

# 32 例 IgA 肾病的病理分级与中医证型的关系

李力 庞雅君 徐照 柯创武 赵青娥

(中国人民解放军第二五四医院 天津 300142)

**摘要:**目的:探讨 IgA 肾病病理分级与中医证型的关系。方法:分析 32 例 IgA 肾病患者病理分型与临床表现、中医辨证分型的关系。结果:IgA 肾病病机演变规律多为气虚 - 气阴两虚 - 肝肾阴虚 - 脾肾阳虚,且随病机演变,其临床表现、病理改变逐渐加重。结论:IgA 肾病中医临床辨证分型对推测肾脏病理改变程度、判断预后有一定的参考价值。

**关键词:** IgA 肾病;病理分级;中医证型

中图分类号:R 692.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0049-02

IgA 肾病 (IgA nephropathy, IgAN) 是世界上最常见的原发性肾小球肾炎,占我国原发性肾小球疾病的 30% 左右,仍是我国终末期肾病的主要病因。目前对其发病机制认识还不清楚,治疗还缺乏有效的方法。中医药在 IgA 肾病的治疗上被普遍应用,但由于 IgA 肾病临床表现复杂多样,病理改变轻重不一,加之中医辨证主观上的差异,为正确应用中医药治疗 IgA 肾病带来了许多的障碍。本研究根据 IgA 肾病的分期特点,探讨中医证型与各期的关系,为临床准确应用中医药防治 IgA 肾病提供依据。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 病例来源于解放军第二五四医院、天津中医药大学第一附属医院。32 例 IgA 肾病患者,其中男性 21 例,女性 11 例;年龄 16~52 岁,平均年龄 29.4 岁;病程 2d~12 年,平均 14 个月。所有病例均经肾活检病理诊断,排除乙型肝炎病毒相关性肾炎、紫癜性肾炎、狼疮性肾炎等。

**1.2 肾脏病理诊断及分级标准** 在 B 超引导下,应用第三代 Bard 活检枪,16G 活检针经皮穿刺获得肾组织。病理检查包括光镜 (HE、PAS、PASM、Masson), 免疫荧光 (IgA、IgG、IgM、C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>、C<sub>1q</sub>)。病理分级标准按 LEE 分级法: I 级:绝大多数肾小球正常,偶有轻度系膜增宽(节段性),伴或不伴细胞增生。II 级:<50% 肾小球示节段性系膜细胞增生和硬化,罕见小新月体,无肾小管间质损害。III 级:弥漫性系膜增生和增宽(偶见局灶节段),偶见小新月体和粘连,伴局灶间质水肿,偶见细胞浸润,罕见小管萎缩。IV 级:重度弥漫性系膜增生和硬化,部分或全部肾小球硬化,新月体 <45%,伴肾小管萎缩,间质炎细胞浸润,偶见间质泡沫细胞。V 级:病理类似于 IV 级,但更严重,新月体 >45%,肾小管间质类似于 IV 级,但更严重。

**1.3 IgA 肾病的临床分型** 根据临床表现分为反复发作肉眼血尿型 (R-GU)、隐匿性肾小球肾炎型 (LGN)、慢性肾小球

肾炎型 (CGN)、肾病综合征型 (NS)、慢性肾功能不全型 (CRF)、血管炎型 (Cres GN)。

**1.4 中医证候分型** 中医证型分为:风热型、湿热型、脾肾气虚型、气阴两虚型、肝肾阴虚型、脾肾阳虚型 6 型。

## 2 结果

**2.1 病理分级与临床表现的关系** 见表 1。32 例 IgA 肾病患者表现为肉眼血尿型 3 例 (9.4%), 隐匿性肾炎型 6 例 (18.8%), 慢性肾炎型 13 例 (40.6%), 肾病综合征型 3 例 (9.4%), 慢性肾衰型 6 例 (18.8%), 血管炎型 1 例 (3.1%)。病理分级以 II、III 级多见,共 21 例 (65.6%), 反复发作肉眼血尿者多见于 I~III 级。隐匿性肾炎型也大多表现为 I~III 级,病理改变为肾小球系膜局灶、节段性增生改变,无肾小管间质病变。慢性肾炎型以 II~IV 级为主,病理改变差异较大。肾病综合征型病理改变主要分布于 II~III 级。慢性肾衰型病理改变重,以 III~V 级为主,肾小管病变也重。

表 1 32 例 IgA 肾病病理分级与临床表现的关系 例

病理分级	n	R-GU	LGN	CGN	NS	CRF	CresGN
I	3	1	2	0	0	0	0
II	7	1	2	3	1	0	0
III	14	1	2	7	2	2	0
IV	5	0	0	3	0	2	1
V	3	0	0	0	0	2	0
合计	32	3	6	13	3	6	1

