 g，当归 10 g，白花蛇舌草 20 g，苍术 10 g，茯苓 15 g，白僵蚕 10 g，黄芪 30 g，炒白术15 g，山药 15 g。临证灵活变通，随症加减。以上药物水煎 400 mL，每日 1 剂，早晚两次温服，餐后 30 min 为宜。3 个月后观察两组患者的治疗效果。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 临床疗效

显效：患者肾功能指标恢复至正常范围，血清 Alb 水平≥35 g/L，且 24 h Upro≤0.3 g。主症如腰膝酸软、乏力、食欲减退等显著缓解，次症如夜尿频多、心烦失眠等明显改善。有效：患者肾功能保持稳定，血清 Alb 水平≥30 g/L，24 h Upro ≤3.5 g，并且与治疗前的最高值相比减少至少 50%。主症有一定缓解，次症有所改善但不显著。无效：患者的肾功能和相关指标未能达到上述显效或有效标准，主症无明显缓解，次症无明显改善。总有效率 =（显效例数 + 有效例数）/总例数 ×100%。

1.5.2 镜下血尿检出率

采用尿沉渣镜检法检测两组患者治疗前后血尿的检出率。

1.5.3 血脂指标

采用全自动生化分析仪测定两组患者治疗前后血清甘油三酯（Triglycerides，TG）和总胆固醇（Total Cholesterol，TC）水平。

1.5.4 肾功能检测

治疗前后分别采集患者空腹静脉血 3 mL，利用全自动生化分析仪对血清中 Alb、肌酐（Serum Creatinine，Scr）和尿素氮（Blood Urea Nitrogen，BUN）进行测定。从早晨 7:00 开始，连续收集患者 24 h 内所有中段尿样，混匀后取 5 mL，使用尿液分析仪进行 24 h Upro 水平的测定。采集患者 10 mL 晨尿中段样本，样本经离心后分离上清液，采用免疫比浊法检测尿视黄醇结合蛋白（Retinol - Binding Protein，RBP）水平。

1.5.5 血清 M 型 PLA2R 滴度

通过酶联免疫吸附法对两组患者治疗前后血清中的 M 型 PLA2R 滴度进行测定。

1.5.6 不良反应

记录两组患者在治疗过程中出现的各种不良反应情况，包括胃肠道不适、肝肾功能异常、感染等，详细记录不良反应发生频率并评估严重程度。

1.6 统计学分析

采用 SPSS 26.0 软件，计量资料以均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，行 t 检验，计数资料以率表示，行 χ^2 检验。为了控制可能的混杂因素，采用了倾向性评分匹配方法，通过计算每位患者的倾向性评分，并利用最近邻匹配法，将研究组和对照组的患者进行一一匹配。$P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

经比较，研究组临床总有效率高于对照组（$P < 0.05$）。见表 2。

表 2 两组脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者临床疗效比较（例）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	41	13	20	8	80.49
研究组	41	23	16	2	95.12
χ^2 值					4.100
P 值					0.043

2.2 镜下血尿检出率

治疗后，两组患者血尿检出率均降低（$P < 0.05$），且研究组血尿检出率低于对照组（$P < 0.05$）。

表 3 两组脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者镜下血尿检出率比较[例(%)]

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	41	33(80.49)	9(21.95)*
研究组	41	34(82.93)	3(7.32)*#

注：与同组治疗前比较，*$P < 0.05$；与对照组治疗后比较，#$P < 0.05$。

2.3 血脂水平

治疗后，两组 TG、TC 水平均降低（$P < 0.05$），且研究组下降幅度更大（$P < 0.05$）。见表 4。

表 4 两组脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者血脂水平比较（$\bar{x} \pm s$，mmol/L）

组别	例数	TG		TC	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	41	2.72 ± 0.42	1.63 ± 0.39*	6.62 ± 1.08	4.52 ± 0.76*
研究组	41	2.80 ± 0.47	1.31 ± 0.24*#	6.73 ± 1.15	4.12 ± 0.68*#

注：与同组治疗前比较，*$P < 0.05$；与对照组治疗后比较，#$P < 0.05$。

2.4 肾功能指标及 PLA2R 滴度

治疗后，两组 Alb 水平升高（$P < 0.05$），24 h Upro、Scr、BUN、RBP、PLA2R 滴度水平降低（$P < 0.05$），且研究组改善情况优于对照组（$P < 0.05$）。见表 5。

