

• 病例报告 •

乙型肝炎病毒相关性肾炎病案

史文丽

(中国人民解放军第三〇二医院中西医结合科,北京市西四环中路 100 号,100039)

[关键词] 乙型肝炎病毒相关性肾炎;病例报告;病案

1 病历简介

徐某某,男,48 岁,2005 年 3 月 17 日初诊。患者于 2001 年 5 月体检发现 HBsAg、抗 HBe、抗 HBc 阳性,HBV-DNA $< 10^4$ copies/ml,肝功能正常。无不适,未予治疗。2003 年 11 月因出现眼睑及双下肢浮肿,尿常规发现尿蛋白(PRO)(++),尿潜血(ERY)(+++),当地医院查肝功能正常,行肾组织穿刺活检,诊断为“乙型肝炎病毒相关性系膜增生性肾小球肾炎”,免疫荧光检查:肾组织存在 HBsAg 和 HBcAg 沉积。给予激素治疗 2 月(具体用量不详),尿检、浮肿均无改善。并因 HBsAg、HBeAg、抗 HBc 均为阳性,HBV-DNA 4.2×10^8 copies/ml,肝功能异常而停激素,改用甘利欣、护肝宁片、五脂胶囊保肝降酶及贺普丁抗病毒治疗。之后间断出现双下肢及眼睑浮肿、肉眼血尿等症状;尿常规:PRO(+++),ERY(+++)。2005 年 1 月 23 日因上述症状加重,伴腹胀,就诊于当地医院,B 超提示“肝硬化,腹水”,再次给予激素联合霉酚酸酯治疗(具体用法不详)。2005 年 3 月 3 日又因胸闷、气憋,伴发热,当地治疗未见好转,遂来我院治疗。

查体:体温 37.8°C ,面色晦暗,眼睑轻度浮肿,全身皮肤及巩膜轻度黄染,肝掌阳性,未见蜘蛛痣,右侧呼吸运动减弱、语颤减弱,叩诊呈实音,听诊呼吸音减低;左侧语颤正常,叩诊呈清音,听诊呼吸音清,两肺未闻及干、湿性啰音及胸膜摩擦音。心脏未见异常。腹饱满,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未及,莫非征(-),肝上界右锁骨中线第五肋间,肝脾区无叩痛,移动性浊音阳性,双下肢轻度浮肿,扑翼样震颤(-)。

辅助检查:凝血酶原活动度(PA)81%。尿常规:PRO(+++),ERY(++++) ,镜检红细胞(RBC)满视野/HP。生化:丙氨酸氨基转移酶(ALT)80U/L,天冬氨酸氨基转移酶(AST)286U/L,总胆红素(TBiL)58 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素(DBiL)27 $\mu\text{mol/L}$,血清白蛋白 ALB20g/L,胆碱酯酶(CHE)2462U/L,胆固醇(TC)7.71mmol/L,肾功能:尿素氮(BUN)10.9mmol/L,

肌酐(Cr)134.2 $\mu\text{mol/L}$,钠(Na^+)134.2mmol/L,氯(Cl^-)107mmol/L。HBsAg、抗 HBe 均为阳性,HBV-DNA 8.12×10^5 copies/ml,乙肝病毒 DNA 聚合酶活性区(HBV-DNA YMDD)无变异。血象:白细胞(WBC) $14.4 \times 10^9/\text{L}$,中性(N)0.73,红细胞(RBC) $3.33 \times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白(HGB)12g/L,血小板(PLT) $82 \times 10^9/\text{L}$ 。胸片提示“右侧胸腔大量积液”。腹部 B 超提示“肝硬化,脾大,腹水;胆囊壁水肿,胆囊炎性改变”。胸、腹水常规检查提示胸、腹腔感染。

西医诊断:(1)肝炎肝硬化,乙型,活动性,失代偿期,合并:①右侧胸水,②腹水,③胸膜炎,④自发性腹膜炎,⑤电解质紊乱(低钠、低氯血症)。(2)乙型肝炎病毒相关性肾炎(系膜增生性)。

