

· 病例讨论 ·

反复发作肉眼血尿型 IgA 肾病病案

占 永 立 整理

(中国中医科学院广安门医院肾内科,北京市宣武区北线阁5号,100053)

[关键词] IgA 肾病;肉眼血尿;中医药疗法;验案

1 病历摘要

患者,女,29岁,主因“反复发作肉眼血尿14年,再次发作1天”,于2009年7月3日入院。1995年2月患者无明显诱因出现发热,3天后出现肉眼血尿,伴腰痛,无尿频、尿急、尿痛,就诊于当地医院,查尿常规:尿蛋白(PRO)(-)、尿隐血(ERY)500个/μ、红细胞(RBC)满视野。诊为“急性肾小球肾炎?”予静脉滴注青霉素注射液(剂量不详),3天后肉眼血尿消失,复查尿常规:PRO(-)、ERY 50个/μ、RBC 2~3/HP。以后患者每因发热等诱因,3天内即出现肉眼血尿,持续2~3天后缓解,每年发作1~3次不等,曾多次查尿PRO均(-)、ERY波动于50~150个/μ,肾功能正常,未行其他检查,曾诊断为“隐匿性肾炎”,但未治疗。患者3天前因进食不洁食物后出现发热、腹泻、恶心呕吐,至某医院就诊,查血常规:血红蛋白(Hb)123g/L、白细胞(WBC)9.7×10⁹/L、RBC 4.39×10¹²/L、血小板(PLT)208×10⁹/L、中性粒细胞(N)0.859、淋巴细胞(L)0.14。诊断为急性胃肠炎,予头孢克肟、黄连素等治疗。2天后患者发热、腹泻等症状消失,第3天开始出现肉眼血尿,无尿频、尿急、尿痛,为明确肉眼血尿原因,遂收入院准备行肾穿刺活检术。入院时症见:肉眼血尿,呈洗肉水样,尿时无频、数、涩、痛感,腰酸乏力,口稍干苦,食纳可,无恶心呕吐,小便偏黄,大便不成形。查体:体温36.6℃,血压:118/70mmHg。一般情况可,双侧扁桃体无肿大,咽部暗红,心肺正常,肝脾不肿大,双肾区叩击痛(±),双下肢不肿。舌质偏红、苔黄腻,脉细滑。血常规:Hb 127g/L、WBC 8.93×10⁹/L、PLT 185×10⁹/L、N 0.672、L 0.233,血沉(ESR)7mm/h。尿常规:PRO(-)、RBC满视野,尿液相差显微镜检查:异常红细胞比例占95%,24小时尿蛋白定量99mg。血生化:血糖5.00mmol/L、血肌酐71μmol/L、血尿素氮4.2mmol/L、低密度脂蛋白胆固醇2.04mmol/L、甘油三酯1.64mmol/L、总胆固醇3.29mmol/L、白蛋白41g/L、球

蛋白26g/L。免疫学检查:血清抗链球菌溶血素“O”72U/ml、类风湿因子3.1U/ml、补体C3 1.27g/L,ANA抗体谱及抗中心粒细胞胞浆抗体均(-)。腹部B超:右肾11.2cm×4.0cm、实质1.3cm,左肾11.1cm×4.2cm、实质1.3cm,泌尿系统未见异常,肝、胆、脾、胰正常。X线胸片及心电图正常。中医诊断:尿血(肾气阴两虚,夹湿夹瘀)。西医诊断:慢性肾小球肾炎,IgA肾病(待确诊)。入院后于2009年7月6日B超引导下行肾活检术,肾脏病理结果:免疫荧光:1个肾小球,IgG(-)、IgA(+++)、IgM(-)、C3(-)、C1q(-)、FRA(-)、ALB(-);光镜:14个肾小球,1个球性硬化,其余肾小球系膜细胞和基质轻度弥漫增生。肾小管上皮空泡及颗粒变性,肾间质、小动脉无明显病变。电镜:3个肾小球,肾小球系膜细胞和基质轻度增生,系膜区可见电子致密物沉积,基底膜未见病变,上皮足突节段融合,肾小管和间质无明显病变。病理诊断为轻度系膜增生性IgA肾病。综合临床与肾脏病理结果,为完善治疗方案并判断患者的预后,2009年7月10日进行病例讨论。

