

不同体质、证型膜性肾病患者临床病理相关性分析

夏金金¹, 汪涛^{2*}, 刘旭生¹

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广州 510000; 2. 北京大学第三医院, 北京 100083)

[摘要] **目的:**探讨不同体质在膜性肾病不同证型之间的病理差异以及临床病理的相关性。**方法:**采用横断面调查的方法,根据102例患者的临床表现由中医师进行辨证分型,再由患者填写“中医体质分类判定表”确立体质,收集实验室指标、肾脏病理等资料,分析102例肾病患者中医体质、证型与病理资料和临床指标的关系。**结果:**102例患者共5种证型,其中肺肾气虚、气阴两虚和阴阳两虚例数(共4例)较少故未纳入比较,患者中未见气郁质、禀赋质和瘀血质。肾脏病理分期采用Glasscock标准,Ⅱ期膜性肾病中气虚质脾肾气虚型占比最低,其次是平和质,夹湿体质(包含痰湿质和湿热质)脾肾气虚型最多($P < 0.05$)。临床指标方面:夹湿体质脾肾气虚型患者的体质指数(BMI)显著高于平和质与气虚质脾肾气虚型患者($P < 0.01$)。夹湿体质脾肾气虚型患者肌酐最高,其次是平和质脾肾气虚型,气虚质脾肾气虚型肌酐最低($P < 0.05$);阳虚质脾肾阳虚型肌酐明显低于夹湿质脾肾气虚型患者($P < 0.05$)。平和质脾肾气虚型甘油三酯显著高于阳虚质脾肾阳虚型($P < 0.01$)。夹湿体质脾肾气虚型高密度脂蛋白(HDL-C)明显低于阳虚质脾肾阳虚型($P < 0.05$)和平和质脾肾气虚型患者($P < 0.05$)。24 h尿蛋白检测显示夹湿体质脾肾气虚型患者最高,其次是平和质脾肾气虚型,气虚质脾肾气虚型和阳虚质脾肾阳虚型最低($P < 0.05$)。免疫指标:阳虚质脾肾阳虚型免疫球蛋白G(IgG)高于夹湿体质脾肾气虚型($P < 0.05$),血沉(ESR)显著高于平和质脾肾气虚型($P < 0.01$)。**结论:**体质与证型差异较大的患者临床病理结果相对较重,提示膜性肾病患者的体质、证型与病理积分及临床指标显著相关,即使辨证属证型较重的患者(脾肾阳虚型),因体质不同,临床和病理表现也呈现出差异性,因此同一证型、不同体质患者的预防和治疗应该有所差异。中医体质辨识结合临床辨证对膜性肾脏病理的预测,诊断和治疗上有一定的参考价值。

[关键词] 膜性肾病; 中医体质; 证型; 临床病理

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2016)17-0130-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2016170130

Clinic-pathology Correlation in Different Tractional Chinese Medicine Constitutions and Syndrome Patterns in Patients with Membranous Nephropathy

XIA Jin-jin¹, WANG Tao^{2*}, LIU Xu-sheng¹

(1. Second Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510000, China;
2. Peking University Third Hospital, Beijing 100083, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the pathological and clinical discrepancy and clinic-pathology correlation of different traditional Chinese medicine (TCM) constitutions and different TCM syndrome patterns among patients with membranous nephropathy. **Method:** A cross-sectional study was used to collect the clinical data and analyze the correlation among TCM syndrome patterns, constitutions, pathological stages and laboratory results of 102 patients. TCM patterns were determined by a Chinese medicine physician according to the manifestation. Patients filled out the ‘TCM Constitution Classification Table’ to determine the constitutions. **Result:** There were five TCM syndrome patterns among 102 patients with membranous nephropathy. Syndromes of Qi deficiency of lung and kidney, Qi-Yin deficiency and Yin-Yang deficiency were excluded for comparison due to

[收稿日期] 20160101(003)

[基金项目] 北京市科技计划重大项目(66474-03)

