原发性肾小球疾病中医证型与生化指标的相关性

莫　超　史　伟[1]　谢丽萍[1]　胡　雯　向长玉　王夏青　(广西中医药大学,广西　南宁　530001)

〔摘　要〕　目的　探讨老年人原发性肾小球疾病中医证型与生化指标的内在联系。方法　回顾性分析老年人原发性肾小球疾病的中医证型与肾脏病理及临床资料。结果　本病病理诊断中最常见为膜性肾病,患者最常见的本虚证为脾肾气虚证、脾肾阳虚证,最常见的标实证为血瘀证,本虚脾肾阳虚证患者肌酐、24 h 尿蛋白、总胆固醇水平较其他证型患者更高,血浆白蛋白水平更低($P<0.05$);标实血瘀证患者肌酐、24 h 尿蛋白、三酰甘油水平更高($P<0.05$)。结论　脾肾阳虚证及血瘀证患者指标异常更明显,提示脾肾阳虚证及血瘀证患者治疗难度更大。

〔关键词〕　原发性肾小球疾病;中医证型;生化指标

〔中图分类号〕　R692.3　　〔文献标识码〕　A　　〔文章编号〕　1005-9202(2018)23-5758-03;doi:10.3969/j.issn.1005-9202.2018.23.049

原发性肾小球疾病(PGD)是常见的以蛋白尿、高血压、水肿等临床表现为主的疾病,且老年人 PGD 是引起终末期肾病(ESRD)最常见的原因。研究证实老年人 PGD 的病理分型与其他年龄阶段患者不同[1]。既往对 PGD 的探讨多从湿热论治,而忽视年龄、病程对中医辨证的影响[2]。本文拟分析老年 PGD 患者病理诊断与中医证型、生化指标的相关性及其规律。

1　资料与方法

1.1　一般资料　2011 年 5 月至 2017 年 1 月广西中医药大学第一附属医院肾病科住院行肾穿活检术的老年 PGD 患者 71 例。本虚辩证中肺肾气虚证 12 例,肝肾阴虚证 6 例,气阴两虚证 5 例,脾肾气虚证 30 例,脾肾阳虚证 18 例;标实辩证中血瘀证 33 例,湿浊证 10 例,水湿证 20 例,湿热证 8 例;男 42 例,女 29 例,年龄 60~78岁,平均(65.66±5.06)岁,病程 0.1~60.0 个月,平均病程(8.6±4.7)个月。

1.2　西医诊断标准　PGD 的病理分型参照 1995 年肾小球疾病组织病理学[3]及 2008 年王海燕[4]主编第 3 版《肾脏病学》分类标准,病理类型为:膜性肾病、免疫球蛋白(Ig)A 肾病、微小病变、局灶节段性硬化症、系膜增生性肾小球肾炎。

1.3　中医分型诊断标准　参照中医辨证分型《2002 年中药新药临床研究指导原则》的诊断标准[5]。拟定 5 个本虚证:肺肾气虚证、肝肾阴虚证、气阴两虚证、脾肾气虚证、脾肾阳虚证;4 个标实证:血瘀证、湿浊证、水湿证、湿热证。

1.4　纳入标准　符合西医诊断标准和中医辨证标准,住院医师、主治医师及主任医师查房陈述一致。

1.5　排除标准　①继发性肾小球疾病;②各系统严重原发性疾病、精神疾病者;③合并严重感染并发症、活动期恶性肿瘤者;④肾活检肾小球总数小于 10 个。

1.6　观察指标　发病年龄、病程、24 h 尿蛋白定量、血肌酐(Scr)、血清白蛋白(ALB)、总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)。

1.7　统计学方法　采用 SPSS22.0 软件进行方差分析、*LSD* 法及非参数检验。

2　结　果

2.1　本虚证与病理类型的关系　老年 PGD 病理类型从多到少为膜性肾病、微小病变、局灶节段性硬化症、IgA 肾病、系膜增生性肾小球肾炎,其中最常见为中医证型为脾肾气虚证及脾肾阳虚证。见表 1。

2.2　标实证与病理类型的关系　老年 PGD 病理类型从多到少为膜性肾病、微小病变、局灶节段性硬化症、IgA 肾病、系膜增生性肾小球肾炎,其中最常见的标实证为血瘀证,见表 2。

表 1　中医证型的病理分型情况(n)

