

觥 1-2 测定不同批次杏香兔耳风药材中绿原酸的含量。结果为 0.85 0.21 0.42 0.63 1.34 0.26。不同批次杏香兔耳风药材的含量测定结果显示,杏香兔耳风药材中绿原酸的含量差异较大,为 0.21%~1.34%。提示投料前应对杏香兔耳风药材的绿原酸含量进行控制。

表 1 绿原酸回收率试验结果

( $\bar{X}$  = 99.01%, RSD = 1.03%,  $n$  = 6)

取样量/g	样品含量/mg	对照品加入量/mg	测得量/mg	回收率/%
0.27789	0.4455	0.3510	0.7943	99.37
0.35522	0.5678	0.3510	0.9101	97.52
0.32382	0.5179	0.4378	0.9478	98.20
0.33800	0.5410	0.4378	0.9788	100.00
0.26912	0.4308	0.5255	0.9562	99.98
0.27061	0.4328	0.5255	0.9561	99.58

### 3 讨论 用紫外分光光度法分析比较绿原酸对照品及样品

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)16-1531-02

## IgA 肾病的中医药治疗疗效观察

华素彩<sup>1</sup>, 徐锡鸿<sup>2</sup> (<sup>1</sup>宁海县第一医院中医科, 浙江 宁波 315600, <sup>2</sup>浙江省中医药研究院, 浙江 杭州 310000)

【关键词】中医辨证治疗 IgA 肾病 病理

【中图分类号】R692.31 【文献标识码】B

0 引言 IgA 肾病(IgA nephropathy)是指肾小球系膜区以 IgA 或 IgA 沉积为主的原发性肾小球病,是肾小球源性血尿最常见的病因,以及慢性肾衰的主要原因之一<sup>[1-2]</sup>。因此对 IgA 肾病采取积极有效的治疗,延缓其发展具有重要的意义。本研究我们选择 IgA 肾病患者为研究对象,研究 IgA 肾病的中医辨证分型与其病理的相关性,以推断病情及预后,指导临床治疗,并采取中医辨证治疗,观察其疗效。

### 1 对象和方法

1.1 对象 观察病例均为 2002-01/2006-12 在我院住院治疗的,共 81 例。所有患者均经肾穿刺活检诊断为原发性 IgA 肾病,并根据临床及实验室资料,除外继发于全身性疾病者,如肝炎、系统性红斑狼疮、过敏性紫癜等。其中男 46 例,女 35 例;年龄 18~68 岁;血肌酐(Scr) > 133 μmol/L 者 17 例;发病年龄 14~68(平均 32.47 ± 2.19)岁;肾活检时年龄 18~68(平均 33.12 ± 1.98)岁;病程 0~230(平均 22.47 ±

溶液在 200~400nm 波长间的紫外吸收光谱,结果表明在本实验条件,绿原酸在 327nm 波长处有最大的吸收峰,故选择 327nm 为检测波长。我们曾考察了不同色谱柱及不同甲醇含量(10%~50%)下,绿原酸与杂质间的分离度。结果表明,选择 Diamonsil™ C18 ODS 色谱柱(5 μm, 200 × 4.6 mm)绿原酸与杂质可达到完全基线分离。同时甲醇比例的减少,绿原酸与杂质分离度逐渐增大,但分离时间也相应延长。当甲醇含量为 18% 时即可达完全分离,为保证方法的耐用性,将甲醇-水调整为 18:85。我们采用 HPLC 法测定绿原酸含量,操作准确简便、灵敏度高、重现性好,有利于该品种质量的控制,确保药物的临床疗效。

### 【参考文献】

- [1] 国家药典委员会. 中国药典一部[M]. 北京: 化学工业出版社, 2005 152-153.
- [2] 王静, 常新全, 刘俐纯, 等. HPLC 法测定感冒止咳颗粒剂中绿原酸和绿原酸的含量[J]. 中成药 2004 26(3): 206.