[第一作者] 夏金金,在读博士,从事慢性肾脏病中西医结合诊治研究,Tel:18819299689,E-mail:xjhzs2345@163.com

[通讯作者] *汪涛,博士,教授,从事慢性肾脏病诊治研究,Tel:15611908850,E-mail:wangt@bjmu.edu.cn

the small number of cases (only 4 patients). TCM constitutions of Qi stagnation and blood stasis, endowment quality were not found in the patients. Glasscock stage was used to determine the renal pathology severity. The percentage of Qi deficiency constitution was lower than that of normal constitution, and the percentage of spleen and kidney Qi deficiency type dampness constitution (including dampness-heat constitution and dampness-phlegm constitution) was highest at membranous nephropathy stage II ($P < 0.05$). In clinical indexes: body mass index (BMI) of spleen and kidney Qi deficiency type dampness constitution was higher than that of other constitutions ($P < 0.01$). Serum creatinine of spleen and kidney Qi deficiency type dampness constitution was higher than that of normal constitution, and it was lowest in spleen and kidney Qi deficiency type Qi deficiency constitution ($P < 0.05$). Serum creatinine of spleen and kidney Yang deficiency type Yang deficiency constitution was significantly lower than that of spleen and kidney Qi deficiency type dampness constitution ($P < 0.05$). Triglyceride of spleen and kidney Qi deficiency type dampness constitution was significantly higher than that of spleen and kidney Yang deficiency type Yang deficiency constitution ($P < 0.01$). High density lipoproteins (HDL-C) of spleen and kidney Qi deficiency type dampness constitution was significantly lower than that of spleen and kidney Yang deficiency type Yang deficiency constitution and spleen and kidney Qi deficiency type normal constitution ($P < 0.05$). 24 h urine protein was highest in spleen and kidney Qi deficiency type dampness constitution, followed by spleen and kidney Qi deficiency type normal constitution, spleen and kidney Qi deficiency type Qi deficiency constitution, and spleen and kidney Yang deficiency type Yang deficiency constitution ($P < 0.05$). In immune indexes: Immunoglobulin G (IgG) of Yang deficiency constitution was higher than that of dampness constitution ($P < 0.05$), and erythrocyte sedimentation rate (ESR) of Yang deficiency constitution was significantly higher than that of normal constitution ($P < 0.01$). **Conclusion:** Patients with disparities of TCM constitutions and syndrome patterns may have a severe clinic-pathology results, while patients with similar TCM constitutions and syndrome patterns may have an opposite result. These suggested that TCM constitutions and syndrome patterns were correlated with clinical indicators. Different constitutions may present with different clinic-pathology results even in the same TCM syndrome pattern. Therefore, prevention and treatment of different constitutions should be discriminatory even in the same TCM syndrome pattern. The combination of TCM constitution and syndrome pattern may take a role in pathology prediction, diagnosis and treatment for membranous nephropathy.

[Key words] membranous nephropathy; traditional Chinese medicine (TCM) constitution; TCM syndrome pattern; clinic-pathology

膜性肾病是一种常见的肾病综合征病理类型,在成年人中发病率较高,每 100 万的人群中就有 10 个是膜性肾病患者^[1],高发年龄段为 40 ~ 50 岁^[2]。约 75% 的患者为原发性膜性肾病^[3],诱因不清,且预后也存在差异,约 1/3 患者可自愈,由于西医对膜性肾病的治疗效果有限,许多患者转而求助于中医辨证治疗,但中医证型的模糊性,治疗结果不可预估给精确的辨证造成了许多困难,许多学者致力于证型和临床病理的相关性研究,以期在治疗之初可以指导用药和预估治疗效果。目前研究发现,中医证型与膜性肾病的临床病理之间存在着相关性^[4-6],但这些研究存在样本量大小不一,研究结果差异较大的问题。中医体质概念提出后,有学者提出中医辨证需要纳入体质进行辨证参考^[7-8],因为体质代表了患者发病前的状态,会影响以后的发病倾向性

和发病类型^[9-10]。体质在肾脏病领域也逐渐得到重视,研究发现体质与肾病病理存在相关性^[11-12],但研究较少且未纳入证型进行分析。体质可能贯穿疾病的始终并影响同样证型的人群,而单纯证型与临床病理研究结果的差异很可能是由于忽视了体质的因素,笔者在临床中发现,不同体质患者出现同样的中医证型时,临床病理表现会有所不同,所以为进一步探讨这种体质和证型的相互影响,笔者纳入了 102 例膜性肾病患者的体质、证型资料进行分析。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 西医诊断标准参考文献[13]:有肾损害的临床表现(以肾病综合征起病或血尿、蛋白尿、高血压等);肾活检提示光镜以肾小球基底膜弥漫增厚伴钉突形成,上皮细胞下和钉突间有嗜复红物蛋白沉积,晚期表现为基底膜弥漫增厚,呈链环

