

病例讨论

增生硬化型 IgA 肾病病案

占 永 立*整理

主题词 肾小球肾炎, IgA/中医药疗法

1 病历摘要

崔某,女,22岁,住院号:081620。主因“腰酸痛反复发作2年余”于2002年9月16日入院。2000年2月初因感冒后,自觉腰酸痛,至某医院就诊,查尿蛋白(++)、尿红细胞(++),诊为“慢性肾小球肾炎”,间断服用保肾康及中药汤剂等治疗,症状时轻时重,尿蛋白(+~+++),尿红细胞3~30/HP。为明确病理诊断及进一步治疗,遂收入住院。入院时症见:腰酸痛、乏力、咽干、咽内不适,口干欲饮,五心烦热,失眠,梦多,平素易感冒,食纳可,小便黄,大便调。

既往史:既往身体健康。无肝炎、结核等病史。

查体:体温 36.8℃,脉搏 76 次/分,呼吸 18 次/分,血压 14/9kPa (1mmHg = 0.133kPa),神清,精神可,双侧眼睑不肿,咽部轻度充血,双侧扁桃体 I 度肿大,心界不大,心率 76 次/分,律齐,双肺呼吸音清晰,未闻及干湿性罗音,肝脾未扪及,双肾区叩击痛(±),腹水征(-),双下肢不肿。舌质红、苔稍黄腻,脉细滑。

实验室检查:血红蛋白 132g/L,红细胞 $3.6 \times 10^{12}/L$,血白细胞 $6.5 \times 10^9/L$,中性 0.63,淋巴 0.36,血小板 $155 \times 10^9/L$,血沉 14mm/h;血糖 4.8mmol/L,血肌酐 68μmol/L,血尿素氮 4.1mmol/L;血清白蛋白 41g/L,血清球蛋白 29g/L,血清总蛋白 70g/L;尿蛋白(++),尿蛋白定量 1.18g/24h。腹部 B 超:左肾 10.4cm × 5.4cm,右肾 11.2cm × 5.8cm;X 线胸部平片:两肺及心、膈未见异常;心电图正常。

入院诊断:慢性肾小球肾炎。

诊疗经过:入院后于 9 月 23 日行肾组织活检术。光镜所见:肾穿刺组织可见 19 个肾小球。8 个球性硬化,3 个节段性硬化,3 个细胞性、2 个小细胞性新月体形成,其余肾小球系膜细胞和基质轻度弥漫增生伴嗜复红蛋白沉积。肾小管多灶状萎缩。肾间质多灶状淋巴和单核细胞浸润。小动脉管壁增厚。免疫荧光:可见

6 个肾小球, IgA(+++), IgG(-), IgM(-), C₃, Clq(-), FRA(-), Alb(-)。电镜:系膜组织轻度增生,系膜及副系膜区电子致密物沉积,上皮细胞足突节段性融合,基底膜未见病变。肾脏病理诊断为增生硬化型 IgA 肾病。结合其临床与病理诊断,为决定下一步治疗于 2002 年 9 月 27 日进行病例讨论。

2 病例讨论

进修医师江鹏:该患者西医诊断明确,即临床诊断为慢性肾小球肾炎,病理诊断为增生硬化 IgA 肾病。患者以腰酸痛反复发作 2 年为主诉,中医应诊为“腰痛”。腰痛的辨证,正如《景岳全书·腰痛》篇所言:“盖此证有表里虚实寒热之异,知斯六者,庶乎尽矣,而治之亦无难也。”一般而言,感受外邪所致者,其证多属表、属实,发病较急,治宜祛邪通络,根据寒湿、湿热等不同,分别施治。由肾精亏损等内伤所致者,其证多属里、属虚,常见慢性反复发作,治疗以补益为主。然而临床所见腰痛患者,或由于客邪久羁,损伤正气,形成实中夹虚证;或因为正气久亏,卫阳不足,新感外邪,形成虚中夹实证。因而在辨证时应分清邪正主次的轻重,标本兼顾,才能取得较为满意的疗效。“腰为肾之府”,患者腰酸、乏力,是为肾气不足;口干欲饮、五心烦热、失眠、梦多,属肾阴亏损;小便黄、舌苔黄腻,为湿热内蕴。结合舌脉情况,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 15g,太子参 15g,茯苓 12g,泽泻 12g,牡丹皮 12g,生地黄 12g,山药 9g,山茱萸 12g,知母 12g,黄柏 12g。