表 5 两组脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者肾功能指标及 PLA2R 滴度比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	24 h Upro/g		Alb/(g/L)		Scr/(μmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	41	5.15 ± 0.83	1.52 ± 0.24*	23.15 ± 3.89	35.57 ± 4.62*	93.15 ± 15.64	78.13 ± 12.69*
研究组	41	5.24 ± 0.92	1.20 ± 0.21*#	23.81 ± 3.74	41.29 ± 7.13*#	92.74 ± 16.17	71.25 ± 10.33*#

组别	例数	BUN/(mmol/L)		RBP/(mg/L)		PLA2R 滴度/(Ru/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	41	6.32 ± 1.16	4.28 ± 0.87*	126.56 ± 28.47	51.65 ± 15.65*	75.36 ± 6.13	42.35 ± 5.70*
研究组	41	6.40 ± 1.25	3.79 ± 0.71*#	129.68 ± 29.89	39.75 ± 10.52*#	76.02 ± 5.89	31.16 ± 5.12*#

注：与同组治疗前比较，*$P < 0.05$；与对照组治疗后比较，#$P < 0.05$。

2.5 不良反应

两组之间的不良反应发生频率和严重程度差异无统计学意义（$\chi^2 = 0.105$，$P = 0.746$）。

表 6 两组脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者不良反应发生情况比较及程度分级[例(%)]

组别	例数	腹泻	呕吐	胃胀	肝功能异常	感染
对照组	41	1(2.44) 轻度	1(2.44) 轻度	1(2.44) 轻度	1(2.44) 中度	1(2.44) 轻度
研究组	41	1(2.44) 轻度	1(2.44) 轻度	1(2.44) 轻度	2(4.88) 中度	1(2.44) 轻度

3 讨论

脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病在中老年人群中较为常见，病程缓慢且易复发[11-13]。西医治疗以免疫抑制剂和糖皮质激素为主，如他克莫司通过抑制 T 细胞活化，减少炎症因子释放，泼尼松则通过抑制 NF-κB 通路，减轻肾小球基底膜损伤[14-17]。本研究表明，西药治疗后，患者的 24 h Upro、Alb 及 TG 和 TC 显著改善，这与免疫抑制剂和糖皮质激素的抗炎作用机制相符合。同时，免疫抑制剂可有效降低 PLA2R 抗体水平，表明其在减轻自体免疫反应方面的潜力。然而，单一的西药治疗对部分患者的改善效果有限，且糖皮质

激素类药物的长期使用可能引发骨质疏松、感染等副作用。因此,为了进一步提高疗效并减少副作用,研究者开始探讨中医药作为辅助治疗的作用。

膜性肾病可归属中医“水肿”“虚劳”“肾着”等范畴,病因多样,发病责之于脾肾气虚,病机之要在于湿热内蕴,兼夹瘀水互结及肝气郁滞之证[18-19]。脾肾为先后天之本,肾藏精,赖于脾运化水谷精微的滋养,肾气虚、封藏失职及脾气虚、升清降浊失司会导致精微外泄,水湿不得宣散而泛溢肌肤则出现水肿,瘀滞肾络故见蛋白尿或泡沫尿,这是膜性肾病发生发展的重要因素。水液不行,便生湿浊停滞,蕴而化热,湿伤气,热耗阴,暗耗气阴,累及脏腑,致脾肾之气日益亏损,病情反复发作,蛋白尿顽固不愈,由虚致实,因虚致瘀,湿瘀浊毒耗伤正气,终至肾气衰微。治宜清热利湿,健脾补肾。

清肾汤中黄芪用量独重,以补气为长,脾气健运则精微化生充足,先天肾精得以滋养,肾气固摄有权,兼能利水消肿,津液输布正常,则水湿无以为聚;白花蛇舌草、半枝莲擅走下焦,既能清热,又兼利湿,使湿热之邪从小便而去,以除致病之标;苍术、山药健脾燥湿,白术、茯苓补益脾气,与黄芪相兼为用,可复脾土运化、升清之机,燥湿利水以助水液代谢输布;水阻血行,气虚无以推动血行,配伍当归补血活血;僵蚕味辛,长于祛风,擅走经络,可通利三焦水道,又能疏散肾络瘀滞。全方配伍精当,攻补兼施、补而不滞、疏而不峻,契合脾肾两虚、湿热内蕴型膜性肾病之病机。现代药理学研究[20-22]表明,方中多种有效成分证实具有免疫调节、抗炎、抗氧化等多重作用,可减少尿蛋白、促进肾脏代谢,在改善肾病患者临床症状、促进肾脏修复等方面展现出显著的疗效,对湿热内蕴型膜性肾病患者尤为适宜。中西药联合应用时,免疫抑制剂和糖皮质激素的抗炎作用与清肾汤的免疫调节、抗炎、抗氧化等多重作用相辅相成。一方面,西药能够迅速控制病情,减轻炎症反应和减少蛋白尿;另一方面,中药通过辨证求因,通过调理脾肾功能、祛除湿热之邪,从根本上解决疾病缠绵难愈的症结所在,此外,还有助于增强机体的免疫力,促进肾脏修复,减少西药的副作用。这种联合应用机制不仅提高了治疗效果,还降低了西药可能带来的不良反应,展现出显著的协同效应。因此,中西药的联合应用为膜性肾病的治疗提供了新的思路和策略,值得进一步的研究与推广。

