

验案采撷 ·

乙型肝炎相关性膜性肾病验案2例

杜 金 行

(中日友好医院中医心肾科,北京市朝阳区樱花东路,100029)

[关键词] 乙型肝炎相关性膜性肾病;中医药疗法;验案

1 病例介绍

例1:张某某,女,52岁。类风湿性关节炎病史10余年,缺铁性贫血及白细胞减少症病史4年,平素以保健品或中药间断治疗。2005年9月底体检:血压142/90mmHg,尿蛋白(++)、潜血(++),24小时尿蛋白定量1.30g,乙型肝炎病毒标志物(-)、乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸(HBV-DNA)(-)。在当地服用中药效果不明显。2005年11月10日行肾穿刺活检,光镜下见65个肾小球,4个缺血性硬化,其余肾小球系膜和基质轻度弥漫增生,基底膜弥漫增厚,上皮下嗜复红蛋白沉积,肾小管上皮细胞颗粒及空泡变性、小灶状萎缩,肾间质小灶状纤维化淋巴单核细胞浸润,小动脉壁轻度增厚;免疫荧光示:IgG(++++)、IgA(-)、IgM(-)、C₃(+)、C₄(±)、Fra(-)、乙型肝炎表面抗原(HBsAg)(+)、乙型肝炎核心抗原(HBcAg)(+)。诊断为:乙型肝炎病毒相关性肾病(HBV-MN)。给予苯那普利(洛汀新)每次5mg,每日1次,并配合中医药治疗。至2006年2月16日转诊前,血压124/84mmHg,尿蛋白(++)、潜血(+),24小时尿蛋白定量0.99g,双下肢轻度凹陷性水肿,腰部酸痛,乏力、无明显冷热感,舌质暗红、舌苔薄黄,脉弦偏滑、双尺弱。辨证为肝肾阴虚、兼有瘀热。拟知柏地黄丸加泽兰30g,益母草10g,续断15g,补骨脂10g,白术10g,当归10g,生黄芪15g,炒谷芽15g。此方加减服用3个月余,5月17日查尿蛋白微量、潜血(±),24小时尿蛋白0.325g。根据舌脉、大便及是否感冒,或加金银花、连翘、牡丹皮、野菊花等,自5月27日起,尿潜血转阴,蛋白在(±)~(+)之间、24小时尿蛋白在0.305g~0.525g之间。9月初考虑到气候及患者有类风湿性关节炎病史情况,在上方基础上加鹿角片10g、阿胶10g、板蓝根20g、菟丝子10g,生黄芪加至20g。10月31日复查:尿蛋白微量、潜血阴性、24小时尿蛋白

0.051g。继服上方至2007年2月底,尿蛋白及潜血一直阴性,24小时尿蛋白在0.03g~0.112g之间。其后以上方为主,改配蜜丸服至2007年5月底,随访至2008年2月未复发,类风湿性关节炎情况也较稳定。

例2:韩某某,女,69岁。2007年1月24日因双下肢间断浮肿1年余,加重20天收住入院。患者1年前每因劳累后出现双下肢浮肿,曾于医院查尿蛋白,波动于(+)~(+++)之间、尿红细胞2~5个/HP,24小时尿蛋白定量0.879~2.70g,血浆白蛋白24g~26g/L,血压正常。每日曾予氯沙坦钾50mg治疗,1周后尿蛋白转阴,其间有反复,自诉服用降压药后水肿曾消失,但未复查尿。20天前出现双足浮肿、渐及大腿,尿量减少,夜尿4~5次,于社区医院测血压130~150/80~100mmHg,24小时尿蛋白定量3.61g,予静脉滴注呋塞米、厄贝沙坦、氢氯噻嗪、灯盏细辛治疗无好转而来就诊。入院时血压125/75mmHg,双下肢中度凹陷性水肿,尿蛋白3.0g/L,红细胞8~12个/HP,尿相差变形率>90%,血液检查:总蛋白(TP)42g/L、白蛋白(Alb)22g/L、血清胆固醇(CHO)10.45mmol/L、甘油三酯(TG)1.72mmol/L、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)8.12mmol/L、肌酐(SCr)74μmol/L、尿素氮(BUN)3.79mmol/L、内生肌酐清除率(CCr)663.3ml/min、血浆纤维蛋白原(Fib)6.48g/L、乙型肝炎病毒标志物(-)、HBV-DNA<500copies/ml、抗丙型肝炎病毒抗体(-)、尿渗透压588mmol/L、尿α₂-巨球蛋白(α₂-MG)、血清免疫球蛋白及补体均正常、梅毒及艾滋病病毒检查(-),24小时尿蛋白定量4.07g。2月25日行肾穿刺活检,光镜下肾穿组织可见21个肾小球,4个缺血性球性硬化,其余肾小球基底膜弥漫增厚,节段性钉突形成,上皮下可见嗜复红蛋白沉积,肾小管上皮细胞空泡及颗粒变性、小灶状萎缩,肾间质小灶状淋巴及单核细胞浸润伴纤维化,小动脉管壁增厚;免疫荧光示:IgG(++++)、IgA(++),IgM(++),C₁q(-)、Fra(-)、HBsAg(+~+++)、HBcAg(-),结论为HBV-MN。每次给予氯沙坦钾50mg、氢氯噻嗪12.5mg,双噻

