

35例原发性肾病综合征中医辨证分型 与病理类型的相关性研究

中国中医研究院研究生院(北京 100091) 刘宏伟 时振声 耿福太*

内容提要 对经过肾穿刺活检确诊的 35 例原发性肾病综合征患者进行了中医辨证分型与病理类型的相关性研究。结果表明:阳(气)虚型在肾病综合征中并非多见,本组仅占 17.1%;阴虚型与系膜增殖性肾小球肾炎有一定的内在联系;肾病综合征可见于多种病理类型,如系膜增殖性肾小球肾炎是肾病综合征 I 型最常见类型之一。而且,中医分型与血浆白蛋白及 24h 尿蛋白定量也有一定内在联系的趋势。

关键词 肾病综合征 中医分型 病理类型。

随着肾活检的广泛开展和病理诊断水平的不断提高,我国原发性肾小球疾病的诊断水平已从单纯地根据临床表现转到结合组织形态学及免疫病理学进行分析的阶段,这是我国肾炎研究的一项重大发展。为了揭示中医辨证分型与肾活检病理类型的内在联系,以期为辨证提供病理方面的客观指标,进而提高临床治疗水平,我们开展了原发性肾小球疾病中医辨证分型与病理类型的相关性研究,现就 35 例原发性肾病综合征的研究资料报告如下。

研究方法

一、病例选择

全部病例均系住院患者,根据 1985 年第二次全国肾病会议修订的肾小球疾病临床分型意见,诊断为原发性肾病综合征 I 型 27 例, II 型 8 例。全部病例于肾穿刺活检前做血、尿常规,24 小时尿蛋白定量、补体 C₃、免疫球蛋白、蛋白电泳、肝功能、血脂、白蛋白与球蛋白比率(A/G)、血尿素氮(BUN)、Scr、Ccr、PSP,血、尿渗透压,抗核抗体、红细胞位相、尿白细胞分类、血、尿 β_2 -MG、出凝血时间、凝血酶原时间、血小板计数、B 超、肾图等。然后根据肾穿适应症,决定肾穿对象。并排除继发性肾病综合征,如 SLE、糖尿病、淀粉样变

等等。而且,所有病例均在肾穿前进行中医辨证分型(由专人负责)。

二、一般资料

本组 35 例中,男性 23 例,女性 12 例,年龄最小者 15 岁,最大者 62 岁,其中 <20 岁者 5 例;20~30 岁者 13 例;31~40 岁者 6 例;>40 岁者 11 例,平均年龄 42.9 岁。病程从发病到肾穿刺最短者 1 月,最长者 10 年,其中 <6 月者 19 例;6~12 月者 6 例;>12 月者 10 例。

三、中医辨证分型

参照 1977 年北戴河会议及 1986 年全国第二次中医肾病学术交流会的试行方案,结合我们的临床经验以及肾穿刺的适应证,并突出正虚为本的特点,我们分为以下三型。

1. 阳(气)虚型(脾肾阳气虚):形寒肢冷,面色㿔白,神疲乏力纳差,水肿明显,腰脊冷痛,性功能减退,便溏,舌淡嫩而胖大,边有齿痕,苔白,脉沉细或沉迟无力。

2. 阴虚型(肝肾阴虚):头晕耳鸣,心烦失眠,手足心热,腰酸腰痛,两目干涩或视物模糊,口干咽燥,尿黄便干,舌质红少苔,脉弦数或细数。

3. 气阴两虚型:面色少华,短气乏力或易感冒,肢冷而手足心热,口干咽燥或咽干咽痛,腰脊酸痛,大便时干时稀,舌淡红有小齿痕。色白润,脉弦细或细弱。

四、肾穿刺活体组织检查

* 齐齐哈尔市第一建筑工程公司职工医院

肾穿刺标本分为三部分，分别进行光镜、免疫荧光、电镜等观察。并按1982年世界卫生组织(WHO)拟定的肾小球疾病病理分类法进行病理诊断，但将IgA肾病列入原发性肾小球疾病。

结 果

一、35例原发性肾病综合征的中医分型

在本组35例原发性肾病综合征中，属Ⅰ型者27例，其中阴虚型15例，占55.6%；气阴两虚型8例，占29.6%；阳(气)虚型4例，占14.8%。可见临床表现为肾病综合征Ⅰ型的患者与中医分型中的阴虚型似有一定关联。在属Ⅱ型的8例中，阴虚型3例，气阴两虚型3例，阳(气)虚型2例，可见Ⅱ型与中医分型关系似不明显，可能与病例数较少有关，有待今后继续进一步研究。

