● 论著 ●

488 例 IgA 肾病中医证型与病理分级相关性分析

王今朝¹ 刘鹏² 何长远² 刘娜² 张佩青²

(1 中国中医科学院博士后 北京 100007; 2 黑龙江省中医药科学院 哈尔滨 150036)

摘要:目的:总结分析我院肾病中心 IgA 肾病患者中医证型和病理分级的相关性,为中西医结合规范化诊治 IgA 肾病提供依据。方法:收集近 9 年我院行肾穿刺活检的 488 例 IgA 肾病患者中医四诊资料和病理检查资料,对中医证型和 Lee 氏病理分级进行分析。结果:488 例 IgA 肾病患者主证中,阴虚证与气阴两虚证病理变化相对较轻,以 Lee 氏 II、III 级为主(86.2%, 90.2%);脾肾两虚证病理变化相对较重,以 Lee 氏 III、IV 级为主(85.1%)。兼证中兼湿热者 204 例(41.8%),其次为兼浊毒者 44 例(9.0%)。488 例患者中有 233 例主要表现为脾气虚证,并且以 Lee 氏 II、III 级为主(91.0%)。结论:中医辨证分型与肾脏病理分级有一定的相关性;而主要表现为脾气虚证患者占有很大比例。

关键词: IgA 肾病; 中医证型; 病理分级

Analysis on TCM Syndromes and Pathological Grading of 488 Patients with IgA Nephropathy

WANG Jin-zhao¹, LIU Peng², HE Chang-yuan², LIU Na², ZHANG Pei-qing²

(1 Post-doctoral Researcher of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100007;

2 Academy of Chinese Medical Sciences of Heilongjiang Province, Harbin 150036)

Abstract: Objective: Analyze the correlation between TCM syndromes and pathological grading of patients with IgA nephropathy at Kidney Disease Research Center in our hospital, and to provide clinical data for the standardization of diagnosis and treatment for IgA nephropathy with integrative medicine. Methods: In 9 years, diagnostic information and pathological data of 488 cases of renal biopsy in patients with IgA nephropathy were collected and their TCM syndromes and Lee's pathological grading were analyzed and recorded. Results: The principal syndromes in the patients with IgA nephropathy included Yin deficiency and Qi and Yin deficiency didn't show much change, their grading mostly fit in Lee's II and III classification (86.2%, 90.2%); while pathological changes in both spleen and kidney deficiency syndromes witnessed a radical change, mostly fit in Lee's III and IV classification (85.1%). As regards to accompanying syndromes, there were 204 cases of damp-heat syndrome and 44 cases of toxication syndrome with a percentage of 41.8% and 9.0% respectively. Among all the patients, 233 cases witnessed spleen deficiency syndrome, which fit in Lee's II and III classification (91.0%). Conclusions: There is a link between TCM syndrome types and renal pathology grading, which are mostly shown in a large percentage of patients with spleen deficiency syndrome.

Key words: IgA nephropathy (IgAN); TCM syndromes; Pathological grading

中图分类号: R692

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.001

IgA 肾病 (IgA nephropathy, IgAN) 是全球最常见的原发性肾小球肾炎,是导致终末期肾衰竭最常见的原因之一。我国是 IgAN 的高发国家,原发性 IgAN 占肾活检诊断的原发性肾小球疾病的 30%~40%^[1]。我院肾病中心 2005 年 1 月~2013 年 12 月共进行了 1 280 例肾穿刺活检,其中原发性 IgAN 共 488 例,占穿刺活检总病例的 38.1%。现通过回顾性分析 488 例 IgAN 患者的中医四诊资料和肾活检资料,总结我院肾病中心 IgAN 患者的中医证型与病理分级的关系。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象 488 例 IgAN 患者均于 2005 年 1 月~2013 年 12 月在黑龙江省中医药科学院肾病中心住院行肾穿刺活检。男性 235 例,占 48.2%;女性 253 例,占 51.8%;男女比例为 1:1.08。

