



丁香园
WWW.DXY.CN

内科 疑难病例丛书

Internal Medicine Difficult Case

主编 杜新 齐卡

泌尿分册



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

第二版

内科 疑难病例

主编 王仲 副主编 王仲

人民卫生出版社

内科疑难病例

泌尿分册

主 编 杜 新 齐 卡
副主编 陈光磊 余鹏程 徐德宇
编 委 (以姓氏笔画为序)
毕礼明 刘 伟 齐 卡
杜 新 吴文华 余鹏程
陈 超 陈光磊 陈星华
周加军 徐德宇

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

内科疑难病例. 泌尿分册/杜新等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2010. 8

ISBN 978-7-117-13079-0

I. ①内… II. ①杜… III. ①泌尿系统疾病: 疑难
病-病案-分析 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 109018 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中 医、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

内 科 疑 难 病 例 泌尿分册

主 编: 杜 新 齐 卡

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 15

字 数: 403 千字

版 次: 2010 年 8 月第 1 版 2010 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13079-0/R · 13080

定 价: 65.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



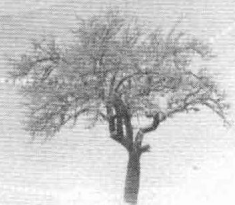
前言

肾脏病学是内科系统中新兴的一门三级学科。从 20 个世纪 70 年代至今的几十年中,肾脏病学在基础研究、临床实践以及循证医学层面取得了很大的进展。这主要表现在对一些疾病的发病机制认识更加深入,新的免疫抑制剂以及肾脏替代治疗在临床中的应用,慢性肾脏病(CKD)的概念以及基于循证医学、针对肾脏病各个领域常见并发症的临床指南的制订等。

在临床实践中,肾脏病学既有与其他内科学相通之处,又有许多自身的特点,其中重要的一点就是,其正确的诊断和治疗在很大程度上依赖于病理学和免疫学的证据。然而在我国,目前肾脏病学的发展水平在各家医院之间存在着很大的差异:在一些大型综合性医院以及一些肾脏病的重点专科早已将肾脏病理作为“常规”检查项目的同时,还有更多的医院,尤其是中小型医院,对肾脏病的认识还存在着许多不太正确的认识。这无疑阻碍了肾脏病学在全国范围内的发展。

对疑难重症的诊断和处理能力在很大程度上能够反映一位内科临床医师的水平;同时,通过对这些疑难病例的总结回顾,可以对疾病发生、发展的机制认识更加深入,因而能够更好地提炼出诊疗思路,提高自身的水平。从这个角度出发,国内目前规模最大、也是最专业的医学论坛类网站“丁香园”组织编写了这一套《内科疑难病例》系列丛书,其目的就是将一些疑难病例总结出来,通过对这些病例的诊疗思路的总结,能够更快地提高内科医师的诊疗水平。

具体到肾脏病本身,虽然大部分肾脏疾病具有较为典型的临床



表现、比较成熟的治疗方案,如原发性肾病综合征的“三高一低”以及激素的应用,但却经常见到临床表现复杂多变,诊断和治疗方案很难在没有肾脏病理的情况下就能够确定的情况。首先,有些肾脏疾病会以其他系统症状为首发表现,如过敏性紫癜性肾炎会以腹痛、关节痛等症状起病,部分病例甚至会误诊为阑尾炎以至于已经剖腹探查,Good-Pasture 综合征患者会以肺部症状起病,肾综合征出血热患者最初往往会误诊为普通上呼吸道感染等,这无疑会增加正确诊断和正确治疗的难度。其次,由于对某些罕见疾病缺乏认识,或者是一些新的疾病类型,即使有肾脏病理的证据,还是有可能作出错误判断的情况,如脂蛋白肾病,若对其缺乏认识或者肾脏病理中未行载脂蛋白 E (ApoE) 的特异性染色,则很有可能误诊为微小病变或 FSGS。第三,在一些危重病例中,由于感染、药物、灌注不足等因素导致的急性肾衰竭往往同时合并有其他器官功能的障碍,造成了复杂性肾衰竭,在临床处理中也甚为棘手。上述这几种情况往往都会增加诊疗的难度,尤其在缺乏强有力的病理学支持的情况下更是如此。

