

• 病例讨论 •

先兆子痫肾损伤病案

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] 先兆子痫;血栓性微血管病;肾损伤;中医药疗法

1 病历摘要

患者,女,45 岁,主因“腰酸痛、乏力 1 年”于 2009 年 7 月 30 日入院。患者 2007 年 3 月正常妊娠,妊娠期间产科检查未见异常,至 2007 年 10 月 30 日,妊娠约 7 个月时自觉腰酸痛、乏力,伴头晕、头痛,夜尿多,颜面及双下肢浮肿,自测血压(BP) 140/90mmHg,未引起重视。2007 年 11 月 7 日突发晕厥,阴道出血,紧急至当地医院产科住院,BP 170/110mmHg,查血常规:血红蛋白(Hb) 105g/L、白细胞(WBC) $14.4 \times 10^9/L$ 、血小板(PLT) $100 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞(N) 0.868、淋巴细胞(L) 0.13。尿常规:尿蛋白(PRO) (++)、尿潜血(ERY) 250 个/μ、红细胞(RBC) 3~5 个/HP。血生化:血肌酐(SCr) 204.3 μmol/L、尿素氮(BUN) 10.0mmol/L、余不详。B 超发现死胎、胎盘早剥。住院当日即行经阴道引产术,术中出血约 300ml、输血 400ml,术后即出现无尿(24h 尿量约 70ml),头晕、水肿加重,伴胸闷、憋气,无抽搐,经利尿、降压、扩容等治疗,尿量虽有所增加,但肾功能迅速恶化,2007 年 11 月 9 日复查 SCr 713 μmol/L,转诊于兰州某医院,查 BP 130/80mmHg。血常规:Hb 55g/L、WBC $16.9 \times 10^9/L$ 、PLT $46 \times 10^9/L$ 、N 0.839、L 0.15。尿常规:PRO(+)、ERY 50 个/μ。血生化:SCr 632 μmol/L、BUN 22.77mmol/L、血尿酸(UA) 795 μmol/L、血钙(Ca) 1.61mmol/L、血磷(P) 2.18mmol/L、丙氨酸氨基转移酶(ALT) 148U/L、天冬氨酸氨基转移酶(AST) 149U/L、血清肌酸磷酸激酶(CPK) 190U/L、血清乳酸脱氢酶(LDH) 899U/L、总蛋白(TP) 39g/L、白蛋白(ALB) 20.8g/L、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 1.79mmol/L、甘油三酯(TG) 4.16mmol/L、总胆固醇(TC) 3.33mmol/L、ANA 抗体谱均阴性。腹部 B 超:肝、胆、脾、胰、双肾均未见异常。诊断为“妊娠相关性血栓性微血管病,急性肾功能衰竭”,予利尿、降压、补液及营养支持等治疗,1 周后患者尿量恢复正常,病情逐步好转。12 月 28 日出院时复

查 SCr 95 μmol/L、Hb 127g/L、PLT $251 \times 10^9/L$,但仍自觉腰酸、乏力,夜尿频多,反复查尿蛋白波动于(±~+)之间、ERY 25~50 个/μ,不除外慢性肾小球肾炎,间断服用贝那普利等治疗,血压维持在 130~140/80~90mmHg。为明确尿蛋白原因并寻求中医药治疗就诊于我院。入院时症见腰酸、乏力,怕冷,纳可,夜尿频多(夜间尿量约 800ml),大便正常。查体:体温 36.9℃,BP 120/80mmHg。一般情况可,双侧扁桃体无肿大,心肺正常,双肾区叩击痛(±),四肢关节形态正常,双下肢不肿。舌质淡暗、舌苔薄,脉细沉。实验室检查:血常规:Hb 121g/L、WBC $6.44 \times 10^9/L$ 、PLT $255 \times 10^9/L$ 、N 0.632、L 0.28、EOS 2.1%,ESR 75mm/h。尿常规:比重 1.011、PRO(±)、ERY 50 个/μ,24h 尿蛋白定量 230mg,尿 N-乙酰 βD 氨基葡萄糖苷酶定量(NAG) 5.8U/L,尿视黄醇结合蛋白(RBP) 745.3 μg/L,尿 β 微球蛋白(β-MG) 585.2 μg/L。血生化:SCr 87 μmol/L、BUN 5.14mmol/L、总蛋白(TP) 68g/L、Alb 34g/L、GLB 34g/L。腹部 B 超:肝、胆、脾、胰、双肾均未见异常。入院诊断:中医诊断:腰痛(肾阳不足)。西医诊断:蛋白尿原因待查。入院后于 2009 年 8 月 1 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:肾穿刺组织未见肾小球,髓质组织未见明显病变。电镜:3 个肾小球,肾小球系膜细胞和基质轻度节段性增生,内皮细胞节段性肿胀,基底膜内疏松层节段性增宽,上皮足突节段性融合,肾小管上皮溶酶体增多,肾间质无明显病变。综合临床与肾脏病理结果,诊断为先兆子痫肾损伤恢复期。为确立下一步治疗方案,2009 年 8 月 7 日进行病例讨论。