本虚证	n	膜性肾病	IgA 肾病	局灶节段性硬化症	微小病变	系膜增生性肾小球肾炎
肺肾气虚证	12	8	1	1	1	1
肝肾阴虚证	6	3	0	1	2	0
气阴两虚证	5	4	0	0	1	0
脾肾气虚证	30	25	0	1	4	0
脾肾阳虚证	18	14	0	4	0	0

表 2　标实证的病理分型情况(n)

标实证	n	膜性肾病	IgA 肾病	局灶节段性硬化症	微小病变	系膜增生性肾小球肾炎
血瘀证	33	26	1	5	1	0
湿浊证	10	9	0	1	0	0
水湿证	20	15	0	1	4	0
湿热证	8	4	0	0	3	1

基金项目:广西自然科学基金项目(No.2013jjAA40085)

1　广西中医药大学第一附属医院

通信作者:史　伟(1960-),女,主任医师,教授,硕士生导师,主要从事中医药防治肾病及慢性肾衰竭研究。

第一作者:莫　超(1989-),男,硕士,主要从事中医药防治肾病及慢性肾衰竭研究。

(C)1994-2022 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

2.3　本虚证与年龄、病程的关系　老年PGD中医证型与年龄、病程差异无统计学意义($P>0.05$)，但脾肾阳虚证患者病程最长，见表3。

表3　中医证型与年龄、病程的关系〔$M(Q_{25}\sim Q_{75})$〕

本虚证	n	年龄(岁，$\bar{x}\pm s$)	病程(个月)
肺肾气虚证	12	64.75±4.16	2.00(0.88~9.75)
肝肾阴虚证	6	65.17±5.08	2.50(0.90~3.25)
气阴两虚证	5	66.60±6.03	4.00(1.50~10.00)
脾肾气虚证	30	67.03±5.28	6.50(1.00~9.50)
脾肾阳虚证	18	65.06±5.21	12.00(0.90~16.50)

2.4　标实证与年龄、病程的关系　老年PGD血瘀证患者病程显著长于与湿浊证、水湿证、湿热证差异有统计学意义($P<0.05$)。水湿证与湿热证病程比较差异有统计学意义($P<0.05$)，见表4。

2.5　本虚证与生化指标关系　老年PGD脾肾阳虚证患者Scr水平显著高于肺肾气虚证、脾肾气虚证患者($P<0.05$)；24 h尿蛋白显著高于其他4个证型患者($P<0.05$)，肝肾阴虚证患者显著高于肺肾气虚证患者($P<0.05$)；脾肾阳虚证患者ALB水平显著低于其他4个证型患者($P<0.05$)；TC水平显著高于肺肾气虚证、气阴两虚证、脾肾气虚证患者($P<0.05$)，且肝肾阴虚证患者显著高于肺肾气虚证、气阴两虚证、脾肾气虚证患者($P<0.05$)，见表5。

表4　标实证与年龄、病程的关系〔$M(Q_{25}\sim Q_{75})$〕

标实证	n	年龄($\bar{x}\pm s$，岁)	病程(个月)
血瘀证	33	66.09±5.14	12.00(6.50~20.00)
湿浊证	10	63.70±3.65	2.00(1.75~2.00)[1)]
水湿证	20	67.20±5.88	0.60(0.30~0.93)[1)2)]
湿热证	8	65.13±3.72	3.50(2.25~4.00)[1)]

与血瘀证比较：$P<0.05$；与湿热证比较：2) $P<0.05$

表5　中医证型与生化指标的关系($\bar{x}\pm s$)

本虚证	n	Scr(μmol/L)	24 h尿蛋白(mg/24 h)	ALB(g/L)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)
肺肾气虚证	12	111.83±38.30[1)]	3.07±1.73[1)2)]	27.28±6.88[1)]	5.36±1.36[1)2)]	1.87±0.47
肝肾阴虚证	6	113.33±36.03	4.97±1.27[1)]	25.18±5.63[1)]	9.65±0.91	1.61±0.57
气阴两虚证	5	111.60±50.23	4.32±1.61[1)]	27.52±4.95[1)]	6.57±1.30[1)2)]	1.66±0.27
脾肾气虚证	30	103.43±36.28[1)]	3.94±1.98[1)]	23.95±5.97[1)]	5.96±1.27[1)2)]	1.98±0.73
脾肾阳虚证	18	146.44±51.09	7.71±1.65	18.54±7.68	10.79±1.75	2.04±0.79

