

特发性膜性肾病临床与病理特点分析及研究

李惠

(河南大学第一附属医院肾内科 开封 475000)

摘要:目的:研究探讨特发性膜性肾病的临床与病理特点。方法:选取我院收治的 62 例特发性膜性肾病患者作为研究对象,回顾其基本资料,分析其临床及病理特点。结果:62 例患者中,中老年患者占比 69.4%,患者均以肾病综合征、浮肿、血尿等为主要表现;在病理分期上,各年龄段患者均以 I、II 期为主;老年组患者的收缩压、低密度脂蛋白、肾小球滤过率、肾小管间质炎症细胞浸润、小动脉透明变性发生率与中年组、青年组的比较差异有统计学差异($P<0.05$)。结论:对发病率较高的年龄段或者伴高血压等合并症较多的患者,肾小管受损发生率较高,需要做好基础疾病的控制,减少肾小管损伤率。

关键词:特发性膜性肾病;临床特点;病理特点

中图分类号:R692

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.057

本文就我院收治的 62 例特发性膜性肾病患者作为研究对象,对其临床特点及病理特点进行分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院收治的 62 例特发性膜性肾病患者作为研究对象,所有患者均符合世界卫生组织于 1995 年制定的改良肾小球疾病组织学分类标准中的相关规定^[1]。其中男 43 例,女 19 例;年龄 17~78 岁,平均年龄(49.1 ± 2.3)岁;合并肾病综合征 53 例,合并肾炎综合征 7 例,无症状尿检异常 2 例;临床表现:浮肿 53 例,镜下血尿 55 例。

1.2 入组标准 纳入标准^[2]:年龄 16 岁以上;经肾活检穿刺确定为膜性肾病,且病变组织在镜下观察可见肾小球基底膜上皮下方存在有沉积的免疫复合物,并呈弥漫性变形增厚表现,经免疫荧光染色诊断,可见基膜上有均匀一致的、呈弥漫性分布的 IgG、C3 颗粒。排除标准:合并自身免疫性疾病的患者;合并严重心脑血管疾病的患者;因药物中毒、肿瘤、狼疮肾炎、病毒性肝炎或者感染等因素继发特发性膜性肾病的患者;合并营养不良或者存在恶性消耗的患者;对肾穿刺不耐受的患者。

1.3 方法 按照患者的年龄段不同,将其分为青年组(<30 岁)19 例、中年组(30~60 岁)28 例和老年组(>60 岁)15 例。所有患者均行实验室和病理检查。(1)实验室检查:对患者的血压、血脂(胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白)、肾功能(血肌酐、肾小球滤过率、24 h-尿蛋白定量、白蛋白)等指标进行测定。(2)病理诊断:在超声引导下对患者实施局部浸润麻醉后,经右肾下极,将活检枪以 25° 的斜角方向进针穿刺,获取肾组织,并将其分为三份,分别在光镜下进行检查(需经 HE、PAS 及 PASM 三色染色)、行免疫荧光检测(采用冰冻切片法,经兔抗人荧光抗体直接染色后,对抗 IgA、IgG、

IgM、C3、C4 以及 C1q 抗体的沉淀部位、强度等进行判断)及电镜检测。结合患者的病理诊断结果,并参照 Ehrenreich-Churg 的分期标准,将其分为 I 期、II 期、III 期、IV 期、不典型膜性肾病^[3]。

1.4 观察指标 比较不同年龄段患者的临床表现、实验室指标以及病理检查结果。

1.5 统计学方法 本次实验数据采用 SPSS19.0 软件进行统计学分析,以“%”表示计数资料,并通过卡方检验,计量资料采用 t 检验,以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同年龄段患者临床特点比较 62 例患者中,中老年患者占比 69.4%,是发病的主要年龄段,患者均以肾病综合征、浮肿、血尿等为主要表现,同时随年龄的增大,患者的血压、总胆固醇、低密度脂蛋白、血肌酐水平平均逐渐增高,而肾小球滤过率呈相反规律,其中收缩压、低密度脂蛋白、肾小球滤过率的比较有统计学差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 不同年龄段患者临床特点比较($\bar{x}\pm s$)

