

慢性肾炎的中医辨证分型 与肾活检病理关系的初步探讨

上海第一医学院华山医院中医科 施赛珠 张玲娟

内容提要 本文通过对 43 例慢性肾炎进行了中医辨证分型与肾穿刺活检病理之间的对比观察, 说明慢性肾炎造成不同辨证分型是有不同物质基础的。本文还对慢性肾炎的中西医结合分型方法提出一些刍见。

我们对作过肾穿刺活检, 有完整病理及中医辨证资料的 43 例慢性肾炎的临床资料进行分析, 试以探讨慢性肾炎的中医辨证分型和病理诊断等方面的关系, 以便对今后临床治疗有一定的帮助。

方 法

一、病例选择: 根据 1978 年 12 月北戴河肾炎座谈会拟定的“原发性肾小球疾病的临床分类初步方案”的标准, 选择诊断明确, 资料完整的 43 例慢性肾炎作为分析对象, 其中男 22 例, 女 21 例。

二、中医辨证: 慢性肾炎有正虚与邪实两个方面, 且正虚与邪实常同时存在, 如脾肾阳虚者常伴有水湿逗留; 肝肾阴虚者可同时伴有湿热。本文注意分析正虚, 分脾气虚弱型, 脾肾阳虚型、肝肾阴虚型。在肾穿刺活检前先对患者进行中医临床辨证分型。

1. 脾气虚弱型: 乏力气短, 纳少便溏, 腰膝酸软, 舌胖, 苔薄白, 脉缓弱或细弱, 阴阳偏胜不显等。

2. 脾肾阳虚型: 形寒怕冷, 面色㿠白, 神疲纳少, 水肿明显, 可伴有胸腹水, 舌质淡胖, 苔白, 脉沉细无力。

3. 肝肾阴虚型: 头晕头痛, 目干耳鸣, 颧红面赤, 心烦失眠, 腰酸腿软, 口干尿赤, 大便干结, 易有咽干而痛, 舌红少苔, 脉细数。

三、肾功能及常规生化测定: 肾穿刺活检

前先给患者作血、尿常规, 24 小时尿蛋白定量, 抗“O”、血沉、体补 C₃, 尿 FDP, 血浆免疫球蛋白以及血肌酐、血尿素氮、肌酐清除率、酚红排泄试验等, 如肾功能基本上尚在正常范围或有轻、中度损害者, 作为选择肾穿刺活检的对象。

四、肾穿刺活体组织检查: 穿刺标本分为三部分, 分别作光镜、免疫荧光以及电镜进行观察分型。

结 果

一、中医辨证分型与临床分型及肾活检病理分型间的关系(见表 1)。

表 1 中医辨证分型与临床病理分型的关系

中医辨证分型	病例数	临床分型		病理分型			
		肾病型	肾炎型	局灶性肾炎	系膜增生性肾炎	膜型及膜增生性肾炎	系膜硬化型肾炎
脾肾阳虚型	12	7	5	1	1	6	4
肝肾阴虚型	24	6	18	1	14	2	7
脾气虚弱型	7	0	7	1	3	1	2
合 计	43	13	30	3	18	9	13

表 1 所示, 从病理分型来看, 脾肾阳虚型以膜型及膜增生型、系膜硬化型肾炎为多; 肝肾阴虚型以系膜增生性肾炎为多。从临床分型来看, 肝肾阴虚型表现为肾炎型为多, 脾肾阳

虚型表现为肾病型为多。

三、中医辨证分型与高血压、血尿、血浆免疫球蛋白、24小时尿蛋白定量的关系（见表2）。

表2 中医辨证分型与高血压、血尿、血浆免疫球蛋白、24小时尿蛋白定量的关系

中医辨证分型	高血压 舒张压>95mmHg		血尿		血浆免疫球蛋白 IgG<760mg%		24小时尿蛋白量	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	克(均数)
脾肾阳虚型	2/12	16.6	4/12	33.3	5/9	55.5	10/12	5.35
肝肾阴虚型	10/24	41.6	14/24	58.3	4/16	25	18/24	2.77
脾气虚弱型	1/7	14.2	2/7	28.6	3/7	42.8	4/7	1.49

