

• 病例讨论 •

局灶增生坏死性紫癜性肾炎病案

占永立* 孙雪燕 刘慧洁 整理

中国中医科学院广安门医院肾病科,北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号,100053)

* 通讯作者:zhanyongli88@sina.com, (010)88001415

[关键词] 过敏性紫癜;局灶增生坏死性肾炎;中医药疗法

1 病历摘要

患者,男,18岁。主因“周身皮肤紫癜反复发作伴血尿、蛋白尿1个月”,2011年12月5日门诊以“过敏性紫癜性肾炎”收入住院。患者1个月前因感冒自服阿司匹林、维生素C泡腾片后出现双下肢皮肤点状紫癜,足踝部明显,3天后部分紫癜逐渐融合成片,当地医院查尿常规:尿蛋白(PRO)(++)、隐血(ERY)150 μ g/L,诊断为“过敏性紫癜性肾炎”,未予治疗,以后紫癜泛发于全身,尤以四肢、躯干明显,色鲜红,部分融合成片。2011年11月14日转诊入安徽某医院皮肤科住院治疗,入院时查尿常规:PRO(++)、ERY 250 μ g/L,肾功能正常,临床诊断为“过敏性紫癜、紫癜性肾炎”,予醋酸泼尼松10mg、维生素C100mg,每日3次治疗,皮肤紫癜逐步好转、PRO减少,2011年11月21日出院。出院后逐渐撤减醋酸泼尼松,1周前患者无明显诱因皮肤紫癜反复,血尿、蛋白尿加重,为明确肾脏病理诊断及寻求中医药治疗转诊入我院。入院时症见:全身多处皮肤紫癜、下肢为著,四肢关节疼痛,偶有腹痛,伴倦怠乏力,口干,纳可,尿色深红、偶见肉眼血尿,尿中有泡沫,大便每日2~3次、质稀。既往体健,无特殊病史可查。查体:体温(T)36.3 $^{\circ}$ C、心率(P)84次/分、呼吸(R)20次/分、血压(BP)110/80mmHg。发育正常,神清,精神可,全身皮肤及巩膜无黄染,胸背及四肢皮肤散在紫癜、部分呈片状,色鲜红,心肺正常,腹部饱满,腹软无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,双肾区叩击痛(-),双下肢不肿。舌质暗红、苔稍黄腻,脉细滑。辅助检查:血常规:血红蛋白(Hb)157g/L、白细胞(WBC)8.33 $\times 10^9$ /L、红细胞(RBC)4.98 $\times 10^{12}$ /L、血小板(PLT)285 $\times 10^9$ /L、中性粒细胞(N)0.556、淋巴细胞(L)0.357、

嗜酸性粒细胞比率(EO)3.1%,血沉(ESR)16mm/h。尿常规:PRO 500mg/dl、ERY 250 μ g/L、尿异常红细胞比率75%,24小时尿蛋白定量1491mg。血生化:血糖(GLU)5.02mmol/L、血肌酐(Scr)59 μ mol/L、白蛋白(Alb)42.3g/L、球蛋白(Glb)30.6g/L、总胆固醇(TC)4.17mmol/L、甘油三酯(TG)1.86mmol/L、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)2.49mmol/L。免疫学检查:ANA抗体谱、抗中性粒细胞胞浆抗体均阴性。腹部B超:肝、胆、脾、胰、双肾未见异常。入院诊断:中医诊断:紫斑(阴虚火旺、湿热内蕴)。西医诊断:过敏性紫癜性肾炎。

入院后主要诊疗方案:①醋酸泼尼松10mg,每日3次。②滋阴降火、清热利湿、凉血止血中药每日1剂。2周后患者皮肤紫癜减轻,复查尿常规:PRO 150mg/dl、ERY 250 μ g/L。2011年12月19日B超引导下肾穿刺活检术,病理结果回报:免疫荧光:肾穿刺组织可见5个肾小球,IgG(-)、IgA(+++),IgM(+),C3(++),C1q(-),FRA(-)、Alb(-),系膜区团块状、颗粒样沉积。光镜:肾穿刺组织可见20个肾小球;肾小球系膜细胞和基质轻度弥漫增生,局灶节段性中度加重伴嗜复红蛋白沉积,其中1个节段性纤维素样坏死,1个小细胞纤维性新月体形成;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:2块组织,可见3个肾小球,肾小球系膜细胞和基质轻至中度增生,系膜区电子致密物沉积,上皮足突节段性融合;肾小管上皮溶酶体增多,肾间质水肿伴少量淋巴单核细胞浸润及胶原纤维增生。肾脏病理诊断:局灶增生坏死性紫癜性肾炎。

2 病例讨论

住院医师杨某:患者以“周身皮肤紫癜反复发作伴血尿、蛋白尿1个月”入院,中医可诊断为紫斑。患者先天禀赋不足,肾阴亏虚,以致阴虚火旺,虚火

灼伤血络,迫血妄行,血溢肌肤则见皮肤紫斑,血渗膀胱,故见尿血、甚则肉眼血尿。同时伴有口干、舌红等阴虚内热等症状。另一方面患者后天失养,脾虚湿盛,故腹部隐痛、大便质稀;湿郁发热,湿热之邪留滞关节则关节疼痛。舌质暗红、苔黄腻,脉细滑数,是为阴虚火旺、湿热内蕴之舌脉。综上所述,其病位在脾肾,病性属本虚标实,中医辨证为阴虚火旺、湿热内蕴。目前中医治疗以滋阴降火、清热利湿、凉血止血为法,处方以茜根散合二妙丸加减:茜草 10 g,生地黄 10 g,牡丹皮 10 g,当归 10 g,赤芍 10 g,炒栀子 10 g,苍术 10 g,黄柏 10 g,甘草 6 g。中医诊断、辨证分析正确与否请上级医师指导。

