

• 临床研究 •

428 例慢性肾炎蛋白尿患者中医证型分析及临床用药经验总结

张玮 朱娅军 秦晴 吴双喜 米秀华*

(上海市杨浦区中医医院肾病科, 上海 200090)

摘要: 目的: 分析慢性肾炎蛋白尿患者的中医临床证型, 为临床中此类患者的中医诊断、选方用药等提供了客观依据。方法: 将 12 家医疗机构就诊时间为 2015 年 1 月—2016 年 12 月符合标准的 428 例患者的中医证型进行回顾性总结分析。结果: 本证中气虚证最多, 占 66.12%, 其中脾肾气虚证占 64.72%, 肺肾气虚证占 1.40%; 标证中血瘀证最多, 占 31.78%。结论: 本地区慢性肾炎蛋白尿患者本虚证以脾肾气虚证最为常见, 兼夹证以血瘀证最为常见, 提示治疗应以补虚泻实为主, 据此原则选方用药。

关键词: 慢性肾炎; 蛋白尿; 中医证型

中图分类号: R256.51

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2019)02-0072-03

doi: 10.19664/j.cnki.1002-2392.190052

慢性肾炎是我国的常见病、多发病, 每年每百万人群中约有近百人由于慢性肾炎进展到终末期肾功能衰竭(end stage renal failure, ESRD)而危及生命。黎磊石等^[1]报告, 我国导致 ESRD 的病因为肾小球疾病为主, 占 54.4%。在慢性肾炎疾病中, 蛋白尿往往是最常见的病症之一, 病机复杂。蛋白尿既反映了肾小球受到损伤, 又与肾小管间质纤维化密切相关。蛋白尿是临床公认的导致肾脏病进展的一个独立危险因素。慢性肾炎蛋白尿属于中医“肾水”“膏淋”“虚劳”“腰痛”“水肿”“肾风”和“尿浊”等疾病范畴。本研究对 428 例慢性肾炎蛋白尿患者的中医证型进行回顾性分析, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

12 家医疗机构(上海市杨浦区中医医院及区内 11 家社区卫生服务中心)就诊时间为 2015 年 1 月—2016 年 12 月符合标准的 428 例门诊及住院患者。其中男性 232 例, 占 54.21%; 女性 196 例, 占 45.79%。

收稿日期: 2018-07-30 修回日期: 2018-10-21

基金项目: 上海市中医药三年行动计划(2014-2016 年)(ZY3-CCCX-3-3016)

作者简介: 张玮(1982-), 女, 硕士, 主治医师, 主要从事中医肾病临床工作。

* 通讯作者: 米秀华(1970-), 女, 博士, 主任医师, 主要从事中医肾病临床工作。

1.2 诊断、纳入及排除标准

1.2.1 诊断标准

西医诊断标准: 参照王海燕主编《肾脏病学(3 版)》中原发性慢性肾小球疾病内容制定^[2]: ①符合原发性肾小球疾病。②起病缓慢, 病情迁延, 病程在 3 个月以上。随病情进展可有肾功能减退、贫血、电解质、矿物质代谢紊乱等情况出现。③可有水肿、高血压、蛋白尿、血尿及管型尿等表现中的一项。除外继发性肾脏疾病, 如狼疮性肾炎、糖尿病肾病、痛风性肾病、药物性肾病等。

中医证候诊断标准, 参照 1986 年第 2 届全国中医肾病专题学术讨论会(南京会议)通过的《慢性原发性肾小球疾病中医辨证试行方案》^[3]及 1996 年第 12 届全国中医肾病学术讨论会(无锡会议)专题讨论稿修订, 本证分为脾肾气虚证、肺肾气虚证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证、气阴两虚证共 5 种证型, 标证分为水湿证、湿热证、血瘀证、湿浊证共 4 种证型。

