

证的研究

IgA 肾病中医辨证分型客观化的临床研究

陈 钢¹ 李 平¹ 董 葆¹ 湛贻璞¹ 陈香美²

摘要 目的:研究 IgA 肾病中医辨证分型与西医临床客观化指标之间的关系,为全面认识 IgA 肾病提供科学依据。方法:观察 124 例 IgA 肾病患者的中医辨证分型、伴发高血压情况、西医实验室检查,及部分患者肾脏病理的 Lee 病理分级和 Katsfuchi 病理积分,并进行统计学处理。结果:(1)属于气虚及阴虚证候的中医症状出现频率较高。(2)脾肾阳虚型患者大多伴发高血压,24 小时尿蛋白定量、血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)升高,内生肌酐清除率(Ccr)、尿渗透压降低,肾脏病理损害全部为 Lee 分级Ⅲ级以上,平均 Katsfuchi 积分最高,与其他 3 个证型比较差异有显著性。结论:正气不足是 IgA 肾病发病的关键,脾肾阳虚型 IgA 肾病患者病情较重。

主题词 肾小球肾炎, IgA/诊断;辨证分型

Clinical Study on Objectiveness of TCM Syndrome Differentiation for IgA Nephropathy

Chen Gang, Li Ping, Dong Bao, et al.

(Sino-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029)

Objective: To study relation between TCM syndrome differentiation and clinical objective indexes of western medicine for IgA nephropathy. **Methods:** TCM syndrome differentiation typing, complicated hypertension, laboratory examinations of western medicine in 124 cases of IgA nephritis, and Lee's pathological grading of the kidney and Katsfuchi pathological cumulative scores in a part of the patients were investigated. **Results:** (1) The TCM symptoms of Qi-deficiency and Yin-deficiency syndromes had higher appearance frequency; (2) Most of patients with spleen and kidney Yang-deficiency types are complicated by hypertension, increases of urinary protein of 24 hours, blood creatinine, blood urea nitrogen, decreases of the clearance rate of endogenous creatinine and urine osmotic pressure, and all pathological lesion of kidney being over grade Ⅲ for Lee's grading with the highest average Katsfuchi cumulative score, with significant differences as compared with another 3 syndromes. **Conclusion:** Insufficiency of vital-Qi is a key for attack of IgA nephropathy, and the patient of IgA nephropathy with spleen and kidney Yang-deficiency type has a more serious condition of illness.

Key Words Glomerular nephritis, IgA/diagnosis; Syndrome differentiation typing

为了研究 IgA 肾病患者中医辨证分型与西医临床客观化指标之间的关系,我们系统观察了 124 例 IgA 肾病患者,现将结果报告如下。

1 临床资料

病例选择:2002 年 2 月~2003 年 1 月在中日友好医院肾内科住院,经临床及肾活检诊断为 IgA 肾病的患者,年龄、性别、民族不限,排除继发性 IgA 肾病。124 例中,年龄 11~20 岁 17 例(14%),21~30 岁 27 例(22%),31~40 岁 46 例(37%),41~50 岁 19 例(15%),51~60 岁 11 例(9%),61 岁以上 4 例(3%)。其中 31~40 岁有 46 例,占 37%。50 岁以下患者占绝大多数,共 109 例,占 88%。124 例 IgA 肾病患者中男

性 66 例,女性 58 例,男女比例为 1.14:1。病程是指患者出现肾脏疾病相关症状和/或检查异常到进行病例资料采集的时间。124 例 IgA 肾病患者,病程为 2 天~20 年,其中 1 年以内 87 例(70%),1~5 年 23 例(19%),5 年以上 14 例(11%)。

2 方法

2.1 观察方法

2.1.1 常规检查及西医临床诊断:入院后,一般进行如下检查:血、尿常规,凝血酶原及活动时间,24 小时尿蛋白定量,尿红细胞形态,肝功能,肾功能,血脂,内生肌酐清除率(Ccr),乙肝五项,尿渗透压,免疫球蛋白,补体,电解质,血沉,尿 β_2 -微球蛋白,双肾 B 超,心电图等。根据患者的临床表现及实验室检查作出相应的西医临床诊断:隐匿性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、急性肾炎、急进性肾小球肾炎等。