2 病例讨论

住院医师张某:综合患者的临床表现、实验室检查与肾活检结果,可明确诊断为系膜增生性IgA肾病(肉眼血尿型)。此类慢性肾炎现代医学无特殊治疗方法,因此,应以中药治疗为主。患者以持续镜下血尿、反复发作肉眼血尿为主诉,中医诊断为血证之尿血。患者除尿血外,伴有腰痛、乏力,口稍干苦,舌质偏红、苔薄黄,脉细滑。中医辨证属肾气阴两虚,夹湿夹瘀。治宜益气养阴、活血利湿。处方以生芪地黄汤加减:生黄芪15g,太子参15g,生地黄10g,牡丹皮12g,茯苓12g,泽泻12g,怀山药12g,山茱萸12g,丹参15g,车前草10g,小蓟30g,仙鹤草15g。中医处方是否合理请上级医师指导。

主治医师韩某,中医诊断与治疗基本同意张医师的意见。补充两点建议:一是中医辨证如果属气阴两虚,还应进一步区分是气虚偏重或阴虚为盛,如果气虚偏重,可加大黄芪的用量,如果阴虚偏盛,则可加大生地黄的用量。二是在尿血的中医治疗中,经常加入一些

止血药,此时应当注意止血药的性味,气阴两虚偏于气虚,多用性味甘平或甘凉之品,如仙鹤草、蒲黄、小蓟等;气阴两虚偏于阴虚,则选用甘寒或苦寒之品,如栀子、白茅根、槐花等。该患者舌质红、苔薄黄,气阴两虚偏重于阴虚,因此,建议将处方中生地黄加大用量至20g,止血药去小蓟、仙鹤草,加白茅根30g。

主治医师王某:血尿是肾内科临床最常见的症状之一,约占肾内科和泌尿外科患者的40%~50%,亦可能是恶性疾病或全身性疾病的信号。应当先区分为肾小球源性血尿或非肾小球源性血尿。肾小球源性血尿是指红细胞随尿液通过肾单位而形成的血尿,其特点是红细胞变形呈多形性改变,常由肾实质疾病引起如IgA 肾病、急性链球菌感染后肾炎等;非肾小球源性血尿是指肾单位以外的血管破裂引起红细胞漏出而形成的血尿,其特点是红细胞外形均匀一致,常见于肿瘤、结石、感染、先天畸形等。该患者尿红细胞形态90%以上为多形,经肾活检证实为IgA 肾病,因此,可以明确为肾小球源性血尿。在尿血的中医治疗过程中,选用止血中药除了注意药物的性味外,还应当注意止血药的归经,一般来说,病位在肺者可选用荆芥炭、藕节炭等;病位在脾可选用荷叶炭、仙鹤草等;病位在肝可选用茜草根等;病位在肾可选用生地黄、白茅根等。该患者的中医辨证病位在肾,因此,止血中药选用白茅根较为合理。

主任医师饶某:中医辨证与治疗基本同意以上医师的意见。IgA 肾病发生血尿多由于气虚不能摄血、或阴虚内热迫血妄行所致,因血瘀而致者不多,因此,不宜过多使用活血化瘀药。但中医学有“久病入络”、“气虚血瘀”、“湿瘀互结”等病机学说,因此,在止血时适当加入活血化瘀药是有必要的,而且有可能达到“止血而不留瘀”的效果。活血化瘀药临床上常选用当归、丹参、川芎等养血活血之品,尽量不用三棱、莪术等破瘀药物,以免加重尿血。此外,还可加入土茯苓、冬葵子等清热解毒利湿之品。