1.2 病理检查 石蜡切片厚度 2~3 μm,行光镜(包括 HE、PAS、PASM 及 PASM+MASSON 染色)、免疫组化和电镜检查。

1.3 病理分级标准 病理诊断和分级标准参照 1982 年 Lee 氏分级法^[2],将肾脏的病理改变分为 I、II、III、IV、V 级。

1.4 证型分类标准 参照 2013 年中国中西医结合学会肾脏疾病专业委员会《IgA 肾病西医诊断和中医辨证分型的实践指南》^[3],中医辨证分为阴虚证、气阴两虚证、脾肾两虚证(包括脾肾气虚和脾肾阳虚)3 个证型;兼证分为湿热、浊毒、水湿、血瘀四型。

1.5 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件处理数据,单向有序资料采用 Kruskal Wallis 检验和 Mann Whitney 检验,双向无序资料采用卡方检验,

$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证型与病理分级分析 在 488 例病例中, Lee 氏 I 级 0 例, II 级 59 例 (12.1%), III 级 334 例 (68.4%), IV 级 79 例 (16.2%), V 级 16 例 (3.3%)。中医证型中阴虚证 196 例 (40.2%), 气阴两虚证 92 例 (18.9%), 脾肾两虚证 175 例 (35.9%), 其他 25 例 (5.1%)。

各证型在 Lee 氏分级上有显著差异 ($P < 0.01$), 阴虚证与气阴两虚证病理变化较轻以 Lee 氏 II、III 级为主 (86.2%, 90.2%), 脾肾两虚证病理变化较重以 Lee 氏 III、IV 级为主 (85.1%)。见表 1。

表 1 中医证型与 Lee 氏分级分布比较 [例 (%)]

中医证型	n	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
阴虚	196	0	30 (15.3)	139 (70.9)	25 (12.8)*	2 (1.0)#
气阴两虚	92	0	10 (10.9)	73 (79.3)	7 (7.6)*	2 (2.2)*
脾肾两虚	175	0	15 (8.6)	108 (61.7)	41 (23.4)	11 (6.3)
其他	25	0	4 (16.0)	14 (56.0)	6 (24.0)	1 (4.0)

注:与脾肾两虚证相比, * $P < 0.05$, # $P < 0.01$ 。

2.2 中医证型与兼证分析 各证型在有无兼证上存在显著性差异 ($P < 0.01$), 阴虚证与气阴两虚证、脾肾两虚证在有无兼证上存在显著性差异 ($P < 0.01$ 、 $P < 0.05$)。阴虚证与气阴两虚证、脾肾两虚证在兼浊毒、水湿、血瘀比例上有显著性差异 ($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 中医兼证分布表 [例 (%)]

中医证型	n	湿热	浊毒	水湿	血瘀	无
阴虚	196	76 (15.6)	1 (0.2)	10 (2.0)	6 (1.2)	103 (21.1)
气阴两虚	92	46 (9.4)	12 (2.5)*	1 (0.2)*	1 (0.2)*	32 (6.6)*
脾肾两虚	175	76 (15.6)	31 (6.4)*	4 (0.8)*	3 (0.6)*	61 (12.5)#
其他	25	6 (1.2)	0	3 (0.6)	3 (0.6)	13 (2.7)
合计	488	204 (41.8)	44 (9.0)	18 (3.7)	13 (2.7)	209 (42.8)

注:与阴虚证相比, * $P < 0.01$, # $P < 0.05$ 。

2.3 脾气虚证与病理分级分析 在 488 例患者中, 有 233 例患者出现了疲倦乏力或浮肿、纳少、腹胀、大便溏、舌质淡红、有齿痕、苔薄白、脉缓或弱等脾气虚的临床表现。在对 233 例患者脾气虚证与病理分级关系进行分析时发现, 脾气虚证以 Lee 氏 II、III、IV 级为主 (99.6%)。见表 3。

表 3 脾气虚证与 Lee 氏分级分布 [例 (%)]

中医证型	n	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
脾气虚	233 (47.7)	0 (0)	27 (5.5)	185 (37.9)	20 (4.1)	1 (0.2)

3 讨论

IgAN 是以 IgA 为主的免疫复合物在肾小球系膜区或(和)毛细血管袢沉积为主要特征的一组临床病理综合征, IgAN 在临床、病理形态上表现多样, 不同患者治疗的反应和预后有很大的差异。循证医学证

据证实, 许多 IgAN 患者疾病呈进行性发展, 部分患者最终进展为终末期肾病。有文献报道, 最终进展到终末期肾病的患者比例高达 10%~30%^[1]。中医学对 IgAN 并无专门论述, 许多医家认为本病多因先天禀赋不足、后天失养, 加之感受外邪发病, 出现阴虚、气阴两虚、脾肾两虚等证型。多数学者通过肾穿刺活检病理与中医辨证分型进行相关性研究。