**2.2 IgA 肾病病理分级与中医证型的关系** 见表 2。病理改变的 I~III 级以实证为主,而病理改变较重的病例大多以虚证为主,并且随着病理改变的加重,中医证候上也表现为气虚、气阴两虚、肝肾阴虚、肝肾阳虚逐渐加重的过程。

表 2 IgA 肾病病理分级与中医证型的关系 例

病理分级	n	风热型	湿热型	脾肾气虚型	气阴两虚型	肝肾阴虚型	脾肾阳虚型
I	3	1	1	1	0	0	0
II	7	1	0	2	4	0	0
III	14	1	1	8	3	1	0
IV	5	0	0	0	0	3	2
V	3	0	0	0	1	2	0
合计	32	3	2	11	8	6	2

资料的分析,我们推测这一调节机制是通过大脑皮层 - 植物神经系统 - 内分泌系统 - 靶器官轴来实现的<sup>[3]</sup>。肝疏泄失常可分肝气逆和肝气郁两种类型,它们系两个相互独立的类型,不容混淆,两证差异的形成可能与体质有关。由于古人很少提及“疏泄太过”一词,现代文献的解释又不太清楚。所以有人认为“肝气疏泄太过”的提法在概念上是模糊的,在理论上易造成矛盾,不利于中医理论准确与统一。我们认为:肝主疏泄,这一功能有太过,也有不及。肝主疏泄实质上是对气机的疏泄,中焦脾胃升降的气机赖肝疏泄气机来斡旋。气机疏泄太过,木旺克土,土受克而动;气机疏泄不及,木不疏土,土无

力以动。肝失疏泄有太过、不及之分,故对脾运化的影响也不同,实验证实了这一点。肝疏泄脾土的调节方式是紧密联系交叉的多系统多层次的模式,所以它们之间的作用影响还有待大量实验的进一步探讨。

## 参考文献

[1] 乔明琦. 肝气逆肝气郁两证客观指标实验研究[J]. 山东中医学院学报, 1997, 16(3): 23

[2] 乔连厚. 脾本质刍议[J]. 中医药研究, 1991, 2(3): 17

[3] 陈家旭. 神经 - 内分泌 - 免疫网络研究概况及其与中医肝脏关系的探讨[J]. 北京中医药大学学报, 1995, 18(4): 7

(收稿日期: 2008-02-02)

# 老年期抑郁症 58 例临床分析

郑学宝 李金亮 罗忠 章旭东

(浙江省台州市黄岩区第三人民医院 台州 318020)

**摘要:**目的:探讨老年期抑郁症的临床特点。方法:共收集我院 2003 年 4 月~2007 年 10 月住院的首次发病于老年期的 58 例单相抑郁症患者,并与同期住院 60 例非老年单相抑郁症患者进行对照分析。两组均符合 CCMD-III 诊断标准,予以 HAMD 量表评定。结果:老年期抑郁症患者,女性多于男性,病前有明显诱因,躯体不适、焦虑激越多见,精神运动迟钝、生物节律症状改变少见,阳性家族史少,治疗预后差。结论:老年期抑郁症症状不够典型,有其独特的临床特点。

**关键词:**抑郁症;老年期;临床特点

中图分类号:R 749.16

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)04-0050-02

老年期抑郁症是一种比较常见的精神疾病,广义的老年抑郁症,泛指老年期(≥60 岁)这一特定人群的抑郁病症,而本组研究的老年期抑郁症特指首次发作于老年期的原发性单相抑郁障碍,因其临床表现不够典型,很少就诊,或在一般的综合性医院就诊,给早期的识别带来很大的困难。本研究将 58 例老年期抑郁症与 60 例非老年期抑郁症(单相抑郁)进行对照比较,旨在探讨老年期抑郁症的临床特点。

## 1 对象和方法

**1.1 对象** 老年抑郁组(老年组)收集 2003 年 4 月~2007 年 10 月在本院住院患者,纳入标准:(1)首次发病年龄≥60 岁;(2)符合 CCMD-III 单相抑郁发作的诊断标准;(3)排除其它因素导致的抑郁障碍,如药物滥用导致的抑郁障碍,精神分裂症后抑郁等,排除严重的躯体疾病患者。非老年抑郁组(非老年组)收集 2003 年 4 月~2007 年 10 月在本院住院患者,纳入标准:(1)发病年龄 16~55 岁;(2)其它纳入标准同老年期。两组汉密尔顿量表前 17 项得分>18 分。