进修医师杨欣磷:患者镜下血尿明显。尿中有血,分为尿血及血淋两种情况。临床上以排尿不痛或痛不明显者称尿血;尿血而兼小便滴沥涩痛者称血淋。如《丹溪心法·尿血》所言:“尿血,痛者为淋,不痛者为尿血。”因而中医诊断为“尿血”更合适。尿血的病位在肾及膀胱。其主要病机是热伤脉络及脾肾不固。热伤脉络之中又有实热和虚热之分;脾肾不固有脾虚与肾虚之别。中医辨证同意江鹏医师的分析,但中药处方中应适当佐以止血之品,如大蓟、小蓟、仙鹤草、侧柏叶等。

主治医师李军:中医诊断方面,中医“尿血”是指尿中混有血液甚至血块的病症。随出血量多少不同,而使

* 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:2003-02-11

小便呈淡红色、鲜红色或茶褐色。该患者虽然镜下血尿明显,但无明显尿色改变,更无血块,因而中医还是诊断为“腰痛”更适合。IgA 肾病可表现为多种类型,如尿检异常型、孤立性肉眼血尿型、反复发作肉眼血尿型、肾病综合征型、高血压型、急进性肾炎型等。该患者临床表现较轻,即呈尿检异常型慢性肾小球肾炎,但肾小球硬化严重,极易进展为慢性肾功能不全,因而可在中医治疗的基础上适当配合西医治疗。中医治疗基本同意以上二位医师的意见,该肾活检提示肾小球硬化较明显,从微观辨证的角度来看,属中医瘀血的范畴,方中可适当加入养血活血之品,如当归、川芎、鸡血藤等。西药可配合蒙诺等血管紧张素转换酶抑制剂,既可部分降低尿蛋白,又可延缓慢性肾功能不全的病程进展。

副主任医师占永立:主要有以下意见。在中医诊断疾病时应明确症、证、病的不同含义。“症”是指疾病的单个症状以及舌象、脉象等体征。如患者腰痛、乏力,咽干、咽内不适,口干欲饮,五心烦热,失眠、梦多、舌质红、苔黄腻,脉细滑等,都是症。任何疾病的发生、发展,总是通过若干症状而显示出来的,因此,症是机体有了病变的客观表现,是判断疾病,进行辨证的主要依据。但症状毕竟只是疾病的现象,还不是疾病的本质,只有充分收集各种症状,并通过综合分析,才能透过现象认识疾病的本质。“证”是在中医学理论的指导下,通过综合分析各种症状和体征等,对疾病所处一定阶段的病因、病性、病位等所作的病理性概括。该患者中医辨证为肾气阴两虚夹湿热证,说明其病性属本虚标实、病位主要在肾,所以,证是对致病因素与机体反应两方面情况的综合,是对疾病本质的认识。“病”是对疾病全过程的特点与规律所作的概括。在中医学中提到的病名很多,其命名方法多种多样:(1)根据某一个或几个突出的临床表现而确定的,如消渴、咳嗽等,此乃中医病名命名的主要方法;(2)有一部分疾病,由于病情发展较快,主症不固定,或者病情较复杂而主症不突出等,因而也有按病因病理而确定病名的,如湿温、虚劳、痰饮、肺痿等;(3)有少部分疾病,根据其病变部位而命名,如肺病等。此外,百合病、狐惑病、太阳病、厥阴病等,属于古代的一些特殊病名,是在当时的历史条件下,根据部分医者的经验而提出来的。现患者主诉为腰痛反复发作 2 年余,因而中医诊断为“腰痛”。IgA 肾病临床表现复杂,其临床分型李军医师已作了详细的描述,IgA 肾病的治疗无固定模式,应当紧密结合临床表现与病理特征确立个体化的治疗方案。根据我们以往的经验及文献报道,本病的治疗方法大体可分以下几种:24 小时尿蛋白定量 1g 以下,主要以中医治疗为主;24 小

