

IgA 肾病中医辨证分型与病理类型的相关性分析

仲 昱¹ 王 钢² 邹燕勤²

摘要 目的:探讨 IgA 肾病中医辨证分型与西医病理类型之间的关系。方法:对 113 例住院期间肾穿刺诊断为 IgA 肾病的患者进行中医辨证分型,分析二者的相关性。结果:IgA 肾病肾虚湿瘀证最为常见,多表现为系膜增生性肾炎,并可出现局灶性节段性肾小球硬化和新月体性肾炎,病理损害程度较重;其次为脾虚湿热证,主要表现为系膜增生性肾炎和轻微病变;热结咽喉证则与肾小球轻微病变关系最为密切。结论:IgA 肾病中医证型及病机演变与西医病理类型和病理损害程度具有较高的相关一致性。

主题词 肾小球肾炎, IgA/病理学 辨证分型 肾小球肾炎, IgA/诊断

IgA 肾病(IgAN)是一组不伴有系统性疾病,肾活检免疫病理检查在肾小球系膜区有以 IgA 为主的颗粒样沉积,临床上以血尿为主要表现的肾小球肾炎^[1]。好发于青壮年,亚太地区原发性肾小球疾病肾活检中 IgAN 高达 30%~40%^[1],追踪本病 20 年,约 20%~50% 的患者进展到终末期肾脏病(ESRD)^[2],导致社会劳动力的较大损失。迄今为止,本病尚无理想的西医疗法,本中心采用中医辨证治疗 IgAN,取得了较满意的疗效,经多年临床实践总结,结合肾穿刺活检病理类型分析,发现中医证候类型与西医病理之间存在较高的相关性。现将本院 113 例 IgAN 住院患者中医辨证与肾穿刺活检病理分析结果报告如下。

1 临床资料

1998 年 6 月~2001 年 12 月 113 例在本院住院期间肾穿刺病理诊断为 IgAN 的患者。男性 82 例,女性 31 例,男女之比 2.42:1;年龄 10~61 岁,平均 29.2±15.6 岁。见表 1。

2 观察方法

2.1 诊断标准

2.1.1 西医诊断标准^[3]:肾活检免疫病理检查有单纯 IgA 或 IgA 为主的免疫球蛋白在肾小球系膜区弥漫沉积,或兼有小血管壁 IgA 沉积,并除外继发性 IgA 沉积为主的肾小球病均可诊为 IgAN。

2.1.2 肾脏病理分型:IgAN 病理类型多种多样,组

织学特征变异很大^[1],主要表现为:(1)系膜增生性肾炎;(2)肾小球轻微病变;(3)局灶性节段性肾小球硬化;(4)新月体性肾炎。

2.1.3 肾脏病理损害程度评定标准:参照 1996 年 Memphis 肾活检积分系统及 1982 年 WHO 的组织学分类方法,将肾组织病理变化程度分为轻、中、重 3 个等级。(1)轻度病变:50%以上肾小球正常,少部分有轻度系膜区增宽,宽度不超过毛细血管直径,毛细血管开放,无挤压现象,伴有(<5 个)或不伴系膜细胞增多,罕有硬化、粘连和小新月体形成,无肾小管间质损害。(2)中度病变:系膜细胞弥漫增殖,系膜区增宽,宽度超过毛细血管直径,毛细血管管腔呈现不同程度的挤压现象,偶有粘连和新月体,间质病变轻,仅表现间质水肿、灶性炎细胞浸润,罕见小管损伤、萎缩及间质纤维化。(3)重度病变:系膜细胞弥漫性增生,几乎累及所有肾小球,系膜区明显增宽,甚至团块状聚集,毛细血管结构破坏。部分肾小球硬化、废弃,球囊粘连,新月体多见,肾小管萎缩>40%,间质中大量炎细胞浸润,间质纤维化。

