

123 例不同中医证型 IgA 肾病患者 实验室指标及病理特征分析

马红珍^{1*} 何灵芝¹ 陈红波¹ 卢冰²

(1. 浙江省中医院肾病科, 浙江省杭州市邮电路 54 号, 310006; 2. 浙江省嘉兴市中医院肾病科)

基金项目: 国家“十一五”科技支撑计划资助项目(2007BAI10B01-034);

浙江省中医药普通课题资助项目(2007CA023)

* 通讯作者: mahongzhen0515@163.com, 13857141468

[摘要] 目的 观察 IgA 肾病患者不同中医证型与实验室指标、病理分级的关系。方法 123 例 IgA 肾病患者辨证分为脾肾气虚、肝肾阴虚、气阴两虚 3 型, 检测各证型患者血压、生化指标、评定病理分级, 并分析其关系。结果 3 组证型中肝肾阴虚型血肌酐(SCr)水平明显高于其他两型($P < 0.01$); 脾肾气虚型白蛋白(Alb)水平低于气阴两虚型($P < 0.05$), 24h 尿蛋白定量大于气阴两虚型($P < 0.05$); 脾肾气虚型总胆固醇水平高于肝肾阴虚和气阴两虚型($P < 0.01$); 肝肾阴虚型 IgG 水平低于气阴两虚型($P < 0.05$); 肝肾阴虚型收缩压高于气阴两虚型($P < 0.05$)。各证型患者病理分级中Ⅲ级、Ⅳ级最多见, 共 95 例占 77.24%, 但各证型之间比较无统计学差异($P > 0.05$)。结论 IgA 肾病患者以气阴两虚型最多见、病理分级较高, 脾肾气虚型患者蛋白尿排泄多但病理改变相对较轻, 肝肾阴虚型常伴肾功能不全和高血压。

[关键词] IgA 肾病; 中医证型; 生化指标; 病理

Analysis on Laboratory Indices and Pathological Characteristics of 123 IgA Nephropathy Cases with Different TCM Syndromes

MA Hongzhen¹, HE Lingzhi¹, CHEN Hongbo¹, LU Bing²

(1. Zhejiang Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310006; 2. Jiaxing Municipal TCM Hospital, Zhejiang Province)

ABSTRACT Objective To observe the laboratory indices and pathological conditions of the IgA nephropathy cases with different TCM syndromes to analyze the correlation between them. **Methods** With TCM syndrome differentiation, the 123 cases were diagnosed as qi deficiency of the spleen and kidney, yin deficiency of the liver and kidney, and both qi and yin deficiency. Their blood pressure, biochemical indices, and pathological degrees were analyzed. **Results** Of the three syndromes, the serum creatinine (SCr) level of yin deficiency of the liver and kidney was significantly higher than that of the other two syndromes ($P < 0.01$); the albumin (Alb) level of qi deficiency of the spleen and kidney was lower and the 24h urine protein quantity was more than that of both qi and yin deficiency ($P < 0.05$); the total cholesterol (TC) level of qi deficiency of the spleen and kidney was higher than that of yin deficiency of the liver and kidney and both qi and yin deficiency ($P < 0.01$); the IgG level of yin deficiency of the liver and kidney was lower than that of both qi and yin deficiency ($P < 0.05$); and the systolic blood pressure (SBP) of yin deficiency of the liver and kidney was higher than that of both qi and yin deficiency ($P < 0.05$). In the pathological degrees of all syndromes, the Ⅲ-Ⅳ degrees were most common, totally 95 cases, accounted for 77.24%, however the comparison among all syndromes showed no statistical difference ($P > 0.05$). **Conclusion** Of the IgA nephropathy cases, both qi and yin deficiency is the most common syndrome and its pathological degree is higher, those with qi deficiency of the spleen kidney have more proteinuria but relatively mild pathological change, and the cases with yin deficiency of the liver and kidney are often accompanied with renal insufficiency and high blood pressure.

Key Words IgA nephropathy; TCM syndromes; biochemical indices; pathology

IgA 肾病是慢性肾脏病(CKD)的主要类型, 占我国原发性肾小球疾病的 30%~40%^[1], 而且随着肾组织活检的普及, 近十年来 IgA 肾病的发病率有明显上升趋势^[2]。如何将现代医学先进的检查、治疗手段与中医辨证治疗相结合, 使 IgA 肾病的治疗更加有针对性, 取得更好的疗效, 是普遍关注的问题。本研究总结 123 例 IgA 肾病患者中医辨证分

型与实验室指标、病理的关系, 为中医治疗 IgA 肾病提供科学依据, 以求更准确地判断病情和预后, 提高临床疗效, 阻断病程发展。

1 资料与方法

1.1 纳入标准

①年龄 14~75 岁。②经肾组织活检确诊为 IgA 肾病。③CKD 分期为 1~4 期, 内生肌酐清除

表 1 各证型患者生化指标及血压比较($\bar{x} \pm s$)