本研究结果表明,清肾汤联合他克莫司胶囊和泼尼松的中西医结合治疗方案不仅提升了患者的临床疗效,还在血尿、血脂及肾功能等方面表现出优势,原因可能在于中药成分的多靶点作用与西药成分的精准靶向作用相互补充。清肾汤通过培补脾肾、清热利湿,调理发病之本,祛除发展、加重之诱因,通过缓解疾病症状和调节体内外平衡,以达标本兼治之效。作为一种传统中药复方,清肾汤配伍合理,未引起患者明显的肝肾功能异常或胃肠道不适,说明其在免疫抑制剂及激素治疗的基础上不会增加明显的毒副作用。同时,清肾汤可能对西药的剂量需求起到一定的减轻作用,有助于降低糖皮质激素和免疫抑制剂的潜在毒性,减少长期使用这些药物的副作用风险。尽管中西医结合治疗在膜性肾病管理中展现了良好前景,但未来仍需更多大规模随机对照试验来验证其长期疗效与安全性。进一步探索中药与西药在分子机制上的协同作用,将有助于制定更优化的个体化治疗方案,为膜性肾病患者提供更加全面的长期管理策略。

综上所述,清肾汤联合免疫疗法在缓解脾肾两虚湿热内蕴型膜性肾病患者的蛋白尿、改善血脂与肾功能、降低血清 PLA2R 滴度等方面具有显著临床优势,值得临床推广。

参考文献:

[1] SRINIVAS B H, STEPHEN N, PS P. Diagnostic utility of C4d immunohistochemistry in membranous nephropathy[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2023, 16(5): 94-98.

[2] 刘思雨,李佳怡,张娇,等. 血清 PLA2R 抗体阳性膜性肾病发生血栓患者的中医证型探讨[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2024, 25(5): 416-418.

[3] BARBOUR S J, FERVENZA F C, INDURUWAGE D, et al. Anti-PLA2R antibody levels and clinical risk factors for treatment nonresponse in membranous nephropathy[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2023, 18(10): 1283-1293.

[4] 王新爱,王大伟,寇杰,等. 化瘀通络方对气虚血瘀型膜性肾病患者的临床疗效[J]. 中成药, 2024, 46(7): 2244-2247.

[5] 陈素枝,杨凤文,李永章,等. 益肾通络方药治疗膜性肾病的临床疗效和安全性的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2022, 23(7): 595-599.

[6] 张月,雷根平,董盛,等. 雷根平教授治疗特发性膜性肾病经验撷菁[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(1): 43-46, 51.

[7] 郭晓媛,刘铜华,吴丽丽,等. 基于网络药理学探讨知母-黄柏治疗糖尿病肾病的靶点和机制[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2021, 22(6): 525-528, 后插 1.

[8] 周捷. 理血汤在肾系疾病中临床应用举隅[J]. 中医药导报, 2012, 18(8): 115-116.

[9] 陈以平,谢院生,刘宝利,等. 膜性肾病中西医诊断与治疗[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2024, 25(1): 92-94.

[10] 张娇,王旭,刘思雨,等. 原发性膜性肾病患者血清 IL-6 与尿蛋白水平的相关性及其与中医证型关系的探讨[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2024, 25(6): 501-505.