2.1.4 中医辨证分型标准:IgAN 临床表现极为广泛,病情轻重不一,预后也各不相同,根据其诱发因素,临床表现特点和发病机理,我们总结 113 例 IgAN 患者中医辨证规律如下:(1)热结咽喉证:主症:①咽红;②咽痛;③扁桃体肿大;④悬壅垂充血肿大;⑤咽后壁淋巴滤泡增生。次症:①咽燥口干;②浮肿;③脉细或细数;④苔少,舌质红。诊断:凡具备主症 1 项,次症 1 项者,即可诊断为该证。(2)脾虚湿热证:主症:①神疲乏力;②胃纳减少;③食后脘胀;④大便溏薄。次症:①面黄欠华;②口苦;③浮肿;④脉细或濡细、濡数;⑤苔黄或薄黄或黄腻。诊断:凡具备主症两项,次症两项者,即可诊断为该证。(3)肾虚湿瘀证:主症:①面色无华;②少气懒言;③腰膝酸软或腰痛;④潮热;⑤手足心热;⑥口干。次症:①咽喉干燥;②浮肿;③易感冒;④头晕头痛;⑤脉细、脉细数、脉细涩。诊断:凡具备主症 4 项,次症 2 项者,即可诊断为该证。

2.2 统计学方法:采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 IgAN 中医辨证分型与病理类型相关性研究分析结果

1 南京中医药大学 2000 级博士研究生,南京市汉中路 282 号 (210029)

2 南京中医药大学第一附属医院全国中医肾病医疗中心

收稿日期:2002-11-15;修回日期:2003-01-15

表 1 113 例 IgAN 患者年龄、性别分布[例(%)]

性别	例数	10~20 岁	21~30 岁	31~40 岁	41~50 岁	51~60 岁	>60 岁
男	80(70.80)	23(20.35)	29(25.66)	21(18.58)	5(4.42)	1(0.88)	1(0.88)
女	33(29.20)	9(7.96)	8(7.08)	12(10.62)	2(1.77)	2(1.77)	0
总 计	113(100)	32(28.32)	37(32.74)	33(29.20)	7(6.19)	3(2.65)	1(2.88)

表 2 IgAN 中医证型与病理类型的相关性[例(%)]

中医证型	例数	病理类型			
		轻微病变	系膜增生性肾炎	局灶节段肾小球硬化	新月体性肾炎
热结咽喉证	25	16(14.16)	9(7.96)	0	0
脾虚湿热证	39	14(12.39)	18(15.93)	6(5.31)	1(0.88)
肾虚湿瘀证	49	2(1.77)	35(30.97)	9(7.96)	3(2.65)
总 计	113	32(28.32)	62(54.87)	15(13.27)	4(3.54)

3.1.1 中医各证型所占比例:113 例 IgAN 中热结咽喉 25 例,占总例数的 22.12%,脾虚湿热证 39 例占 34.51%,肾虚湿瘀证 49 例,占 43.36%。肾虚湿瘀证所占比例最高(与其他两组证型比较, $P<0.05$ 及 $P<0.01$),临床最为常见。

3.1.2 中医证型中各病理类型所占比例:热结咽喉证 25 例主要病理表现为轻微病变,共 16 例,占总例数的 14.16%,高于其他证型($P<0.05$),其次为系膜增生性肾炎 9 例,占 7.96%;脾虚湿热证 39 例最常见的病理类型为系膜增生性肾炎 18 例,占总例数的 15.93%,其次轻微病变 14 例,占 12.39%,二者是脾虚湿热证最常见的病理改变($P<0.01$),局灶节段性硬化和新月体性肾炎较少;肾虚湿瘀证 49 例中系膜增生性肾炎最多($P<0.01$),共 35 例,占总例数 30.97%,局灶性节段性硬化次之,9 例,占 7.96%,新月体性肾炎和轻微病变较少。

3.1.3 各病理类型所占比例:113 例 IgAN 患者系膜增生性肾炎占首位($P<0.01$),共 62 例,占 54.87%,轻微病变次之,32 例,占 28.32%,局灶节段性肾小球硬化 15 例,占 13.27%,另外有 4 例新月体性肾炎占 3.54%。

3.1.4 IgAN 病理类型中医辨证分型所占比例:轻微病变 32 例,最多见于热结咽喉证 16 例,占总例数的 14.16%;脾虚湿热证 14 例,占 12.39%,二者是轻微病变最主要的证候表现($P<0.01$)。系膜增生性肾炎 62 例,其中热结咽喉证 9 例,占 7.96%;脾虚湿热证 18 例,占 15.93%;肾虚湿瘀证所占比例最大,35 例,占 30.97%。局灶性节段性肾小球硬化 15 例,主要表现为脾虚湿热证和肾虚湿瘀证,分别为 6 例占 5.31%、9 例占 7.96%,其中肾虚湿瘀证所占比例最大($P<0.05$)。新月体性肾炎少见,共 4 例,表现为脾虚