时尿蛋白定量 1~3g,在中医治疗的基础上,辅以血管紧张素转换酶抑制剂如蒙诺等治疗;24 小时尿蛋白定量大于 3g 以上者,可在中医治疗的基础上合并 1 个疗程的激素治疗。不论何种临床表现,如果合并高血压者,应严格控制高血压;肾小球硬化严重者,应采取综合治疗措施,尽可能延缓慢性肾功能不全的病程进展。虽然该患者 24 小时尿蛋白定量仅 1.18g,血压不高,但肾活检提示肾小球硬化严重,因而其治疗目标主要是延缓肾功能不全的进展,具体措施包括:(1)严格控制饮食(低盐、低脂、适当优质蛋白为原则);(2)防止肾功能发生急剧恶化,如肾毒性药物的使用、重症感染、恶性高血压等;(3)针对发病机制进行治疗,如应用血管紧张素转换酶抑制剂降低肾小球内压,延缓肾小球硬化的进程,亦可用中药丹参注射液或川芎嗪注射液等,干预肾脏纤维化进程;(4)对症治疗、注意休息等。中医辨证,该患者病位虽然主要在肾,同时与肺的关系也很密切。患者平素易感冒,且每次病情加重都与感冒有关。肺主气属卫,肺气虚,卫表不固,故易感受外邪,故扶正方面应加用玉屏风散以益肺固表,同时针对其咽干、咽内不适等症,加蒲公英、僵蚕清热解毒利咽。

主任医师李秀英:病例讨论包括三方面的内容:一是诊断,包括中医诊断及西医诊断。该患者西医临床及病理诊断明确,中医诊断同意占永立医师的分析。二是治疗,包括治疗方法的选择及具体治疗措施的实施。IgA 肾病的病理共分为 6 级:I 级:微小病变;II 级:单纯系膜增殖;III 级:系膜增殖伴<25%的新月体形成和(或)肾小球硬化;IV 级:同 III 级,新月体形成和(或)肾小球硬化的比例在 25%~50%;V 级:同 III 级,新月体形成和(或)肾小球硬化的比例在 50%~75%;VI 级:同 III 级,新月体形成和(或)肾小球硬化>75%。该患者 19 个肾小球中,8 个球性硬化,3 个节段性硬化,3 个细胞性、2 个小细胞性新月体形成,新月体形成和(或)肾小球硬化的比例为 84.2%(16/19),病理损害属 VI 级,因而其治疗主要是保护肾功能,具体治疗措施基本同意占医师的意见。中医延缓慢性肾功能不全的进展包括中药静脉点滴,主要如丹参注射液或川芎嗪注射液等,该患者可加用川芎嗪静脉点滴;中药灌肠,主要适用于慢性肾功能不全衰竭期或尿毒症期的患者,该患者目前血肌酐不高,可暂不使用;中药汤剂,根据辨证论治的结果进行处方。同意以上各位医师的中医辨证分析,在处方时,可辨病与辨证结合,虽然病人大便正常,从延缓肾功能不全的进展角度分析,方中可加入少

(下转第 146 页)

可分为温燥和凉燥,温燥可见咽痛,咯血,舌苔薄黄,舌尖红;凉燥可见咳嗽,恶寒,无汗,舌苔白。温燥治以疏风清肺、润燥止咳,桑杏汤加减(桑叶、菊花、沙参、浙贝母、栀子、梨皮、生地黄、麦冬、前胡、紫菀、百部、瓜蒌)。方中桑叶、菊花疏风解表;沙参、梨皮、栀子生津润燥清热;浙贝母、前胡、紫菀、百部、瓜蒌化痰止咳;麦冬滋养肺阴。凉燥治以温肺止咳,杏苏散加减(紫苏叶、荆芥、杏仁、桔梗、紫菀、款冬花、沙参、麦冬、枇杷叶、枳壳、生姜、陈皮、甘草)。

1.6 燥湿化痰法

湿痰之证,多由脾失健运,痰湿内生,痰阻气机,肺失宣降所致。症见咳嗽痰多,痰白而稠,胸脘作闷,神疲乏力,舌苔白而腻,脉濡滑。治宜健脾化痰、理气止咳,二陈汤加味(陈皮、半夏、茯苓、炙甘草、苍术、厚朴、薏苡仁、杏仁、冬瓜子、白豆蔻、百部、紫菀)。方中二陈汤燥湿化痰;苍术、厚朴行气运脾;若湿郁化热,加薏苡仁、杏仁、白豆蔻宣畅气机,清利湿热;冬瓜子、百部、紫菀化痰止咳。

1.7 泻肝救肺法

肝郁气滞,化火犯肺,肺热津亏,肺失肃降,可见咳嗽痰粘,咳时胸胁作痛,咽喉干燥,口苦,面红,舌苔薄黄,少津,脉弦数。治宜清肺平肝、顺气降火,泻白散合黛蛤散加味(桑白皮、地骨皮、黄芩、瓜蒌、川贝母、炒栀子、麦冬、前胡、沙参、黛蛤散)。方中泻白散清肺顺气化痰;黄芩、栀子清热泻火;瓜蒌、川贝母、前胡化痰止咳;黛蛤散清肝降气;火郁伤津者,酌加沙参、麦冬养阴生津润肺。