主治医师赵某:基本同意杨医师的意见。该患者的治疗补充以下两点意见:一是患者发病与服用药物有关,所以应当尽量避免滥用药物及某些容易过敏的食物如牛奶、海产品等;二是中医辨证为阴虚火旺、湿热内蕴,处方中滋阴降火中药力度尚嫌不足,建议处方中加大生地黄用量至 30 g,以增强滋阴降火止血之功。

副主任医师李某:基本同意二位医师意见,并建议中药处方中除加大滋阴降火之力外,可加大当归、赤芍等养血活血止血的用量。西医方面补充两点意见:一是诊断与鉴别诊断。患者呈典型过敏性紫癜表现,同时伴有蛋白、血尿,通过肾活检已明确诊断为增生坏死性紫癜性肾炎。临床上皮疹同时伴蛋白尿、血尿者还可见于:①系统性疾病继发肾损害如狼疮性肾炎,该病以生育年龄女性多发,但青年男性亦可见,除蛋白尿、血尿外,还常伴有发热、关节痛、皮疹、光过敏、口腔溃疡等多系统受累表现,ANA 抗体谱可作为重要鉴别。②流行性出血热:该病除出血性皮疹外还可见黏膜出血,典型者可呈“醉酒貌”,除血尿、蛋白尿外,多伴有急性肾损伤,甚至急性肾衰竭,可通过疫源接触史及汉坦病毒检测确诊。二是治疗方面。对于肾脏病理表现为系膜增生性病变较明显者,可合用血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素转换酶受体拮抗剂如贝那普利、氯沙坦钾等。

主任医师饶某:以上各位医师对血证——紫斑、尿血的病因病机、中西医治疗等进行了详细分析。该患者处方中建议加紫草 15~30 g,紫草具有凉血活血止血、清热解毒之功,现代药理研究可改善毛细血管的通透性,比较适合紫斑的发病机理。此外,患者全身皮肤紫癜明显、肾脏病理为增生坏死性紫癜

性肾炎、24 小时尿蛋白定量持续在 1 g 以上、肾功能正常,因此,建议改醋酸泼尼松为 40 mg,每日 1 次,8 周后逐渐减量。

主任医师占某:紫斑属于中医血证的范畴,血证的治疗应针对血种血证的病因病机及损伤脏腑的不同,结合证候虚实及病情轻重而辨证论治。《景岳全书·血证》曰:“凡治血证,须知其要,而血动之由,惟火惟气尔。故察火者但察其有火无火,察其气者但观其气虚气实,知此四者而得其所以,则治血之法无余义矣。”概而言之,对血证的治疗中医可以归纳为治火、治气、治血。①治火:火热熏灼,热伤血络是血证最常见的病因病机,应当根据证候虚实的不同而选方用药,实火者当清热泻火。邪在气分,用白虎汤;邪在三焦,用黄连解毒汤;热毒深陷血分而见耗血动血者用犀角地黄汤。常用药物如石膏、知母、黄芩、黄连、栀子、连翘、金银花、竹叶、生地黄、水牛角、赤芍、牡丹皮、玄参、紫草等。虚火者当滋阴降火。常用药物如茜草、黄芩、生地黄、牛膝、牡丹皮、赤芍、玄参等。②治气:气为血帅,气能统血,血与气休戚相关,正如《医贯·血证论》所言:“血随乎气,治血必先理气。”因此,实证当清气降气,虚证当补气益气。如气不摄血的出血治宜补气摄血,常用归脾汤加减。③治血:《血证论·吐血》说:“存得一分血,便保得一分命。”治血是指适当选用凉血止血、收涩止血或祛瘀止血药。如血瘀出血,治宜活血化瘀止血,常用桃红四物汤、血府逐瘀汤加减。该患者除紫斑外、尿血也比较明显,因此,中医处方中建议加入白茅根、大蓟、小蓟、淡竹叶等治疗血尿常用的中药。

3 后记

经讨论后确立主要治疗方案如下:①清淡饮食、忌生冷、辛辣、海产品,预防风寒、注意保暖,避免接触容易导致过敏的药物等。②中医治则:滋阴降火、清热利湿、凉血止血。处方以茜根散合二妙汤加减。处方:茜草 10 g,生地黄 30 g,牡丹皮 10 g,紫草 30 g,当归 15 g,赤芍 15 g,炒栀子 10 g,苍术 10 g,黄柏 10 g,小蓟 30 g,白茅根 30 g,淡竹叶 3 g,甘草 6 g。③醋酸泼尼松 40 mg,每日 1 次,8 周后逐渐减量。④厄贝沙坦,每日 150 mg。出院后电话随访,1 个月 after 皮肤紫斑完全消失,半年后尿蛋白转阴,24 小时尿蛋白定量 120 mg,但仍持续镜下血尿。目前已停用所有西药,仅口服益气养阴、养血活血中药调理。

(收稿日期:2013-01-11;修回日期:2013-03-12)

[编辑:洪 涛]