[11] 陈亚坤,任瑞华,王晓荣,等. 环孢素和他克莫司治疗特发性膜性

肾病伴肾病综合征患者的效果及安全性[J]. 河北医科大学学报, 2021, 42(5): 525 - 530.
[12] 史美萍, 金钟大. 成人特发性膜性肾病临床病理特征及预后分析[J]. 临床肾脏病杂志, 2024, 24(7): 543 - 549.
[13] 许玉培, 吴若曦, 李静, 等. 杨洪涛教授基于审因论治特发性膜性肾病经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2024, 25(6): 477 - 479.
[14] 连燕玲, 黄竹锋, 钟小华, 等. 利妥昔单抗与他克莫司分别联合甲泼尼龙治疗特发性膜性肾病的疗效比较[J]. 临床合理用药, 2024, 17(20): 86 - 88.
[15] 钟兰, 温文斌. 环磷酰胺联合糖皮质激素治疗不同病理分期特发性膜性肾病的疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2024, 45(13): 1230 - 1234.
[16] 王若愚, 李珺, 储腊萍, 等. 雷公藤多苷联合他克莫司及激素治疗难治性肾病综合征的效果及对血清 sTNF - R1、IGFBP - 2、CFH 水平的影响[J]. 中国药物应用与监测, 2024, 21(4): 350 - 353.
[17] 王梦平, 孙健超, 金畅, 等. 足量泼尼松联合环磷酰胺治疗 IgA 肾病的疗效及影响因素[J]. 医药导报, 2023, 42(8): 1172 - 1177.
[18] 毛竞宇, 杨凤文, 刘昊, 等. 艾灸对脾肾两虚兼血瘀证低中危特发性膜性肾病肾功能及高凝状态的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(11): 1216 - 1220.
[19] 郭红英, 纪伟超, 李曼曼, 等. PLA2R1 和 HLA 基因多态性与膜性肾病中医证型的相关性分析[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2024, 16(3): 543 - 547, 552.
[20] 赵晴雪, 宋高臣, 单荣, 等. 半枝莲多糖纳米硒治疗肝癌模型小鼠炎症作用机制的研究[J]. 长春中医药大学学报, 2025, 41(5): 512 - 517.
[21] 王英杰, 胡恢权, 吴倩, 等. 白花蛇舌草化学成分、药理作用、质量标志物预测的研究现状[J]. 中国临床药理学杂志, 2024, 40(15): 2296 - 2300.
[22] 韩延南, 赵慧双, 刘芳, 等. 黄芪多糖通过 TLR4/PI3K 信号促进巨噬细胞吞噬铜绿假单胞菌[J]. 中国免疫学杂志, 2025, 41(2): 381 - 386.

Efficacy of Qing Shen Decoction in Treating Membranous Nephropathy with Spleen – Kidney Deficiency and Dampness – Heat Internal Accumulation Pattern and Its Effects on Hematuria, Blood Lipids, and PLA2R

JI Xuexue, GAI Wei

(*Department of Nephrology, Xuzhou City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xuzhou* 221000, *China*)

Abstract Objective: To investigate the therapeutic effect of Qing Shen Decoction combined with tacrolimus capsules and prednisone in patients with membranous nephropathy (MN) presenting spleen – kidney deficiency and dampness – heat internal accumulation pattern, particularly its effects on hematuria, blood lipids, renal function, and phospholipase A2 receptor (PLA2R) antibody titer levels. Methods: A total of 82 patients diagnosed with MN of spleen – kidney deficiency and dampness – heat internal accumulation pattern admitted to Xuzhou City Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2022 to March 2024 were selected and divided into a control group and a study group (41 cases each) using propensity score matching. The control group received tacrolimus capsules and prednisone, while the study group was additionally treated with Qing Shen Decoction for 3 months. The clinical efficacy, microscopic hematuria detection rate, blood lipid parameters [triglycerides (TG), total cholesterol (TC)], renal function indicators [albumin (Alb), 24 – hour urine protein (24 h Upro), serum creatinine (Scr), blood urea nitrogen (BUN), urinary retinol – binding protein (RBP)], and PLA2R antibody titer levels were compared before and after treatment. Adverse reaction rates were also evaluated. Results: After 3 months of treatment, the total effective rate in the study group (95.12%, 39/41) was significantly higher than that in the control group (80.49%, 33/41), with a statistically significant difference ($P<0.05$). The hematuria detection rate in the study group (7.32%, 3/41) was lower than that in the control group (21.95%, 9/41), showing statistical significance ($P<0.05$). Both groups exhibited decreased TG and TC levels ($P<0.05$), with a more pronounced reduction in the study group ($P<0.05$). Alb levels increased ($P<0.05$), while 24 h Upro, Scr, BUN, RBP, and PLA2R antibody titers decreased ($P<0.05$) in both groups, with superior improvements observed in the study group ($P<0.05$). No significant difference in adverse reaction rates was noted between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: Qing Shen Decoction combined with tacrolimus capsules and prednisone significantly improves clinical symptoms, hematuria, blood lipids, and renal function while reducing PLA2R antibody titers in MN patients with spleen – kidney deficiency and dampness – heat internal accumulation pattern, demonstrating good safety. This study supports Qing Shen Decoction as an effective adjunctive therapy for MN.

Key words Qing Shen Decoction; Membranous nephropathy; Spleen – kidney deficiency and dampness – heat internal accumulation pattern; PLA2R