在对我院肾病中心 488 例 IgAN 患者中医证型与病理分级关系进行分析时, 参照了 2013 年中国中西医结合学会肾脏疾病专业委员会《IgA 肾病西医诊断和中医辨证分型的实践指南》^[2], 将 IgAN 中医辨证分为阴虚证、气阴两虚证、脾肾两虚证 3 个证型; 兼证分为湿热、浊毒、水湿、血瘀四型。中医证型中阴虚证最多 (40.2%), 其次为脾肾两虚证及气阴两虚证 (分别占 35.9% 和 18.8%), 兼证中湿热最常见 (41.8%), 其次为浊毒 (9.0%)。阴虚证与气阴两虚证病理变化较轻以 Lee 氏 II、III 级为主 (86.2%、90.2%), 脾肾两虚证病理变化较重以 Lee 氏 III、IV 级为主 (85.1%)。

研究中发现气阴两虚证和脾肾两虚证中有很大比例患者以脾气虚为主要表现, 占两型总数的 87.3%。但尚没有学者提出以脾气虚证作为独立证型, 故重视脾气虚在 IgAN 发生、发展中的作用或可成为中医药治疗 IgAN 的又一有益思路。脾乃后天之本, 气血生化之源, 主运化水谷精微和运化水液。《类证治裁》云:“诸血皆统于脾”, 若因禀赋不足、感受外邪、劳累过度、饮食不节等因素, 致脾气虚弱, 脾失健运, 固摄无权, 则可出现一系列病理变化。脾气虚弱, 统摄无权, 血溢脉外, 经膀胱而出, 故见尿血。《灵枢·口问》曰:“中气不足, 溲便为之变也。”, 蛋白质属人体精微物质, 若脾气下陷, 谷气下流, 则可出现蛋白尿。《素问·至真要大论》云:“诸湿肿满, 皆属于脾。”, 脾失健运, 转输失职, 水液运化失司, 水聚于内, 泛溢肌肤, 则可见水肿。可见 IgAN 血尿、蛋白尿、水肿的发生与脾气的关系密切, 脾气虚在 IgAN 发生、发展中占有重要地位^[3]。笔者曾以补脾益气为治则, 自拟补脾益气汤治疗 55 例 IgAN 患者, 尿红细胞数、尿蛋白定量显著减少, 中医证候明显改善 ($P < 0.05$)^[4]。

本研究总结我院肾病中心 9 年来 IgAN 患者资料, 探讨 IgAN 中医辨证分型与肾脏病理分级的关系, 证实 IgAN 中医辨证分型与肾脏病理分级有一定的相关性, 中医辨证分型对于推断肾脏病理改变程度及预后有一定的参考价值。本研(下转第 7 页)

后评定两组患者治疗效果。

1.3 观察指标 观察两组患者治疗后的心血管事件发生情况、血管再通例数、再闭塞例数以及治疗前后的左室射血分数(LVEF)情况。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS18.0 统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心血管事件发生情况比较 观察组治疗后再发心肌梗死、梗死后心绞痛、死亡率、再闭塞发生率情况都明显低于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$; 两组血管再通率情况差异没有统计学意义, $P > 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组治疗后心血管事件发生情况比较[例(%)]

组别	n	再发心肌梗死	梗死后心绞痛	死亡	血管再通	再闭塞
对照组	60	2(3.33)	5(8.33)	5(8.33)	28(46.67)	10(16.67)
观察组	60	1(1.67)*	1(1.67)*	1(1.67)*	27(45.00)	4(6.67)*

注:与对照组相比,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 LVEF 比较 两组患者治疗前 LVEF 比较无统计学意义, $P > 0.05$ 。观察组患者治疗后 LVEF 明显优于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 LVEF 情况比较(% , $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	60	32.08± 5.24	33.94± 6.43
观察组	60	31.49± 5.42	48.04± 7.24*

注:与对照组相比,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者不良反应发生情况 观察组出现 5 例轻度出血,2 例腹痛、腹泻,1 例恶心,不良反应发生率为 13.33%;对照组出现 5 例轻度出血,不良反应发生率为 8.33%;两组比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。