**1.2 统计学方法** 将数据输入微机,用 SPSS10.0 软件包进行资料整理,采用  $\chi^2$  检验进行统计分析。

## 2 结果

**2.1 性别** 老年组:男性 15 例(25.9%),女性 43 例(74.1%);

## 3 讨论

IgA 肾病是我国常见的一种慢性肾小球肾炎,约占原发性肾小球肾炎的 30%。IgA 肾病是进展性疾病,发病后每 10 年约有 20% 的患者进展到慢性肾功能衰竭,现在仍然是我国慢性维持性血透析的首位原发病<sup>[1]</sup>。其预后有很大的个体差异,发病时存在肾功能损害,长期持续的严重蛋白尿以及高血压和年龄较大者,都是预后不良的因素。而病理组织改变如肾小球硬化、肾小管萎缩、间质纤维化、炎细胞浸润、肾小球和间质细胞增殖的活动性均与疾病进展有关,预后不佳。对临床上表现为单纯性镜下血尿,反复发作性肉眼血尿或合并蛋白尿,怀疑 IgA 肾病患者需尽早行肾穿刺活检,以明确病理诊断及病理类型,以便采取及时适当的治疗,判断疾病的预后。而对合并高血压、大量蛋白尿、肾功能受损者,应尽早采取有效措施以减少蛋白尿,控制血压,预防感染,减少复发次数,保护肾功能,以延缓肾病的进展。肾小球硬化、新月体形成、肾小管病变和血管损伤是 IgA 肾病预后不良的指征,通过对 32 例 IgA 肾患者的临床观察发现,风热型、湿热型病理改变轻,以 I~III 级为主,临床主要表现为肉眼血尿或隐匿性肾小球肾炎型;而脾肾气虚、气阴两虚型病理改变

非老年组男 28 例(46.7%),女性 32 例(53.3%)。两组比较有显著差异: $\chi^2=5.51, P<0.01$ 。

**2.2 文化程度** 老年组:文盲 36 例,中小学文化 20 例,大学文化 2 例;非老年组:文盲 13 例,中小学文化 35 例,大学文化及以上 12 例。两组比较,老年组文化程度低。

**2.3 病前性格** 老年组:40 例(69.0%)为孤僻少语、不善交际的内向型性格,8 例(13.8%)为活泼好交际、情绪急躁的外向型性格,中间型 10 例(17.2%);非老年组:内向型 38 例(63.3%),外向型 10 例(16.7%),中间型 12 例(20.0%)。两组比较无明显差异: $\chi^2=0.94, P>0.05$ 。

**2.4 发病诱因** 有明显发病诱因的老年组有 42 例(72.4%),非老年组有 28 例(46.7%),两组比较有显著差异: $\chi^2=8.10, P<0.01$ 。

**2.5 内科误诊率** 老年组有 37 例(63.8%)被误诊,非老年组 15 例(25.0%)被误诊,两组比较有显著差异: $\chi^2=18.01, P<0.01$ 。

**2.6 阳性家族史** 老年组 9 例(15.5%)有阳性家族史,非老年组有 26 例(43.3%)有阳性家族史,两组比较有显著差异: $\chi^2=11.83, P<0.01$ 。

**2.7 临床表现** 见表 1。

主要以 II、III 级为主,临床多为慢性肾炎或肾病综合征型;而肝肾阴虚、脾肾阳虚型病理改变者,以 III~V 为主,临床表现为肾病综合征、慢性肾炎及慢性肾衰。研究结果与陈香美等的多中心研究结果基本一致<sup>[2]</sup>。IgA 肾病的病本在肾,先天不足,后天失养,导致脾肾亏虚。脾肾正气亏虚,气血津液生成不足,脏腑失于濡养,阴液不足以致气阴两虚,日久渐成肝肾阴亏、脾肾阳虚。说明 IgA 肾病病机演变规律多为气虚、气阴两虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚,且其临床表现、病理改变逐渐加重。根据上述结论进行分析,推断病情和预后,并指导临床治疗,这对于提高中医药治疗 IgA 肾病的疗效及预防和延缓肾功能衰竭有重要意义。

## 参考文献

[1] Li LS, Liu ZH. Epidemiologic data of renal diseases from a single unit in China: analysis based on 13519 renal biopsies [J]. *Kidney Int*, 2004, 66(3): 920-923  
[2] 卫生部国际交流与合作中心. 重视 IgA 肾病早期诊断与治疗 [C]. 中国医学论坛报, 2006, 32(42): 9-10  
[3] 陈香美, 陈以平, 谌贻璞, 等. 286 例 IgA 肾病中医辨证与肾脏病关系的多中心前瞻性研究 [J]. *中国中西医结合杂志*, 2004, 24(2): 101-104

(收稿日期: 2008-02-02)