

• 验案采撷 •

中西医结合治疗重型毛细血管
内增生型 IgA 肾病 2 例

王洪霞 余仁欢 孙红颖 张 昱 林秀彬

(中国中医科学院西苑医院肾病科, 北京市海淀区操场路 1 号, 100091)

[关键词] EPIgAN 肾病; 中西医结合治疗

IgA 肾病是以肾小球系膜区 IgA 沉积为特征的肾小球肾炎, 具有临床表现多样、病理改变复杂、预后差异性大的特点, 常见的病理类型是系膜病变, 而以毛细血管内皮弥漫增生为主要表现的 IgA 肾病(EPIgAN)报道较少, 其预后差异也较大, 现就我院采用中西医结合方法治疗的 2 例 EPIgAN 肾病报道如下。

1 病例介绍

例 1: 马某, 男, 47 岁。主因“双下肢水肿半个月, 加重 1 周”于 2006 年 12 月 12 日以“肾病综合征”收住院。患者半个月前感冒后出现颜面及双下肢水肿, 无光过敏、皮疹、关节痛, 当地医院查尿常规: 尿蛋白(+++), 潜血(+), 予左氧氟沙星、青霉素治疗后, 水肿加重。入院查体: 体温 36.5℃, 血压 110/70mmHg, 心率 82 次/分, 双肺呼吸音清, 腹水征(—), 双下肢中、重度可凹性水肿。既往体健, 否认肝炎、糖尿病等病史。实验室检查: 血肌酐 191.6μmol/L, 尿素氮 13.8mmol/L, 血清胆固醇 9.16mmol/L, 甘油三酯 3.36mmol/L, 白蛋白 16.7g/L, 血清总蛋白 33.6/L; 尿蛋白(+++), 潜血(++++) , 24 小时尿蛋白定量 4.19g(尿量 850ml); 血常规: 白细胞 $5.67 \times 10^9/L$, 红细胞 $2.91 \times 10^9/L$, 血红蛋白 134g/L, 血小板 $150 \times 10^9/L$, 补体 C₃ 990mg/L, 抗核抗体、抗双链 DNA 抗体、ENA-7 均(—)。双肾 B 超: 双肾弥漫性病变。临床诊断: 肾病综合征、急性肾功能不全? 于 12 月 18 日行肾穿刺活检, 病理报告为: 可见 17 个肾小球, 系膜细胞和内皮细胞弥漫性增生, 内皮下、系膜区嗜复红蛋白沉积, 少许嗜中性粒细胞浸润, 其中 3 个细胞性新月体形成。肾小管上皮空泡及颗粒变性, 灶状萎缩。肾间质灶状淋巴、单核细胞浸润。小动脉管壁增厚。免疫荧光检测: 3 个肾小球, IgG(—), IgA(++), IgM(+), C₃(++), FRA(+), 沿毛细血管壁呈颗粒状、花瓣状沉积。符合毛细

血管内增生型 IgA 肾病病理改变。根据患者肾组织病理报告及血肌酐升高, 于 12 月 26 日开始甲基强的松龙 0.5g 冲击 3 天后, 改为强的松 60mg 口服, 因无环磷酰胺注射剂, 口服环磷酰胺每次 0.1g, 每日 2 次。12 月 25 日肌酐 211.6μmol/L, 2007 年 1 月 8 日血清肌酐 192.6 μmol/L, 24 小时尿蛋白定量 3.51g(尿量 850ml)。同时根据患者临床表现为双下肢中、重度凹陷性水肿, 畏寒、四肢不温、乏力、气短懒言、腹胀、纳差、头晕、大便正常, 每日 1 次, 小便量偏少, 每日 800~900ml, 舌暗苔白腻, 脉沉滑。辨证属脾虚水湿内停, 治以健脾益气, 化湿利水, 防己黄芪汤合胃苓汤加减: 汉防己 15g, 生黄芪 30g, 桂枝 10g, 白术 10g, 茯苓 30g, 泽泻 15g, 猪苓 15g, 苍术 10g, 陈皮 10g, 厚朴 10g, 白芷 10g, 黄连 6g, 法半夏 12g, 天麻 20g, 丹参 30g。使用甲基强的松龙冲击两天后, 患者出现颜面发红、心烦、失眠、手脚心发热, 小便仍少, 头晕, 舌红、苔黄腻, 脉滑, 口干, 纳食转好。辨证属阴虚兼湿热, 调整为知柏地黄汤加减: 知母 10g, 黄柏 12g, 生地黄 20g, 山药 12g, 山茱萸 12g, 牡丹皮 20g, 泽泻 15g, 茯苓 20g, 炒栀子 12g, 天麻 20g, 菊花 20g, 冬瓜皮 30g。1 周后患者心烦、失眠等症状逐渐消失。5 月 8 日复查血清肌酐 90μmol/L, 尿蛋白(++), 24 小时蛋白尿 3.0g、血浆白蛋白 31g/L, 尿量在 2000ml 左右, 双下肢无水肿, 自觉无明显不适, 激素减至 40mg。中药方改为六味地黄汤合玉屏风散加减: 生地黄 20g, 山药 12g, 山茱萸 12g, 牡丹皮 12g, 泽泻 12g, 茯苓 12g, 生黄芪 15g, 防风 6g, 白术 12g, 金银花 15g, 丹参 20g。随访 8 个月, 患者病情平稳, 激素已减至 30mg/d, 24 小时尿蛋白定量已减至 1.7g。