3 讨论

急性心肌梗死会导致再发心肌梗死和死亡,患者的死亡率比较高^[3-4]。在临床上患者主要的症状为剧烈持续的胸骨后疼痛,全身出现不适和发热症状,伴有呕吐、腹胀等^[5]。对于急性心肌梗死患者采

用氯吡格雷联合阿司匹林进行治疗能够有效降低患者病死率,美国相关机构的研究确立了氯吡格雷联合阿司匹林在非 ST 段抬高心肌梗死治疗中的重要地位,但其对 ST 段抬高型心肌梗死患者的治疗效果,仍然没有得到确定^[6]。

阿司匹林能够不可逆地抑制血小板环氧化酶,从而避免血栓的发生,起到抑制血小板聚集、抗血栓的作用^[7]。血栓素 A_2 和二磷酸腺苷是两个导致血小板聚集的因素,氯吡格雷能够抑制二磷酸腺苷介导血小板的激活,最终起到抑制血小板活化和聚集的作用,从而起到有效改善冠脉血流的作用^[8]。低分子肝素钠具有持久的抗血栓形成作用,是预防和治疗血栓栓塞性疾病的新药,属抗凝血、抗血栓形成药,血液透析或血液过滤时,用于防止体外循环过程中血液凝固及预防血栓形成。三种药物合用相互协作,互补治疗,效果显著。在本次研究中观察组患者采用氯吡格雷联合阿司匹林治疗,在治疗后再发心肌梗死、梗死后心绞痛、死亡率和再闭塞发生率的情况都明显低于对照组患者,差异显著, $P < 0.05$ 。可见两种药物联用能够有效降低患者心血管事件发生率。综上所述,对于急性心肌梗死患者采取阿司匹林联合氯吡格雷治疗具有比较好的治疗效果,能够有效减少心血管事件的发生率,值得临床推广运用。

参考文献

- [1]艾庆,申强,包忠武,等.主动脉球囊反搏术在急性心肌梗死冠状动脉介入术中的应用价值[J].中国实用医刊,2014,41(7):108-109
- [2]李旭,王迪,罗世红.急性心肌梗死后心脏生物标志物的变化及其与左心功能和左心室重构的关系[J].中国实用医刊,2014,41(5):51-53
- [3]王志刚.急性心肌梗死后 ST 段持续性抬高的临床预后[J].中国实用医刊,2014,41(1):119
- [4]赵英丽.急性心肌梗死行 PCI 患者 hs-CRP 及 LDL-C 的检测及其与预后的关系[J].中国实用医刊,2014,41(1):79-80
- [5]王鑫,楚英杰.入院血糖对急性心肌梗死患者住院期间病死率影响的 Meta 分析[J].中国实用医刊,2014,41(1):20-22
- [6]王岚.急性心肌梗死行急诊经皮冠状动脉介入术的护理体会[J].职业卫生与病伤,2014,29(2):150-151
- [7]马建平.急性心肌梗死急性期合并右束支传导阻滞的临床分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(3):293-294
- [8]曹黎明,朱治山,关键伟.急性脑栓塞合并急性心肌梗死病人静脉溶栓治疗成功 1 例报道[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(2):253

(收稿日期:2014-08-14)

(上接第 2 页)究亦证实脾气虚在 IgAN 中占有重要地位,而注重治脾、补脾益气或可成为中医药治疗 IgAN 的又一重要治则治法。

参考文献

- [1]Li LS,Liu ZH.Epidemiologic data of renal diseases from China: analysis based on 13,519 renal biopsies [J].Kidney Int,2004,66(3):920-923
- [2]Lee SM,Rao VM,Franklin WA,et al.IgA nephropathy:morphologic;

predictors of progress IVe renal disease [J].Hum Pathol,1982,13(4):314-322

- [3]中国中西医结合学会肾脏疾病专业委员会.IgA 肾病中西医结合辨证分型的实践指南[J].中国中西医结合杂志,2013,33(5):583-585
- [4]易岚,孙伟,等.从脾论治 IgA 肾病[J].中国中医药信息杂志,2003,10(2):5-6
- [5]王今朝,何长远,耿嘉,等.自拟补脾益气汤治疗 IgA 肾病疗效观察[J].辽宁中医杂志,2014,41(7):1348-1349

(收稿日期:2014-09-24)