达莫75mg, 每日4次。3月4日复查24小时尿蛋白定量为6.88g。3月13月求治于中医, 症见高度浮肿、水肿至大腿根部, 尿少, 面色萎黄, 舌淡红、苔薄白, 脉滑、重取无力。辨证为气阴两虚、水湿内停, 予猪苓汤加味: 猪苓30g, 茯苓30g, 泽泻30g, 阿胶30g(烊化), 滑石30g, 何首乌15g, 马鞭草30g, 生黄芪20g, 补骨脂12g, 党参12g, 黄芩10g。3月21日复诊查24小时尿蛋白5.93g、尿潜血200个/μ, 苔薄白、质暗红, 脉沉细, 上方调整为: 生黄芪30g, 补骨脂15g, 车前子15g(包煎), 茜草15g, 益母草12g, 泽兰15g, 泽泻15g, 生地黄25g, 板蓝根30g, 山药12g, 牡丹皮20g, 山茱萸15g, 茯苓20g, 续断15g, 知母15g, 炒谷芽15g。2007年7月12日复查24小时尿蛋白为3.51g、TP 55g/L、Alb 3.1g/L、CHO 6.34mmol/L、TG 5.18 mmol/L、LDL-C 2.78 mmol/L, 因患者血压一直低于110/60mmHg, 停用氯沙坦钾; 因口服双嘧达莫胃部不适、周身瘙痒而停用。检测Fib 6.47g/L, 改用蚓激酶胶囊60万单位, 每日3次, 口服共3周, 中药基本以上方为主续服。8月8日24小时尿蛋白定量为2.53g、9月6日为1.95g、10月11日为1.33g、11月15日为1.84g、12月14日为0.15g, 诸症均消除, 血压正常, 血脂基本正常, 尿检蛋白及潜血阴性, 并多次检查肝肾功能均为正常, 随访至2008年2月未再复发。

2 讨论

乙型肝炎病毒相关性肾小球肾炎(HBV-GN)是乙型肝炎病毒感染引起的肾小球肾炎。其最常见的病理类型是膜性肾病, 以肾小球基底膜上皮细胞弥漫的免疫复合物沉积伴基底膜弥漫增厚为特点, 临床上可表现为肾病综合征、水肿、疲乏, 严重者可有腹水, 或不伴血尿。目前西医尚无特殊疗法, 通常采用一般肾炎的

治疗方法, 但目前认为, 应用糖皮质激素和/或免疫抑制剂治疗似弊大于利, 而且一些患者因年龄或合并疾患等并不适用; 抗病毒药物主要采用α干扰素, 同时可调节免疫, 但用药早期副作用大、疗程长、费用高。

本病属于中医“水肿”、“虚劳”范畴。我们在临床中发现部分患者既往并无乙型肝炎病史, 也无乙型肝炎病毒抗原血症, 只是肾组织的HBV抗原或HBV-DNA检测阳性, 提示了肾穿对于本病诊断的重要性。患者除肾炎的浮肿、乏力、腰酸、腹水、血尿、高血压、肾损害症状外, 多数并无肝炎的消化道症状。中医辨证应从整体观念出发, 结合本病病毒感染的特点, 注意选择配伍有抗乙型肝炎病毒药物。对肝肾阴虚为主患者, 多选用六味地黄丸加减, 同时根据水肿情况选择滋阴利水的药物。对大量蛋白尿以脾肾阳虚为主要表现者, 多选择真武汤加减; 对气虚气滞者, 采用小柴胡汤合五苓散治疗; 对血尿而表现为阴虚证候者, 适当加强滋阴凉血、止血利水之品, 如马鞭草、益母草、水红花子等; 治疗全过程都要注意活血化瘀, 可选择用泽兰、丹参、川芎、牛膝; 抗病毒药物可以选择板蓝根、茵陈、虎杖等。本病属于顽疾、用药量宜大, 利尿药、抗病毒药、活血药用量一般要在30g以上; 再者, 效不更方, 较长时间应用。对于存在高血压或虽然血压不高, 但在120/80mmHg以上者, 肾小球滤过率正常或增高者, 只要患者能够耐受, 均应配合使用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或受体抑制剂(ARB)治疗, 有助于及时缓解蛋白尿、改善肾功能。

(收稿日期: 2008-03-03)

[编辑: 洪涛]

全/力/打/造/中/国/中/医/药/传/媒/第/一/平/台

中国中医药报

2009 热订中

请速到当地邮局订阅
邮发代号: 1-140
定价: 1.00元/份
半年: 97.5元 全年: 195元

宣传党和国家中医药方针政策 指导服务百姓就医与科学用药
报道中医药行业发展最新动态 普及中医药预防医疗保健知识
交流各地中医药工作管理经验 弘扬传播中医药优秀传统文化
推广中医药科研成果 促进中医药行业精神文明建设
介绍名家学术思想及临床经验 推动中医药现代化及走向世界

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

本报地址: 北京市朝阳区北沙滩甲4号 邮编: 100192 电话: 010-64855367 64854538