2.1.2 肾穿刺:由我院肾内科指定专门医生进行。

2.1.3 中医辨证分型:在肾穿刺前或后 3 天内进行病

基金项目:科技部“十五”攻关课题(2001BA701A14a)

1 中日友好医院,北京市朝阳区樱花东路(100029)

2 中国人民解放军总医院

收稿日期:2004-02-02;修回日期:2004-04-23

表1 中医症状与西医临床诊断的关系

次序	隐匿性肾小球肾炎 症状	例数	慢性肾小球肾炎 症状	例数	肾病综合征 症状	例数
1	少气乏力	31	少气乏力	27	下肢浮肿	11
2	腰膝酸软	26	容易感冒	25	少气乏力	10
3	容易感冒	25	腰膝酸软	21	颜面浮肿	10
4	自汗	19	夜尿增多	20	腰膝酸软	8
5	五心烦热	17	咽痛咽红	15	自汗	8
6	咽痛咽红	15	面色萎黄	14	容易感冒	6

表2 中医辨证分型与高血压的关系[例(%)]

证型	例数	有高血压	无高血压
脾肺气虚	50	8(16)	42(84)
肝肾阴虚	23	7(30)	16(70)
气阴两虚	40	12(30)	28(70)
脾肾阳虚	11	7(64)	4(36)

史采集、查体及中医辨证。中医辨证参考1988年全国第四次中医肾病学术会议通过的《慢性肾炎中医辨证分型方案》，我们将IgA肾病分为脾肺气虚、肝肾阴虚、气阴两虚、脾肾阳虚4型。

2.1.4 IgA肾病的确诊：肾穿刺切片所见肾小球大于5个；免疫病理检查发现在肾小球系膜区有单纯IgA或以IgA为主的免疫球蛋白沉积，一般呈团块状或散在的粗大颗粒分布，即可考虑IgA肾病；临床上除外继发性IgA肾病，如过敏性紫癜、系统性红斑狼疮、干燥综合征、肝硬化、链球菌感染后急性肾炎等疾病，即可确诊为IgA肾病。

2.1.5 肾脏病理损害的评价：肾脏病理损害评价由专门的肾脏病理医生进行，采用Lee病理分级^[1]和Katafuchi病理积分^[2]。

2.2 统计学方法：采用SPSS10.0统计软件系统，分组计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，多组计量资料比较采用方差分析，组间比较采用LSD检验；分组计数资料比较采用卡方检验。

3 结果

3.1 中医症状观察结果

3.1.1 分布情况：在辨证过程中涉及中医症状46个，按124例患者中症状出现频率高低排序：(1)少气乏力69例(55.65%)、(2)腰膝酸软56例(45.16%)、(3)容易感冒56例(45.16%)、(4)自汗39例(31.45%)、(5)口干不饮33例(26.61%)、(6)咽痛咽红32例(25.81%)、(7)五心烦热31例(25.00%)、(8)面色萎黄30例(24.19%)、(9)头晕耳鸣29例(23.39%)、(10)畏寒肢冷27例(21.77%)、(11)下肢浮肿25例(20.16%)、(12)夜尿增多25例(20.16%)、(13)颜面浮肿24例(19.35%)、(14)腹胀纳差20例(16.13%)、

(15)心烦失眠18例(14.52%)、(16)盗汗17例(13.71%)、(17)面色晦暗14例(11.29%)、(18)口干喜饮13例(10.48%)、(19)恶心呕吐12例(9.68%)、(20)面色少泽11例(8.87%)、(21)目睛干涩9例(7.26%)、(22)月经失调9例(7.26%)、(23)头痛8例(6.45%)、(24)腰部刺痛8例(6.45%)、(25)其他22个症状共28例(22.58%)。

3.1.2 与西医临床诊断的关系：表1示，将中医症状出现的频率按照IgA肾病主要的西医诊断进行归类，发现属于气虚的症状(少气乏力、容易感冒、自汗等)在各型西医诊断中的出现频率均较高。