项目	青年组 (n=19)	中年组 (n=28)	老年组 (n=15)	P 值
性别(男:女)	12:7	20:8	11:4	>0.05
肾病综合征例数%	16(84.21)	24(85.71)	13(86.67)	>0.05
肾炎综合征例数%	2(10.53)	3(10.71)	2(13.33)	>0.05
无症状尿检异常例数%	1(5.26)	1(3.57)	0(0.00)	>0.05
浮肿例数%	16(84.21)	25(89.29)	12(80.00)	>0.05
血尿例数%	19(100.00)	24(85.71)	12(80.00)	>0.05
收缩压(mm Hg)	123.9 $\pm$ 19.9	133.8 $\pm$ 23.1	154.0 $\pm$ 25.4	<0.01
舒张压(mm Hg)	79.4 $\pm$ 17.8	85.9 $\pm$ 19.1	89.1 $\pm$ 20.3	>0.05
总胆固醇(mmol/L)	7.02 $\pm$ 1.83	7.98 $\pm$ 1.92	9.63 $\pm$ 2.17	<0.05
甘油三酯(mmol/L)	1.75 $\pm$ 0.45	1.71 $\pm$ 0.55	1.73 $\pm$ 0.43	>0.05
低密度脂蛋白(mmol/L)	3.02 $\pm$ 0.78	3.82 $\pm$ 0.91	4.91 $\pm$ 1.03	<0.05
高密度脂蛋白(mmol/L)	1.41 $\pm$ 0.32	1.47 $\pm$ 0.32	1.40 $\pm$ 0.34	>0.05
血肌酐(μ mol/L)	56.95 $\pm$ 21.64	74.29 $\pm$ 25.10	84.95 $\pm$ 25.92	>0.05
肾小球滤过率(ml/min)	181.89 $\pm$ 70.45	125.98 $\pm$ 43.12	83.10 $\pm$ 21.42	<0.01
24 h-尿蛋白定量(g)	5.78 $\pm$ 1.21	5.71 $\pm$ 1.32	5.70 $\pm$ 1.26	>0.05
白蛋白(g/L)	23.86 $\pm$ 7.82	25.01 $\pm$ 8.45	25.33 $\pm$ 8.54	>0.05

2.2 不同年龄段患者病理特点比较 在病理分期上,各年龄段患者均 I、II 期为主,在病理特点上,青年组患者的肾小管间质炎症细胞浸润、小动脉透明变性发生率显著低于中老年组,差异有统计学意义

($P<0.05$)。各组在免疫荧光反应上比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 不同年龄段患者病理特点比较[例(%)]

项目		青年组 (n=19)	中年组 (n=28)	老年组 (n=15)	P 值
病理分期	I 期	4(21.1)	4(14.3)	1(6.7)	>0.05
	I~II期	1(5.3)	1(3.6)	0(0.0)	>0.05
	II期	7(36.8)	14(50.0)	10(66.7)	>0.05
	II~III期	1(5.3)	2(7.1)	1(6.7)	>0.05
	III期	1(5.3)	2(7.1)	0(0.0)	>0.05
	IV期	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	>0.05
	不典型膜性肾病	5(26.3)	5(17.9)	3(20.0)	>0.05
	病理表现	系膜增生	10(52.6)	13(46.4)	8(53.3)
节段硬化		1(5.3)	3(10.7)	1(6.7)	>0.05
新月体		0(0.0)	1(3.6)	1(6.7)	>0.05
肾小管间质萎缩/纤维化		5(26.3)	9(32.1)	5(33.3)	>0.05
肾小管间质炎症细胞浸润		4(21.1)	13(46.4)	10(66.7)	<0.01
小动脉管壁增厚		3(15.8)	6(21.4)	5(33.3)	>0.05
小动脉透明变性		4(21.1)	11(39.3)	8(53.3)	<0.05
免疫荧光		IgA 阳性	9(47.4)	12(42.9)	8(53.3)
	IgG 阳性	18(94.7)	27(96.4)	15(100.0)	>0.05
	IgM 阳性	14(73.7)	19(67.9)	11(73.3)	>0.05
	C3 阳性	16(84.2)	25(89.3)	14(93.3)	>0.05
	C4 阳性	6(31.6)	12(42.9)	7(46.7)	>0.05
	C1q 阳性	10(52.6)	17(60.7)	11(73.3)	>0.05

