

慢性肾炎中医辨证分型的探讨

兰州医学院第二附属医院中医科肾病组 (兰州 730030)

刘宝厚 徐景芳 崔笑梅 刘 新

俞培钧 孙少玲 高人佑 席玉珍

我组自1982~1989年间通过对130例慢性肾炎患者的西医诊断、中医辨证的方法,结合15项实验室检查指标,对本病的中医辨证分型进行了研究,现报告如下。

资料与方法

一、临床资料

本文130例均符合北戴河肾炎座谈会的临床分类、诊断标准〔中华内科杂志1978;17(2):135〕,均属住院患者。男91例;女39例;年龄15~56岁,平均28.7岁;病程1~5年69例,6~10年37例,10年以上24例。西医分型:普通型67例,高血压型37例,肾病型26例。

二、中医辨证分型标准

本组病例的中医辨证分型均于患者入院后通过询问病史,检查填写病历表格,在第一次查房时由三级医师共同确定,其标准是:

1. 本证: (1) 肺脾气虚型 (54例): ①面浮肢肿,面色萎黄。②少气无力。③纳差或腹胀。④易感冒。⑤舌淡胖嫩,苔白润,脉细弱。

(2) 脾肾阳虚型 (41例): ①浮肿明显,面色㿔白。②畏寒肢冷。③腰困膝软或足跟痛。④神疲纳呆或便溏。⑤性功能失常(遗精、阳萎、早泄)或月经失调。⑥舌胖色淡,有齿印,苔润,脉沉细或沉迟无力。

(3) 肝肾阴虚型 (35例): ①目睛干涩或视物模糊。②头晕耳鸣。③五心烦热,口干咽燥。④腰脊酸痛或梦遗或月经失调。⑤舌红少苔,脉细数或弦数。

以上三型中,凡具备三项以上症状或体征者即可确诊。

2. 标证: 凡具备其中任何一项者,即可确诊。

(1) 风邪: 有风寒或风热。

(2) 水湿: 全身中度以上水肿或胸腹水。

(3) 湿热: ①咽喉肿痛。②皮肤疖肿或疮疡。③脘闷、纳呆、口干不欲饮、舌苔黄厚腻。④小便黄赤灼热或涩痛、不利。

(4) 血瘀: ①面色黧黑或晦暗。②舌色紫暗或有瘀点、瘀斑。③腰痛固定或呈刺痛。④尿纤维蛋白降

解产物(FDP)含量升高。⑤血液流变学检测全血粘度或血浆粘度升高。

(5) 湿浊: ①纳呆、恶心或呕吐。②精神萎靡或嗜睡。③血尿素氮、肌酐升高。④酸中毒、电解质紊乱。

辨证分型时须标本结合,以本为主,如肺脾气虚兼风寒或风热证;脾肾阳虚兼水湿或湿浊证;肝肾阴虚兼湿热证等。

三、实验检查内容

全部病例除按常规作血尿常规,24小时尿蛋白定量、血三脂、血浆蛋白及蛋白电泳、血肌酐、尿素氮、血沉、内生肌酐清除率等检查外,部分病例增作了血清免疫球蛋白,血清补体C₃及尿C₃,尿FDP,尿蛋白聚丙烯酰胺凝胶电泳及血液流变学等检查。

结 果

一、血清免疫球蛋白含量测定

从表1看,三型患者IgG和IgA值除肝肾阴虚型IgA与健康人无明显差异外,其余均较健康人显著为低;IgM值除肝肾阴虚型偏低外,其余两型均较健康人明显升高。三型相互之间,IgG和IgA低下,在肺脾气虚和脾肾阳虚(合称阳虚)之间无明显差异($P>0.05$),但此二型与肝肾阴虚型(阴虚)相比,均有显著差异($P<0.01$)。IgM值在三型之间均有明显差异,但以阳虚和阴虚之间的差异更为显著($P<0.01$)。

表1 118例患者血清免疫球蛋白测定结果 ($\bar{x}\pm S$)

组 别	例 数	IgG	IgA	IgM
(mg/ml)				
健康组	60	11.00±2.50	2.00±0.50	1.60±0.50
肺脾气虚	59	9.13±1.43**	1.06±0.23**	1.78±0.53*
肝肾阴虚	34	10.67±0.85*	1.85±0.64	0.92±0.41*
脾肾阳虚	25	8.75±1.87**	0.91±0.38**	1.97±0.52**