针对肾脏病的这些临床难点,我们组织了活跃在国内十余家三甲医院肾内科临床第一线的中青年医师总结临床实践中碰到的典型疑难重症病例,将生动的实战病例、缜密的临床思维、规范的处理程序以及最新的国际指南和循证研究结果结合起来,深入剖析其曲折复杂的诊治过程。大多数病例后面还附有小综述形式的“丁香视野”,是专门针对该病例的知识扩展。这本小册子,既可以



作为肾脏内科医师的补充新鲜知识的一条途径,更重要的是,通过阅读这些病例的诊断治疗思路,能够对自己的临床工作起到开拓思路的作用。这些编者都是由活跃在丁香园肾脏版的资深站友组成,而且都是各家医院肾内科的骨干中坚力量,每天都会临床一线与患者直接接触。正是因为这些编委长期奋斗在临床一线,所以思路更活跃,知识更新速度更快,该书也体现了一些新观念、新概念。除此之外,该书的另一特色是没有居高临下的说教,只有平等的讨论。这样,我们面对的读者将如同促膝谈心一样更加愉快地接受新的知识。

本书的出版,首先要感谢丁香园网站站长李天天先生和人民卫生出版社李向东编审,没有他们的大力帮助和组织,这本书的出版就不会这么顺利。感谢多位作者在繁忙的临床与科研工作中抽出宝贵的时间完成稿件,感谢余鹏程、徐德宇、刘伟、陈星华、陈超和毕礼明六位编委在稿件互审中给予的高质量的修改,感谢余鹏程、徐德宇、陈光磊副主编在统稿中给予的审改,感谢陈光磊对全文参考文献给予的核对。感谢所有给过我们帮助的专家和教授。

由于水平和时间所限,同时,由于知识更新的速度很快,本书中难免会出现错误,读者可以通过注册登录丁香园网站肾脏泌尿版面对我们的工作不吝赐教,以促使我们能在今后的工作中加以改进和提高。

杜新 齐卡

2010年4月



目 录

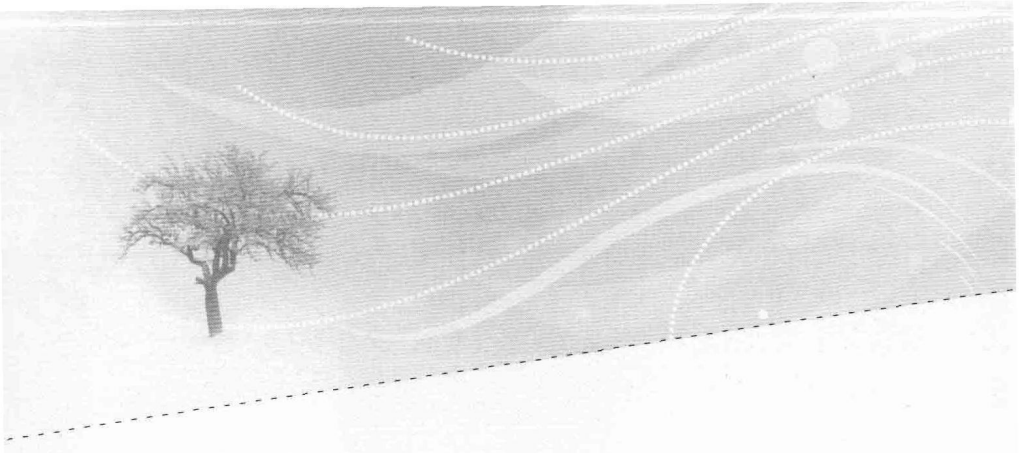
病例 1 令人困惑的肾积水	1
【丁香视野】 警惕表现为对侧肾积水的肾结核	9
病例 2 伴有发热、血小板减少的急性肾衰竭	11
【丁香视野】 熟悉肾综合征出血热临床表现,做到 早期诊断	19
病例 3 大量饮酒后下肢肿痛、无力、酱油样尿、无尿	22
【丁香视野】 乙醇与横纹肌溶解综合征	27
病例 4 合并横纹肌溶解的慢性肾衰竭	30
【丁香视野】 肾功能不全患者冠心病诊疗药物的 应用	35
病例 5 药物引起尿毒症患者多发性神经病	41
【丁香视野】 遗忘的药物-呋喃妥因在尿路感染的 应用	44
病例 6 间质性肺炎先于严重肾损害的显微镜下多血管炎	49
【丁香视野】 ANCA 相关性血管炎的肺肾损害	52
病例 7 以溶血性贫血为首发表现的系统性红斑狼疮	56
【丁香视野】 肾活检对系统性红斑狼疮诊治的意义	64
病例 8 膜性乙肝病毒相关肾炎	71
病例 9 伴有肝损害的肾病综合征	78
【丁香视野】 从“肝肾同源”看肝肾同病	88
病例 10 伴有葡萄膜炎的急性肾衰竭	94
【丁香视野】 注意肾脏病伴随的眼部表现	100