状,免疫荧光可见以 IgG 和 C3 为主的沿毛细血管祥呈颗粒样沉积,电镜可见上皮细胞下足突广泛融合,颗粒状电子致密物沉积;排除其他继发因素如系统性红斑狼疮、药物、恶性肿瘤及乙肝等^[13]。病理分型参考 Glassock^[14]的标准,将膜性肾病病理改变分为 I, II, III, IV 期。肾脏病理改变中不仅有基底膜病变,还存在细胞增生及多部位免疫复合物沉积,但无明确继发因素的不典型膜性肾病也纳入原发性膜性肾病进行分析。

中医辨证及体质判定标准:辨证参考 2006 年《慢性肾小球肾炎的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)》^[15]辨证为肺肾气虚、脾肾气虚、脾肾阳虚、气阴两虚、肝肾阴虚及阴阳两虚型患者。中医体质辨识参考《中医体质分类与判定》^[16],分为气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、气郁质、禀赋质 9 个类型,由患者填写“中医体质分类判定表”,中医师判定体质类型和中医证型。

1.2 纳入标准 符合原发性膜性肾病的中西医诊断标准;年龄 18 岁以上;患者近 3 个月病情稳定,无心血管系统、神经系统、感染、恶性肿瘤等各系统严重并发症;签署知情同意书。

1.3 排除标准 孕妇或哺乳期患者;精神病患者;正参与其他研究的患者。

1.4 一般资料 2012 年 8 月—2013 年 3 月在北京大学第三医院肾内科住院,符合纳入、排除标准的 102 例患者,其中男性 57 例(55.9%),女性 45 例(44.1%),年龄 18~75 岁,中医证型主要为肺肾气虚 1 例(1.0%),脾肾气虚 68 例(64.2%),脾肾阳虚 30 例(28.3%),气阴两虚 2 例(2.0%),阴阳两虚 1 例(0.9%)。中医体质主要为平和质 45 例(44.1%),气虚质 12 例(11.8%),湿热质 5 例(4.9%),痰湿质 13 例(12.7%),阳虚质 25 例(24.5%),阴虚质 2 例(2%)。

1.5 观察指标和方法 一般资料观察:记录入选患者的年龄、性别、病程、体质指数、是否合并高血压病史等。病理学检查:所有病例均采用 Tru-cut 型活检针在 B 超引导下经皮一次性快速肾穿刺,全部标本肾小球在 8 个以上,肾活检后肾组织由病理科医师制作病理标本并读取结果,作出膜性肾病病理分期,病理结果分析均以病理报告为准。

临床指标:根据患者同时期住院时检验科常规检测结果导入患者的临床资料,包括生化指标检测,血肌酐(Cr),尿素氮(BUN),尿酸(UA),总胆固醇(TC),甘油三酯(TG),高密度脂蛋白(HDL-C)及低

密度脂蛋白(LDL-C),总蛋白(TP),白蛋白(ALB),24 h 尿蛋白(24 h-UPro),血沉(ESR),C-反应蛋白(CRP);免疫学指标检测,血清补体(CH50),抗体 IgA, IgG, IgE, IgM,补体 C3, C4;计算患者体质指数(BMI)等。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件,计数资料用率或百分数表示,组间比较采用卡方检验。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,变量符合正态分布时组间比较采用方差分析,不符合正态分布时采用多个独立样本的秩和检验,等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 102 例膜性肾病患者不同体质、证型分布和基线比较 膜性肾病患者中由于肺卫风热、气阴两虚及阴阳两虚患者例数较少,共 4 例未纳入比较,其中包括中医阴虚质 2 例,余下剩 98 例患者纳入比较。随访中无禀赋质、气郁质及血瘀质,痰湿质和湿热质均为夹湿体质,因各自例数偏少,故合并为 1 组,脾肾阳虚型患者除阳虚质以外,其他体质例数较少,故合并为非阳虚质组。这 5 种体质在年龄、病程、高血压中均无明显差异。非阳虚质脾肾阳虚型患者中男性比例较高,气虚质脾肾气虚型患者中女性比例较高。BMI 比较中,与平和质比较,气虚质偏低($P < 0.01$),夹湿质偏高($P < 0.01$)。与气虚质比较,夹湿质偏高($P < 0.01$),而阳虚质偏低($P < 0.01$)。与夹湿质比较,阳虚质和非阳虚质均偏低($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 5 种体质病理分期比较 研究纳入患者缺少 III 及 IV 期膜性肾病,故未纳入比较。脾肾气虚夹湿型患者的 II 期膜性肾病的分布中,与平和质比较,气虚质比例偏低($P < 0.01$),夹湿质比例偏高($P < 0.05$)。与阳虚质比较,非阳虚质脾肾阳虚型比例偏高,但无统计学差异。I 期膜性肾病中气虚质最多,其次是平和质,夹湿质最少,但无统计学差异。不典型膜性肾病中,与平和质比较,气虚质比例偏低($P < 0.05$)。脾肾气虚型和脾肾阳虚型总的病理分期比较无统计学差异。见表 2。