慢性肾脏病(CKD)诊断标准参照《美国肾脏病学会(2002)慢性肾脏病临床实践指南》^[4]: ①肾脏损伤(肾脏的结构与功能异常)≥3 个月, 伴有或不伴有 GFR 下降, 包括血、尿成分的异常以及影像学检查的异常; ②GFR < 60 mL/(1.73 m²·min) ≥3 个月, 伴有或不伴有肾脏损伤。GFR 采用改良简化 MDRD 公式(cMDRD 公式)计算^[5]: cMDRD = GFR (mL·min⁻¹·

$1.73 \text{ m}^{-2}) = 175 \times [\text{血肌酐}(\mu\text{mol/L}) \times 0.0113] - 1.234 \times \text{年龄(岁)} - 0.179 \times 0.79(\text{女性})$ 。出现上述任意一项指标即可诊断为 CKD。

1.2.2 纳入标准

①受试者已签署知情同意书;②年龄 18~70 岁;③临床诊断为慢性肾小球疾病者,肾小球滤过率(GFR) $\geq 30 \text{ mL/min}1.73 \text{ m}^2$;④24 h 尿蛋白 $< 3.5 \text{ g}$;⑤血管紧张素抑制剂(ACEI)或血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB)治疗者已经过 2 周洗脱期,或在入组前未使用 ACEI/ARB 类药物;⑥有效控制高血压(血压 130~90/80~60 mmHg),血钾正常范围内。

1.2.3 排除标准

①临床诊断为慢性肾小球疾病者,肾小球滤过率(GFR) $< 30 \text{ mL/min}1.73 \text{ m}^2$ 或继发性肾病,或 24 h 尿蛋白定量 $\geq 3.5 \text{ g}$;②妊娠期或哺乳期妇女;③合并有心、脑、肝、造血系统等严重原发性疾病者;④有精神、认知障碍,不能遵医嘱者。

1.3 研究方法

通过对上海市杨浦区 12 家医疗机构(上海市杨浦区中医医院及区内 11 家社区卫生服务中心)就诊时间为 2015 年 1 月—2016 年 12 月符合标准的 428 例门诊及住院患者进行前瞻性、回顾性总结,分析区域内慢性肾炎蛋白尿患者中医证型分布规律。

1.4 统计学方法

采用 SPSS15.0 统计软件进行分析,采用描述性分析(率)。

2 结果

2.1 本证中各证型的分布情况

如表 1 所示,对 428 例患者的证候特点进行分析,5 种本证证型中脾肾气虚证最多,占 64.72%,其次为气阴两虚证 25.93%,脾肾阳虚证及肝肾阴虚证均为 3.97%,肺肾气虚证 1.40%。

表 1 428 例慢性肾炎蛋白尿患者本证中各证型的分布情况

证型	例数	构成比(%)
脾肾气虚证	277	64.72
气阴两虚证	111	25.93
脾肾阳虚证	17	3.97
肝肾阴虚证	17	3.97
肺肾气虚证	6	1.40
合计	428	

2.2 标证中各证型的分布情况

如表 2 所示,对 428 例患者的证候特点进行分析,兼有标证的共计 188 例,占 43.93%。其中兼有血瘀证者最多,共 136 例(31.78%),其次为湿浊证 46 例

(10.75%),湿热证 4 例(0.93%),水湿证 2 例(0.47%)。

表 2 428 例慢性肾炎蛋白尿患者标证(兼夹证)中各证型的分布情况

证型	例数	构成比(%)
血瘀证	136	31.78
湿浊证	46	10.75
湿热证	4	0.93
水湿证	2	0.47
合计	188	43.93

3 讨论

临床研究证实,肾功能损害的进展速度与蛋白尿的严重程度具有相关性,故减少蛋白尿可利于延缓慢性肾炎肾功能衰竭的进展速度^[6]。近些年来,通过蛋白分子机制的深入研究,已证实足细胞相关蛋白的异常表达与慢性肾炎蛋白尿有着密切关联。对于尿蛋白阳性的慢性肾炎患者,西医往往使用激素、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB)、免疫抑制剂等药物降低尿蛋白,但这些药物在临床使用过程中有时无法达到理想效果,亦可出现感染、骨质疏松、低血压等病人不能耐受的情况。大量临床研究表明,中医中药在慢性肾炎蛋白尿患者治疗中可发挥较好的临床治疗效果,为提高临床中医选方用药的准确性,本研究回顾性总结分析了区域内慢性肾炎蛋白尿患者的中医证型分布特点。

