

· 病例讨论 ·

顶端型局灶节段性肾小球硬化症 伴急性肾小管损伤病案

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)

通讯方式: zhanyongli88@sina.com, (010) 88001415

[关键词] 顶端型局灶节段性肾小球硬化症; 急性肾小管损伤; 中医药疗法

1 病历摘要

患者, 女, 39 岁, 主因“心悸, 乏力 5 个月, 水肿 1 个月”于 2009 年 10 月 13 日收入我院内分泌科。患者 2009 年 5 月无明显诱因自觉心悸, 乏力, 怕热, 多汗, 消瘦, 烦躁。至北京某医院诊断为甲状腺功能亢进症(甲亢)。口服甲硫咪唑每次 10mg, 每日 3 次; 心得安每次 10mg, 每日 3 次。患者自觉心悸、乏力减轻, 2009 年 6 月复查甲状腺功能: 三碘甲状腺原氨酸(T_3) 3.88nmol/L、四碘甲状腺原氨酸(T_4) 155nmol/L、促甲状腺素(TSH)为 0、游离 T_3 (FT $_3$) 16.3pmol/L、游离 T_4 (FT $_4$) 37.9pmol/L。2009 年 9 月初患者出现眼睑及周身浮肿, 转诊于另一医院, 查甲状腺功能: FT $_3$ 11.1pmol/L、FT $_4$ 17.1pmol/L、总 T_3 2.21nmol/L、总 T_4 64.5nmol/L、TSH 12.3mIU/L, 考虑水肿与药物性甲状腺功能减退有关, 停用甲硫咪唑, 予他巴唑每次 5mg, 每日 1 次; 干甲状腺片每次 20mg, 每日 1 次。9 月 27 日改为他巴唑每次 5mg, 每日 2 次; 优甲乐每次 50 μ g, 每日 1 次。周身水肿未见缓解, 并出现胸闷等症状。为求中医治疗至我院内分泌科住院, 查尿常规: 尿蛋白(PRO) (+++), 红细胞(RBC) 2~3 个/HP。血生化: 血肌酐(SCr) 148 μ mol/L, 血尿素氮(BUN) 7.57mmol/L, 总蛋白(TP) 39g/L, 白蛋白(ALB) 14g/L, 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 13.8mmol/L, 甘油三酯(TG) 6.33mmol/L, 总胆固醇(TC) 24.39mmol/L, 空腹血糖 4.7mmol/L。胸部 X 线正侧位片: 双侧中等量胸腔积液。诊断为肾病综合征。经利尿、扩容等治疗后, 水肿稍有减轻。为明确肾脏病理诊断于 2009 年 10 月 19 日转入肾内科。转入时症见周身水肿, 乏力, 心烦

口苦, 心悸, 胸闷, 活动后加重, 怕冷, 纳差, 大便稀溏, 每日 8 次, 小便正常, 舌质紫暗, 舌苔白腻, 脉细滑。查体: 体温 36.4 $^{\circ}$ C、脉搏 92 次/min、血压 120/80mmHg。面色苍白, 颜面浮肿, 双侧甲状腺 I 度肿大, 双下肢重度水肿。实验室检查: 血常规: 血红蛋白(Hb) 140g/L、白细胞(WBC) 5.53×10^9 /L、血小板(PLT) 321×10^9 /L。尿常规: PRO(++++)、RBC 0~2 个/HP、尿糖(++), 24h 尿蛋白定量 2968mg, 尿 β 微球蛋白(β -MG) 6783.5 μ g/L。血生化: 空腹血糖 4.90mmol/L, SCr 245 μ mol/L, BUN 7.16mmol/L, ALB 18g/L, TP 43g/L, LDL-c 10.53mmol/L, TG 4.64mmol/L, TC 16.06mmol/L。免疫学检查: ANA 抗体谱及抗中心粒细胞胞浆抗体均阴性。腹部 B 超: 双肾、肝、胆、脾、胰未见异常。入院诊断: 中医诊断: ①水肿; ②癰瘤。中医辨证: 脾肾阳虚, 水湿泛滥。西医诊断: ①肾病综合征, 急性肾损伤; ②甲状腺功能亢进症, 药物性甲状腺功能减退症。2009 年 10 月 19 日下午 B 超引导下肾活检术, 结果: 免疫荧光 2 个肾小球, IgG(-)、IgA(-)、IgM(+), C3(-), C1q(-), FRA(-), ALB(-), HBsAg(-), HBcAg(-)。光学显微镜: 肾穿刺组织可见 11 个肾小球, 肾小球系膜细胞轻微增生, 基底膜空泡变性, 其中 1 个肾小球尿极处节段性硬化伴粘连; 肾小管上皮空泡变性, 多灶状刷毛缘脱落, 管腔扩张, 肾间质水肿, 灶状淋巴和单核细胞浸润伴纤维化; 小动脉管壁增厚。电子显微镜: 肾小球脏层上皮细胞微绒毛样变性, 足突广泛融合, 基底膜未见病变; 肾小管上皮细胞溶酶体增多, 部分微绒毛脱落; 肾间质水肿伴少量淋巴单核细胞浸润。肾脏病理诊断: 顶端型局灶节段性肾小球硬化症(FSGS)伴急性肾小管损伤。为明确治疗方案于 2009 年 10 月 23 日进行病例讨论。