1.8 养阴清肺法

肺喜润而恶燥,肺阴不足,虚热内生,肺失润降,肺气上逆,可见干咳少痰,或痰中带血,形体消瘦,咽干口燥,五心烦热,两颧红赤,失眠盗汗,舌红而干,脉细数。

治宜滋阴润肺、化痰止咳,沙参麦冬汤加减(沙参、麦冬、生地黄、紫菀、款冬花、百合、天花粉、川贝母、枇杷叶、杏仁、瓜蒌)。方中沙参、麦冬、百合、天花粉滋养肺阴;川贝母、杏仁润肺化痰;生地黄、瓜蒌清肺泻火;紫菀、款冬花、枇杷叶化痰止咳。

1.9 苦降辛开法

脾胃虚弱,中焦气滞,气机失常,肺气不降,引起咳嗽,痰多质稠色白,心下痞满,纳呆不饥,大便泄泻,小便黄少,舌苔白或黄,脉滑。治以和胃降气,半夏泻心汤加减(半夏、干姜、黄芩、黄连、茯苓、党参、白术、陈皮、紫菀、款冬花、百部、莱菔子、生甘草)。方中半夏、干姜、黄芩、黄连寒热并用,苦降辛开,使气得升降;茯苓、党参、白术、陈皮益气健脾;紫菀、款冬花、百部、莱菔子降气化痰。

1.10 健脾、养肺、温肾法

咳嗽日久,肺、脾、肾俱虚,易受邪侵而使病情加重。症见咳嗽,痰多而粘稠色白,动则喘息,周身乏力,自汗出,纳差腹胀,腰膝酸软,夜尿多,舌淡苔白,脉虚弱。治以健脾、养肺、温肾,方用玉屏风散加味(黄芪、党参、白术、防风、半夏、茯苓、陈皮、丹参、麦冬、补骨脂、炙甘草)。方中黄芪、白术、防风益气固表;半夏、茯苓、陈皮健脾化痰;党参、丹参、麦冬、补骨脂补脾肺肾;炙甘草调和诸药。

2 结语

总之,咳嗽的治疗,应当首辨外感与内伤;其次,咳嗽的病理因素主要是痰蕴于肺和肺气上逆,组方中须常配伍化痰理气之品,除直接治肺外,还应注意脾、肝、肾等脏的整体功能协调。最后应该指出,咳嗽本身就是人体祛邪外达的一种防御反应,因此临证用药时既不能表散太过,又不可闭门留寇,必须按照不同的病因病机分别处理,这样才能达到良好的效果。

(上接第 131 页)

量焦大黄,既可活血,改善肾小球硬化,又可通腑降浊保护肾功能。三是预后分析。IgA 肾病的预后主要受以下几方面的影响:(1)年龄,发病时年龄轻者预后较好;(2)肾功能水平,就诊时已经发生肾功能不全者预后较差;(3)临床表现,肾病综合征、高血压和急性肾炎者预后较差;(4)病变性质及程度,病理分级为Ⅲ~Ⅵ级者预后差。该患者从年龄、肾功能水平及临床表现分析,预后较好,但从病理分析预后较差,其总体预后欠佳,容易发展为慢性肾功能不全。

3 后记

经过上述讨论后,我们确立主要治疗方案如下:

(1)注意休息、预防感冒、监测血压及肾功能、不滥用药物;(2)饮食控制:低盐($3\text{g}\cdot\text{d}^{-1}$)、低脂、适当优质蛋白($0.8\sim 1.0\text{g}/\text{kg}\cdot\text{d}$);(3)中药处方:生黄芪 12g,白术 9g,生地黄 12g,牡丹皮 12g,蒲公英 15g,僵蚕 9g,知母 12g,黄柏 9g,大蓟、小蓟各 15g,侧柏叶 12g,当归 15g,川芎 12g,焦大黄 6g,水煎服,每日 1 剂,分 2 次口服;(4)5%葡萄糖注射液 250ml,川芎嗪注射液 80mg,静脉注射,每日 1 次,2 周为 1 个疗程,共 2 个疗程;(5)蒙诺 10mg,每日 1 次。患者于 10 月 25 日出院时查血肌酐 $65\mu\text{mol}/\text{L}$,血尿素氮 $3.9\text{mmol}/\text{L}$;尿蛋白定量 $0.55\text{g}/24\text{h}$ 。以后门诊随访,观察近 2 个月余,病情稳定无加重。