例 2: 王某, 男, 56 岁, 主因“血尿 1 年, 双下肢水肿 1 个月”于 2007 年 2 月 5 日以“肾炎”入院。患者 1 年前无明显诱因出现午后低热, 诊为“风湿热”, 治疗期间查尿常规: 尿蛋白(++), 潜血(+++), 未予重视。1 个月前感冒后出现双下肢水肿, 经抗感染治疗, 病情无

通讯作者: 王洪霞, whxxy@sohu.com.cn

改善。入院后查体:体温 36.5℃,血压 130/80mmHg,心界向两侧扩大,心尖搏动位于左侧第五肋间锁中线外 1.0cm,心率 85 次/分,心尖部可闻及隆隆样杂音,双肺呼吸音清,腹水征(一),双下肢中度凹陷性水肿。既往史:风湿性心脏病史 35 年,否认有肝炎、糖尿病、慢性支气管炎病史。实验室检查:血清总蛋白 43.8g/L,白蛋白 17.2g/L,血清肌酐 185.8μmol/L,尿素氮 14mmol/L,血清胆固醇 4.14mmol/L,甘油三酯 1.74mmol/L,尿常规:蛋白(++++)、潜血(++++)、24 小时尿蛋白定量 7.04g(尿量 1000ml);白细胞 $4.76 \times 10^9/L$,红细胞 $2.03 \times 10^9/L$,血红蛋白 87g/L,血小板 $190 \times 10^9/L$, C_3 500mg/L,ANA,ds-DNA,ENA-7 均(一),临床诊断:肾病综合征,急性肾功能不全?患者于 2007 年 2 月 12 日行肾穿刺活检,病理报告:可见 18 个肾小球,系膜细胞和内皮细胞弥漫性增生,内皮下、系膜区嗜复红蛋白沉积,其中可见 1 个小细胞性,4 个细胞纤维性新月体形成。肾小管上皮空泡及颗粒变性,灶状萎缩。肾间质灶状淋巴、单核细胞浸润伴纤维化,小动脉管壁增厚。免疫荧光检测:5 个肾小球,IgG(-),IgA(++~+++),IgM(++), C_3 (++++),沿系膜区及毛细血管壁沉积。符合毛细血管内增生型 IgA 肾病病理改变。从患者肾脏病理报告显示有明显的肾小球活动性病变,应用激素冲击治疗,但考虑到患者存在风湿性心脏病,充血性心力衰竭,体质较差,不能承受激素冲击。自 2 月 17 日开始口服强的松每次 40mg,每日 1 次,霉酚酸酯每日 1.5g。3 月 26 日复查肾功能,血清肌酐 109.μmol/L,24 小时尿蛋白定量 7.8g(尿量 2020ml)。患者入院时的症状及舌脉为:双下肢重度凹陷性水肿,畏寒,四肢不温,乏力,气短懒言,胸闷憋气,咳嗽、痰多而黏,大便稀溏,一日 4~5 次,小便量少,每日 1000ml,舌红苔白腻,脉沉滑。辨证属脾肾阳虚、水湿内停,治以健脾温阳利水,真武汤加减:制附子 6g,白术 10g,白芍 15g,茯苓 30g,生