与脾肾阳虚证比较：1) $P<0.05$；与肝肾阴虚证比较：2) $P<0.05$

2.6　标实证与生化指标的关系　老年PGD血瘀证患者Scr、TG水平显著高于其余3个标实证患者($P<0.05$)，水湿证患者TG水平显著低于湿浊证、湿热证患者($P<0.05$)；血瘀证患者24 h尿蛋白水平显著高于水湿证及湿热证患者($P<0.05$)；血瘀证及湿热证患者ALB水平显著高于水湿证患者($P<0.05$)，见表6。

表6　标实证与与生化指标关系($\bar{x}\pm s$)

标实证	n	Scr(μmol/L)	24 h尿蛋白(mg/24 h)	ALB(g/L)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)
血瘀证	33	135.70±44.64	5.64±2.35	25.20±6.06	7.61±2.65	2.38±0.62
湿浊证	10	103.90±32.84[1)]	5.07±2.36	24.51±6.66	7.29±2.94	1.73±0.45[1)2)]
水湿证	20	99.80±38.21[1)]	3.89±2.52[1)]	19.44±8.09	7.30±2.81	1.33±0.34[1)]
湿热证	8	100.75±45.42[1)]	3.86±1.97[1)]	25.35±5.96[2)]	7.21±1.98	1.78±0.43[1)2)]

与血瘀证比较：1) $P<0.05$；与水湿证比较：2) $P<0.05$

3　讨　论

本研究男女发病率与国外研究相似[6]，提示患者年龄与选择肾穿明确病理类型后制定治疗方案存在联系。病程呈现水湿证→湿浊证→血瘀证变化规律，提示本病标实证与病程进展具有相关性。中医学中常有“久病多瘀”之说，在疾病发展过程中，病情迁延缠绵日久，久病气虚、气机痹阻或寒凝经脉均可导致血行不畅，肾络瘀组，瘀血内生，提示对于病程缠绵日久的患者，应使用活血化瘀中药治疗，改善瘀血状态。

本研究中最常见的病理分型是膜性肾病，其次是微小病变和局灶阶段性硬化症，其病理分型分布情况与国内相关文献报道大致相同[7]。本研究从中医虚症分析发现，膜性肾病、微小病变以脾肾气虚证最为常见，局灶阶段性硬化症以脾肾阳虚证最为常见。本研究还发现膜性肾病常见标实证为血瘀证及水湿证，局灶阶段性硬化症最常见标实证血瘀证，微小病变最常见的标实证为水湿证。老年PGD的病位在肾脏，封藏失司，气化固摄失调，精微物质丢失，病情缠绵难愈，久病及肾，肾络瘀组，闭塞不通；脾肾亏耗，水道失调，水液停止，虚证渐趋明显，故本病多以脾肾阳虚、脾肾气虚证及血瘀证多见。

肾功能是患者需密切关注的指标，脾肾阳虚及血

(C)1994-2022 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

瘀证患者多伴随 Scr 升高，考虑其原因可能为患者病程缠绵较长且重，脾肾阳虚不能分清泌浊，血液停滞则湿浊瘀毒体内堆积，均可导致肾功能受损，提示 Scr 对脾肾阳虚证及血瘀证的辨证有一定参考价值。本病患者最先就诊的症状是蛋白尿（泡沫尿），低 ALB 血症也是最常见的伴随异常指标，本研究显示各证型都有蛋白尿、血浆 ALB 异常，但脾肾阳虚证患者 ALB 水平更低，并且脾肾阳虚证及血瘀证患者 24 h 尿蛋白最高，脾肾阳虚，血阻肾络，肾脏功能失调，则升清失职，藏泄失司，精微下泄，出现蛋白尿。从本虚证分析 24 h 尿蛋白呈现出气虚证→阴虚证→阳虚证的规律，与既往研究有所差异[8]。本病选择年龄段不同及地域差异可能是造成存在差异的原因。患者多数伴随血脂异常，血脂归为“脂”、“膏”等范畴，脾肾阳虚及肾络闭阻，膏脂内停阻碍气机，肾脏不能分清泌浊，水谷精微不归正化而生痰浊，故可见 TC 升高。

本研究通过观察老年 PGD 患者发病年龄、病程、病理诊断、生化指标、中医证型、标实证等多方面因素的内在联系，寻找相关实验室指标、病理诊断与中医证型、标实证之间的密切关系，以更好地为临床诊断与治疗提供参考，并丰富本病中医辨证理论知识。

4　参考文献

1　杨桢华，刘　倩，廖蕴华，等．老年原发性肾小球疾病患者的肾脏病理与临床特征〔J〕．广西医科大学学报，2012；29（4）：571-2.