3 讨论

特发性膜性肾病是一种病理形态学名词,被认为是引起成人肾病综合征的原因之一,在膜性病变中可占 50% 以上,在原发性肾小球疾病中,约占 15.19%。40 岁以上的男性是发病率较高的一类人,其多以高血压、蛋白尿、肾功能不全以及镜下血尿等为临床表现,但程度不一,预后也有较大差别,轻者

可不经处理自行缓解,重者则可能进入终末期肾衰竭,危及患者的安全^[4]。把握特发性膜性肾病的临床特点和病理特点对患者的有效治疗十分重要。

本文对 62 例患者的临床特点进行分析,发现中老年患者是特发性膜性肾病的主要发病人群,随年龄的增大,老年患者的收缩压、低密度脂蛋白显著高于中年,高于青年,肾小球滤过率呈相反规律。同时,各年龄段患者电镜下可见不同表现,特别是肾小管间质炎症细胞浸润、小动脉透明变性发生率上,年龄越大,发生率越高,可以作为诊断的重要依据。总之,特发性膜性肾病患者的临床表现、病理分期以及免疫荧光特征等都比较接近,但对发病率较高的年龄段或者伴高血压等合并症较多的患者,肾小管受损发生率较高,需要做好基础疾病的控制,减少肾小管损伤率。

参考文献

[1]姚霞娟,胡宏,张英姿.不同分期特发性膜性肾病的临床病理特点和治疗体会[J].中国临床研究,2016,29(6):760-761
[2]马丹娜,郑亚莉.特发性膜性肾病临床病理特点及治疗分析[J].宁夏医学杂志,2016,38(3):250-251
[3]段玉静,柴华旗,沙文刚.70 例特发性膜性肾病临床病理分析[J].安徽医药,2014,18(8):1530-1532
[4]周姗姗,李建文,陈敢,等.112 例特发性膜性肾病的临床与病理分析[J].现代医院,2014,14(7):70-71

(收稿日期:2016-12-22)

三维超声第三平面成像监测胎儿小脑蚓部发育的探讨

胡燕芳 戚小艺 谢许萍 桑颖

(南方医科大学附属小榄医院超声科 广东中山 528415)

摘要:目的:探讨三维超声第三平面成像方法对胎儿小脑蚓部发育进行监测的临床意义。方法:选取 2011 年 10 月~2014 年 10 月在我院行产前检查的 462 例孕妇为研究对象,比较二维超声和三维超声观察记录小脑蚓部最大切面的有效率;小脑蚓部发育不良或缺失的筛查率。结果:三维超声观察小脑蚓部有效率为 98.18%,明显高于二维超声观察小脑蚓部有效率 75.21%;二维超声筛查率为 0.41%,三维超声筛查率 3.18%, $P<0.05$ 。结论:通过三维超声第三平面成像能够获得小脑正中矢状切面的完整图像,及时对胎儿小脑蚓部发育异常做出正确的筛查及鉴别诊断。

关键词:胎儿小脑蚓部发育;三维超声第三平面;监测

中图分类号:R445.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.058

胎儿小脑蚓部发育情况与多种临床畸形综合征密切相关^[1-2],而胎儿小脑蚓部正中矢状切面图像可以完整的记录胎儿中枢神经系统发育情况^[3]。对胎儿颅内结构的观察和监测,是产前超声检查监测胎儿神经系统发育的重要部分。传统的二维超声排查受胎儿胎位、颅骨回声等因素的干扰,难以获得胎儿小脑蚓部正中矢状切面图像。笔者采用二维超声和三维超声方法比较,探讨三维超声第三平面成像方法对小脑蚓部发育情况进行监测的临床意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照目的抽样法,选取 2011 年 10 月~2014 年 10 月在我院行产前检查的 462 例孕妇为研究对象,年龄 21~40 岁,平均年龄(27.1±3.6)岁;孕龄 25~39 周,平均孕龄(29.8±3.1)周;均为单胎妊娠;末次月经准确,超声检查胎儿发育生长与停经孕周相符;妊娠期无母婴并发症,正常分娩。每位孕妇参与监测 1 次,行二维彩超检查者 242 例,行三维彩超检查者 220 例。