

病例讨论

IV型狼疮性肾炎合并感染病案

占永立*整理

主题词 狼疮肾炎/并发症 感染/病因学

1 病历摘要

患者胡某某,男,17岁,住院号 072636。主因颜面及双下肢浮肿2月、发热1周,于2000年10月11日以“慢性肾小球肾炎?”、“发热原因待查?”收入住院。患者2000年8月中旬无明显诱因出现双下肢轻度浮肿,至某医院就诊,查尿蛋白(++),红细胞3~5个/高倍视野。诊为“肾炎”,予保肾康等治疗1月余,病情无好转。2000年10月5日起发热,当地医院诊为“肺部感染”,静脉点滴青霉素治疗5天仍发热不退,遂转入我院。入院时症见颜面及双下肢轻度浮肿,腰酸乏力,脱发,午后及夜间发热,发热前恶寒明显,口渴饮水不多,纳可,小便黄,大便偏干。

既往史:既往身体健康,无特殊病史可查。

查体:体温38.3℃,脉搏82次/分,呼吸22次/分,血压17.3/10kPa。神志清楚,颜面部轻度浮肿,咽部充血较明显,双侧扁桃体不肿大,心界不大,双肺呼吸音增粗,未闻及明显干湿性罗音,肝、脾不大,腹水征(-),双肾区叩击痛(+),双下肢轻度浮肿。舌质偏红,苔黄腻,脉滑数。

实验室检查:血红蛋白90g/L,红细胞 $2.45 \times 10^{12}/L$,白细胞 $2.9 \times 10^9/L$,中性0.86,淋巴0.13;尿蛋白+++ ,尿红细胞10~15个/高倍视野,24小时尿蛋白定量2.6g;血清总蛋白53mmol/L,白蛋白32mmol/L;蛋白电泳:白蛋白0.35, α_1 0.06, α_2 0.13, β 0.18, γ 0.28;免疫球蛋白IgG 5.5g/L, IgA 1.43g/L, IgM 0.83g/L,补体C₃ 0.31g/L;ANA(+),抗dsDNA(+),抗ENA(+),抗Sm抗体(+),抗RNP抗体(+),抗GBM抗体(-),P-ANCA(-),C-ANCA(-)。胸部X线平片:双肺纹理增粗。双肾B超:右肾10.9cm×6.4cm×2.2cm,左肾11.5cm×6.3cm×1.9cm。2000年10月16日在B超引导下肾活检术。病理诊断为毛细血管内增生性(IV型)狼疮性肾炎。

入院诊断:毛细血管内增生性(IV型)狼疮性肾炎。

治疗经过:根据患者属重症狼疮性肾炎的诊断结果,确定治疗方案如下:(1)甲基强的松龙(MP)800mg,静脉点滴,连用3天,以后改为强的松60mg/d,晨起顿服,10周后逐渐减量至15mg/d维持;(2)环磷酰胺(CTX)1000mg,静脉点滴,每月1次,6个月后CTX改为每3个月1次,每次1000mg;(3)头孢三嗪(罗氏芬)2g,静脉点滴,每天1次,连用7天;(4)丙种球蛋白5g/d,连用5天,25g/d,连用3天;(5)中医辨证为气阴两虚,湿热内蕴。治宜益气养阴,清热利湿。处方:生黄芪12g,太子参15g,女贞子12g,旱莲草12g,茯苓12g,泽泻12g,黄芩12g,金银花12g,蒲公英15g,车前草30g,败酱草30g,白茅根30g。上述治疗1周,患者仍午后及夜间高热,发热前伴寒战,右下肺可闻及细小湿罗音,X线胸片示右下肺纹理增粗。于2001年10月23日开始病例讨论。

2 病例讨论

住院医师王丽:根据美国风湿病学会1982年确定的有关系统性红斑狼疮的诊断标准,该患者有尿检异常,外周血白细胞降低、ANA(+),抗dsDNA(+),抗ENA(+),抗Sm抗体(+)等,临床可诊断为“狼疮性肾炎”。根据肾活检结果,病理诊断为毛细血管内增生性(IV型)狼疮性肾炎,属重症狼疮性肾炎的范畴。现患者其主要症状为水肿和发热,故中医诊断可考虑为(1)水肿;(2)发热。经1周治疗,患者水肿有所减轻,但仍高热不退,今日主要讨论下一步治疗方案。根据“急则治其标,缓则治其本”的原则,目前中医治疗重点是发热,对于发热,中医的鉴别诊断包括外感发热与内伤发热二种。外感发热,由感受外邪而发,体温较高,多为中度发热或高热,发病急、病程短、病势重,常见其他外感热病之兼症,如恶寒、口渴、面赤、舌红苔黄、脉数,多为实热证。内伤发热者,由脏腑之阴阳气血失调,郁而发热,热势高低不一,常呈低热而见间歇,其发热病缓,病程长,数周、数月甚至数年,多伴有内伤久病虚性证候,如形体消瘦,面色无华,倦怠乏力,舌质淡,脉细无力,多为虚证或虚实夹杂之证。该患者目前其发热特点为高热,发热时间短(约2周左右),且发热前寒战明显,

* 中国中医研究院广安门医院肾内科,北京市宣武区北线阁

5号(100053)

收稿日期:2002-07-02

口渴、舌质偏红、苔黄腻，脉滑数，故其发热主要为外感发热。该患者临床表现高热，且午后及夜间明显，伴口渴、舌红、苔黄，属气营同病，治宜气营两清，处方可用清营汤合白虎汤加减。

