

证 的 研 究

原发性肾小球疾病湿热病理的临床研究

刘 宏 伟*

主题词 肾小球肾炎/病理学 湿热/病理学

近年来随着人们对原发性肾小球疾病认识的不断深入,湿热病理对原发性肾小球疾病的发生、发展,以及预后转归的影响越来越受到人们的注目。为了进一步深入了解原发性肾小球疾病湿热病理的临床特点,本研究对经肾穿刺活检确诊的168例原发性肾小球疾病的临床资料分析如下。

1 对象与方法

1.1 病例选择:本组168例均系住院经肾穿刺活检确诊的原发性肾小球疾病患者,并根据临床和实验室检查除外了继发于全身性疾病所致者(如系统性红斑狼疮、过敏性紫癜、肝病、淀粉样变等)。全部病例的肾穿刺活检标本均经常规固定分送光镜、免疫荧光及电镜检查。

1.2 临床分型和病理分型:根据1992年6月中华肾脏病学会在安徽太平制订的原发性肾小球疾病的临床分型标准^[1],本组168例患者中,诊为急性肾炎6例,急进性肾炎3例,慢性肾炎62例,肾病综合征51例,隐匿性肾炎19例,肾功能不全27例。参照1982年WHO病理分类标准,168例患者,微小病变10例,系膜增生性肾炎48例,IgA肾病51例,膜性肾病36例,膜增生性肾炎9例,增生硬化性肾炎8例,硬化性肾炎3例,新月体性肾炎3例。

1.3 中医辨证分型:根据1986年第二次全国中医肾病学术交流会制定的方案^[2],本组168例中,肺肾气虚型(简称气虚型)15例,脾肾阳虚型(简称阳虚型)12例,肝肾阴虚型(简称阴虚型)78例,气阴两虚型63例。其中夹水湿者51例,夹瘀血者78例,有湿热者117例,有热毒者83例(辨证要点:咽喉肿痛、乳蛾肿大、上呼吸道感染、皮肤疮疡等)。

2 资料分析

2.1 一般资料:本组168例患者中,有湿热表现者共计117例,占全部病例的69.64%。其中湿热组,男性

69例,女性48例,年龄15~68岁(平均30.74岁);非湿热组,男性34例,女性17例,年龄16~63岁(平均31.06岁)。从发病到肾穿刺活检的病程,湿热组最短者2周,最长者18年,非湿热组病程最短者2周,最长者15年。经统计学处理,湿热组与非湿热组在发病年龄、性别和病程均无显著性差异。

2.2 湿热证在西医临床分型中的分布:在6例急性肾炎中,夹湿热者5例,占83.33%;在3例急进性肾炎中,夹湿热者2例,占66.67%;在62例慢性肾炎中,夹湿热者39例,占62.9%;51例肾病综合征中,夹湿热者38例,占74.51%;19例隐匿性肾炎中,夹湿热者12例,占63.16%;27例肾功能不全患者中,夹湿热者21例,占77.78%。由此可见,湿热证在临床各种肾炎中均有发生,说明湿热在原发性肾小球疾病中的广泛性。

2.3 湿热证在病理类型中的分布:在10例微小病变中,夹湿热者4例,占40%;48例系膜增生性肾炎中,夹湿热者35例,占72.92%;51例IgA肾病患者中,夹湿热者38例,占74.51%;36例膜性肾病中,夹有湿热者23例,占63.89%;9例膜增生性肾炎中,夹有湿热者7例,占77.78%;8例增生硬化性肾炎中,夹湿热者6例,占75%;3例硬化性肾炎中,夹湿热2例,占66.67%;3例新月体性肾炎中,夹湿热者2例,占66.67%。可见,湿热证在不同病理类型中的分布有一定的差异,湿热证在系膜增生性肾炎、IgA肾病、膜增生性肾炎等的发生率为高。

2.4 湿热证与中医正虚各型之间的关系:在15例气虚型中,夹有湿热者5例,占33.33%;12例阳虚型中,夹有湿热者3例,占25%;在78例阴虚型中,夹湿热者59例,占75.64%;在63例气阴两虚型中,夹有湿热者50例,占79.37%。由此可见,湿热证在阴虚、气阴两虚型中发生率最高,明显高于阳虚、气虚型。

2.5 湿热证与其他邪实的关系:本组117例湿热证中兼水湿者36例,占30.77%。而51例非湿热证中兼水湿者15例,占29.41%。两者经统计学处理无显著性差异($P > 0.05$);在湿热证组中兼有瘀血表现者74例,占63.25%,而非湿热证组有瘀血表现者14例,占27.

* 中国中医研究院西苑医院,北京市海淀区(100091)

收稿日期:1994-07-02

45%，经统计学处理两组有显著性差异($P < 0.01$)；湿热证中兼有热毒者69例，占58.97%，而非湿热证组兼有热毒者13例，占25.49%；两组经统计学处理差异非常显著($P < 0.01$)。由此可见，湿热易与瘀血、热毒兼夹为患。

2.6 湿热证与实验室指标的关系：湿热证组血总胆固醇含量为 $12.428 \pm 3.93\text{mmol/L}$ （均值 $\pm$ 标准差，下同）明显高于非湿热证组的 $6.89 \pm 1.15\text{mmol/L}$ ($P < 0.01$)；湿热证组血甘油三酯含量为 $2.43 \pm 0.87\text{mmol/L}$ ，明显高于非湿热证组的 $2.04 \pm 1.01\text{mmol/L}$ ($P < 0.05$)。其它如血免疫球蛋白IgA、IgG、IgM、补体C₃、血浆蛋白以及尿蛋白定量、尿尿 β_2 -微球蛋白，尿尿渗透压等均无显著性差异。但肾小球内补体成分C₃和C₁₉沉积，湿热证组明显高于非湿热证组($P < 0.01$ 和 $P < 0.05$)。

