

· 病例讨论 ·

糖尿病肾病水肿重症病案

李 景 王世东 傅 强 赵进喜

(北京中医药大学东直门医院肾病内分泌科, 北京市东城区海运仓 5 号, 100700)

[关键词] 糖尿病肾病; 水肿重症; 中医药疗法; 验案

1 病历摘要

蔡某, 女, 73 岁。主因血糖升高 35 年, 下肢浮肿 1 年余, 加重 2 个月, 于 2008 年 12 月 9 日入院。患者 1973 年发现血糖偏高, 当时查空腹血糖 7.84mmol/L , 于当地医院诊为“2 型糖尿病”, 先后服用优降糖、二甲双胍等, 未监测血糖。2007 年 9 月无明显诱因出现活动后小腿水肿, 至北京某医院就诊, 查 24h 尿蛋白定量为 6.25g , 白蛋白偏低(具体数值不详), 诊为“2 型糖尿病, 糖尿病肾病”, 改用诺和灵 30R 控制血糖, 血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)类药物降压、保护肾功能, 水肿减轻后出院。之后患者水肿反复加重, 先后于北京市多家医院就诊(未行肾穿刺), 予雷公藤多苷片每次 20mg , 每日 3 次, 静脉输注白蛋白等治疗, 效果均不明显。2 个月前患者出现全身水肿, 并逐渐出现胸闷, 夜间时有憋醒, 至某医院就诊, 予降压降糖利尿等治疗, 自觉效果不满意, 遂来我院。患者自发病以来, 无面部红斑及光过敏, 无皮肤紫癜, 无关节痛, 近两周无发热畏寒等上呼吸道感染症状。既往高血压病史 20 余年, 血压最高时 $210/90\text{mmHg}$ 。现服用波依定每次 5mg , 每日 2 次; 安博维每次 150mg , 每日 2 次, 未监测血压。冠心病史 20 余年。1973 年曾行阑尾切除术。40 多年前曾发现“营养不良性肝肿大”, 后复查正常。否认其他慢性病史及外伤病史。入院症见: 全身水肿, 晨起颜面水肿明显, 白天下肢水肿明显, 按之凹陷。自觉胸闷憋气, 夜间平卧时有憋醒, 坐位时减轻。乏力, 畏寒, 口干渴, 视物略不清, 时有恶心, 纳食少, 小便量 $<1000\text{ml/d}$, 大便每日一行, 舌质暗、苔薄腻, 脉弦细涩。体格检查: 体温 36.5°C , 呼吸 19 次/min, 脉搏 75 次/min, 血压 $140/80\text{mmHg}$, 双肺呼吸音粗, 左肺底呼吸音略低, 未闻及干湿性啰音。心音可, 心律齐, 未闻及杂音。腹部略膨隆, 移动性浊音(+), 肝脾触诊不满意, 左肾区轻叩痛。双下肢肿胀, 小腿浮肿, 按之凹陷, 双足 10g 尼龙丝试验(+), 双足皮温略低。血常规: 白细胞(WBC)

$4.5 \times 10^9/\text{L}$, 红细胞(RBC) $2.65 \times 10^{12}/\text{L}$, 血红蛋白(HGB) 85g/L , 红细胞压积(HCT) 24.6%; 尿常规: WBC 0/HP, RBC 3~5 个/HP; 生化: K^{+} 4.15mmol/L , Na^{+} 142.8mmol/L , Ca^{2+} 2.0mmol/L , 血清总二氧化碳(TCO₂) 28.3mmol/L , 葡萄糖(GLU) 7.16mmol/L , 尿素氮(BUN) 13.11mmol/L , 血清肌酐(SCr) 96.9μmol/L , 总蛋白(TP) 47.6g/L , 白蛋白(ALB) 23.1g/L , 总胆固醇(CHO) 9.82mmol/L , 甘油三酯(TG) 1.39mmol/L , 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 6.33mmol/L ; 24h 尿蛋白定量 2.13g/d ; 血凝 D-二聚体(DD) 2589μg/L ; B 超: ①双肾弥漫性病变, ②右肾偏高回声, ③腹水, ④双侧胸腔积液; 心电图: 窦性心律, 肢体导联低电压, 胸前导联低电压, QT 间期延长, V1、V2 呈 QS 型; 胸部正位 X 线片: ①两下肺纹理重, ②双侧肋膈角变钝(考虑胸腔积液可能性大), ③心脏外形大不除外, 必要时进一步详查; 超声心动图: ①先天性心脏病, ②房间隔缺损(二孔型), 缺损口约 5mm , ③全心扩大, ④主动脉瓣、二尖瓣后叶瓣环钙化, ⑤二尖瓣、三尖瓣、主动脉瓣中度反流, ⑥轻度肺动脉高压, ⑦少量心包积液; 眼底检查: ①双眼糖尿病视网膜病变激光术后, ②双眼白内障, ③双眼屈光不正。为确立下一步治疗方案, 开展病例讨论。