注:与健康组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

二、补体C₃测定

本组96例患者血清C₃下降者占27.08%,其中以脾肾阳虚型下降最多(12/18例),肝肾阴虚型次之

(9/22例), 肺脾气虚型最少(5/37例), 三型之间有明显差异($\chi^2=7.04, P<0.05$)。63例患者尿C₃测定阳性率为50.79%, 其中以脾肾阳虚型阳性率最高(15/21例), 肝肾阴虚型次之(11/19例), 肺脾气虚型较少(16/23例), 三型之间差异显著($\chi^2=9.55, P<0.01$)。

三、血液流变学测定

从表2可见, 在慢性肾炎发病过程中患者体内或

肾脏局部产生不同程度和不同特点的血液高粘状态, 反映在中医辨证分型上的特点是: 肺脾气虚型和肝肾阴虚型呈高血粘状态, 前者以全血粘度增高为主, 后者以血浆粘度增高为著; 脾肾阳虚型呈低全血粘、高血浆粘状态。这一结果, 为中医辨证分型和临床应用活血化瘀药物治疗本病提供了客观指标和理论依据。

四、尿FDP测定

表2 89例患者血液流变学指标测定(M)

	例数	全血比粘度		血浆比粘度	红细胞电泳(s)	红细胞压积(%)	血沉(mm/h)
		高切	低切				
健康人	98	4.55	5.82	1.56	16.83	50.28	5.55
肺脾气虚	21	5.39	7.07	1.69	18.58	45.52	24.90
肝肾阴虚	23	4.79	6.91	1.75	19.15	44.52	15.17
脾肾阳虚	25	3.71	4.90	1.65	15.57	34.40	47.40
显著性		F=13.85 P<0.01	F=7.72 P<0.01	F=4.67 P<0.01	F=4.43 P<0.01	F=37.04 P<0.01	F=27.76 P<0.01

我们以尿FDP含量 $>0.25\text{mg/L}$ 者为阳性, 本组57例中尿FDP阳性者21例(36.84%), 其中脾肾阳虚型较多(11/21例), 肝肾阴虚型次之(7/19例), 肺脾气虚型较少(3/17例), 但三型之间无显著差异($\chi^2=4.8^6, P<0.05$)。

五、尿蛋白聚丙烯酰胺凝胶电泳(SDS—PAGE)

本组44例慢性肾炎患者尿蛋白类型均为高、中分子蛋白尿, 与中医辨证分型未见任何规律。

六、内生肌酐清除率(Ccr)测定

本组130例治疗前肾功能不同程度减损者61例, 占46.52%, 其中以脾肾阳虚型最多(30/41例), 且其损害程度较重($\text{Ccr}<50\text{ml/min}$ 者13例); 肺脾气虚型较少(17/54例), 损害程度也轻($\text{Ccr}<50\text{ml/min}$ 者3例); 肝肾阴虚型居中(14/35例 $\text{Ccr}<50\text{ml/min}$ 者8例), 三型之间有显著差异($\chi^2=17.19, P<0.01$), 肾功能重度减损($\text{Ccr}<30\text{ml/min}$)的5例中, 脾肾阳虚型占4例。

七、中医辨证与西医分型的关系

本组130例患者中医辨证为肺脾气虚者多属西医分型的普通型(50/54例); 肝肾阴虚型多属高血压型(23/35例); 脾肾阳虚型多属肾病型(19/41例)或高血压型(15/41例)。

八、本证与标证的关系

本证脾肾阳虚型多兼有水湿、血瘀或湿浊, 且往

往同时兼有几个标证; 肝肾阴虚型多兼有湿热, 血瘀; 肺脾气虚型多兼风邪、水湿和血瘀, 提示血瘀在三个本证中均有发生, 只是程度轻重不同。

讨 论

本文通过130例慢性肾炎的中医辨证, 结合15项实验室检查, 对其辨证分型的规范化标准作了进一步探讨。结果认为三个本证(肺脾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚)五个标证(风邪、水湿、湿热、血瘀、湿浊)相结合的分型方案较为理想, 其优点是: (1)有较明确的中医辨证规范化标准; (2)三型之间具有一定的客观指标, 如肺脾气虚和脾肾阳虚型的血清IgG、IgA含量较肝肾阴虚型显著低下($P<0.01$), 而IgM含量显著增高($P<0.01$); 血清C₃含量下降和尿C₃阳性者均以脾肾阳虚型居多, 三型之间差异显著($P<0.05\sim 0.01$); 血液流变学测定肺脾气虚呈高全血粘状态, 肝肾阴虚型呈高血浆粘状态, 脾肾阳虚型呈低全血粘、高血浆粘状态。(3)与西医分型和肾功能分期之间有良好的平行关系; (4)能指导临床, 提高疗效。本文130例治疗结果: 完全缓解59例(45.38%), 基本缓解34例(26.15%), 有效21例(16.15%), 无效16例(12.31%), 总有效率为87.69% [中医杂志1986; 27(9):28]。