2.7 湿热与激素使用的关系：本组63例使用激素治疗的患者中有54例在治疗过程中出现湿热证表现，占117例湿热证患者的46.15%，而非湿热证组使用激素治疗的患者仅占17.65% (9/51例)，经统计学处理，两组有非常显著的差异($P < 0.01$)。特别值得说明的是28例正规激素治疗超过两个月的患者全部出现了湿热证表现。

3 讨论

据有关资料^[3,4]统计原发性肾小球疾病湿热证的发病率为47.95~100%，本文资料结果表明湿热证的发生率为69.64%，说明湿热证在原发性肾小球疾病中很常见，且普遍存在于各种临床类型之中。通过长期临床实践和实验研究^[5,6]我们认为湿热既是原发性肾小球疾病的致病因素，又是肾小球疾病的病理产物。湿热不仅与肾炎的病情活动有关，而且也是导致和加重肾功能损害的重要因素。特别是随着抗生素、激素、免疫抑制剂、雷公藤等在临床上的广泛运用，由此而引起的“药源性湿热证”临床也颇为常见，故许多医家都认为湿热贯彻于原发性肾小球疾病的始终。因此，我们认为加强对原发性肾小球疾病湿热病理的深入研究，必将促使原发性肾小球疾病的研究取得突破性进展。

本研究结果提示原发性肾小球疾病湿热病理具有以下特征：湿热证有其一定的病理基础：本文资料提示系膜增生性肾炎、IgA肾病、膜增生性肾炎等宜兼夹湿热，明显高于微小病变和膜性肾病患者，而且随着肾功能的进一步受损，湿热证的发生率也随之增高。说明湿热形成有其一定的病理基础；湿热易与热毒兼夹为患：湿热与热毒均是肾小球疾病的重要病理因素，湿热与热毒胶结为患，每使病程缠绵难愈。如本组湿热组中兼

有热毒者69例，占58.97%，明显高于非湿热证组；湿热之邪易伤阴耗气：本文资料提示阴虚、气阴两虚患者最易兼夹湿热。一方面是阴虚、气阴两虚本身的病理变化，气虚易生湿，阴虚易蕴热，从而常与湿热兼夹，另一方面是湿热之邪逗留三焦，上犯伤肺，中损伤脾，下注伤肾，进而耗气伤阴。由此导致治疗十分困难，欲除湿热恐伤气阴，益气养阴又可使湿热胶结难解；湿热常与瘀血兼夹并存：湿热邪毒无论受之于外，还是由内而生，既成之后，留滞体内。若热伤血络，血溢脉外；或湿热稽留，阻遏气机，脉络为之阻滞，或由于湿热伤阴耗气，则血运迟缓无力等均可导致瘀血的发生，而瘀血内停，与湿热交阻，每使病情加重。如本组117例湿热证组兼夹瘀血者74例，占63.25%，明显高于非湿热证组；湿热邪毒常常深蕴于肾：肾小球疾病多以肾为病变中心，故湿热邪毒也常深蕴于肾，这也是导致肾小球疾病缠绵难愈的主要原因之一。如本资料提示肾小球内外体成分特别是C₃的沉积与湿热密切相关，而现代医学研究认为补体在肾小球内的沉积往往是肾脏受损的证据。由此可见，湿热邪毒常深蕴于肾。

4 参考文献

- 1 王海燕，等整理. 原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题座谈会纪要. 中华内科杂志 1993;32(2):131.
- 2 第二次全国中医肾病专题学术讨论会. 陕西中医 1988; (1)封底.
- 3 陆鸿滨. 原发性肾小球湿热证100例分析. 贵阳中医学院学报 1986; (2):30.
- 4 赵金铎. 肾炎治疗宜存精去粗兼顾. 肾炎原毒症专辑第1版. 北京:中医古籍出版社, 1988:66.
- 5 刘宏伟, 等. 100例原发性肾小球疾病临床病理与中医分型的相关性研究. 中医杂志 1992;33(1):41.
- 6 刘宏伟. 原发性肾小球疾病肾小球内补体成分测定与中医辨证分型的关系. 辽宁中医杂志 1993; (3):1.

上海市清华科技函授学院中医函授面向全国常年招生

1. 中医专业和中西医结合专业: 选用全国高等院校函授教材, 各科均由专家教授执教、辅导。参加高等教育中医专业自学考试及格, 国家承认其大专学历。2. 性医学与不孕症专业: 学习国内外性医学精华, 并以我国第一部彩色性病图谱指导临床和教学, 它以数百幅国内外罕见的性病图像向您展示中国半个世纪以来的精藏珍品。3. 针灸推拿骨伤专业: 以其独特的疗效, 成为世界热门。教材博采众家手法技巧精华, 医理精深、价值极高, 且图像明了, 易懂易学易用。后两专业学制一年, 发钢印结业证。详见简章, 汇报名费5元即寄。

来函请寄 200085 上海 085-314 信箱上海市清华科技函授学院 韩宇虹收 电话: (021)58554512。