2.3 5 种体质实验室指标比较 5 种体质 TC, BUN, UA, TP, ALB 比较无统计学意义,与阳虚质脾肾阳虚型患者比较,脾肾气虚型患者平和质 TG 偏高($P < 0.01$),夹湿质 HDL-C 偏低($P < 0.05$),CR 偏高($P < 0.05$)。与夹湿质比较,平和质 HDL-C 偏高($P < 0.05$),气虚质 CR 偏低($P < 0.05$),平和质、气虚质 24 h 尿蛋白偏低($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 膜性肾病患者 5 种体质基线特征比较

Table 1 Comparison of baseline characteristics of five constitutions in membranous nephropathy patients

组别	例数	年龄/岁	男/例(%)	女/例(%)	病程/月	BMI	高血压/例(%)
脾肾气虚平和质	43	49.8 ± 16.1	27(62.8)	16(37.2)	22.3 ± 15.0	23.7 ± 2.9	13(30.2)
脾肾气虚气虚质	11	47.3 ± 15.8	4(36.4)	7(63.6)	26.0 ± 16.3	26.2 ± 4.1 ¹⁾	4(36.4)
脾肾气虚夹湿体质	14	48.4 ± 15.6	11(78.6)	3(21.4)	26.1 ± 19.8	30.4 ± 3.3 ^{2,3)}	7(50.0)
脾肾阳虚阳虚质	24	53.1 ± 14.3	9(37.5)	15(62.5)	26.0 ± 20.0	22.5 ± 4.2 ^{3,4)}	10(41.7)
脾肾阳虚非阳虚质	6	51.7 ± 15.6	5(83.3)	1(16.7)	24.7 ± 11.9	25.6 ± 5.4 ⁴⁾	3(50.0)

注:与平和质比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$;与气虚质比较³⁾ $P < 0.01$;与夹湿体质比较⁴⁾ $P < 0.01$ 。

表 2 膜性肾病患者 5 种体质病理分期比较

Table 2 Comparison of pathology stage of five constitutions in membranous nephropathy patients

组别	I 期膜性肾病	II 期膜性肾病	I - II 期膜性肾病	不典型膜性肾病
脾肾气虚平和质	18(41.9)	15(34.9)	1(2.3)	9(20.9)
脾肾气虚气虚质	6(54.5)	2(18.2) ²⁾	1(9.1)	2(18.2) ²⁾
脾肾气虚夹湿体质	4(14.3)	10(71.4) ^{1,2)}	0(0)	0(0)
脾肾阳虚阳虚质	4(16.7)	8(33.3)	3(12.5)	9(37.5)
脾肾阳虚非阳虚质	3(50.0)	3(50.0)	0(0)	0(0)

注:与气虚质比较¹⁾ $P < 0.05$,与平和质比较²⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 5 种体质免疫学指标比较 5 种体质比较中 CH50, IgA, IgM, IgE, C3, C4, CRP 比较无统计学意义。与阳虚质比较,夹湿体质 IgG 偏低 ($P < 0.05$),平和质 ESR 偏低 ($P < 0.01$)。见表 4。

