

病例报告

2 型糖尿病合并急性肾盂肾炎致急性肾衰病案

邵桂军* 周东海* 王艳娥*

主题词 糖尿病, II 型/并发症 肾功能衰竭, 急性/病因学
肾盂肾炎/并发症

1 病历简介

患者曹某某, 女, 58 岁, 农民。主因腰痛, 尿频尿痛尿急伴发热 1 周于 2005 年 1 月 2 日入院。患者于 1 周前开始出现腰痛, 痛连小腹, 伴尿频尿痛尿急, 时有发热恶寒, 恶心呕吐, 不能进食, 无咳嗽胸痛, 无关节疼痛及肌肉疼痛, 无皮疹。当时未诊治, 但症状未见好转, 而于 1 月 2 日收住院治疗。入院时神清, 精神差, 周身乏力, 口干口渴不欲饮, 不思饮食, 恶心无呕吐, 腰痛连及小腹, 尿频尿痛尿急, 大便通畅。舌红绛、苔黄少津, 脉细数。既往有糖尿病病史半年, 经服药治疗 3 个月, 血糖控制正常而自行停药, 以后也未检测血糖。否认高血压病史, 否认肝炎和肺结核病史, 否认有与鼠类等动物接触史, 无烟酒嗜好, 无家族遗传病史。

查体: 体温 36.4℃, 脉搏 102 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 100/60 mmHg。神清, 精神差, 形体消瘦, 面色潮红, 查体基本合作。全身浅表淋巴结无肿大, 无皮下结节和出血点。巩膜无黄染, 双侧瞳孔等大等圆, 光反射灵敏。口唇色红而干, 双扁桃体无肿大。气管居中, 甲状腺不大。胸廓无畸形, 双肺听诊未闻及干、湿性啰音。心界叩诊不大, 心率 102 次/分, 律齐, 无杂音。腹软, 肝脾未触及, 无移动性浊音。双肾区叩击痛阳性, 双下肢轻度水肿。双足背动脉搏动正常。神经系统检查未见异常。辅助检查: 血液分析: 白细胞(WBC) $42.9 \times 10^9/L$, 中性 0.97, 红细胞(RBC) $3.21 \times 10^9/L$, 血红蛋白 120 g/L, 血小板 27×10^9 。尿常规: 葡萄糖(++++)、蛋白质(++++)、隐血(++), 镜检: 红细胞成堆, 白细胞 8~10 个。电解质: 钠 106.1 mmol/L, 氯 59.9 mmol/L, 二氧化碳结合力 14.5 mmol/L, 其余正常。肝功能: ALT 63 U/L, AST 70 U/L, GGT 73 U/L, 总胆红素 40.1 μmol/L, 直接胆红素 24 μmol/L, 总蛋白 40.4 g/L, 白蛋白 20.8 g/L, 球蛋白 19.6 g/L。肾功能: 血肌酐 809.4 μmol/L, 尿素氮 35.49 mmol/L, 血尿酸

482.4 μmol/L。血糖 33.1 mmol/L。心肌酶: 乳酸脱氢酶 705 U/L, α-羟丁酸 854.5 U/L。补体检查 0.3 g/L, IgA、IgG、IgM、C4、CRP 均正常。血沉 60 mm/h。血 β 微球蛋白 10.12 ng/L, 尿 β 微球蛋白 10.09 ng/L。X 线胸片正常。肝胆脾胰双肾 B 超示: 胆囊周围异常回声, 右肾增大 12.5 cm × 6.9 cm × 8.5 cm, 左肾结构不清, 异常回声, 腹腔积液影。