二、中医辨证分型与肾活检病理类型之间的关系

我国肾小球疾病常见的病理分型有轻微肾小球病变、局灶性/节段性病变、弥漫性肾小球肾炎(膜性、增生性、新月体性、硬化性)等等。在18例阴虚型中，系膜增生性肾小球肾炎7例，膜性肾病5例，轻微病变4例，新月体性肾炎、局灶硬化性肾炎各1例；在11例气阴两虚型中，系膜增生性肾炎4例，轻微病变3例，IgA肾病2例，膜性肾病、膜增生性肾炎各1例；在6例阳(气)虚型中，膜增生性肾炎2例，微小病变、轻微病变、系膜增生性肾炎、膜性肾病各1例。可见系膜增生性肾小球肾炎与阴虚型似有一定关联。

三、临床分型与病理分型的关系

在27例Ⅰ型患者中，系膜增生性肾小球肾炎11例，轻微病变8例，膜性肾病6例，微小病变、局灶硬化性肾炎各1例；在8例Ⅱ型患者中，膜增生性肾炎3例，IgA肾病2例，系膜增生性肾小球肾炎、膜性肾病、新月体性肾炎各1例。提示系膜增生性肾小球肾炎多见于肾病综合征Ⅰ型，轻微病变和膜性肾病亦多见于肾病综合征Ⅰ型；而膜增生性肾小球肾炎和

IgA肾病则多见于肾病综合征Ⅱ型。

四、中医辨证分型与血浆白蛋白和24h尿蛋白定量的关系：见表1。

表1 中医分型与血浆白蛋白和尿蛋白定量的关系 ($\bar{x} \pm S\bar{x}$)

组 别	例数	血浆白蛋白 (mg%)	24h 尿蛋白 定量(g)
阴 虚 型	18	2.61 ± 1.59	5.62 ± 2.74
气阴两虚型	11	2.49 ± 0.55	6.82 ± 1.80
阳(气)虚型	6	2.42 ± 0.08	7.97 ± 3.02

由上表可见中医分型与血浆白蛋白和24h尿蛋白定量似有一定的关联，即血浆白蛋白均值为阴虚型>气阴两虚型>阳(气)虚型；而24h尿蛋白定量均值为阴虚型<气阴两虚型<阳(气)虚型。虽经统计学处理无明显差异，但有一定的趋势，可能与临床病例数较少有关，尚须今后深入研究。

讨 论

一、肾病综合征的中医辨证论治，国内屡有报道，然原发性肾病综合征中的中医辨证与病理类型的联系尚无人作专篇报道，为此我们开展了此项研究。从本组病例来看，阳(气)虚型(脾肾阳气虚)者仅6例，占全部病例的17.1%，并非多见，与既往人们认为本病以脾肾阳虚为多见的观点不符。分析其原因可能是随着时代的变迁，人的体质亦发生了变化，加之药源性因素的影响，使中医证型发生了转化。如本组病例在肾穿前有25例患者曾不同程度地使用过激素、细胞毒类药物以及中药温阳药，与未用的患者相比，阴虚型和气阴两虚型显著增多。提示激素类药物有伤津耗气的副作用，应引起充分的重视，亦说明“药源性证”对中医辨证的影响极大。

二、据1984年我国肾穿刺活检的病理检查分析，系膜增生性肾小球肾炎发病率高达39.8%，在构成肾病综合征的类型中，同样以系膜增生性肾小球肾炎为主。本组35例中，系膜增生性肾小球肾炎12例，占34.28%，与文献报道相近。本结果提示，系膜增生性肾小球

肾炎似与阴虚型有一定的内在联系, 12例系膜增生性肾小球肾炎中, 阴虚型 7 例, 占58.33%; 而 18 例阴虚型中, 系膜增生性肾小球肾炎 7 例, 占 38.89%, 与其他病理类型有一定的差异。我们在临床上采用滋肾活血清利的中药治疗系膜增生性肾小球肾炎取得了一定的疗效, 从而从治法上亦反证系膜增生性肾小球肾炎与阴虚是有一定的内在联系。其次, 气阴两虚型多见于 IgA 肾病、系膜增生性肾小球肾炎和轻微病变; 而膜性肾病和轻微病变也多表现为阴虚型, 与有人认为膜性肾病多见于阳虚的观点不符, 可能与本组患者在肾穿刺前多用过激素类药物有关。此外, 因本组多为成人病例, 故微小病变仅有 1 例属于阳(气)虚型。