主治医师岳玉和：补充二点，一是对发热的鉴别，除外感发热与内伤发热以外，还应与真寒假热证区别。真寒假热者，身虽热，而反欲得衣被；口虽渴，但喜热饮；脉虽数，但不鼓指，按之无力；苔虽黑，而润滑。该患者口虽渴，但不欲饮，可能与其原发病为水肿，水湿内停有关；其脉滑数，苔黄腻而非黑，亦应当考虑为水肿病的基础上继发外感发热，而非单纯外感发热，也可除外真寒假热证。二是病人在发热的同时伴有恶寒，中医认为，有一分恶寒，便有一分表证，故病变虽然主要在气分和营分，但卫分症状亦存在，方中可加荆芥、薄荷等解表发汗，以祛邪外出。

副主任医师占永立：在狼疮性肾炎活动时常出现发热的症状，而在狼疮性肾炎的治疗过程中，由于大剂量激素及免疫抑制剂的使用，患者常因合并感染导致发热，如何区分狼疮性肾炎活动性发热与狼疮性肾炎并发感染发热，是临床较为棘手的问题，但两者治疗及预后不同，因而有必要做出明确诊断。以下几点可作为鉴别时的参考：(1)如新近曾大剂量使用糖皮质激素和(或)免疫抑制剂治疗而存在发热，应首先考虑感染；(2)每日 20~30mg 强的松可很好地控制狼疮活动发热，如果此剂量激素仍不能控制发热，应积极查找感染证据；(3)注意观察发热时的伴随症状，如发热时伴寒战者多见于感染；(4)注意外周血检查，细菌感染时白细胞常增多；(5)注意血、痰、尿及胸、腹水等的培养结果。本例患者出现高热，经甲基强的松龙及环磷酰胺冲击治疗，水肿虽有所减轻，但发热不但不退反而加重，因而应当考虑为狼疮性肾炎合并外感发热(可能为糖皮质激素的副反应)。从中医角度，内伤杂病多采用脏腑辨证，而外感热病常用六经辨证或卫、气、营、血辨证。对发热的中医鉴别诊断及辨证方法上，同意以上二位医师的分析。但应引起重视的是，鉴于该患者原有脏腑宿疾(水肿病)，而又复感外邪，因而临床表现上纷繁复杂。辨证之时，应分辨原有疾病与继发感染的轻重程度和标本先后，即分清本虚与标实，其本虚为肺肾气阴两虚，标实之邪包括外感风热、水湿、湿热及瘀血等。在诸多标实之邪中，目前主要以外感风热之邪为最急，按照《内经》“间者并行，甚者独行”原则，目前的治疗主要以治标为主，但在气营两清之时，应适当加重养阴之品如玄参、麦冬等的用量，一旦热邪清除，则要坚持标本同治。

副主任医师周静媛：基本同意以上医师的分析。对狼疮性肾炎的治疗，目前主张“两策(糖皮质激素及免疫抑制剂)一汤(中药汤剂)”治疗，由此可见中药在治疗狼疮性肾炎的过程中发挥了不可替代的重要作用，中药的作用主要提高和巩固疗效，减少合并症、减轻副作用。该患者在使用糖皮质激素后出现高热，应当考虑为激素的并发症，但该患者的发热是在水肿病基础上合并的发热，与一般单纯外感发热治疗上有所不同，特别要注意水湿瘀久所致湿热内蕴，方中可适当加入清热化湿之品，如滑石 30g、茵陈 12g。

主任医师李秀英：该患者起病 2 个多月来一直误诊为慢性肾小球肾炎，从而延误了治疗时间。男性狼疮患者与女性病例比较在临床上有较大区别，主要有：(1)男性病例发热、关节、皮肤病变较女性少见；(2)血液系统、浆膜腔、心、肺、肝脏、中枢神经系统的病变比较严重；(3)肾脏病变较重，血管病变多见；(4)自身抗体阳性率低，体液免疫亢进不如女性患者突出；(5)常规激素治疗效果差，预后恶劣。一般来讲，如患者出现皮肤、关节病变，自身抗体阳性，临床上较易联想到系统性红斑狼疮，但男性患者上述临床表现较为少见，而其常见的临床症状如血液系统损害、高血压、心脏病变、肝脏病变、浆膜炎等又缺乏特异性，加之流行病学特点，故易造成本病的误诊或漏诊，需引起临床的注意。根据个人以往的体会，中医急性活动期多表现为外感湿热，热入营血等证型。缓解期临床表现复杂多样，有因热病后期，津气耗伤，表现为肾气阴两伤者；有因久病迁延不愈，阳气日衰，三焦气化不利，表现为脾肾阳虚，水湿内停者；有因罹病之后，心情抑郁，肝郁气滞，横逆犯脾，表现为肝郁脾虚者；有因患病之后，思虑过度，阴血暗耗，血不养心，表现为心脾两虚者。

3 后记

经讨论后，中药调整处方如下：水牛角 12g，生石膏 30g，知母 12g，牡丹皮 12g，生地黄 12g，玄参 30g，麦冬 30g，连翘 12g，荆芥 6g，滑石 30g，茵陈 12g，白花蛇舌草 30g，生甘草 6g，水煎服，每日 2 次。西医治疗维持入院时方案。

服药 6 天后，发热逐渐减轻，再治疗 1 周后，体温逐渐恢复正常。以后根据其表现为气阴两虚，夹湿热及瘀血的病机特点，采用益气养阴、清热利湿、活血利水之法，标本同治，基本处方为：生黄芪 15g，太子参 15g，牡丹皮 12g，生地黄 12g，泽兰 12g，益母草 12g，茯苓 15g，车前草 30g，茵陈 12g，白花蛇舌草 30g，半枝莲 15g，并随证加减用药。2 个月后尿量逐渐增加。6 个月后狼疮活动性积分从 14 分下降至 5 分，病情稳定。