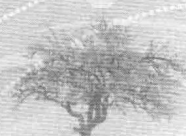
病例 11 伴有血尿的小儿肾病综合征	104
【丁香视野】 伴有镜下血尿的小儿肾病一定是肾炎性 肾病吗?	108
病例 12 不能除外系统性红斑狼疮的 ANCA 相关性 血管炎	111
【丁香视野】 对老年肾衰竭患者要紧绷 ANCA 相关性 血管炎这根弦	118
病例 13 水肿、尿量减少、肾功能不全	123
【丁香视野】 单纯超滤治疗慢性肾衰竭合并急性 肾衰竭的疗效	129
病例 14 伴甲状腺功能减退的原发性肾病综合征	132
【丁香视野】 原发性肾病综合征与甲状腺功能减退	142
病例 15 妊娠、肾病综合征、肾衰竭	145
【丁香视野】 子痫前期肾病的临床与病理	152
病例 16 水肿、急性肾功能不全	156
【丁香视野】 狼疮性肾炎的治疗进展	160
病例 17 面部红斑、肾积水	164
【丁香视野】 自身免疫相关梗阻性肾病	167
病例 18 尿毒症患者粒细胞缺乏	170
【丁香视野】 慢性肾衰竭患者的白细胞异常	178
病例 19 四肢酸痛乏力、低钾血症	183
【丁香视野】 探寻 I 型肾小管酸中毒的病因	193

病例 20	伴有黄疸、血红蛋白尿的急性肾损伤	198
病例 21	出现进行性关节肿大的慢性肾衰竭	206
	【丁香视野】 慢性肾衰竭钙磷代谢异常的多种临床 表现	216
病例 22	产后肾衰竭	223
	【丁香视野】 警惕妊娠并发 MODS	230
病例 23	伴有肺结核的系统性红斑狼疮	232
	【丁香视野】 被遗忘的男性狼疮	238
病例 24	误诊为骨性关节炎的痛风性肾病	240
	【丁香视野】 老年高尿酸血症的临床特点	248
病例 25	发热、咳嗽、水肿、腹痛	251
	【丁香视野】 狼疮性胰腺炎	256
病例 26	水肿、少尿、咳嗽、腹痛	261
	【丁香视野】 肾病综合征与原发腹膜炎	267
病例 27	Fechtner 综合征	271
	【丁香视野】 不可忽略的遗传性肾脏病	276
病例 28	可疑抗 GBM 抗体阴性的新月体肾炎	283
	【丁香视野】 抗肾小球基底膜病	293
病例 29	咳嗽、咯血、肾衰竭	298
	【丁香视野】 ANCA 相关性血管炎的治疗	303
病例 30	发热、尿混浊、双肾积水	307
	【丁香视野】 成人反流性肾病	311