3 讨论

以往已有很多关于膜性肾病的中医证型与肾脏病理的相关性研究,但各个研究差异较大,例如韩东彦等^[5]、李园园等^[17]及毛加荣等^[18]的研究就各不相同,虽然也有体质和肾脏病理分析,但研究较少,不能针对具体病理表现进行分析^[11]。总体来说体质和证型和病理的相关研究虽然能反应病理的轻重

表 3 膜性肾病患者 5 种体质实验室指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of laboratory results of five constitutions in membranous nephropathy patients ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TC /mmol·L ⁻¹	TG /mmol·L ⁻¹	HDL-C /mmol·L ⁻¹	LDL-C /mmol·L ⁻¹	BUN /mmol·L ⁻¹
脾肾气虚平和质	43	7.9 ± 2.3	2.9 ± 1.3 ²⁾	1.4 ± 0.6 ³⁾	5.3 ± 2.0	5.5 ± 2.2
脾肾气虚气虚质	11	7.7 ± 2.7	2.8 ± 0.8	1.1 ± 0.2	4.9 ± 2.4	4.9 ± 2.2
脾肾气虚夹湿体质	14	8.6 ± 3.9	4.5 ± 2.7	1.1 ± 0.2 ¹⁾	4.7 ± 2.4	5.1 ± 1.3
脾肾阳虚阳虚质	24	7.2 ± 1.7	1.9 ± 0.6	1.5 ± 0.3	4.5 ± 1.7	5.6 ± 2.1
脾肾阳虚非阳虚质	6	9.0 ± 2.9	4.4 ± 2.5	1.3 ± 0.7	5.7 ± 2.6	6.7 ± 3.9

组别	例数	CR /μmol·L ⁻¹	UA /μmol·L ⁻¹	TP /g·L ⁻¹	ALB /g·L ⁻¹	24 h-UPRO /g·L ⁻¹
脾肾气虚平和质	43	73.6 ± 21.3	364.3 ± 115.0	52.8 ± 7.7	27.2 ± 5.5	7.2 ± 4.8 ³⁾
脾肾气虚气虚质	11	65.1 ± 17.2 ³⁾	372.9 ± 73.5	53.0 ± 6.5	27.7 ± 5.0	6.1 ± 3.7 ³⁾
脾肾气虚夹湿体质	14	86.9 ± 30.8 ³⁾	384.2 ± 90.4	48.7 ± 11.9	25.1 ± 6.8	10.6 ± 4.4
脾肾阳虚阳虚质	24	70.1 ± 26.2	339.6 ± 75.1	48.7 ± 11.9	25.3 ± 5.2	6.6 ± 4.2 ³⁾
脾肾阳虚非阳虚质	6	74.3 ± 16.9	293.3 ± 97.5	47.5 ± 13.3	22.5 ± 8.4	10.4 ± 6.1

注:与阳虚质比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$;与夹湿体质比较³⁾ $P < 0.05$ 。

表现,但仍缺乏整体认识,因为体质代表患者发病前状态,可以影响患者发病,证型代表疾病发病时状态,可以反应疾病的严重程度,两者在辨证过程中可以相互影响,不能分开看待。

本研究发现即使是同一证型,不同体质的患者临床指标和病理分期都存在显著差异,比如脾肾气

虚型患者的 II 期膜性肾病比例中气虚质最轻,其次是平和质,夹湿体质最重,即使是 I 期膜性肾病也存在气虚质比例较多,夹湿质病例较少的趋势,但在证型与病理的比较中,脾肾气虚型和脾肾阳虚型的病理分期分布无显著性差异。这与以往的证型病理相关性分析不太一致,以往的分析中认为脾肾阳虚型