姜 3 片,桂枝 10g,生黄芪 40g,薏苡仁 30g,冬瓜皮 30g,黄芩 12g,桔梗 12g,桑白皮 15g。使用激素 10 天后,患者尿量逐渐增至 2000ml,临床表现纳食转好,心慌,双下肢水肿轻度,舌红、苔薄白。中药继续前方去制附子。2007 年 6 月 8 日患者激素减至 25mg,血清肌酐 88μmol/L,24 小时尿蛋白定量 3.6g。患者主要临床表现为轻度腹胀、易感冒,中医以调理脾胃为法,处方以香砂六君子汤合玉屏风散加减。

2 讨论

在急性链球菌感染后肾小球肾炎中,毛细血管内皮增生病变一般能自然消散,无需特殊治疗。而 EPI-gAN 预后却有很大的差异。激素或激素联合细胞毒药物能显著而持久地降低肾功能正常者的尿蛋白水平,稳定肾功能,减轻内皮细胞增生,改善远期预后;而对肾功能异常者而言,即使强化免疫抑制剂治疗也难以延缓肾功能进展。我院收治的这 2 例 EPIgAN 患者临床表现重,有肾病综合征、肾功能不全,肾脏病理活动性病变明显,2 人均采用了激素加免疫抑制剂治疗。但病例 1 肾脏病理活动性病变更明显,且没有合并症,一般状况好,我们采取了激素冲击加口服环磷酰胺的积极治疗措施,取得了较为满意的结果。病例 2 肾穿结果显示,慢性化比例增多,且合并了风湿性心脏病导致的慢性心力衰竭。我们采取了中等量的激素加霉酚酸酯的治疗方案,不仅没有出现严重的并发症,治疗效果也较为满意。中西医结合治疗肾病综合征可以提高临床疗效,这两例患者,在使用激素前和激素使用初期均表现为脾肾气虚,气化无权,水湿内停,治疗上以健脾益气,化气利水为法。病例 1 在使用激素的过程中出现了阴虚内热表现,采取滋阴清热利湿。病例 2 则继续以温阳化气利水为法。而两例患者肾功能均有明显改善,蛋白尿有一定程度的减少。

(收稿日期:2007-08-03;修回日期:2007-09-10)

2008 年执业医师考前培训辅导班预约报名通知

为了帮助广大医务人员、乡村医生、民间医生参加执业医师考试,提高应试技巧和答题水平。在总结历年考试经验的基础上,北京聚医杰医药科学研究院培训中心将举办“2008 年执业医师考试考前培训辅导班”,特通知如下。

1. 参加学习的对象:符合 2008 年各专业执业医师、助理医师报考条件的人员和准备以后报名参加考试的人员。2. 培训时间及地点:于 2008 年 4 月左右在北京举办考前培训辅导班,具体报到时间及地点另行通知。3. 培训辅导的主要内容:(1). 请专家进行答题技巧的辅导;(2). 进行业务培训,提供学习建议;(3). 重温历年考题和试题解析;(4). 进行仿真模拟答题考试,提高应试心理和技能等。4. 班次及时间安排:分“中医”、“中西医结合”、“临床医学”、“口腔医学”四个班,每班限招 100 人,每班时间为 7 天。5. 培训费用:(1). 每人交培训辅导费 1500 元(含资料费在内),报到时交清;(2). 学习期间统一安排食宿,费用自理;(3). 预交报名费 150 元(报名后不参加学习者不退)。6. 预约报名方法:即日起至 2008 年 2 月 28 日为预约报名时间,报名时需提供身份证复印件、申请书(写明报学的班名,如“中医”或“临床医学”等,姓名、通讯地址、邮编、联系电话等),报名费 150 元(放快件内),一起用快件寄至北京 100073 信箱 77 分箱考前培训班预约报名处李莹莹老师收,邮编 100073。因每班招生名额有限,以报名先后为序,额满为止。联系电话:010-87013859、51226038(春节及周末休息)。收到报名后将发回执,并于 2008 年 3 月下旬发报到通知。欢迎登录:聚医杰中华特色医疗网 www.zhylnet.com,中华科教人才网 www.zhkjw.com。