2 治疗经过

入院时初步诊断: (1) 淋证: 证属湿热下注; (2) 消渴病: 证属气阴两虚, 阴虚内热。西医诊断: 2 型糖尿病合并急性肾盂肾炎, 肾周围脓肿, 导致败血症, 继而出现急性肾功能衰竭、血小板减少、电解质紊乱、代谢性酸中毒、低蛋白血症等发生。入院后即刻予两条静脉通路, 一条持续静脉点滴胰岛素每小时 6~8 U, 降低血糖; 另一条通路则抗感染静脉点滴头孢曲松钠 2 g, 每日 2 次, 补液纠正电解质紊乱。由于血小板低, 临时予输血小板及对症处理。入院 24 小时补液 5000 ml, 血糖降至 20 mmol/L 以下, 但排尿不足 200 ml, 即出现少尿期, 患者表现周身浮肿, 腹胀大, 腹水征阳性, 及时应用利尿剂及血浆、白蛋白等。由于患者不能进食, 无法口服中药, 1 月 4 日予中药灌肠, 法以清热解毒, 活血排毒。灌肠方: 柴胡 15 g, 银柴胡 15 g, 黄芩 12 g, 蒲公英 25 g, 紫花地丁 25 g, 金银花 25 g, 连翘 15 g, 生大黄 30 g, 赤芍、白芍各 25 g, 牡蛎 25 g, 生地榆 25 g, 甘草 6 g, 仙鹤草 30 g。1 月 5 日患者出现多尿, 进入多尿期, 每日尿量最长达 6000 ml, 而补液量在 3000 ml 左右, 患者水肿逐渐消退。1 月 8 日能够进食, 无恶心呕吐, 复查肾功能也逐渐好转; 查血肌酐 508.2 μmol/L, 尿素氮 33.20 mmol/L; 血糖(11~15) mmol/L, 故改为口服中药。据舌脉表现, 舌红少苔, 口唇干裂, 脉细数, 证以热毒伤阴为主, 以清热解毒为主。处方: 野菊花 30 g, 蒲公英 30 g, 紫花地丁 15 g, 金银花 30 g, 连翘 15 g, 鱼腥草 30 g, 虎杖 15 g, 赤芍 15 g, 猪苓 15 g, 茯苓 15 g, 白术 10 g, 生大黄 10 g, 炙甘草 6 g, 并配合静脉点滴中药生脉注射液 60 ml 益气养阴。停止静脉点滴胰岛素, 改为皮下注射胰岛素。经中医治疗及西医抗炎、降糖、纠正电解质、对症治疗 25 天, 患者精神好, 能独自行走, 无腰痛及发

* 北京市怀柔区中医医院内分泌科, 怀柔区后楼街 (101400)

收稿日期: 2005-03-10; 修回日期: 2005-05-25

热,无尿频尿痛尿急,自觉乏力,正常饮食,舌淡、苔薄白,脉细,复查肾功能正常,血液分析血小板正常、白细胞正常,血红蛋白 84g/L ,腹部 B 超示右肾 $12\text{cm} \times 5.8\text{cm} \times 8.5\text{cm}$,结构清晰,左肾仍结构欠清晰。于 2005 年 1 月 27 日好转出院。嘱患者出院后注意补充营养,坚持皮下注射胰岛素,2 周后复查。

3 讨论

患者既往存在的基础病是 2 型糖尿病,在此合并急性肾盂肾炎。由于未及时治疗,加之高血糖状态,利于细菌繁殖,感染加重而成脓。急性肾盂肾炎并发肾周围脓肿,仍未治疗,进一步发展为败血症,从而导致急性肾功能衰竭,出现电解质紊乱、代谢性酸中毒、低蛋白血症、继发性血小板减少等。感染反过来又影响血糖,导致血糖升高。经住院及时有效积极的抗炎、降糖及对症处理,使患者病情转危为安,最终肾功能恢复,

摆脱透析的困扰,感染控制,血糖正常。

从中医分析,此患者初起邪实为主,正邪相搏,表现一派湿热之象。膀胱湿热内蕴,肾失开阖,水道不利,则出现尿频尿痛尿急等。湿热久稽,耗伤津液,损伤正气,热盛伤津,进一步发展伤及脾肾,出现脾肾两虚,水湿泛滥,而出现水肿。脾虚气血乏源,导致贫血。患者在消渴病基础上出现淋证,继而又出现水肿、虚劳等。患者在疾病的始终都是以热毒内盛为主,故而在治疗时我们也一直以清热解毒为主要法则,再结合临床的兼症变化加减,收到很好的疗效。患有糖尿病的女性患者,最易出现泌尿系感染,是非糖尿病患者的 2~3 倍,而最常见的是肾盂肾炎,发生率达 40%。如不及时治疗,可发展为败血症,严重感染还可以导致肾功能衰竭,其死亡率很高。由于此患者中西医结合治疗得当及时,从而获效。