编辑 袁天峰

4.71) mo。81 例患者中,单纯性血尿者(肉眼血尿及镜下血尿) 30 例,血尿伴蛋白尿者 40 例,血压升高者 11 例。

患者入选标准<sup>[3]</sup>: ① 年龄: 18~70 岁; ② 无肾功能损害,或肾损害早、中期,即 Scr ≤ 442 μmol/L 的患者; ③ 经肾穿刺活检符合 IgA 肾病的诊断,且穿刺时间不超过 3 mo 患者; ④ 病因仅限于原发性 IgA 肾病。以上必须全部具备,方能入选本研究。

患者排除标准<sup>[3]</sup>: ① 年龄在 18 岁以下,70 岁以上; ② 有严重肾功能损害,Scr > 442 μmol/L; ③ 肾活检报告超过 3 mo 者; ④ 妊娠或哺乳期妇女。以上必须全部为否,方能入选本研究。

患者中医辨证分型 按 1988 年全国第四次中医肾病学术会议通过的《慢性肾炎中医辨证分型方案》为依据,分为脾肾气阴两虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、脾肾气虚。

患者病理分级 根据 1982 年 WHO 分级标准分为 5 级。

### 1.2 方法

1.2.1 病理评分 ① 肾小球硬化: 硬化肾小球数 > 30%, 评 2 分; 10%~30% 评 1 分; < 10% 评 0 分。② 新月体形成: > 50% 肾小球伴新月体形成者评 2 分; < 50%, 但至少有一个细胞性或纤维性新月体形成,评 1 分; 阴性者为 0 分。③ 间质淋巴、单核细胞浸润程度: 浸润范围 > 50%, 记 2 分; 浸润范围 10%~50%, 记 1 分; 无炎症细胞浸润或轻度浸润,范围 < 10%, 记 0 分。④ 间质纤维化: 阳性记为 1, 阴性记为 0。⑤ 肾小管萎缩: 无或灶性轻度萎缩,记 0 分; 灶性或大片灶性中、重度萎缩记 1 分。⑥ 小动脉: 小动脉壁有增厚记 1 分, 无异常记 0 分<sup>[4]</sup>。

1.2.2 临床疗效标准 参照中药新药治疗慢性肾炎的临床研究指导原则(中华人民共和国卫生部制定发布)。完全缓解: 尿沉渣红细胞数 3 个/高倍视野, 24 h 蛋白尿 < 0.25 g/d; 显效: 尿沉渣红细胞数和 24 h 蛋白尿较治疗前减少 50%; 有

收稿日期 2007-04-27; 接受日期 2007-06-29

作者简介: 华素彩, 本科, 副主任医师。Tel: (0574) 66550790 Email: jefflichina@hotmail.com

效 尿沉渣红细胞数和 24 h 蛋白尿较治疗前减少 25% 无效：尿沉渣红细胞数和 24 h 蛋白尿较治疗前减少低于 25%。

1.2.3 治疗 对于不同证型的患者,采取中医辨证治疗,中药汤剂每日 1 剂,分 2 次口服<sup>[5]</sup>。其中气阴两虚型,治以益气养阴,选用参芪地黄汤加减;肝肾阴虚型,治以滋阴补肾,舒肝降火,选用加味逍遥散加减;脾肾气虚型,选用参苓白术散加减;脾肾阳虚型,选用金匮肾气丸加减。

统计学处理:计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,两组间比较采用  $t$  检验,多组间比较采用方差分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验。

2 结果

2.1 中医辨证分型与病理参数积分的关系 ① 证型与肾小球改变:随脾肾阳虚、脾肾气虚型、肝肾阴虚型、气阴两虚型四种证型的改变,肾小球硬化积分、新月体形成积分依次升高。前两者无统计学差异。② 证型与肾间质、小管改变:随脾肾阳虚、脾肾气虚型、肝肾阴虚型、气阴两虚型四种证型的改变,肾间质、小管的损害逐渐加重。前两者无统计学差异。③ 证型与小动脉改变:随脾肾阳虚、脾肾气虚型、肝肾阴虚型、气阴两虚型四种证型的改变,肾小动脉的损害程度逐渐加重。前两者无统计学差异(表 1)。

表 1 中医辨证分型与病理参数积分的关系 (n=81,  $\bar{x} \pm s$ )

Table with 5 columns: 病理参数积分, 脾肾阳虚, 脾肾气虚, 肝肾阴虚, 气阴两虚. Rows include 肾小球硬化, 新月体形成, 间质炎症浸润, 间质纤维化, 肾小管萎缩, 小动脉壁增厚, 病理积分总分.