表 4 膜性肾病患者 5 种体质免疫学检测指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of immune results of five constitutions in membranous nephropathy patients ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CH50 /U·mL ⁻¹	IgG /g·L ⁻¹	IgA /g·L ⁻¹	IgM /g·L ⁻¹	IgE /g·L ⁻¹	C3 /g·L ⁻¹	C4 /g·L ⁻¹	ESR /mm·h ⁻¹	CRP /mg·L ⁻¹
脾肾气虚平和质	43	45.3 ± 11.4	6.4 ± 2.6	2.4 ± 1.1	1.7 ± 3.2	98.2(46.2,227.2)	1.1 ± 0.2	0.8 ± 2.9	30.8 ± 19.1 ²⁾	0.2(0.1,0.3)
脾肾气虚气虚质	11	43.1 ± 13.2	7.9 ± 3.0	2.3 ± 0.6	1.2 ± 0.5	147.9(54.9,201.8)	1.2 ± 0.4	0.2 ± 0.04	33.9 ± 28.6	0.2 ± 0.1
脾肾气虚夹湿体质	14	44.0 ± 8.7	5.7 ± 3.1 ¹⁾	2.5 ± 0.9	1.2 ± 0.8	153.2(98.1,890.9)	1.2 ± 0.4	0.4 ± 0.1	37.1 ± 26.4	0.3 ± 0.2
脾肾阳虚阳虚质	24	46.0 ± 9.3	7.9 ± 3.8	2.5 ± 1.2	1.2 ± 0.5	99.9(36.4,245.9)	1.1 ± 0.2	0.3 ± 0.06	51.2 ± 24.4	0.3 ± 0.2
脾肾阳虚非阳虚质	6	44.6 ± 11.1	5.2 ± 2.5	2.7 ± 1.4	1.4 ± 0.4	77.2(30.6,78.5)	1.2 ± 0.2	0.4 ± 0.2	7.0 ± 124.0	0.3(0.2,1.1)

注:与阳虚质比较¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;数据不符合正态分布采用中位数(4分位间距)表示。

或气阴两虚型患者的病理较重,多集中在Ⅱ,Ⅲ期^[6,17],但在本研究者中脾肾阳虚型和脾肾气虚型差异反而不明显,可能与本研究中纳入患者的肾脏病理分期分布有关,大部分患者病理集中在Ⅰ到Ⅱ期,缺少Ⅲ期和Ⅳ期患者,而且气虚型患者偏多。临床指标的比较中也提示了这个趋势,在肌酐和 24 h 尿蛋白的比较中,脾肾气虚型夹湿体质高于平和质和气虚质,阳虚质脾肾阳虚型患者也显著低于脾肾气虚型夹湿体质。而且临床指标和病理指数的比较中同一证型如脾肾气虚型患者,均呈现出夹湿体质最重,平和质次之,气虚质患者最轻的趋势,脾肾阳虚型患者的临床指标中血肌酐和 24 h 尿素氮的比较中非阳虚质反而重于阳虚质患者,但因为非阳虚质病例数较少,许多比较中未显示显著性差异。如果把体质与证型相同称为原发性证型,体质与证型不同称为获得性证型,原发性证型的疾病严重程度低于获得性证型,体质相对较好的患者如果在疾病打击下形成虚性证型的临床指标和病理都较为严重。

由此可见,即使是同一证型,体质仍然影响着疾病发展,因此辨证的同时考虑患者体质很有必要,体质与疾病的严重程度及临床指标相关^[19-20],代表了患者基因与环境相互作用下的一种早期发病倾向性,影响着疾病的病理生理过程。这种生理机能、代谢、对外界环境刺激相对稳定的特性,在疾病打击后可能仍然存在,而且结合本研究发现体质对疾病的打击后的表现和耐受程度是不一致的,同样在发病时表现为脾肾气虚型,气虚质患者相对于体质较好的平和质和夹湿体质,对疾病的耐受程度更高,所以病理和临床表现相对较轻,而平和质和夹湿体质较差。这种情况类似于外感疾病的发病过程,体壮的患者在剧烈的正邪交争下反而容易出现不利的临床结局,但这种情况在慢性疾病或内伤疾病中尚未碰

到。本研究发现在膜性肾病中这种体质影响也持续存在,可能是因为不同体质之间的免疫差异和免疫耐受的差异导致,本研究中阳虚质脾肾阳虚型患者血沉显著高于平和质,IgG 也显著高于夹湿质,但临床指标如血肌酐,24 h 尿蛋白低于平和质和夹湿质,免疫差异性有赖于进一步的研究证实。夹湿体质临床表现相对较重,Ⅱ期膜性肾病中较常见。夹湿体质(包括湿热质和痰湿质)多出现代谢性疾病如糖尿病、高血压等^[21-22],本研究中夹湿体质的患者体质指数最高,多数为肥胖患者,HDL-C 显著低于其他体质患者,TG 和 TC 均高于其他体质患者。而这类代谢性疾病往往存在广泛的微炎症状态、免疫紊乱和细胞组织的氧化损伤,是否这些异常的代谢状态也会持续影响膜性肾病的病理生理,还需要进一步的研究。