指标	脾肾气虚(40 例)	肝肾阴虚(24 例)	气阴两虚(59 例)
SCr($\mu\text{mol/L}$)	85.54 $\pm$ 35.30	164.27 $\pm$ 177.83**	82.97 $\pm$ 32.42 $\Delta\Delta$
Ccr(ml/min)	88.29 $\pm$ 32.58	73.76 $\pm$ 39.67	86.69 $\pm$ 30.81
BUN(mmol/L)	8.77 $\pm$ 13.63	6.61 $\pm$ 3.26	5.80 $\pm$ 1.81
Alb(g/L)	32.44 $\pm$ 10.10	35.08 $\pm$ 9.80	37.06 $\pm$ 8.45*
TC(mmol/L)	5.00 $\pm$ 1.53	4.15 $\pm$ 0.90**	4.33 $\pm$ 1.11**
TG(mmol/L)	4.73 $\pm$ 20.29	1.62 $\pm$ 1.23	1.94 $\pm$ 2.55
24h 尿蛋白(g/L)	2578.74 $\pm$ 2878.19	1862.91 $\pm$ 2277.88	1489.80 $\pm$ 2856.97*
IgA(mmol/L)	3.00 $\pm$ 1.01	2.85 $\pm$ 0.97	2.57 $\pm$ 0.97
IgG(mmol/L)	10.62 $\pm$ 3.21	10.04 $\pm$ 3.23	11.51 $\pm$ 2.72 Δ
IgM(mmol/L)	1.35 $\pm$ 0.59	1.51 $\pm$ 0.60	1.41 $\pm$ 0.72
C3(mmol/L)	1.14 $\pm$ 0.25	1.03 $\pm$ 0.26	1.18 $\pm$ 0.27
SBP(mmHg)	126.18 $\pm$ 16.48	133.50 $\pm$ 20.93	121.08 $\pm$ 27.64 Δ
DBP(mmHg)	80.48 $\pm$ 14.04	86.58 $\pm$ 12.49	81.08 $\pm$ 13.84

注:与脾肾气虚型比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与肝肾阴虚型比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$

率(Ccr) $>15\text{ml/min}$ 。④患者知情同意。

1.2 排除标准

①行维持性透析治疗者。②继发性 IgA 肾病,如过敏性紫癜性肾炎、强直性脊柱炎等。③合并有心脏、肝脏、内分泌系统、脑等严重原发疾病者。

1.3 一般资料

123 例均为 2008 年 6 月至 2010 年 5 月在浙江省中医院行肾穿刺活检确诊的 IgA 肾病患者。按照《全国第四次中医肾病学术会议述要》^[3]的标准分为脾肾气虚、肝肾阴虚、气阴两虚 3 型。其中脾肾气虚型 40 例,男 23 例,女 17 例,平均年龄(37.23 $\pm$ 10.75)岁,病程 3 天~1 年,平均病程 25 天;肝肾阴虚型 24 例,男 13 例,女 11 例,平均年龄(38.29 $\pm$ 12.14)岁,病程 1 个月~5 年,平均病程约 61 天;气阴两虚型 59 例,男 29 例,女 30 例,平均年龄(36.27 $\pm$ 10.51)岁,病程 10 天~2 年,平均病程 43 天。

1.4 观察指标及方法

①血压及生化指标检测:肾活检前 1 周内测定收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、24h 尿蛋白定量、肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、内生肌酐清除率(Ccr)、白蛋白(Alb)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG),血清 IgA、IgG、IgM、C3。②肾组织光镜:病理标本根据 Lee 分级标准^[4]将 IgA 肾病分为 I~V 级。

1.5 统计学方法

运用 SPSS 12.0 统计软件进行数据处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示;多组间比较采用方差分析及 LSD- t 检验;等级资料组间差异检验采用秩和检验。

2 结果

2.1 各证型患者血压及生化指标比较

表 1 示,3 组证型中肝肾阴虚型 SCr 水平明显

高于其他两型($P<0.01$);3 组间 Ccr、BUN、TG、IgA、IgM、C3、DBP 含量两两比较差异无统计学意义($P>0.05$)。脾肾气虚型 Alb 水平低于气阴两虚型($P<0.05$),24h 尿蛋白定量大于气阴两虚型($P<0.05$);脾肾气虚型 TC 水平高于肝肾阴虚和气阴两虚型($P<0.01$);肝肾阴虚型 IgG 水平低于气阴两虚型($P<0.05$),脾肾气虚型和肝肾阴虚型 IgG 水平差异无统计学意义($P>0.05$);肝肾阴虚型 SBP 高于气阴两虚型($P<0.05$)。