2 病例讨论

李医师: 该患者中医诊断为消渴病, 消渴病肾病, 证属肾元虚损、水湿瘀血内停; 西医诊断: ①2 型糖尿病, 糖尿病肾病 IV 期, 糖尿病周围血管病变, 糖尿病视网膜病变, ②肾病综合征, ③高血压病 3 级, 极高危组, ④冠状动脉粥样硬化性心脏病, 心功能 IV 级。入院后给予常规治疗: ①降压: 苯磺酸左旋氨氯地平片每次 5mg , 每日 2 次, 厄贝沙坦每次 150mg , 每日 2 次, 卡维地洛每次 12.5mg , 每日 2 次, 特拉唑嗪 6mg 睡前服; ②降糖: 诺和灵 R, 早 10U 晚 4U, 餐前 30min 皮下注射; ③扩容、利尿: 静脉滴注呋塞米每次 40mg , 每日 1 次; 低分子右旋糖酐每次 500ml , 每日 1 次, 人血白蛋白每次 10g , 每日 1 次; ④抗凝: 低分子肝素钙每次 4000U , 每日 1 次; ⑤纠正贫血及水电、酸碱平衡紊乱:

促红细胞生成素(EPO)、速力菲、叶酸、碳酸钙、碳酸氢钠等。但患者长期蛋白尿、水肿反复发作,常规治疗后效果也不明显,下一步治疗方案如何进一步完善,还请上级医师指导。

傅医师:患者长期大量蛋白尿、低蛋白血症、水肿,应当注意与其他疾病的鉴别。患者既往无红斑狼疮、过敏性紫癜、乙型病毒性肝炎等病史,查体及相关检查也没有这几种疾病的相关证据,且糖尿病病史较长,又存在糖尿病周围血管病变、糖尿病视网膜病变等并发症,糖尿病肾病的诊断是比较明确的。同时应当除外合并原发性肾小球疾病的可能。一般来说,糖尿病肾病合并原发性肾小球病变者,多发生于糖尿病之初,可出现持续性蛋白尿、持续性镜下血尿,甚至肉眼血尿,尿红细胞形态学检查可证实为肾小球性血尿,或伴有红细胞管型。常于各种感染后,旋即引起蛋白尿、血尿、水肿加重,或迅速出现肾功能减退、眼底检查无糖尿病视网膜病变,该患者入院后虽然查尿常规提示有红细胞,但以后多次复查均无红细胞、白细胞及管型,故目前暂不考虑此病。患者 2007 年出现水肿及大量蛋白尿,长期以来治疗效果不佳,治疗上当在常规降压、降糖、扩容利尿、抗凝以及纠正贫血、水电酸碱平衡的基础上,可考虑给予激素治疗,减轻炎症的渗出,减少纤维蛋白的沉着,降低毛细血管通透性而减少尿蛋白漏出。同时积极配合中药治疗,补益气血,利湿泄浊。