2 病例讨论

研究生马某:患者以腰痛为主诉,中医可诊断为腰痛。本患者腰痛反复发作 1 年余,同时伴乏力、夜尿频多,舌质淡暗、舌苔薄,脉细沉,属肾虚腰痛的范畴,中医辨证为肾阳不足,治宜补肾助阳,处方以金匮肾气丸加减:生地黄 24g,怀山药 12g,山茱萸 12g,泽泻 9g,茯苓 9g,牡丹皮 9g,桂枝 3g,(制)附子 3g,续断 12g,桑寄生

12g。该患者发生尿蛋白的原因较为复杂,通过肾活检已明确为先兆子痫肾损伤恢复期,先兆子痫肾损伤临床较为少见,其进一步治疗方案及预后等请上级医生分析指导。

主治医师韩某:“腰为肾之府”,故腰痛与肾脏的关系最为密切,腰痛也因此为肾病科最常见的临床症状之一。该患者应当属于肾虚腰痛,中医治疗基本同意马医生的意见,该患者除腰痛外,其舌质淡暗,舌下静脉曲张,属中医气虚血瘀的范畴,处方中可加入丹参、桃仁等活血化瘀之品。

主治医师王某:肾虚腰痛的特征是腰痛以酸软为主,喜按喜揉,神疲乏力,遇劳更甚,卧则减轻,常反复发作。肾虚腰痛应进一步区分偏阳虚或偏阴虚。该患者除腰痛外,伴有怕冷、乏力,夜尿频多,舌质淡、脉细沉等症状,偏重于肾阳虚,中医治疗当温补肾阳,佐以活血化瘀,中医处方建议以右归丸为主,右归丸方中以熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子培补肾精,是为阴中求阳,杜仲强腰益精,菟丝子补益肝肾,当归补血行血,诸药合用,共奏温肾壮腰之功。此外,在右归丸的基础上可适当加入黄芪、地龙、桃仁等,取补阳还五汤之意,以期达到益气活血之功。

主任医师饶某:患者 2007 年 12 月因先兆子痫、产后出血等,继发急性肾功能衰竭,同时伴血小板减少、肝功能损害,属于妊娠相关性血栓性微血管病的范畴。血栓性微血管病的特点是微血管内溶血、血小板减少、急性肾小管减少(急性肾功能衰竭)等,血栓性微血管病是引起急性肾功能衰竭的常见原因之一,其病因复杂。将血栓性微血管病的病因可包括以下几个方面:①溶血性尿毒症综合征(HUS);②血栓性血小板减少性紫癜(TTP);③恶性高血压(部分);④动脉硬化症或硬皮病(部分);⑤妊娠相关性血栓性微血管病(先兆性子痫和子痫性肾病,伴有溶血、肝功能损害和血小板减少的妊娠相关综合征,特发产后急性肾功能衰竭(PPARF),口服避孕药相关性血栓性微血管病);⑥抗磷脂抗体相关性血栓性微血管病(系统性红斑狼疮,系统性红斑狼疮样综合征,原发性抗磷脂综合征);⑦抗磷脂抗体阴性的系统性红斑狼疮相关性血栓性微血管病;⑧恶性肿瘤和化疗导致的血栓性微血管病;⑨移植相关性血栓性微血管病;⑩艾滋病相关性血栓性微血管病。目前中医诊断与治疗基本同意王医生的意见,患者除腰痛外,伴夜尿频多等症状,建议在右归丸的基础上加入桑螵蛸、龙骨、茯神、远志等,达到补心肾、止尿频的作用。