3.2 中医辨证分型与高血压的关系：表2示，将各个中医辨证分型分为伴发高血压和未伴发高血压两组，观察各组的例数及所占百分比，发现脾肾阳虚型患者大多伴有高血压，而其他3个证型只有少部分患者伴有高血压，经统计学处理差异有显著性($P < 0.05$)。

3.3 中医辨证分型与实验室检查的关系：表3示，将临床常用实验室检查指标，如24小时尿蛋白定量、血清白蛋白(Alb)、24小时Ccr、血清尿素氮(BUN)、血清肌酐(Scr)、12小时禁水尿渗透压(简称尿渗压)等，以它们各自临床常用的正常值作为分组标准，观察各组的例数及所占百分比，发现大多数脾肾阳虚患者的实验室指标异常，而其他3个证型与之相反，经统计学处理差异有显著性($P < 0.05$)。

3.4 中医辨证分型与病理损害程度的关系

3.4.1 与Lee分级的关系：表4示，脾肾阳虚患者Lee病理分级均在Ⅲ级以上，而其他3个证型患者Lee分级以Ⅲ级以下为主，经统计学处理差异有显著性($P < 0.05$)。

3.4.2 与Katafuchi积分的关系：表5示，脾肺气虚、肝肾阴虚、气阴两虚患者的平均Katafuchi积分明显比脾肾阳虚患者低，经统计学处理差异有显著性($P < 0.01$)。

4 讨论

IgA肾病是一种通过免疫病理穿刺确诊的肾脏疾病，肾活检免疫病理检查在肾小球系膜区有以IgA为主的免疫球蛋白沉积，我国IgA肾病的发病率约占原发性肾小球疾病的26%~34%^[3]。在我们所作的观察中，在516例肾穿患者中有162例为IgA肾病，其所占比例约为31%。

IgA肾病可发生于任何年龄，但以年轻人多见。在我们观察的124例患者中，年龄从11岁到73岁不等，分布比较广泛，但其中50岁以下占88%，而40岁以下占73%，这与对IgA肾病的一般认识是相符的。

表 3 中医辨证分型与实验室检查的关系[例(%)]

证型	例数	尿蛋白(g/24h)		Alb(g/L)		Ccr(ml/min)		BUN(mmol/L)		SCr(μmol/L)		尿渗压(mOsm/L)	
		<2	≥2	<40	≥40	<80	≥80	≤7.9	>7.9	≤106.08	>106.08	≤400	>400
脾肺气虚	50	38(76)	12(24)	27(54)	23(46)	23(46)	27(54)	42(84)	8(16)	35(70)	15(30)	4(8)	46(92)
肝肾阴虚	23	18(78)	5(22)	8(35)	15(65)	11(48)	12(52)	16(70)	7(30)	13(57)	10(43)	3(13)	20(87)
气阴两虚	40	33(82)	7(18)	13(33)	27(67)	16(40)	24(60)	32(80)	8(20)	31(78)	9(22)	1(3)	39(97)
脾肾阳虚	11	4(36)	7(64)	8(73)	3(27)	10(91)	1(9)	4(36)	7(64)	1(9)	10(91)	6(55)	5(45)

表 4 中医辨证分型与 Lee 分级的关系[例(%)]						
证型	例数	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
脾肺气虚	34	8(23)	19(56)	4(12)	2(6)	1(3)
肝肾阴虚	14	2(15)	7(50)	2(14)	3(21)	0
气阴两虚	24	5(21)	8(33)	7(29)	4(17)	0
脾肾阳虚	6	0	0	2(33)	4(67)	0

表 5 中医辨证分型与 Katafuchi 积分的关系($\bar{x}\pm s$)		
证型	例数	Katafuchi 积分
脾肺气虚	34	7.85±0.71 [△]
肝肾阴虚	14	11.14±1.20 [*]
气阴两虚	24	8.83±0.91 [*]
脾肾阳虚	6	16.83±1.25