王医师:糖尿病肾病属于中医学“消渴病”消瘵期的“肾消病”,我们称之为消渴病肾病。我院吕仁和教授认为,消渴病肾病基本病机在于消渴病日久,治不得法,内热伤阴耗气,复加以痰、热、瘀、浊等积聚于肾之络脉,形成微型癥瘕,继而使肾体受损,肾用失司。此即糖尿病肾病的“微型癥瘕”病机学说。糖尿病肾病初成,肾体受伤,肾精不固,则精微下流,肾气亏虚、气化不行则水湿内停,故可出现蛋白尿、水肿等表现。而病情再进一步发展,肾元受损,肾主一身气化的功能失常,浊毒内生,内伤气血,则会进一步损伤肾元,败坏五脏,可进展为气血阴阳俱虚,五脏同病,三焦闭塞,气机逆乱,终成尿少、呕逆、不能食之“关格”危症。我们主张对糖尿病肾病进行分期分型辨证,基于“本虚定证型,标实定证候”的原则,把糖尿病肾病早期分为三型六候,中期分为三型八候,晚期分为三型十二候。本虚证分三型:阴虚型、阳虚型、阴阳俱虚型,以肾气虚为共同特点。早期标实证的六候为血瘀证、气滞证、痰湿证、热结证、郁热证、湿热证,中期标实证八候为早期六候加水湿证、停饮证,晚期十二候为早中期八候加湿浊内留证、肝风内动证、浊毒动血证、浊毒伤神证。对于本患者而言,病程较长,又有急性加重的病史,其肾元亏虚、肾用失司固然存在,也不能忽视其水湿内停、瘀血内阻的

标实证。该患者乏力倦怠,全身水肿明显,兼之舌暗苔薄腻脉细弦涩,气血亏虚与湿浊瘀血并见,治疗以补肾益气活血,化瘀利水解毒。

赵医师:我同意各位医师的分析。糖尿病肾病的最终确诊有赖于肾穿刺,治疗应本着“急则治其标,缓则治其本”的原则,重视益气补肾和化瘀散结治法。一方面治本扶正,在益气补肾培元的同时,或兼以滋阴,或兼以温阳,或阴阳两益;另一方面治标祛邪,在化瘀散结的同时,随证加用理气化痰、清泄结热、清解郁热、清化湿热、利水化饮之药。本病例中诊断明确,难点在于治疗。要遵循中医西医相结合、内治外治相结合、治标治本相结合。曾有文献报道,糖尿病肾病在发病过程中有炎症和免疫机制的参与,临床也有应用免疫抑制剂和激素治疗糖尿病肾病有效者,该患者可以应用糖皮质激素以抑制炎症和免疫复合物的沉积,但要注意足量、足疗程用药。从中医来说,炎症产物以及各种免疫复合物沉积肾体,肾络受损,日久形成微型癥瘕积聚,治疗上也应当重视解毒散结之法。在西医治疗的基础上应当充分发挥中医治疗的特色,补肾益气治其本,利水消肿治其标。标本同治,气血同调。可选用补益气血利水消肿的当归补血汤合五苓散加减,另可加用行气活血、散结解毒的丹参、川芎、石韦、土茯苓、穿山龙、倒扣草等。一方面针对病机辨证论治,另一方面配合激素应用,增强激素应用的疗效并减轻激素应用产生的不适症状。在口服中药的同时,也可给予外用泡洗方,主要选取疏风解表、活血利水的荆芥、防风、白芷、桂枝、茯苓、赤芍、白芍、泽兰、泽泻、麻黄、芒硝等。

3 后记

依据讨论结果,给予以下治疗方案:①在常规治疗的基础上给予口服强的松每次 40mg,每日 1 次,病情稳定则 3 个月后考虑逐步减量。②中药内服方药如下:(生)黄芪 60g,当归 12g,川芎 15g,丹参 30g,猪苓、茯苓各 25g,(生)白术 30g,石韦 30g,土茯苓 30g,(生)薏苡仁 30g,穿山龙 15g,倒扣草 25g,猫爪草 12g,紫苏叶、紫苏梗各 9g,陈皮 9g,大腹皮 15g,(炒)葶苈子 15g,桑白皮 25g。外用泡洗方如下:荆芥 15g,防风 15g,白芷 20g,紫苏叶 15g,(生)黄芪 30g,桂枝 15g,茯苓 30g,赤芍、白芍各 30g,泽兰、泽泻各 30g,(生)麻黄 10g,芒硝 30g。2009 年 1 月 4 日,患者全身水肿明显减轻,仅可见双下肢胫前轻度水肿,查:ALB 25.2g/L,蛋白定量 2.01g/24h。仍觉乏力倦怠,舌淡暗、苔薄,脉滑。守方继服,2009 年 2 月 2 日,水肿已不明显,血压、血糖均控制良好,查尿蛋白定量 0.36g/24h,2 月 24 日复查血 ALB 31.8g/L,病情平稳出院。

(收稿日期:2009-12-08)

[编辑:洪涛]