主任医师占某:从我们的临床经验来看,单纯镜下血尿和发作间期尿沉渣检查阴性的反复发作性肉眼血尿患者,其肾功能可以长期保持稳定,此类患者发生肉眼血尿是预后良好的标志;而合并大量蛋白尿的IgA 肾病患者,血尿的严重程度与肾脏病理的严重程度往往呈正相关,此类患者发生肉眼血尿往往预后不良。该患者无高血压及蛋白尿,肾活检证实为轻度系膜增生性IgA 肾病,特别是无肾小管间质损伤,虽然反复发作肉眼血尿14年,但其预后良好。

IgA 肾病多属于中医本虚标实证,我们将其证候

归纳为“四证四候”。“四证”包括:①肺气亏虚证。症见易汗出,平素易感冒,疲乏无力,持续镜下血尿,舌质淡红、苔薄白,脉细滑或细沉。治宜益肺固表。处方以玉屏风散加减。②脾肾气虚证。症见腰酸乏力,腹胀纳差,浮肿,面色少华,舌质淡暗、苔白腻,脉细沉或细滑。治宜健脾益肾,利湿消肿。如脾虚湿盛、大便不成形者,处方宜参苓白术散加减;脾虚水肿者,宜实脾饮加减;肾阳虚水肿者,宜真武汤加减。③气阴两虚证。症见腰膝酸软,神疲乏力,手足心热,口干不欲饮,镜下血尿持续不消,舌质偏红、苔薄黄,脉细略数。治宜益气养阴。处方以生芪地黄汤加减。④阴虚内热证。症见腰痛,手足心热,口干咽燥,持续镜下血尿,舌红、少苔,脉细数。治宜滋阴清热。处方以知柏地黄汤加减。“四候”包括:①外感风寒候。症见恶寒,鼻塞,头痛,流清涕,咳嗽,咯白痰,舌淡、苔薄,脉浮紧。治宜祛风散寒。处方以荆防败毒散加减。②外感风热候。症见发热,咽喉肿痛,或扁桃体红肿或化脓,或咳嗽,咯痰不利,或皮肤疖肿,肉眼血尿,舌红、苔黄,脉浮数。治宜疏风清热。处方以银翘散或五味消毒饮加减。③中焦湿热(肠道湿热或肝胆湿热)候。症见腹痛腹泻,大便不畅或便溏,或口苦胁痛,小便黄赤,舌红、苔黄腻,脉弦数。治宜清化湿热。如以肠道湿热为主,处方宜葛根芩连汤;如以肝胆湿热为主,宜龙胆泻肝汤加减。④下焦湿热候。症见小便黄赤灼热、尿血鲜红,口干、口苦,腰痛,舌红、苔黄腻,脉弦数。治宜清利下焦湿热。处方以八正散加减。具体到该患者,虽然其本虚属肾气阴两虚,但本次因肠道湿热而出现肉眼血尿,根据中医“急则治其标”的原则,宜先清利胃肠湿热为主,处方以葛根芩连汤加减,以后再以生芪地黄汤加减,益气养阴、活血利湿,以达到扶正祛邪的效果。

3 后记

经讨论后确立主要治疗方案,先宜清利肠道湿热。处方以葛根芩连汤加减:葛根15g,黄芩9g,黄连6g,苍术15g,薏苡仁30g,白茅根30g,甘草6g。3天后患者大便正常,肉眼血尿消失,中医治疗改为益气养阴为主,佐以活血解毒利湿,处方以生芪地黄汤加减:生黄芪15g,太子参15g,生地黄20g,牡丹皮12g,茯苓12g,泽泻12g,怀山药12g,山茱萸12g,丹参15g,黄连3g,白茅根30g,土茯苓30g。上方连服14剂,患者自觉腰痛等症有所好转,因工作繁忙,未再坚持服药,现定期门诊观察,仍持续镜下血尿,但未再发生肉眼血尿。

(收稿日期:2009-09-10)

[编辑:洪涛]