慢性肾炎属于中医“水肿”“膏淋”“肾水”“肾风”“虚劳”“腰痛”和“尿浊”等疾病范畴,以本虚标实为基本病机。本虚主要表现为肾、脾、肺等五脏的虚损,而以肾虚最为明显;标实主要表现为湿浊热毒浸淫、瘀血内生以及感受风寒邪气等。诚如《景岳全书》中所云“凡水肿等症,乃肺脾肾三脏相干为病……今肺虚不能化精而行水,脾虚则土制水而反克,肾虚则水无所主而妄行。”《金匱要略·水气病脉证并治》记载“血不利为水”。

本研究回顾性总结分析了区域内慢性肾炎蛋白尿患者的中医证型分布特点,提示临床上慢性肾炎蛋白尿患者中医辨证本虚标实者居多。慢性肾炎从发病、进展、到肾功能受损、肾功能衰竭的病程是一个由虚并实,湿、浊、瘀、毒等实邪夹杂为病的过程。首先,脾肾气虚是慢性肾炎发病的根本所在。肾为先天之本,主水,主气化,肾司开阖,内蕴真阴真阳。若各种病因致肾气受损,肾精不足,导致肾脏封藏失职,出现精气外泄,临床上表现为蛋白尿。脾为后天之本,主运化水湿,若饮食不节、疲劳过度、伤及脾脏,或水湿浸渍,或

寒湿、湿热胶着困脾,可导致脾失健运,水谷不化,痰邪、湿气、水饮、浊毒由内而生,出现土不制水,水气泛滥肌肤发为水肿。同时,湿浊之毒,阻遏气机,水病及血,而成瘀结,终致湿浊瘀毒阻滞肾络,难以祛除。湿瘀浊毒等实邪源于正虚,日久留滞停蓄又往往会加重正气虚损。正虚、邪实互为胶着,日久正气更虚,邪气更甚,终致慢性肾炎这一疾病不断进展恶化,形成关格重症、危及生命。故慢性肾炎治疗应以补虚泻实为主,审虚实之权重,补泻各有偏重,实多虚少则泻实为主,辅以补虚,虚多实少则补虚为主,辅以泻实。据此原则选方用药,共奏良效。

本研究同时包含“补虚祛风法治疗慢性肾炎蛋白尿的疗效观察”课题,通过对 100 例慢性肾炎蛋白尿患者随机对照,观察补虚祛风法在治疗前后(24 周)临床疗效。经统计分析得出结论,补虚祛风法可明显降低慢性肾炎蛋白尿水平($P < 0.01$),升高肾小球滤过率(GFR, eMDRD 公式)($P < 0.01$),从而延缓慢性肾脏病的进展。

补虚祛风法是在上海市名老中医叶景华教授治疗慢性肾脏病的六十余年的经验总结基础上拟定。叶老认为慢性肾脏病病程冗长,在脾肾亏虚基础上,多兼有痰、湿、热、瘀侵袭肾络,而致精微下泄;同时叶老认为慢性肾炎的病人多因风邪起病,风性开泄,精微失固,若失治误治,风邪郁结于内,伏于肾脏,且与湿、痰、毒胶着为害,致血脉失和,肾络不通,加之湿性黏腻重浊,故尿中蛋白难以消除,致肾脏疾病缠绵不愈^[7]。如《素问》中记载有“肾风”之名。高世轼有云“病生在肾,水因风动,故名肾风”。张介宾曰“肾主水,风在肾经,即名风水”。提示临床上需重视风邪这一致病因素,是故叶老在治疗时多用清利祛风之药,活血祛风之剂,犹喜用落得打、金雀根、扞扞活等药清利祛风、除湿通络,地龙等药搜风通络,软坚散结。根据叶老经验总结,创立制定补虚祛风法,组方以黄芪、淮山药、鹿含草、桑寄生、黄柏、土茯苓、炒地龙、积雪草(落得打)、接骨木(扞扞活)、金雀根、枳壳、陈皮、甘草等药物组成。综观全方,组方体现叶景华教授的“平衡论”思想,补虚与祛风同用,以期脏腑平衡、趋邪外出。方中重用黄芪、淮山药补脾肾之气,固精养阴;以鹿含草、桑寄生培补先天之本,补虚益肾,并驱风湿之邪,有研究证实,鹿含草(鹿蹄草)能明显提高人体组织器官中的血流量及提高 cAMP 在组织中的含量,促进糖代谢酶素活性提升细胞的能量代谢,使得肾脏血流量有所