2 病例讨论

研究生马某:该患者目前以水肿为主要临床表现,故中医可诊断为水肿。中医辨证属脾肾阳虚,水湿泛滥。治宜温阳健脾,行气利水。处方以实脾饮加减:(熟)附子6g,干姜6g,木香6g,白术9g,厚朴6g,木瓜9g,草果12g,大腹皮30g,茯苓12g,甘草3g。

主治医师韩某:结合文献及个人经验认为,气、血、水三者的关系密切,益气活血利水法在中医治疗肾病水肿中的应用也十分广泛。我们可以从治气(益气、行气)、治血(活血),从而达到治水(利水)的效果。马医师的处方以温阳健脾、行气利水为主,而活血利水作用不足,建议加穿山龙30g、桃仁10g,以活血利水。

主治医师王某:韩医师提出的治水、治气、治血方面的认识,值得重视。综观上方,温中健脾作用太过,补气之力尚嫌不足,建议去干姜,将(熟)附子改为9g,加生姜9g,这样既助附子温阳散寒,又伍茯苓、白术以散水气,再加黄芪30g以健脾益气。

主任医师饶某:大家对水肿的中医治法进行了讨论,基本同意以上意见。中医治疗水肿时还要注意以下几点:①单纯大剂量利尿,或纯用峻剂迫汗,都足以损阳伤正,使肿消而复起,甚至水尽气绝,应在禁忌之列。②逐水消肿,只可暂用,不可久施。③活血化瘀独用而不兼利水药,亦难使水肿消退。此外,在水肿的治疗过程中还应注意分阶段施治,如风水初期宜宣肺利水,水肿重症可权用逐水,肿消后期当调补五脏。该患者目前周身高度浮肿,伴胸水、腹水,因此,在处方中可适当加入(制)商陆等攻逐利水之品,待水肿消退后则应以调理脏腑为主。另外,该患者肾脏病理诊断为顶端型FSGS伴急性肾小管损伤。FSGS的西医治疗强调长疗程应用糖皮质激素、免疫抑制剂、血管紧张素转换酶抑制剂等综合治疗,因此,建议在中药治疗的基础上配合长疗程糖皮质激素及环磷酰胺等免疫调节治疗。

主任医师占某:患者除水肿外,还有胸脘痞闷、心烦口苦等上焦郁热之症,又有腹胀肠鸣、畏寒肢冷、大便溏泻等下焦虚寒症,以致寒热错杂、虚实并见,因此,中医治疗宜用辛开苦降法。具体到该患者目前虽然以水肿为主,但其有肠鸣、腹泻,心下痞硬,心烦,口苦。因此,中医治疗当先温中散寒,和胃降逆,只有腹泻止,才能小便利,建议先予半夏泻心汤,寒温并用,辛开苦降,起到调整阴阳、调畅气机、益气

和中,待腹泻好转后再以利水为治。

FSGS分为非特殊型、门部型、细胞型、顶端型、塌陷型等不同亚型,一般根据FSGS的不同亚型决定治疗方案及判断预后,如顶端型FSGS以中药配合标准疗程的糖皮质激素治疗效果较好,而塌陷型FSGS预后最差。该患者为顶端型FSGS,可以在中药治疗的基础上配合标准疗程的糖皮质激素治疗,不必使用环磷酰胺等免疫抑制剂。此外,肾活检提示在肾小球病变的基础上合并急性肾小管损伤,究其原因可能与腹泻致细胞外液丢失、大量蛋白尿致肾间质水肿及肾小管堵塞、扩容利尿剂的使用等综合因素有关,因此,在治疗过程中尽可能避免导致肾小管损伤,尽快促进肾小管功能的恢复。

3 后记

经讨论后确立主要治疗方案如下:①中医治则先予温中散寒、和胃降逆,处方以半夏泻心汤加减:半夏9g,黄芩9g,黄连3g,干姜9g,人参9g,白术9g,茯苓12g,大枣9g,甘草6g。1周后患者腹泻停止,尿量逐步增多,中医治则改为益气温阳,活血利水,处方以实脾饮加减:黄芪30g,(熟)附子9g,木香6g,白术9g,木瓜9g,草果12g,大腹皮30g,茯苓12g,穿山龙30g,甘草3g。至11月5日出院时患者水肿完全消失,以后门诊中药调理巩固疗效。②强的松每次60mg,口服,每日1次,8周后逐渐减量。2010年4月21复诊,病情完全缓解,查24h尿蛋白定量46mg,SCr68μmol/L,ALB42g/L。

(收稿日期:2010-05-27;修回日期:2010-08-15)
[编辑:洪 涛]

寻求疑难杂症验方合作

您有效果神奇、应用已久、无毒副作用且功效显著的民间验方吗?您希望它产业化吗?您期盼它为更多人解除病痛吗?这样的事情您自己完成有困难吗?我们来合作好吗?权健国际自然医学集团集科研、生产、销售为一体,服务网点遍及全国,旗下的天津权健自然医学科技发展有限公司致力于民间神奇验方的收集整理使之产业化服务人民大众。

期待与您的真诚合作! 共同造福人类!

公司:权健自然医学科技发展有限公司,地址:天津市武清区豆张庄乡权健道1号,邮编:301707,电话:022-22160850,022-22160816,传真:022-22160816,联系人:高小姐、常小姐,公司网址:www.ziranyixue.com。

合作流程:来电咨询确认→提供临床试用用品10份→试验治愈率70%为成功→洽谈合作事宜(一般为购买验方)。