病例 31	癔症性抽搐引起横纹肌溶解症合并急性肾衰竭	316
【丁香视野】	横纹肌溶解症与急性肾衰竭	320
病例 32	肾病综合征、低热、胸痛	325
病例 33	肾病综合征、肾活检、刺激性干咳	331
【丁香视野】	警惕肾病综合征在肾活检术后发生肺血栓栓塞	339
病例 34	腹泻、急性肾衰竭、进行性贫血、血小板减少	345
【丁香视野】	溶血性尿毒症综合征急性期的血液净化治疗	351
病例 35	尿毒症、下肢骨痛、肢端皮肤溃疡坏死	355
【丁香视野】	提高对钙化防御的认识	363
病例 36	肾移植术、顽固低钙血症	368
【丁香视野】	低钙血症的病因探讨	372
病例 37	蜂蛰伤致多器官功能障碍合并骨筋膜室高压综合征	377
【丁香视野】	血液净化抢救急性蜂毒中毒疗效比较	382
病例 38	血液透析患者的不典型低血糖表现	385
【丁香视野】	血液透析与非特异症状性低血糖	390
病例 39	利福平相关肾损伤	396
病例 40	依那普利引起急性肾损害	400
【丁香视野】	药物引起的急性间质性肾炎	407
病例 41	造影剂肾损伤与腹膜后纤维化并肾积水致急性	



肾衰竭	412
病例 42 高钙血症合并肾损伤——结节病肾损害	418
【丁香视野】 高钙血症与肾脏疾病	422
病例 43 少尿、腹水、血肌酐进行性升高	425
【丁香视野】 抗病毒药物的肾毒性	430
病例 44 全程肉眼血尿	435
【丁香视野】 血尿——不容忽视的信号	440
病例 45 咳嗽、咳痰、肾破裂	447
【丁香视野】 ANCA 与 ANCA 相关性血管炎	450
病例 46 淋巴瘤继发膜性肾病	455
【丁香视野】 淋巴瘤相关性肾病	457
病例 47 糖尿病合并左肾积气	460
【丁香视野】 容易忽视的厌氧菌感染	463



病例 1

令人困惑的肾积水

患者,男,70岁,安徽人。

第一次住院(2006年2月14日):

主诉:咳嗽、气喘、少尿1周。

现病史:1周前受凉后出现咳嗽,伴胸闷、气喘,于当地县医院就诊,诊断为“慢性支气管炎急性发作”。予“头孢哌酮、氨茶碱”等药物治疗,症状无好转,并出现双下肢水肿、少尿,轻度恶心、呕吐。1天前当地查肾功能:肌酐(CREA)1638 μ mol/L,尿素氮 34.1mmol/L,遂转入我院,门诊以“慢性肾衰竭?”收入。入科时患者神志清,精神状态差,食欲、睡眠差。病程中无发热、腹泻,无皮疹、关节痛,无腰痛、血尿,无夜尿增多。

既往史:“肺结核”20余年,曾予正规抗结核治疗,具体情况不详。“慢性支气管炎”10余年。2年前因尿痛、排尿困难,当地B超诊断“膀胱结石”,予抗感染对症治疗好转,结石排出。

个人史:生于安徽省,久居当地,未到过疫区,无疫水接触史,当地饮用水硬度较高。余无特殊。

家族史:无特殊。

体格检查:体温 36.0℃,脉搏 86次/分,呼吸 24次/分,血压 170/90mmHg。神志清楚,精神萎靡,呼吸深大急促,高枕卧位。双眼睑轻度水肿,双肺呼吸音粗糙,可闻及散在哮鸣音及湿性啰音。腹略膨隆,移动性浊音阴性,肾区无压痛及叩击痛。双下肢重度凹陷性水肿。



院内观察

入院后急查血常规示:血红蛋白 102g/L,白细胞计数 $9.7 \times 10^9/L$,中性粒细胞 94.3%,血小板计数 $219 \times 10^9/L$;血沉 53mm/h;尿常规:蛋白±,白细胞++,红细胞镜检 15 个/ μL ,尿比重 1.015,pH5.0,余正常;生化系列:总蛋白 52g/L,白蛋白 28g/L,球蛋白 24g/L,肌酐 $1360 \mu mol/L$,尿素氮 39.6mmol/L,尿酸 $685 \mu mol/L$,二氧化碳结合力 12mmol/L,钾离子 5.1mmol/L,钠离子 134mmol/L,氯离子 100mmol/L,钙离子 1.95mmol/L,磷 0.79mmol/L。