表 3 IgAN 中医证型与病理损害程度的相关性[例(%)]

中医证型	例数	病理损害程度		
		轻度	中度	重度
热结咽喉证	25	20(17.70)	5(4.42)	0
脾虚湿热证	39	17(15.40)	19(16.81)	3(2.65)
肾虚湿瘀证	49	6(5.31)	33(29.20)	10(8.85)
总计	113	43(38.05)	57(50.44)	13(11.50)

湿热证 1 例,肾虚湿瘀证 3 例。

3.2 IgAN 中医证型与病理损害程度的相关性分析

3.2.1 IgAN 各病理损害程度所占比例:表 3 示,113 例 IgAN 患者,中度病理损害最多,57 例,占 50.44% ($P<0.05$);轻度病理损害次之,43 例,占 38.05%;重度病理损害最少,13 例,占 11.50%。

3.2.2 IgAN 中医证型中病理损害程度所占比例:表 3 示,热结咽喉证病理表现是轻度损害,显著高于其他证型($P<0.05$),占 17.70%;脾虚湿热证轻、中度损害比例相当,二者比较差异无显著性($P>0.05$);肾虚湿瘀证是中度损害(33 例,占 29.20%)至重度损害(10 例,占 8.85%),病理表现中度损害最多($P<0.05$)。

3.2.3 IgAN 病理损害中中医证型所占比例:表 3 示,肾脏轻度病理损害中热结咽喉证及脾虚湿热证较为常见,分别占 17.70%和 15.04%;中度损害中,肾虚湿瘀证占最高比例为 29.20% ($P<0.01$);重度损害中,肾虚湿瘀证仍占较高比例,为 8.85% ($P<0.05$),其次为脾虚湿热证,占 26.5%。

4 讨论

肾穿刺活检病理分析是西医肾病诊断、治疗及判断预后的重要手段。IgAN 是基于肾穿刺病理检查诊断的一组肾小球疾病,目前西医尚无满意的治疗方法。中医辨证论治自成一体,经千百年医疗实践,对多种疾病,包括 IgAN 临床取得了较好疗效。如何将中医辨证

证型与临床病理相联系,寻找二者关系的客观规律,对中医微观辨证的发展,中医证候客观化,增加临床可操作性,提高治疗有效率,具有重要意义,是中西医结合深入发展的崭新课题。

IgAN 发病与多种因素如抗原入侵、免疫复合物沉积、免疫清除和调节功能下降有关,常于呼吸道与胃肠道感染后发生,表现为发作性肉眼血尿、镜下血尿或伴蛋白尿,少数患者发生 NS,急进性肾炎综合征等。根据临床表现及病理特征,中医辨证分为热结咽喉证、脾虚湿热证及肾虚湿瘀证三大证型。感受湿热之邪,蕴结上焦咽喉,积于中焦脾胃,发为感染后同步血尿,日久耗气伤阴,伤及脾肾,脾气进一步受损,形成脾虚湿热之证;肾中元气受戕,或病起凶猛,肾元受损严重,则易形成气阴两虚之候,正虚邪阻,气化失常、血行障碍,瘀血阻络,发为肾虚(气阴两虚)湿瘀之候。

本次研究发现,IgAN 肾虚湿瘀证所占比例最高,其次是脾虚湿热证,单纯热结咽喉证最少。此比例分布与 IgAN 慢性进展有关。湿热致病为始发因素,随着病情的发展,涉及更多的脏器,最终导致脾虚湿热,肾虚湿瘀。纵观病程,湿热之邪贯穿始终,肾元受损,湿热阻络,气化失常则病瘀血为患。IgAN 本虚证中气阴两虚证占首位,与以往研究慢性肾炎脾肾气虚证最多不同,这与本病血尿为主,热重阴伤的病理特征有关。