三、既往认为肾病综合征 I 型多表现为微小病变和轻微病变, 但本组结果则提示肾病综

合征患者的病理可涉及许多病理类型, 本结果提示系膜增生性肾小球肾炎是肾病综合征 I 型最常见的病理类型之一, 其次为轻微病变和膜性病变; 而膜增生性肾小球肾炎则多表现为 II 型。此外, 本结果还提示中医分型与血浆白蛋白和 24h 尿蛋白定量有一定内在联系的趋势, 有待于今后的继续研究。

总之, 积极开展肾活检病理诊断, 探讨病理分型与中医分型的内在联系, 有利于深入了解原发性肾病综合征的中医辨证的客观指标, 研究中医证型间的演变规律, 探索中医证型的现代病理学基础, 并为原发性肾病综合征的微观辨证提供更多的科学资料, 以利于提高其临床治疗水平。

(本研究得到北京医科大学肾脏病研究中心的大力支持, 特表谢忱)

按摩梨状肌治疗遗尿症60例临床报告

空军桂林医院(广西 541003) 颜云初

笔者在用按摩梨状肌的方法治疗梨状肌损伤患者的过程中, 意外地发现: 在治疗梨状肌损伤的同时, 治愈 3 名合并有遗尿症的青年患者。然后将梨状肌按摩术常规用来治疗遗尿症, 取得满意的效果。此治疗方法无需特殊设备、操作简单、疗效高、适用于各基层医疗单位开展。

临床资料 本组 60 例年龄 4~7 岁 18 例, 8~14 岁 32 例, 15~20 岁 10 例; 男性 42 例, 女性 18 例。全部患者均无泌尿系统器质性疾病, 每晚遗尿次数为 3~8 次, 父或母有遗尿病史者 12 例。

治疗方法 患者俯卧位, 两下肢取外展位伸直, 两踝关节取外展、外旋位, 两脚跟间距与患者两肩关节间距等宽, 使臀部肌肉和梨状肌处于松弛状态。医者立于患者右侧, 于右侧髂后上棘与股骨大转子连线的中外 1/3 交点处, 以左手拇指末节指腹用力下压, 通过臀大肌、臀中肌, 触摸到梨状肌肌腹, 再用力下压梨状肌, 并与该肌纤维成垂直方向来回弹拨 10~15 次, 然后与该肌纤维成平行方向由内向外作理筋手法 10~15 次, 最后与该肌纤维成平行方向作镇定手法持续 30s。右侧梨状肌按摩结束后, 医者换立于患者左侧, 以右手拇指末节指腹, 对左侧梨状肌同样进行弹拨、理筋、镇定三步手法治疗。以上治疗每天 1

次, 至遗尿症消失后继续巩固治疗 2~3 次。

结果 两侧梨状肌按摩 1 次后, 遗尿次数减少、每次尿量增加, 或尿床时, 刚开始排尿即能醒来自行上厕所排尿者共 10 例, 占 16.67%。治疗次数最少为 3 次, 最多为 12 次, 平均治疗次数为 7.4 次。治愈 50 例, 治愈率为 83.33%。其中 42 例男性治愈 34 例, 治愈率为 80.95%; 18 例女性患者治愈 16 例, 治愈率为 88.89%。18 例 4~7 岁患者治愈 12 例, 治愈率 66.67%; 32 例 8~14 岁患者治愈 28 例, 治愈率 87.87%; 10 例 15~20 岁患者治愈率 100%。60 例中有 3 例 6~12 岁智能低下患者, 无 1 例治愈。

讨论 梨状肌按摩治疗遗尿症, 能取得满意的效果, 可能是通过对梨状肌的按摩刺激, 向心性传导, 引起大脑皮质兴奋性增高, 大脑皮质对副交感神经排尿中枢的抑制, 调节能力也就得到增强, 从而达到治疗目的。伴有智能低下的 3 例患者, 均治疗无效, 也可能与此类患者大脑皮质对副交感神经中枢的抑制能力更差有关。男性患儿治愈率低于女性患儿, 可能与男孩白天活动量大, 晚间大脑皮质本身所处抑制程度较女孩深有关。所以治疗期间, 应嘱患儿父母, 不要让患儿白天过度疲劳或过度兴奋, 或白天适当给予一定的镇静剂, 以配合治疗。