热咳清颗粒剂与浸膏剂的对比研究

杨殿兴¹ 林 红¹ 周厚成² 盖沂超¹ 鲁法庭¹ 罗 勇¹

本研究旨在通过配方颗粒剂与按传统混煎制取的浸膏剂进行药效学的对比实验研究,以证实两种剂型是否存在差异。

1 实验材料

KM 小鼠 50 只,体重 $18 \sim 22\text{g}$,雌雄各半;SD 大鼠 50 只,雌雄各半,体重 $160 \sim 200\text{g}$,均由成都中医药大学动物实验中心提供。热咳清浸膏由成都中医药大学药学院提供;热咳清颗粒剂,由四川绿色药业科技发展股份有限公司提供;浓氨水,枸橼酸,2-4 二硝基苯酚,戊巴比妥钠。980-A 型超声雾化器,JA2003 型天平仪,ACS-3C 型电子台秤,大、小鼠灌胃器,电子体温计,玻璃毛细管等。

2 实验方法与结果

2.1 小鼠止咳实验(氨水引咳法):KM 小鼠 50 只,雌雄各 25 只,随机分为 5 组,每组 10 只。分别灌胃给药,热咳清高组: 41.33g/kg ;热咳清中组: 20.67g/kg ;热咳清低组: 10.33g/kg ;颗粒剂组: 20.67g/kg (高、中、低组按成人 60kg 体重日常剂量的 20 倍、10 倍、5 倍,颗粒剂组用量同中剂组);空白对照组:等量的生理盐水。灌药 7 天,末次给药 60 分钟后,将小鼠置于 500ml 烧杯内,放入浸有 28% 氨水 2ml 的棉球 30 秒,观察咳嗽潜伏期和 3 分钟内动物咳嗽次数。结果表明,热咳清中剂组、高剂组及颗粒剂组与空白组相比,能明显增长小鼠咳嗽的潜伏期,有统计学意义($P < 0.05$),高剂组与空白组和低剂组之间有显著性差异($P < 0.01$),颗粒剂组与高剂组之间有统计学意义($P < 0.05$),低剂组有延长小鼠咳嗽的潜伏期的趋势,但无统计学意义($P > 0.05$),高剂组疗效最佳,中剂组次之,颗粒剂组介于中剂组与低剂组之间。热咳清中剂组、高剂组及颗粒剂组与

空白组相比,能明显减少小鼠咳嗽的次数,有统计学意义($P < 0.05$),高剂组与颗粒剂组有统计学意义($P < 0.05$),且与空白组与低剂组之间有显著性差异($P < 0.01$),高剂组疗效最佳,中剂组次之,颗粒剂组略低于中剂组,低剂组有减少小鼠咳嗽次数的趋势,但无统计学意义($P > 0.05$)。相关资料略。

2.2 解热实验:将实验动物禁食不禁水 16 小时,实验当日测大鼠体温 2 次,选取体温相差不超过 0.3°C 的大鼠 50 只,随机分为 5 组,每组 10 只。分别灌胃给药,热咳清高组: 41.33g/kg ;热咳清中组: 20.67g/kg ;热咳清低组: 10.33g/kg ;颗粒剂组: 20.67g/kg ;空白对照组:等量的生理盐水。药后 30 分钟于每只大鼠背部皮下准确注射 2-4 二硝基苯酚溶液 15mg/kg ,致热后记录大鼠 30、60、90、120、150、180 分钟时的体温情况,并进行统计分析。结果表明,热咳清低剂组和中剂组与空白组相比虽有降低发热程度的趋势,但是没有统计学意义($P > 0.05$),高剂组和颗粒剂组有较好的解热作用,与空白组比较有显著性差异($P < 0.01$),高剂组与低剂组之间有统计学意义($P < 0.05$),颗粒剂组疗效较优于高剂组,与低剂组之间有显著性差异($P < 0.01$)。相关资料略。

3 讨论

从以上结果可以看出,热咳清颗粒剂在止咳、解热等实验中均有疗效,其总体疗效与同剂量传统剂型大致相当。如在解热实验中,热咳清颗粒剂表现出优于同剂量传统剂型的疗效,可能与药物的气味有关,在疏风解热时,用药多取其气,薄其味,以轻清之品利于邪热的疏散,含挥发油的药物成分,在提供中多用蒸馏的方法,药物成分保留较好。在止咳实验(延长小鼠、豚鼠咳嗽潜伏期)中,颗粒剂疗效低于同剂量传统剂型,可能与传统剂型煎煮的过程中,药物间发生的多种复杂的物理化学反应的过程有关。中药的相须、相使、相畏、相杀、相反、相恶等作用正是在这一过程中完成的。

1 成都中医药大学成都市二环路桥东 37 号(610075)

2 四川绿色药业科技发展有限公司

收稿日期:2005-03-28