2.2 各证型患者病理分级比较

表 2 示,各证型患者病理分级中Ⅲ级~Ⅳ级最多见,共 95 例占 77.24%。脾肾气虚型病理分级百分比相对级别较低,而肝肾阴虚型病理分级百分比相对级别较高,但各证型之间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 各证型患者病理分级的比例[例(%)]

病理分级	例数	气阴两虚	脾肾气虚	肝肾阴虚
Ⅱ级	17	9(52.94)	7(41.18)	1(5.88)
Ⅲ级	40	19(47.50)	17(42.50)	4(10.00)
Ⅳ级	55	26(47.27)	14(25.45)	15(27.27)
V级	11	5(45.45)	2(18.18)	4(36.36)

3 讨论

由于 IgA 肾病的临床表现多种多样,中医的辨证分型迄今难以统一。陈以平^[5]分气虚夹瘀和阴虚夹瘀两型论治本病;时振声^[6]以血尿为主和蛋白尿为主分别进行辨证治疗;王钢^[7]将本病分为热结咽喉、脾虚湿热、肾虚湿瘀 3 型进行辨证。本研究按 1988 年所定的《慢性肾炎中医辨证分型方案》分为脾肾气虚、肝肾阴虚、气阴两虚 3 型。本组资料中脾

肾气虚型、气阴两虚型两组的SCr水平均在正常范围,而肝肾阴虚型组SCr水平明显高于其他两型($P<0.01$)。肝肾阴虚型SDP和DBP水平均高于其余两型,且肝肾阴虚型与气阴两虚型SBP的比较有统计学意义($P<0.05$)。高血压是影响IgA肾病进展的危险因素,也是病情恶化的标志之一,从血压水平分析,肝肾阴虚型患者的病情较其他两型更重,预后不良。结合肾脏病理,我们发现血压偏高的患者中,出现肾小球硬化的比例较血压正常患者明显升高,肾小管间质及小血管的病变也较重。肝肾阴虚型患者在蛋白尿、血尿的同时,常伴有高血压和肾功能不全。从中医理论分析,肝肾阴虚、水不涵木则相火偏亢,灼伤津液,血流不畅则留瘀。肝肾阴虚型患者病程迁延,久病入络,瘀血内生。而瘀浊之邪又会进一步损伤正气,成为新的致病因素,形成恶性循环。因此,治疗肝肾阴虚型的患者除滋补肝肾治其本外,还要祛除实邪,以泄浊解毒、活血化瘀治其标。同时结合控制血压、减少蛋白尿、控制感染等治疗干预手段,延缓疾病的进展。

本研究中3组证型中脾肾气虚型24h尿蛋白定量大于气阴两虚型($P<0.05$);Alb水平低于气阴两虚型($P<0.05$)。脾肾气虚型的基本病机特点为脾肾气虚,精微不固,治疗应从培补脾肾、益气摄精着手。通过比较不同证型患者血清免疫球蛋白和补体C3的水平,我们发现3组之间血清IgA、IgM及补体C3水平比较无统计学差异($P>0.05$),但肝肾阴虚型血清IgG水平低于其他两型,且肝肾阴虚型

和气阴两虚型血IgG比较有统计学差异($P<0.05$)。血清免疫球蛋白降低则自身免疫功能低下,容易继发各种感染从而加重或诱发IgA肾病,这可能是肝肾阴虚型IgA肾病患者血SCr、SBP均较其他两型升高的原因之一。而血SCr和血压水平的升高是肾脏病变进展的明确因素,那么血清IgG降低是否也是IgA肾病病情进展和预后不良的一个指标?运用益气养阴法是否可以改善患者的血清IgG水平?这些问题尚需要今后的临床和实验研究加以证实。

参考文献

- [1]王海燕.肾脏病学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2008:993-1009.
- [2]刘刚,马序竹,邹万忠,等.肾活检患者肾脏病构成十年对比分析[J].临床内科杂志,2004,21(12):834-838.
- [3]聂莉芳.全国第四次中医肾病学术会议述要[J].中国医药学报,1988,8(8):56-58.
- [4]Lee SM,Rao VM,Franklin WA,et al. IgA nephropathy: morphologic predictors of progressive renal disease[J]. Hum Pathol,1982,13(4):314-322.
- [5]陈以平.中医辨证治疗IgA肾炎23例[J].中西医结合杂志,1988,8(9):556.
- [6]刘宏伟,黄晓晔.时振声治疗IgA肾病的经验[J].山东中医杂志,1993,12(6):51.
- [7]王钢. IgA肾病现代中医治疗[M].南京:江苏科学技术出版社,2006:71-75.

(收稿日期:2010-10-25;修回日期:2011-02-23)

[编辑:邓媛]