2 治疗经过

入院后逐渐停用激素及霉酚酸酯,给予螺内酯、双氢克尿塞及速尿以利尿;人血白蛋白补充蛋白;美能、苦黄、还原性谷胱甘肽降酶退黄保肝;自备贺普丁抗病毒治疗;用瑞克沙联合凯德林抗炎治疗,自觉症状好转,胸水、腹水减少,感染得到控制,尿检:PRO(+++),ERY(++++) ,镜检红细胞(RBC)满视野/HP;TC8.21mmol/L,肾功能:BUN11.3mmol/L, Cr158.9 $\mu\text{mol/L}$,血清白蛋白 24g/L,ALT47U/L,AST89U/L,TBiL32 $\mu\text{mol/L}$,DBiL14 $\mu\text{mol/L}$ 。于 2005 年 3 月 17 日邀请中医会诊。

中医四诊:精神极差,面色晦暗,形体消瘦,双下肢及眼睑轻度浮肿,少气懒言,咽喉不利,咯吐白黏痰,腰酸腰痛、乏力纳呆,胸闷腹胀,朱砂掌,舌质暗红、舌边齿痕、舌苔白厚少津,脉细弦数。

中医诊断:水肿(脾肾两虚,水瘀互结型)。

治法:健脾益肾,利水化瘀。

处方:生黄芪 30g,白术 30g,茯苓 20g,山茱萸 10g,生地黄、熟地黄各 15g,茜草 15g,土鳖虫 6g,楮实子 15g,白茅根 30g,大蓟、小蓟各 15g,金樱子 15g,芡实 15g,杜仲 15g,续断 15g,7 剂,水煎服。

二诊:上述症状未见明显减轻,患者又感大便黏滞不爽。舌质暗红、舌边有齿痕、舌苔黄厚少津,脉细弦数。检查:尿常规:PRO(++++) ,ERY(++++)

+)，镜检红细胞(RBC)满视野/HP。生化:ALT 54U/L, AST 102U/L, TBiL 32.4μmol/L, DBiL 14.4μmol/L, 血清白蛋白 22g/L, CHE 2112U/L, TC 8.9mmol/L。肾功能:BUN 11.9mmol/L, Cr 162.2μmol/L。据脉证表现,当以脾肾两虚,湿热痰瘀毒胶结为主,应调整治法,以健脾益肾,清热解毒,活血祛瘀,化痰通络为主。处方:生黄芪 30g,白术 30g,茯苓 20g,山茱萸 10g,生地黄 15g,土茯苓 30g,白花蛇舌草 30g,虎杖 15g,丹参 15g,赤芍 20g,水牛角 30g,茜草 15g,水蛭 3g,苍术 15g,僵蚕 6g,瓜蒌 15g,益母草 15g,7 剂,水煎服。

三诊:双下肢及眼睑浮肿明显减轻,无胸闷腹胀,自觉痰少,纳食增加,排便通畅。舌质暗红、苔黄稍厚,脉细弦数。检查:尿常规:PRO(+++),ERY(++++),镜检红细胞 15~20/HP。生化:ALT 46U/L, AST 79U/L, TBiL 20.4μmol/L, DBiL 8.1μmol/L, 血清白蛋白 27g/L, CHE 3632U/L, TC 6.1mmol/L、肾功能:BUN 9.7mmol/L, Cr 136μmol/L。继上方 15 剂。

四诊:精神转好,体重增加,双下肢及眼睑无浮肿,腰酸腰痛消失,舌质变红、苔薄白,脉细弦数。尿常规:PRO(++) , ERY(++) , 镜检红细胞 2~5/HP。生化:ALT 23U/L, AST 47U/L, TBiL 16.3μmol/L, DBiL 4.4μmol/L, 血清白蛋白 30g/L, CHE 3967U/L, TC 5.3mmol/L, 肾功能:BUN 7.8mmol/L, Cr 126μmol/L。继上方去益母草、虎杖,加女贞子 15g,薏苡仁 20g,30 剂,水煎服。2005 年 5 月 13 化验:尿蛋白(-),ERY(-),镜检红细胞 0/HP,乙肝 HBsAg、抗 HBe、抗 HBc 为阳性,HBV-DNA < 500copies/ml,肝功能、肾功能均正常。于 2005 年 5 月 16 日出院。