注：凡舒张压>95mmHg以上者为血压增高。凡小便沉渣显微镜检红细胞>5个/高倍视野至肉眼血尿皆列入血尿。血浆免疫球蛋白IgG正常值为760~1,660mg%。

表2所示：脾肾阳虚组的24小时尿蛋白量明显多于肝肾阴虚组。血浆免疫球蛋白降低的例数确高于肝肾阴虚组。但以高血压与血尿患病率来看则相反，肝肾阴虚组的高血压及血尿患病率高于脾肾阳虚组。

中医辨证分型与其他化验结果之间似无明显关系。

讨 论

一、中医辨证分型与肾活检病理之间的关系

慢性肾炎的病理分型，以局灶性肾炎、弥漫性系膜增生性肾炎、膜型肾炎、膜增生性肾炎、系膜硬化型肾炎较多见，其他如终末性肾炎、新月体型肾炎亦可见到。本组观察肾穿刺活检病理与一般临床症状间似乎无明确的关系，但发现中医辨证分型与肾活检病理间似有一定的关系。从43例慢性肾炎病理分型分析，最多见的是弥漫性系膜增生性肾炎，占18例，在此18例中辨证属于肝肾阴虚型有14例，次之是系膜硬化型肾炎，此型中医辨证分型资料分散，难以讨论，再次为膜型及膜增生型肾炎，占9例，其中6例辨证为脾肾阳虚型。上

述资料，看出系膜增生性肾炎辨证为肝肾阴虚型最多，膜型及膜增生型肾炎易表现为脾肾阳虚型。再从按中医辨证分型资料来看，属肝肾阴虚型者有24例，其在病理上属于系膜增生型有14例，系膜硬化型7例，膜型及膜增生型2例，局灶性肾炎1例，初步提示，肝肾阴虚型者在病理上有半数可能属于系膜增生型。与脾肾阳虚型相比，12例中仅1例为系膜增生型肾炎，二者似有很大的差异。12例脾肾阳虚型中属于膜型、膜增生型占6例，而24例肝肾阴虚型中，属膜型及膜增生型仅2例，二者亦似有明显的差异。

二、中医辨证分型与临床表现之间的关系
血尿、蛋白尿的程度，高血压的发生率及血浆免疫球蛋白降低在各型之间似有一定的差异。脾肾阳虚组的尿蛋白定量明显高于肝肾阴虚组，血浆免疫球蛋白IgG值低于肝肾阴虚组。脾肾阳虚者在临床上常见有面目虚浮或浮肿、肢肿、面色晄白、形寒肢冷等一些阴寒之表现，其形成的病机与血浆白蛋白的丧失是有一定关系的。

血浆免疫球蛋白IgG量的降低，在脾肾阳虚组较明显，可考虑作为慢性肾炎脾肾阳虚型的一项辨证的客观指标。血浆免疫球蛋白的降低是由于其渗漏于尿。脾肾阳虚型患者往往易受感冒，感冒后易诱发肾炎反复发作，可能与血浆免疫球蛋白降低有关。

肝肾阴虚组的血尿发生率及高血压发生率高于其他二组，肝肾阴虚型在临床上表现有面红咽干，头胀目眩，尿少短赤等热性症状，似与血尿及高血压症状有关，因此血尿，高血压亦可考虑作为慢性肾炎肝肾阴虚辨证依据之一。

三、对中西医结合分型的一些刍见

根据以往的临床实践与本组病例肾穿刺活检病理与有关化验的结合分析，慢性肾炎的中西医结合分型可分为四型：（1）脾肾阳虚型：面目虚浮或晄白，下肢水肿或全身浮肿，畏寒肢冷，舌淡胖，边有齿痕，常伴有低蛋白血症、血浆免疫球蛋白IgG的降低，尿蛋白大量的丧失，镜下血尿轻度或不明显，血压多数为正

常, 肾功能正常或有中等度的损害, 亦可能伴有心功能的不全, 肾病型常属此型, 长期服用皮质激素后可以转化为肝肾阴虚型。肾穿刺活检病理, 以膜型、膜增生型、系膜硬化型为多, 系膜增生型在此型中亦可见到。(2) 肝肾阴虚型: 头晕目眩, 心烦失眠, 血压偏高或增高, 常伴湿热, 容易感染, 咽喉红痛, 尿常规中以红细胞为多, 亦可有持续性蛋白尿, 肾功能正常或可异常, 苔腻舌红, 常见于系膜增生型肾炎, IgA 肾病亦常属此类。(3) 脾气虚弱型: 腰膝酸软, 神疲乏力, 有轻度浮肿或无浮肿, 尿蛋白定量不多或有镜检血尿, 肾功能大