病情分析

该患者为老年男性,以不明原因肾衰竭入院,起病急,迅速出现少尿及尿毒症症状。从临床表现考虑符合急性肾衰竭,但要与慢性肾衰竭及在慢性肾衰竭基础上的急性肾损伤(A on C)相鉴别。鉴别的要点有:①临床资料:特别是注意有无慢性肾脏病的临床表现,如夜尿增多、贫血、高血压等;有无急性肾衰竭的诱因,如体液丧失、感染、药物、梗阻性因素等。②影像学检查:临床常用超声检查来了解肾脏的大小,急性肾衰竭时双肾体积常增大,慢性肾衰竭双肾体积常缩小。影像学检查对鉴别急、慢性肾衰竭较方便直观,且临床较少出现误差。但必须注意,急性肾衰竭及慢性肾衰竭早期,患者肾脏体积常无增大或缩小,此时影像学检查对急、慢性肾衰竭鉴别无帮助,而必须依赖其他检查。③实验室检查:主要是指血肌酐检查,一般在影像学检查不能鉴别时采用。在上述检查仍不能准确判断急、慢性肾衰竭时,则必须谨慎地进行肾活检病理检查。另外,老年人肾衰竭有其自身的特点为继发性肾脏疾病(如高血压肾病、糖尿病肾病、骨髓瘤肾病)所占比例较高,肾前性肾衰竭及急性肾小管坏死在急

性肾衰竭中较常见,梗阻性肾病亦多见,故在询问病史及诊断时要多考虑常见疾病。

入院后即予急诊血液透析、纠正酸中毒及电解质紊乱、控制感染、平喘化痰、支持对症等治疗。血透后当天夜间出现嗜睡、间断谵妄。查体:颈软,双侧瞳孔直径 1mm,对光反射迟钝,四肢肌力、肌张力未见异常,双侧肱二头肌、肱三头肌腱反射正常,双侧膝腱、跟腱反射正常,双下肢病理征阴性。急诊头颅 CT 未见出血病变。予镇静控制精神症状,积极血液透析,患者症状迅速好转,神志转清,生命体征平稳,尿量 500~1000ml/d。

为进一步明确诊断,在患者病情平稳后进一步完善各项相关化验检查:尿本周蛋白多次检测均阴性;尿培养阴性;肿瘤标志物均阴性。双肾超声:左肾大小约 10.6cm×5.7cm×4.2cm,右肾大小约 7.2cm×3.3cm×3.3cm,左肾实质厚 0.9cm,右肾实质厚 0.6cm,皮质髓质界限欠清晰,实质回声增粗增强,左肾盂分离,左输尿管上段扩张,下段显示不清;膀胱壁毛糙,前列腺大小 4.4cm×4.7cm×3.4cm,回声欠均匀。尿路平片(KUB):盆腔两侧可见 4 枚结节状绿豆大小致密阴影。CT:右肾显著萎缩,肾实质变薄,左侧肾盂、输尿管积水。磁共振尿路成像(MRU):左侧肾盂、肾盏及输尿管全程均明显扩张,右肾及输尿管未见清晰显示;原始图像示左侧部分肾盏及输尿管末端腔内均见斑点状极低信号;冠状位及横断位图像示右肾明显萎缩,膀胱充盈可,壁光整,未见充盈缺损。心电图:窦性心律,左前分支传导阻滞。胸部正位片:左上肺结节状病灶,周边少许条索状阴影,左上肺结核球可能。



治疗及转归

因肾功能差,未行静脉尿路造影(IVU)检查。请泌尿科会诊,建议经膀胱镜逆行造影。膀胱镜术中左侧输尿管插管进入 3cm 处遇梗阻,置入双 J 管失败,因患者疼痛,遂出镜。逆行造影示:右

输尿管下段阳性结石,左输尿管下段梗阻,造影剂无法通过,考虑阴性结石可能。患者行逆行造影后,尿量明显增多,达 3000ml/d 以上,多尿期持续半月,其间尿中有褐色碎砂石样物质排出,考虑结石松动自行排出。40 天后复查 B 超提示左肾积水及输尿管扩张消失,尿量 1500ml/d,血肌酐在 800 μ mol/L 左右,门诊维持性血液透析。

