文章编号:1000-5404(2011)15-1647-02

短篇论著

早期肾活检在尿检正常型儿童紫癜性肾炎中的临床意义

干 毅[1],李祥丽[1],王会凤[1],游忠岚[2],王 墨[3] (563003 贵州 遵义,遵义医学院附属医院儿科[1];400038 重庆,第三军医大学全军感染病研究所[2];400014 重庆,重庆医科大学附属儿童医院肾脏免疫科[3])

[摘要] **目的** 回顾性分析早期尿检正常型紫癜性肾炎患儿肾活检病理及预后情况,探讨早期肾活检的重要性。**方法** 选择早期尿检正常但尿微量蛋白阳性的紫癜性肾炎69例患儿,按照以早期尿微量蛋白持续阳性或病程中出现尿蛋白作为肾活检指标,分为2组:早期肾活检组($n=29$)、肾活检组($n=40$),探讨其肾活检病理及预后差别。**结果** 所有早期尿检正常型紫癜性肾炎,反复尿微量蛋白异常≥3次,肾活检发现肾脏均有不同程度损害,其中Ⅱ级37例,Ⅲ级27例,Ⅳ级5例;早期肾活检组的病理损害程度低于肾活检组($P<0.05$),并且早期肾活检组9例病程中出现蛋白尿,治疗后尿蛋白转阴时间(14.43±10.21)d,肾活检组20例病程中出现蛋白尿,治疗后尿蛋白转阴时间(31.26±19.65)d,早期肾活检组蛋白尿转阴时间显著短于肾活检组($P<0.01$)。**结论** 以尿微量蛋白持续阳性作为肾活检指标,进行早期肾活检,能及早发现肾脏损害,改善预后。

[关键词] 过敏性紫癜肾炎;尿微量蛋白;早期肾活检
[中图法分类号] R726.923.4; R446.12; R446.8 [文献标志码] A

过敏性紫癜(henoch-schonlein purpura,HSP)是以全身小血管变态反应性炎症为主要病理改变的疾病,一般HSP患者以皮肤紫癜为首发症状,是儿科临床常见病。其临床表现多样,以非血小板减少性紫癜为突出表现,可伴有关节痛、腹痛、胃肠道出血及肾脏病变。肾脏临床改变(蛋白尿、血尿等)可出现于HSP的整个病程中,但多发生在紫癜后2~4周内,个别患者出现于HSP后1年[1]。但肾脏临床改变往往晚于肾脏病理改变,因此早期进行HSP患者肾脏活检,早期明确HSP肾脏病理类型,进行针对性治疗,有利于患者早期恢复,避免发展为肾衰竭。本研究总结重庆医科大学附属儿童医院2004年10月至2007年7月及遵义医学院2007年6月至2010年6月收治的过敏性紫癜性肾炎(henoch-schonlein purpura nephritis,HSPN)且行肾活检的69例患儿,探讨早期肾活检的临床意义及以尿微量白蛋白作为早期肾活检指标的可行性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取重庆医科大学附属儿童医院2004年10月至2007年7月及遵义医学院2007年6月至2010年6月收治的HSPN且行肾活检的69例患儿。男性39例,女性30例;年龄6~13岁,入院后监测尿常规及尿微量白蛋白,肾活检均在患者知情同意下进行,按照尿常规结果进行分组:早期肾活检组:入院诊断明确为HSPN,尿检正常无症状型,2周内检测尿微量蛋白持续阳性(3次以上),行肾活检。肾活检组:入院诊断明确为HSPN,尿检正常无症状型,2周内检测尿微量蛋白持续阳性(3次以上),家属暂未同意故未行早期肾活检,待转化为蛋白尿型或血尿型后再行肾活检。其中早期肾活检组患儿29例,年龄6岁3个月至13岁2个月,肾活检时程(10.41±3.56)d;肾活检组患儿40例,年龄7岁2个月至12岁10个月,肾活检时程(21.23±12.54)d。所有患儿符合中华医学会儿科学分会肾脏病学组标准诊断条件[2]:①有确切的皮肤紫癜病史,伴/不伴关节或消化道症状;②尿检正常或异常,伴/不伴水肿,高血压;③肾活检符合HSPN的表现;④排除IgA肾病、血小板减少性紫癜及系统性红斑狼疮等全身性疾病。

1.2 临床分型

根据HSPN患儿的临床表现,结合Goldstein标准分为6级[3]:A:尿检正常无症状型,多次尿常规检查无异常;B:孤立性血尿或蛋白尿型;血尿标准:肉眼血尿或镜下血尿红细胞>5个/高倍视野;蛋白尿标准:尿蛋白阳性,但24 h尿蛋白定量少于50 mg/kg;C:血尿和蛋白尿型;D:肾炎综合征型;E:肾病综合征型;F:混合型即血尿+肾病综合征型。本组血尿和蛋白尿型3例,肾病综合征型3例,混合型3例。

1.3 病理分级

按2000年珠海会议制订的标准[4]进行病理分级:Ⅰ级:轻微肾小球异常;Ⅱ级:单纯系膜增殖,a为局灶/节段性,b为弥散性;Ⅲ级:系膜增殖,伴<50%小球新月体形成和(或)节段性病变(硬化、黏连、血栓、坏死);Ⅳ级:系膜增殖,伴50%~75%小球新月体形成和(或)节段性病变(硬化、黏连、血栓、坏死);Ⅴ级:系膜增殖,伴>75%小球新月体形成和(或)节段性病变(硬化、黏连、血栓、坏死);Ⅵ级:膜增殖性肾小球肾炎。