增加,肾脏微循环得以改善。同时,鹿含草中的化学成分鹿蹄草苷以及齐墩果酸等还有着利尿消肿功效^[8];积雪草、接骨木、金雀根祛风活血利水,研究表明,积雪草的提取物积雪草苷具有抗炎、免疫调节、抗病毒、促创伤愈合等多种药理作用^[9],同时通过抑制 p38 信号通路,积雪草苷可以起到减少阿霉素对足细胞的损伤功效^[10];炒地龙疏风活血通络,研究证实地龙含蛋白水解酶等在内的多种活性蛋白,蛋白水解酶有纤溶活性,能调节纤溶系统,同时有实验表明地龙可减少细胞外基质 IV 型胶原的沉积,从而具有保护肾功能的功效^[11]。陈皮、枳壳以理气健脾。诸药合用,扶正与祛邪并重,先天与后天之本兼顾,共奏益肾健脾平衡阴阳、清热解毒利湿化浊、活血化瘀疏通肾络之效,补虚祛风法很好地体现出中医整体观念,利于临床辨证施治、随证加减。

本研究回顾性总结分析了区域内慢性肾炎蛋白尿患者的中医证型分布特点。总结出本证中脾肾气虚证最多,标证中血瘀湿浊证最多,提示治疗应以补虚泻实为主,据此原则选方用药。同时,临床上需重视风邪这一致病因素,疏风以散邪,祛风以除湿,搜风以通络,诸药配伍,共奏良效。

参考文献:

- [1] 黎磊石,刘志红. 中国肾脏病学[M]. 北京:人民军医出版社, 2008: 1271.
- [2] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 936 - 938.
- [3] 王秀琴. 慢性原发性肾小球疾病中医辨证试行方案[J]. 云南中医中药杂志, 1988(3): 6 - 9.
- [4] National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification[J]. Am J Kidney Dis, 2002, 39(2 Suppl 1): S1 - S266.
- [5] 全国 eGFR 课题协作组. MDRD 方程在我国慢性肾脏病患者中的改良和评估[J]. 中华肾脏病杂志, 2006, 22(10): 589 - 595.
- [6] 牛建英,胡伟新. 蛋白尿损害肾脏的机制及其干预措施[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2003, 12(1): 65 - 69.
- [7] 米秀华. 叶景华平衡法思想在慢性肾脏病治疗中的应用[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(4): 3 - 5.
- [8] 吴小虎,艾启俊,于庆华,等. 鹿蹄草植物的研究与应用[J]. 天然产物研究与开发, 2007, 19(8): 356 - 359.
- [9] 杨璐. 积雪草苷药理作用及其机制的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(1): 215 - 218.
- [10] 王竹,孙万森,刘俊田. 积雪草苷对足细胞骨架及 p38 通路的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(10): 1456 - 1459.
- [11] 戈娜,李顺民,孙惠力,等. 地龙对糖尿病肾病大鼠肾脏保护作用的研究[J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(6): 103 - 105.