第一次住院诊断:①慢性肾衰竭(尿毒症期),尿毒症脑病,代谢性酸中毒;②梗阻性肾病,双侧输尿管结石合并左肾积水,前列腺增生症;③慢性支气管炎急性发作。

第二次住院(2006 年 6 月 9 日):

主诉:排尿异常,间断性无尿 2 周。

体格检查:血压 150/80mmHg。神志清楚,眼睑无水肿。腹略膨隆,未触及包块,移动性浊音阴性,肾区无压痛及叩击痛。双下肢无凹陷性水肿。

辅助检查:血常规:血红蛋白 109g/L,白细胞计数 5.6×10^9 /L,中性粒细胞 68%,血小板计数 109×10^9 /L;尿常规:蛋白 $\pm$,红细胞镜检 23/ μ l,白细胞 $\pm$,比重 1.015, pH6.5;24 小时尿蛋白定量 0.35g(1200ml);血生化:肌酐 863.9 μ mol/L,尿素氮 29.37mmol/L,尿酸 582.2 μ mol/L。双肾彩超示:左肾积水;KUB 平片:右输尿管下段结石影;CT:右肾显著萎缩,左侧肾盂、输尿管积水;MRU:左侧肾盂、肾盏及输尿管全程均扩张,右肾及输尿管未见清晰显示。



病情分析

患者临床表现为间断性无尿,每次持续 3~5 天。入院时考虑:结石梗阻? 输尿管狭窄痉挛? 给予抗炎、解痉、对症治疗后病情无明显改善,结合影像学检查再次出现左肾积水,但左侧肾脏及输尿管未发现结石。原有左输尿管结石已排出,肾积水消失,故此次肾积水用单纯结石不能解释,考虑尚有其他致病因素。经科内讨论,

认为不明原因的单侧肾积水要考虑肾结核可能。进一步检查示:结核抗体阳性,PPD 试验 18mm(+++),晨尿浓缩找抗酸杆菌 3 次,其中 2 次阳性,尿结核 DNA 阳性,临床诊断肾结核成立。



治疗及转归

入院 1 周后,给予异烟肼 0.3g,每日 1 次,利福平 0.6g,每日 1 次,吡嗪酰胺 0.5g,每日 3 次等联合抗结核治疗 1 个月后,肾功能好转,血肌酐下降至 $500\mu\text{mol/L}$ 左右,尿量 2000ml/d,尿白细胞转阴,尿中未发现抗酸杆菌,B 超提示左肾积水消失,脱离血液透析。其后,正规抗结核治疗(半年后改为异烟肼、利福平二联治疗,总疗程 18 个月),每月复查肝肾功能,两年后随访肾功能稳定,血肌酐 $400\sim 500\mu\text{mol/L}$,继续控制饮食、血压,口服复方 α 酮酸、尿毒清颗粒,防治电解质、酸碱平衡紊乱等非透析治疗。



讨论

肾结核(renal tuberculosis)是结核分枝杆菌引起的肾脏感染,是全身结核的一部分,也是肺外结核病的最常见部位^[1]。泌尿系统结核病以肾脏为初发病灶,逐步蔓延到输尿管、膀胱和尿道。结核分枝杆菌主要通过血行感染到达肾脏,原发病灶几乎均在肺内,其次为附睾、女性生殖器附件、骨关节和淋巴结,偶见继发于肠和全身粟粒性结核。原发病灶的结核菌经过血行进入肾脏,主要在肾小球的毛细血管丛中发展为结核病,形成双侧肾皮质多发性微结核灶^[2]。其中大部分愈合,不引起临床症状,称为病理性肾结核。如机体免疫力低下,病灶不愈合,结核分枝杆菌经肾小管侵犯髓质,发展为肾髓质结核,形成临床肾结核病,一般多为单侧性。病变可进一步发展,肾乳头破溃、坏死,肾盏形成空洞性溃疡,并累及全肾。病灶发生纤维化、钙化,可致全肾钙化。钙化常与结核病的损害程度一致。结核菌随尿液播散,可引起输尿管、膀胱结核。