\*P<0.05, bP<0.01 vs 脾肾阳虚; cP<0.05, dP<0.01 vs 脾肾气虚; eP<0.05 vs 肝肾阴虚.

2.2 中医辨证分型与病理分级的关系 各个证型的改变与病理分级正相关,随脾肾阳虚、脾肾气虚型、肝肾阴虚型、气阴两虚型四种证型的改变,病理分级逐渐加重(表 2)。

2.3 疗效 81 例患者经治疗后完全缓解 15 例(18.52%),显效 25 例(30.86%),有效 31 例(38.27%),无效 10 例(12.35%)。本组病例中有血尿者 66 例,尿沉渣镜检红细胞以 X-Y-P 高倍视野表示,为统计方便,每例尿中红细胞数取 X-Y 的均值,红细胞满视野者视作 50 个 P 高倍视野,统计方法用秩和检验。本组病例中有蛋白尿者 51 例,治疗后尿蛋白明显减少(表 3)。

表 2 中医辨证分型与病理分级的关系 (n)

Table with 6 columns: 病理分级, n, 脾肾阳虚, 脾肾气虚, 肝肾阴虚, 气阴两虚. Rows I-V.

χ²=17.307, P<0.05.

表 3 治疗前后实验室检查改善情况 (n=81,  $\bar{x} \pm s$ )

Table with 3 columns: 项目, 治疗前, 治疗后. Rows: 24 h 尿蛋白定量(g), 尿红细胞数(个/高倍视野).

\*P<0.05 vs 治疗前.

3 讨论 肾小球硬化、新月体形成、肾小管病变和血管损伤,是 IgA 肾病预后不良的指征。并且病理分级越高,预后越差。通过对 81 例 IgA 肾病患者的临床观察发现,脾肾阳虚及脾肾气虚型病理分级最低,肾脏病理改变最轻,而气阴两虚型最重。因此治疗时应重视气虚阶段,积极治疗,以期延缓疾病的发展。外感风热是 IgA 肾病最常见的诱发因素,随疾病的发展,IgA 肾病患者多兼有湿热内蕴、瘀血内阻的表现,病理分级逐渐加重。故在治疗 IgA 肾病时,应积极扶正御邪。在疾病后期,辅佐滋阴活血,可提高疗效。

李东垣《脾胃论》云：“脾主五脏之气,肾主五脏之清,皆上奉于天,二者俱主生化以奉升浮。”先天对后天有温煦的作用,后天对先天有滋补之功,肾气亏损,不能温煦后天,脾虚不能统摄无权,肾失封藏,精微下流,出现蛋白尿、血尿。经过辨证施治,患者不仅蛋白尿、血尿减少,提示肾脏早期受损的微量蛋白也随之减少,说明中医中药具有延缓 IgA 肾病患者肾功能恶化的作用,疗效肯定。

【参考文献】

[1] 叶任高. 内科学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2001: 542-544. [2] D'Amico G. Pathogenesis of immunoglobulin A nephropathy [J]. Curr Opin Nephrol Hypertens, 1998, 7: 247. [3] 王耀献,孙鲁英,刘尚建. IgA 肾病的中医辨证分型与病理相关性研究[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(3): 151-154. [4] 张国强,叶任高. IgA 肾病 90 例活检中肾小管间质损害对肾小球功能的影响[J]. 中华内科杂志, 1996, 35(7): 471-473. [5] 王洪震. 中医辨证治疗 IgA 肾病 32 例临床观察[J]. 中医药学报, 2006, 34(5): 26-27.

编辑 黄良田