Analysis of TCM Syndrome and Clinical Experience of Chronic Nephritis:

A Study of 428 Cases of Chronic Nephritis with Proteinuria

ZHANG Wei, ZHU Yajun, QIN Qing, WU Shuangxi, MI Xiuhua

(Department of Nephropathy, Shanghai Yangpu Hospital of TCM, Shanghai 200090, China)

Abstract: Objective: To analyze the TCM syndromes of chronic nephritis with proteinuria. Methods: A total of 428 cases recorded in 12 medical institutions from Jan. 2015 to Dec. 2016 were retrospectively analyzed. Results: The syndrome of *qi*-deficiency accounted for 66.12%, with the largest proportion in deficient syndromes, in which the percentage of *qi*-deficiency syndrome of Spleen and Kidney was 64.72%, and the percentage of *qi*-deficiency syndrome of Lung and Kidney was 1.40%. The syndrome of blood stasis was the most in the excessive syndromes, accounting for 31.78%. Conclusion: The *qi*-deficiency syndrome of Spleen and Kidney is the most common deficient syndrome in chronic nephritis, accompanied by the excessive syndrome of blood stasis.

Key words: Chronic nephritis; Proteinuria; TCM syndrome

益肾通痹方对膝骨关节炎患者股四头肌 sEMG 的影响及其临床疗效研究

黄霄汉 李继超* 张延杰

(河南省洛阳正骨医院膝部损伤科 河南 洛阳 471002)

摘要: 目的: 探讨益肾通痹方对膝骨关节炎患者的股四头肌表面肌电信号的影响及其治疗作用。方法: 选择我院 2016 年 3 月—2017 年 12 月收治的 80 例膝骨关节炎患者, 按照随机数字表法分为对照组(38 例)和治疗组(42 例), 对照组给予双醋瑞因胶囊, 治疗组给予益肾通痹方, 用膝关节 HSS 评分、膝关节功能 KSFS 评分及 Lequensne 评分指数评价两组患者治疗效果, 同时测定两组治疗前后股四头肌表面肌电(sEMG)信号变化及不良反应, 包括股直肌(RF)、骨外侧肌(VL)与骨内侧肌(VMO)的积分肌电值(IEMG)和中位频率(MF)。结果: 治疗组患者有效率 78.6%, 高于对照组 65.8% ($P < 0.05$); 治疗组患者治疗后较治疗前 RF、VL、VMO 的 IEMG 与 MF 增强幅度显著大于对照组 ($P < 0.05$); 两组患者无明显不良反应。结论: 益肾通痹方治疗膝骨关节炎疗效显著, 对股四头肌表面肌电活动有促进作用, 能提高 RF、VMO 与 VL 的肌力及耐疲劳性, 增强股四头肌表面肌电活动信号。

关键词: 益肾通痹方; 膝骨关节炎; 股四头肌; 表面肌电信号

中图分类号: R255.6; R684.3

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2019)02-0075-05

doi: 10.19664/j.cnki.1002-2392.190053

膝骨关节炎(knee osteoarthritis, KOA)又称为骨关节病、膝关节增生性关节炎^[1], 是一种以关节软骨丢失、变性、退变、破坏, 以及关节周围骨质增生为主要病

理特征的关节疾病。患者临床特征有关节疼痛、肿胀、活动受限等, 多见于老年人, 病情严重者可见关节畸形、骨刺。膝关节的病变将会导致膝关节周围肌群特别是股四头肌肌力的下降, 在维持膝关节稳定性中股四头肌起到了重要作用^[2-3], 与膝骨关节炎关系密切。目前治疗 KOA 有非甾体类抗炎药、透明质酸衍生物、理疗、和手术治疗^[4-5]等方式。但是以上治疗方式均有不足之处^[6-7], 长期西药治疗给患者带来一定程度的依赖性及耐药性, 对患者身体产生不良影响; 理疗疗

收稿日期: 2018-10-16 修回日期: 2018-11-20

基金项目: 2015 河南省中医药科学研究专项(2015ZY02008)

作者简介: 黄霄汉(1974-), 男, 硕士, 副主任医师, 主要研究方向: 膝关节炎外科。

* 通讯作者: 李继超(1987-), 男, 硕士, 主治医师, 主要研究方向: 膝关节炎外科。