主任医师占某:该患者在妊娠 7 个月后发现高血压、蛋白尿,可以诊断为妊娠高血压综合征。妊娠高血压

综合征是指妊娠 20 周后,孕妇发生高血压、蛋白尿及水肿,妊娠高血压综合征包括:①妊娠高血压:仅有高血压,伴或不伴水肿,不伴蛋白尿。②先兆子痫:属多系统受累,主要因母体异常,胎盘血流减少可引起胎儿生长迟缓或胎死宫内,并发生肾、肝、脑及凝血系统改变。肾脏特征性病理变化是弥漫性肾小球毛细血管内皮细胞肿胀,免疫荧光无免疫复合物沉积或少量 IgG 和 IgM 沉积,故有内皮细胞病之称,常在分娩后迅速消退,2~4 周恢复正常。先兆子痫又分为轻度先兆子痫和重度先兆子痫。轻度先兆子痫:有高血压并伴有蛋白尿存在;重度先兆子痫:血压 $\geq 160/110$ mmHg,蛋白尿 ≥ 3 g/24h,伴有头痛,视物不清,恶心,呕吐,右上腹疼痛;眼底不仅有痉挛还有渗出或出血;肝肾功能异常或有凝血机制的异常;伴有心功能衰竭或(和)肺水肿的存在。③子痫:妊娠高血压综合征的孕妇发生抽搐。患者 2007 年 10 月出现恶性高血压、大量蛋白尿、急性肾功能衰竭及凝血异常等症状,可诊断为重度先兆子痫。本次肾活检虽然光镜未见肾小球,但其免疫荧光检查均阴性、特别是通过电镜证实肾脏病变主要为内皮细胞节段性肿胀。因此,发生少量尿蛋白原因可以明确为先兆子痫肾损伤恢复期。先兆子痫肾损伤应当与妊娠高血压、妊娠合并原发性高血压、妊娠合并慢性肾炎等相鉴别。

中医处方建议以右归丸合缩泉丸加减。缩泉丸主治膀胱虚寒证,方中益智仁辛温,温补脾肾,固肾气、缩小便,为君药。乌药辛温,调气散寒,能除膀胱肾间冷气,止小便频数,为臣药。二药合用,温肾祛寒,则膀胱之气复常,约束有权,溺频遗尿自可痊愈。本方与桑螵蛸散均能治疗小便频数或遗尿,均有固涩止遗作用,但本方以益智仁配伍乌药,重在温肾祛寒,宜于下元虚冷而致者;桑螵蛸散则以桑螵蛸配伍龟甲、龙骨、茯神、远志等,偏于调补心肾,适用于心肾两虚者。该患者发生夜尿频多主要因于肾阳不足,而非心肾不交,因此,以右归丸合缩泉丸较为合适。

3 后记

经讨论后确立主要治疗方案如下:治法以温补肾阳,固涩止遗。处方以右归丸合缩泉丸加减:生黄芪 30g,肉桂 6g,制附子 6g,熟地黄 24g,怀山药 12g,山茱萸 12g,枸杞子 12g,菟丝子 12g,鹿角胶 12g,熟地黄 12g,杜仲 12g,当归 12g,乌药 9g,益智仁 12g,桃仁 12g。患者于 2009 年 8 月 10 日出院,2009 年 10 月 13 日复诊时自觉腰痛明显缓解,查尿 PRO(-)、24h 尿蛋白定量 130mg,现仍随诊观察。