与脾肾阳虚组比较, * P<0.01; 与肝肾阴虚组比较, △P<0.05

在我们的观察中,涉及 IgA 肾病辨证的症状共有 46 个。我们对这些症状的出现频率进行了分析。124 例患者中出现频率较高的症状有少气乏力(神疲乏力)、腰膝酸软、容易感冒、自汗、颜面下肢浮肿、口干不饮、咽痛咽红、五心烦热、面色萎黄、头晕耳鸣、畏寒肢冷等,我们发现这些出现频率较高的中医症状大致可以分为两大类:气虚症状(少气乏力、容易感冒、自汗、浮肿等)和阴虚症状(腰膝酸软、咽痛咽红、五心烦热、头晕耳鸣等)。我们将各种症状以西医诊断进行归类,发现属于气虚的症状(少气乏力、容易感冒、自汗等)在各西医临床诊断中的出现频率均较高。传统中医认为,各种致病因素(六淫、疫病、七情、饮食、劳逸、外伤、虫兽伤等)之所以能致病,往往取决于机体的抗病能力,取决于邪正力量的对比。《素问·评热病论》云:“邪之所凑,其气必虚”,如果人体正气强盛,卫外固密,气血充盈,脏腑功能正常,邪气就无从侵入,疾病也就无由发生。IgA 肾病常表现为上呼吸道感染、胃肠道感染、尿路感染及乳腺炎感染后 1~2 天出现的肉眼血尿或镜下血尿,有一个感受外邪的过程,正是由于 IgA 患者本身存在着素体气虚或阴虚、或者后天调养失宜(饮食营养、身心调理)、或者疾病耗伤及自然衰老等的情况,在正邪斗争中,不能抗击外邪的入侵,从而导致疾病的发生。所以我们认为,正气不足是 IgA 肾病发病的关键,这与一些医家认为的 IgA 肾病的发病以气虚、阴

虚为本是相同的^[4,5]。

IgA 肾病是一种慢性的肾小球肾炎,我们按 1988 年全国第四次中医肾病学术会议通过的《慢性肾炎中医辨证分型方案》,将所观察的 124 例患者分为脾肺气虚、肝肾阴虚、气阴两虚、脾肾阳虚 4 型,与西医一些客观化指标进行了统计分析,发现这 4 个证型之间存在着明显的差异,持续性高血压多为肾病患者病情恶化的标志之一^[6],蛋白尿多少是肾小球损伤程度的标志,尿渗透压下降是肾间质损伤的指标,Katafuchi 积分是用半定量方式描述系膜细胞增生程度,综合以上各项结果,我们发现 4 个中医证型之中,脾肾阳虚患者病情最为严重。

IgA 肾病是一个西医的病理诊断,其临床表现十分复杂,不少 IgA 肾病患者临床表现与病理表现轻重不匹配^[7]。中医辨证分型与病理分级之间也绝对不是简单的一一对应的关系,如我们在观察中发现,虽然脾肺气虚型病情相对较轻,但是相当数量的脾肺气虚型患者临床表现为大量的蛋白尿及血清白蛋白的下降,这类患者治疗起来比较困难,预后也较差^[8]。因此,我们还要进一步研究各证型的特殊性,更加全面地认识 IgA 肾病的中医本质。

参考文献

1 Lee SM, Rao VM, Franklin WA, et al. IgA nephropathy: morphologic predictors of progressive renal disease. Hum Pathol, 1982, 13(4): 314-322.

2 Katafuchi R, Kiyoshi Y, Oh Y, et al. Glomerular score as a prognosticator in IgA nephropathy: its usefulness and limitation. Clin Nephrol, 1998, 49(1): 1-8.

3 王海燕主编. 肾脏病学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 709.

4 孙伟, 曾安平, 王钢, 等. IgA 肾病中医病理机制的探讨. 河北中西医结合杂志, 1998, 8(4): 522-523.

5 刘宏伟, 庞俊娟. 中医药治疗 IgA 肾病的临床探析. 辽宁中医杂志, 1998, 25(4): 158-159.

6 Haas M. Histologic subclassification of IgA nephropathy: a clinicopathologic study of 244 cases. Am J Kidney Dis, 1997, 29(6): 829-842.

7 谌贻璞. IgA 肾病治疗经验谈. 肾脏病与透析移植杂志, 2002, 11(1): 42-43.

8 樊均明, 李幼姬, 李成进, 等. 蛋白尿为主的 IgA 肾病临床和病理中的意义. 中华肾脏病杂志, 1998, 14(2): 124.