致正常, 以肾炎型为多见。在病理上各型均可见到, 多见于微小病变型, 局灶性肾炎及系膜增生性肾炎。(4) 肾阳衰退型: 面色黧黑萎黄, 唇舌肌肤有瘀点, 尿少肢肿, 纳差泛恶, 肾功能减退, 血中氮质滞留, 脉弦或数, 临床上可进入肾功能失代偿期, 可能较多见于膜增生性肾炎, 膜性肾病, 系膜硬化型及有局灶新月体形成的系膜增生性肾炎等。本组由于病例数尚不多, 以及微量蛋白尿及尿毒症病人未选择为肾穿刺活检的对象, 因此对慢性肾炎的中医辨证分型与肾活检的病理关系, 只能作初步的探讨。

益气活血注射液治疗急性心肌梗塞 224 例 随机分组疗效观察(摘要)

1981 年 1 月 1 日~12 月 31 日, 北京地区九家医院共同观察益气(黄芪、党参、黄精)、活血(赤芍、丹参、郁金)两种注射液治疗急性心肌梗塞的临床疗效。按照 WHO 制定的诊断标准, 要求将发病 72 小时内入院确诊为急性心肌梗塞的病例随机分为两组, 即益气活血注射液静脉滴注配合西药治疗者为中西医结合组, 以单纯西药治疗者为对照组, 两组病例常规心电图监测及西药治疗基本相同, 在此基础上, 中西医结合组病例要求入院后 6 小时内尽快使用益气活血注射液(各 10ml 加入 5% 葡萄糖液 250ml 混合静脉滴注), 每天 2 次, 7 天为一疗程, 一周后改为益气活血方水煎剂口服, 连续 3~4 周, 病情及疗效观察采用北京地区冠心病协作组急性心肌梗塞登记表记录, 本文根据严格随机分组的 224 例临床资料进行总结。

两组病例在性别、年龄及职业分布方面无显著差异, 男性多于女性, 前者两组合占 71%, 年龄 60 岁以上者合占 54%, 职业以工人为最多, 两组合占 70.5%; 梗塞部位两组均以前壁(包括广泛前壁)、前间壁、下壁为最多, 两组合占 75%, 两次以上梗塞及再次梗塞者两组情况亦基本一致; 合并病高血压两组合占 53.3%、其次为脑血管病与糖尿病, 三种合并病的比率两组亦无显著差异。两组病例的病情及临床资料有可比性。

从并发症及死亡情况来考察两组的临床疗效, 中西医结合组 112 例, 死亡 8 例, 病死率为 7.1%; 对照组 112 例, 死亡 14 例, 病死率为 12.5%, 但尚无

显著差异($P>0.1$); 中西医结合组入院后一周内早期病死率显著低于对照组($P<0.001$); 从死亡原因来看, 对照组死于休克、心力衰竭者 9 例, 占该组死亡病例数的 64.3%, 占该组休克、心力衰竭病例数 14.8%; 中西医结合组死于休克、心力衰竭 2 例, 占该组死亡病例数 25%, 占该组休克、心力衰竭病例 34.9%, 其主要死亡原因为室颤、骤停, 感染及脑血管并发症($P<0.001$)。同时, 中西医结合组发生于治疗中的并发症, 即低血压、休克病例数及发生率均低于对照组($P<0.1$), 而治疗中发生心力衰竭者明显低于对照组($P<0.001$); 两组病例均出现各种类型的心律失常, 以房性早搏、房颤、室性早搏为最多见, 阵发性室速、II~III°房室传导阻滞、室颤及心脏骤停等严重心律失常的发生率, 两组似无显著差异($P>0.5$)。

临床资料的研究结果表明, 本方对急性心肌梗塞伴低血压、休克、心力衰竭等并发症具有一定防治作用, 降低了一周内早期病死率, 改善了部分患者的预后; 实验研究结果表明, 本方能提高实验动物的耐缺氧能力, 增加心肌血流灌注, 对缺血心肌具有一定的保护作用, 减轻缺血损伤程度, 缩小梗塞范围等效果, 提示了药效的可能机制, 因而, 应用益气活血注射液中西医结合治疗急性心肌梗塞是一条可取的途径。