体质代表发病倾向,证型代表发病时机体的反应状态,仅凭体质或证型显然不能全面的认识疾病的病机和发病过程,体质强壮的患者在疾病的打击下既可以出现相对偏亢的证型,也可以出现相对偏弱的证型,同一个证型可能是体质强壮的患者经过疾病打击后演变出现,也可能是体质偏弱的患者自然发展而来,这些患者的治疗和预防措施肯定是不同的,只有厘清这种疾病的发展演变过程才能更清晰的认识疾病的走向和病机变化,更精细的进行辨证论治,为个体化医疗提供理论基础。

[参考文献]

[1] Covic A, Schiller A, Volovat C, et al. Epidemiology of renal disease in Romania: a 10 year review of two regional renal biopsy databases [J]. Nephrol Dial Transplant, 2006, 21(2): 419-424.
[2] Rychlik I, Jancová E, Tesar V, et al. The Czech registry of renal biopsies. Occurrence of renal diseases in the years 1994-2000 [J]. Nephrol Dial Transplant, 2004, 19(12): 3040-3039.

- [3] Abe S, Amagasaki Y, Konishi K, et al. Idiopathic membranous glomerulonephritis; aspects of geographical differences [J]. J Clin Pathol, 1986, 39 (11): 1193-1198.
- [4] 韩东彦,赵琛,饶向荣,等.从气、血、水论治特发性膜性肾病的临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(11):1311-1313.
- [5] 韩东彦,刘宇,占永立,等.特发性膜性肾病中医证候特点及其在预后判断中的作用[J].北京中医药,2010,29(4):246-249.
- [6] 黎民安,卓丽,须冰,等.特发性膜性肾病中医证型与临床相关因素分析[J].上海中医药杂志,2014,48(10):7-9.
- [7] 武月萍.体质及体质因素与中医辨证[J].中华中医药学刊,2007,25(10):2122-2123.
- [8] 何迎春.不同体质的中医辨证论治[J].中华中医药学刊,2008,26(6):1156-1157.
- [9] 田锦鹰,魏东,马祖等,等.糖尿病发病与中医体质的相关性研究[J].中国中医急症,2013,22(10):1693-1694.
- [10] 邓红月,陈玉玲.体质与抑郁、焦虑发病倾向关系的调查研究[J].海南医学,2011,22(23):141-144.
- [11] 崔赵丽.气虚、阳虚体质与慢性原发性肾小球疾病中医证候及TGF- β 相关性分析[D].北京:北京中医药大学,2011.
- [12] 罗月中,苏式兵,郎建英,等.成人特发性膜性肾病遗传易感性与中医证型的关联性研究[J].中国中西医结合肾病杂志,2012,13(01):30-33.
- [13] 王海燕.肾脏病学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2008:1-239.
- [14] Glasscock R J. Secondary membranous glomerulonephritis [J]. Nephrol Dial Transplant, 1992, 7 (1): 64-71.
- [15] 中华中医药学会肾病分会.慢性肾小球肾炎的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)[J].上海中医药杂志,2006,40(6):8-9.
- [16] 中华中医药学会.中医体质分类与判定[J].中华养生保健,2009(9):38-39.
- [17] 李园园,何灵芝,陈红波.50例膜性肾病临床表现、病理特点与中医证型的相关性分析[J].安徽中医学院学报,2012,31(6):32-34.
- [18] 毛加荣,刘建红,程小红.101例膜性肾病中医症候与病理分析[J].陕西中医,2012,33(10):1330-1331.
- [19] 刘婉华.2型糖尿病中医体质与肥胖、血脂、血凝指标的相关性分析[J].中国医药指南,2011,34(10):702-706.
- [20] 刘炜,葛正行,李波.慢性阻塞性肺疾病患者中医体质分布特点及其与证候的关系研究[J].中国中药杂志,2013,38(20):3587-3590.
- [21] 韩淑辉,李康增,郑建明,等.高血压病合并糖尿病患者中医体质分布研究[J].中国中西医结合杂志,2013,33(2):199-204.
- [22] 朱燕波,王琦,邓棋卫,等.中医体质类型与高血压的相关性研究[J].中西医结合学报,2010,8(1):40-45.

[责任编辑 张丰丰]