2　孙卫卫，王耀献，崔　瑾，等．原发性肾小球疾病湿热证探讨〔J〕．北京中医药大学学报（中医临床版），2011；18（5）：1-4.

3　邹万忠．肾活检病理诊断图谱〔M〕．北京：人民卫生出版社，1999：45-58.

4　王海燕．肾脏病学〔M〕．第 3 版．北京：人民卫生出版社，2008：592.

5　筱　萸．中药新药临床研究指导原则（试行）〔M〕．北京：中国中医药出版社，2002：157.

6　Kingswood JC，Banks RA，Tride CR，*et al*. Renala biopsy in the elderly：clinicopathological correlation in 143 patients〔J〕. Clin Nephrol，1984；22：183.

7　李　俊，茶春丽，代留玲，等．老年肾脏病患者的临床特点及肾脏病理〔J〕．中国老年学杂志，2016；36（10）：2466-7.

8　李夏玉，余国友．探讨 IgA 肾病尿蛋白组份与中医辨证分型的关系〔J〕．上海中医药杂志，2002；20（10）：21-2.

〔2017-11-09 修回〕

（编辑　滕欣航）

阿法骨化醇联合钙剂对老年性骨质疏松患者骨钙素、Ⅰ型胶原 C 端异构肽水平及骨密度的影响

李建军　庄学伟[1]　乔晓鸣　（山东医学高等专科学校临床医学系，山东　济南　276000）

〔摘　要〕　目的　探讨阿法骨化醇联合钙剂对老年性骨质疏松患者骨钙素（BGP）、Ⅰ型胶原 C 端异构肽（β-CTS）水平及骨密度的影响。方法　老年性骨质疏松患者 132 例随机分为观察组和对照组各 66 例。对照组单用钙剂治疗，观察组采用阿法骨化醇联合钙剂治疗。对比两组治疗效果及骨密度变化情况。结果　观察组总有效率（90.91%）均显著高于对照组（77.27%，$P<0.05$）；两组治疗前 VAS 评分、生活质量评分、L2～3 骨密度、股骨颈骨密度及 BGP、β-CTS 等骨指标对比差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后观察组 VAS 评分、生活质量评分及 β-CTS 水平均显著低于对照组及治疗前，BGP 水平、L2～3 和股骨颈骨密度均显著高于对照组及治疗前（均 $P<0.05$）。结论　阿法骨化醇联合钙剂治疗老年性骨质疏松具有非常好的疗效，对骨密度改善效果显著。

〔关键词〕　老年性骨质疏松；阿法骨化醇；钙剂；骨密度

〔中图分类号〕　R592　　〔文献标识码〕　A　　〔文章编号〕　1005-9202（2018）23-5760-03；doi：10.3969/j.issn.1005-9202.2018.23.050

骨质疏松是影响老年人生活质量的主要因素[1]。老年性骨质疏松主要是骨密度显著下降，相关骨结构发生微观退化，增加骨脆性，导致骨折发生概率明显上升[2]。临床上一般采用补充钙元素来缓解骨质疏松带来的疼痛感，从根本上降低骨折发生概率。但常规钙剂难以达到治疗要求，因此临床上致力于寻找更有效的治疗药物。阿法骨化醇通过调节肠道对钙的吸收来改善骨代谢情况，临床上应用于老年性骨质疏松的治疗[3]。本文主要分析阿法骨化醇联合钙剂对老年性骨质疏松的疗效。

1　资料和方法

1.1　一般资料　选取 2013 年 6 月至 2015 年 8 月山东大学齐鲁医院老年性骨质疏松患者 132 例。入选标准：①年龄>60 岁；②根据 X 线检查确定为骨质疏松，临床症状表现为腰背疼痛。排除标准：①伴有严重的肝肾功能不全；②在参与研究前使用激素类药物。男 41 例，女 91 例。年龄 61～85〔平均（74.8±4.38）〕岁。随机分为观察组和对照组各 66 例。观察组男 20 例，女 46 例。年龄 61～85〔平均（75.1±4.41）〕岁。对照组男 21 例，女 45 例。年龄 61～84〔平均（74.7±4.36）〕岁。两组年龄、性别等基础资料对比差异无统

基金项目：山东省自然科学基金（No.2015ZRE27571）

1　山东大学齐鲁医院检验科

第一作者：李建军（1963-），女，硕士，副教授，主要从事内分泌代谢研究。

(C)1994-2022 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net