[通信作者] 游忠岚,E-mail:you_zhonglan@163.com
干 毅,E-mail:ganyi1967@163.com

1.4 统计学处理

采用SPSS 11.0统计软件,进行独立样本 t 检验及Fisher精确检验。

2 结果

2.1 69例HSPN患儿病理损害分级

69例HSPN患儿行肾活检病理检查发现肾脏全部有不同程度的病理损害(Ⅱ~Ⅲ级),肾损害高达100%。从表1可看出,早期肾活检组肾脏病理损害主要为Ⅱ级,占72.4%,Ⅲ级占27.6%,而肾活检组病理损害主要为Ⅲ级,Ⅲ、Ⅳ级占60.0%。对2组采用Fisher精确检验,结果显示,肾活检组病理改变比早期肾活检组严重($P<0.05$)。

表1 69例HSPN患儿病理损害分级(例)

组别	n	Ⅰ级	Ⅱ级		Ⅲ级		Ⅳ级		Ⅴ级		Ⅵ级
			Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳa	Ⅳb	Va	Vb	
早期肾活检组	29	0	13	8	5	3	0	0	0	0	0
肾活检组	40	0	3	13	11	8	3	2	0	0	0

2.2 69例HSPN患儿病程转归

对于69例尿检正常无症状型HSPN患儿,入院治疗初期仅使用活血化瘀药物等。出现蛋白尿或病理分级Ⅱ级或以上时,加用雷公藤多甙片;对于病理分级Ⅲb级及以上,均采用甲强龙+环磷酰胺冲击治疗。疗效均满意,治疗后蛋白尿全部转阴。其中早期肾活检组9例病程中出现蛋白尿,治疗后尿蛋白转阴时间(14.43±10.21)d,肾活检组20例病程中出现尿蛋白,尿蛋白转阴时间(31.26±19.65)d,独立样本 t 检验,肾活检组蛋白尿转阴时间显著长于早期肾活检组($P<0.01$)。

3 讨论

HSP是一种微血管变态反应性出血性疾病,常因病变累及小动脉及毛细血管的部位不同,临床表现复杂多样[5]。国内报道肾损害发生率为55.51%[6]。肾脏损害多以2000年珠海会议制订的诊断标准,即HSP病程中出现血尿和(或)蛋白尿。现有研究发现,肾脏损害在蛋白尿出现之前已经发生,可以尿微量蛋白作为敏感指标,发现病理损害发生率高,且大多为Ⅱ级或Ⅲ级病理损害[7-8]。

尿微量蛋白的检测主要用于了解肾小球滤过膜的通透性和肾小管分泌重吸收的功能,紫癜性肾炎的早期,Alb、IgG等蛋白在尿中过量出现能敏感地反映肾脏肾小球和肾小管的早期损害,临床上已有许多应用[7,9-10]。因此对于以尿检无异常型入院的HSPN患儿,其肾脏损害可能已经发生,因此以尿微量蛋白作为指标,早期进行肾活检,有益于早期发现肾脏损害。

本研究将以因尿检无异常型入院,且尿微量蛋白阳性的HSPN患儿分为2组,一组以尿微量蛋白阳性为指标进行早期肾活检,另一组待病程中出现蛋白尿后再行肾活检。肾活检发现全部病例出现Ⅱ级或以上的肾脏病理改变,提示以尿微量蛋白异常作为肾活检指标是可行的,与吴红梅等[8]报道一致。分组比较发现待病程出现蛋白尿后再行活检,肾脏损害更加严重,提示应予早期肾活检,早期治疗,能够延缓病情发展。

本研究中入院尿检无异常的患儿69例中,活检后肾脏病理分级全部在Ⅱ级或以上,Ⅲ级及以上32例,占到46.4%。提示临床表现与病理改变的不一致,临床改变往往晚于病理改变,因此早期进行肾活检,对于改善患儿预后有重要的意义。

参考文献:

[1] 易著文. 小儿过敏性紫癜的诊断与治疗[J]. 中国实用儿科杂志, 2009, 24(11): 827-830.

[2] 中华医学会儿科学分会肾脏病学组. 小儿肾小球疾病的临床分类、诊断及治疗[J]. 中华儿科杂志, 2001, 39(12): 746-749.

[3] 易红, 易著文, 张国珍. 紫癜性肾炎肾脏免疫复合物沉积与病理类型及临床的关系[J]. 医学临床研究, 2007, 24(2): 309-311.

[4] 吴莉. 现代小儿肾脏病学[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2003: 272.

[5] Yang Y H, Chuang Y H, Wang L C, *et al*. The immunobiology of Henoch-Schonlein purpura[J]. Autoimmun Rev, 2008, 7(3): 179-184.

[6] 方湘玲, 易著文, 党西强, 等. 儿童过敏性紫癜236例临床分析[J]. 临床儿科杂志, 2006, 24(1): 46-49.

[7] 张为, 林兰英, 蔡玲琴. 尿微量蛋白对判断过敏性紫癜肾脏损害预后的价值[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2008, 22(11): 667-668.

[8] 吴红梅, 鲍华英, 张维真, 等. 紫癜性肾炎的早期诊断[J]. 实用儿科临床杂志, 2008, 23(21): 1661-1662.

[9] Yu J Y, An X F, Liu J S, *et al*. Plasma sRAGE is not associated with urinary microalbumin excretion in type 2 diabetic nephropathy at the early stage[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2010, 87(2): 157-160.

[10] 刘秋萍. 尿微量白蛋白在糖尿病肾病、高血压肾病早期中的临床意义[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(1): 65-66.

(**收稿**:2011-03-04;**修回**:2011-04-11)

(编辑 王小寒)