(参加单位: 中医研究院西苑医院、北京医学院第一附属医院、第三附属医院、首都钢铁厂职工医院、北京市同仁医院、中国人民解放军海军总医院、307 医院、北京铁路医院、北京市第二医院。整理者: 陈可冀、钱振淮、董泉珍、涂秀华、陶书云。指导: 陶寿淇)

**Research on the Mechanism of Pulling and Shaking Manipulation to
Treat Lateral Condyle Humerus Fracture**

Kong Fanjin (孔繁锦), et al

Department of Orthopedics, Anhui Provincial Hospital, Hefei

From June 1978 to December 1982, the authors used pulling and shaking manipulation for the first time to treat 34 children with lateral condyle humerus fracture. All but two of these patients got satisfactory reduction. One of the two unsatisfactory cases sought treatment 13 days after the fracture and the other with marked swelling. The mechanism of reduction was studied through clinical observation, fluoroscopic video tape analysis and direct observation in surgical operation. The result is as follows: (1) Manipulation analysis: prone and supine pulling and shaking manipulation was employed to pull the bony fragment toward lateral elbow side. It turned the bony fragment medially and enlarged the angle to the maximum and then reduced the bony fragment to the original position by pressing it with the thumb. (2) The manipulation corrected the bony fragment position by pulling the common tendon of extensor muscles, and pulling and shaking through pronation and supination drew the bony fragment to a straight line. Pronation or supination had to be decided according to the position of bony fragment. If the bony fragment was located at elbow anterior, supination was used. If it was located at elbow posterior, pronation was used. The purpose of pulling or shaking was to widen the joint space and make the extensor muscle group have pulling action. (3) The authors proved that although the strong muscular contraction might make the bony fragment turn over, it could stimulate the contraction force to turn the bony fragment over again if the latter was wrongly placed for proper reduction. (4) Accurate and adequate thumb press was the key to success. At first, the bony fragment was fixed and drawn in a straight line, and then after pulling and shaking so as to increase the medial turn to maximum, it was pressed with the thumb to the right place for reduction.

(Original article on page 411)

**A Preliminary Study on the Correlation Between Types of Chronic Glomerulonephritis
Classified by TCM and Pathologic Findings of Renal Biopsy**

Shi Saizhu (施赛珠), Zhang Lingjuan (张玲娟)

Department of TCM, Huashan Hospital Affiliated to the Shanghai First Medical College

Forty-three cases of chronic glomerulonephritis have been studied. 14 of 18 patients with mesangial proliferative glomerulonephritis belong to the type of deficiency of Yin of liver and kidney (DYLK). Most patients with membranous and membranoproliferative glomerulonephritis are found to be of the type of insufficiency of Yang of the spleen and kidney (IYSK). The correlation between clinical manifestations and classification of symptom-complexes based on TCM has been analysed. The quantity of proteinuria in patients with IYSK is markedly higher than that in patients with DYLK, while the quantity of serum immunoglobulin in patients with IYSK is lower than that in patients with DYLK. The incidence of hematuria and hypertension is high in patients with DYLK. It indicates that there are different pathologic findings in various types of chronic glomerulonephritis classified by TCM. The methodology of classification with a combination of traditional Chinese medicine and western medicine is discussed in this paper.

(Original article on page 414)

**The Value of Urine-Osmotic Pressure Measurement in the Differentiation
of Yin, Yang, Deficiency and Excess Syndromes**

Song Yiting (宋一亭), et al

Inner Mongolia Institute of TCM, Huhehaote

Using the urine-osmotic pressure value as an index we have observed the relationship between differentiation of syndromes according to TCM and the levels of urine-osmotic pressure in 110 cases. It has been found that the mean values of the urine-osmotic pressure of the Yang-insufficiency group, the Yang-insufficiency complicated with excess group, the deficiency of both Yin and Yang group and the deficiency of both Yin and Yang complicated with excess group are significantly lower than the value of the control group ($P < 0.01$ or $P < 0.05$); and the values of all deficiency-syndrome groups and deficiency complicated with excess groups are significantly lower than that of the excess-syndrome group ($P < 0.01$ or $P < 0.05$); and the values of the Yang-insufficiency group and the deficiency of both Yin and Yang group are significantly lower than that of the Yin-deficiency group ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). Those results suggest that the measurement of the urine-osmotic pressure may serve as an important reference to the differentiation of Yin, Yang, deficiency and excess syndromes.

(Original article on page 417)