以后继用上方加味,坚持服用 3 个月,随访 1 年,并口服保肝降酶中药(肝得宁丸)和贺普丁,复查肝功能始终正常,尿检未见异常。

3 讨论

乙型肝炎病毒相关性肾炎是乙肝病毒感染后一种主要肝外病变,是常见的乙肝病毒作为抗原,刺激机体产生抗体,抗原抗体相结合形成可溶性免疫复合物(CIC),沉积在肾小球引起免疫性相关炎症。既可发生

在肝硬化、慢性乙型肝炎的不同阶段,又可有不同的症状表现。临床主要以浮肿、血尿、蛋白尿和乙肝标志物阳性为特点。病变早期蛋白尿、血尿等实验室指标异常为主,病变后期可见水肿等症状。

西医治疗目前尚无理想药物,多数仍沿用激素治疗,但大部分无效。本例曾两次用激素,并联合免疫抑制剂霉酚酸酯治疗,不但病情未减轻,反而影响了宿主清除乙型肝炎病毒的能力,增加肝细胞内出现病毒复制,加重了肝脏损害。对肝炎活动或出现病毒活动复制指标时,应慎用激素或免疫抑制剂。

乙型肝炎病毒相关性肾炎属中医学尿血、虚损、尿浊、瘀血、水肿等范畴。其病机为本虚标实。本虚以脾肾为重,标实以湿热痰瘀毒胶结为特点。其发病为湿热带毒深伏于肝,入于血分,形成湿热痰瘀毒胶结,下注于肾,损及肾络,络损血溢,即血尿;肝病传脾,脾失健运,清浊不分,肾失封藏,水谷精微不归正道,即尿蛋白。本例初诊时,由于受正虚为病的思维定势影响,过于强调从补虚入手,重视脾肾,试图用补法来降低滤过膜通透性和修复滤过膜,如生黄芪、白术、茯苓、山药、山茱萸等中药,甚至过用一些收敛固涩的中药,如金樱子、芡实、小蓟等,加重了免疫复合物的沉积,因而在二诊复查时,各项化验指标更加异常,致使疾病向纵深发展。

结合现代医学对乙型肝炎病毒相关性肾炎机理的认识,免疫复合物沉积于肾小球当属中医湿热痰瘀毒胶结,闭阻肝肾络,其不仅是病理产物,而且在本病的发生中起着关键的作用,贯穿于疾病的始终。正符合“顽症从痰”、“怪病多瘀”、“久病入络”的观点。故治疗应以健脾益肾,清热解毒,活血祛瘀,化痰通络为大法。在组方中,除用生黄芪、白术、茯苓、山茱萸、生地黄健脾益肾外,应加重祛邪的治疗。通过土茯苓、白花蛇舌草、虎杖清热解毒的中药抑制乙肝病毒;丹参、赤芍、茜草、水蛭、水牛角活血化痰和僵蚕、苍术、益母草、瓜蒌等化痰通络的中药抑制免疫复合物的沉积,最终达到消除蛋白尿、血尿,保护肾功能的目的。

(收稿日期:2006-07-13)

(上接第 342 页)

时要求中药外洗。处方:白花蛇舌草 20g,黄柏 10g,苍术 6g,苦参 10g,百部 10g,板蓝根 10g,甘草 6g。水煎外洗,每日 1 剂,7 天为 1 个疗程。治疗 1 个疗程后,症状减轻,嘱再巩固治疗 1 个疗程,随访 1 年未复发。

例 2:张某,女,56 岁,于 2004 年 1 月初诊。患糖尿病多年。近日来感外阴瘙痒,服降糖药治疗,但外阴瘙

痒未见明显好转,要求中药外洗治疗。处方:白花蛇舌草 20g,黄柏 10g,苍术 6g,苦参 10g,甘草 6g。水煎外洗,治疗 1 次后症状减轻,3 次后外阴瘙痒消失。

外阴瘙痒常见于阴道炎、糖尿病等,多由于阴道分泌物增多,或细菌、滴虫等因素刺激外阴所致。中医辨证多属湿热下注。应用白花蛇舌草、黄柏、苦参、苍术清热利湿止痒,百部、板蓝根解毒杀虫。常取得满意效果。