辨证分型中,热结咽喉证与肾小球轻微病变关系最为密切,病理损害级别也多为轻度,从病理学角度说明了热结咽喉证病变多属轻微。脾虚湿热证多表现为轻微病变与系膜增生性肾炎,病理损害轻度、中度,分

析与其病处初发急性期或慢性期有关,急性初发,邪盛而正虚不甚,可病变轻微,病久迁延,邪实正损则病变较重。肾虚湿瘀证则多表现为系膜增生性肾炎,并可出现局灶性节段性肾小球硬化和新月体性肾炎,病程级别由中度到重度,与中医有关疾病进展、正邪盛衰的理论相一致。

从病理类型看,IgAN 系膜增生性肾炎最多,轻微病变次之,局灶性节段性肾小球硬化与新月体性肾炎较少。IgAN 免疫复合物主要沉积在肾小球系膜区,弥漫性系膜增生病变是其典型改变,本次实验肾穿刺结果与之相符合。系膜增生性肾炎中肾虚湿瘀证所占比例最大,与该证型占总例数最多相一致。轻微病变则热结咽喉较多,脾虚湿热证次之。局灶性节段性肾小球硬化与新月体性肾炎二者病理损害较重,均只见于脾虚湿热证和肾虚湿瘀证,尤以肾虚湿瘀证为多,是较严重的病理类型与中医证型。

综上,中医辨证病理分型之间存在较高的相关性,同时我们发现 IgAN 邪实正虚的病机演变,与肾脏病理类型及损害程度密切相关,这对于 IgAN 患者预后转归的判定具有重要意义。

参考文献

- 1 王海燕主编.肾脏病学,第2版.北京:人民卫生出版社,1996:708-719.
- 2 Schena FP. IgA Nephropathies. In Cameron JS, Davison AM. Oxford Textbook of Clinical Nephrology. Oxford: Oxford University Press, 1992:339-369.
- 3 林善锁主编.当代肾脏病学.上海:上海科技教育出版社,2001:438-445.
- schizophrenic burnout. Integr psychiatry, 1987, (5):40-48.
- 6 Lohr JB, Browning JA. Free radical involvement in neuropsychiatry illnesses. Psychopharmacology Bulletin, 1995, (31):159-165.
- 7 Dabiri LM, Pasta D, Darby JK, et al. Effectiveness of vitamin E for treatment of long-term tardive dyskinesia. Am J Psychiatry, 1994, (151):925-926.
- 8 曾海涛,曾海波.近年银杏叶提取物研究进展.国外医学中医中药分册,2000,22(4):199-202.
- 9 李郁英.银杏叶提取物对小鼠抗体作用和巨噬细胞功能的影响.首都医学院学报,1995,16(2):106.
- 10 左壮,李顺成.自由基及其中西结合研究进展.北京中医,1991, (1):58-60.
- 11 李秀清,国兰庭,李长林,等.自由基与丹参的临床应用概况.时珍国药研究,1997,8(6):565-566.
- 12 曾安平,邹燕勤,王钢.中医药与自由基研究最新进展.南京中医学院学报,1992,8(1):57-60.
- 13 Tolle R 著.王希林译.实用精神病学.第10版.北京:人民卫生出版社,1996:139-147.

(上接第 834 页)

精神分裂症患者的康复是精神医学的一大任务,它涉及到患者不同的生活方面,精神分裂症的治疗要以多元性治疗为原则,只选用单一的心理治疗、社会性治疗或药物治疗的方法已成为历史,人们越来越多地认识到同时采用多种治疗方法的重要性^[13]。选用患者可以接受的药物和治疗方式是十分重要的。

参考文献

- 1 杨甫德,牛雅娟.阴性症状和认知功能异常对精神分裂症转归的影响.河北精神卫生,2000,13(4):243.
- 2 金卫东,刘小林主编.精神分裂症——生物·心理·社会.北京:中国医药科技出版社,1999:59-426.
- 3 孟凡强,张彤玲,甘一方主编.精神科主治医师 336 问.北京:中国医学科学院协和医科大学联合出版社,2000:29.
- 1 金卫东主编.精神分裂症——模型·药理·治疗.北京:人民军医出版社,2002:144.
- 5 Cadet JL, Lohr JB. Free radicals and the developmental pathobiology of