维普资讯 http://www.cqvip.com

临床研究 文章编号:0253-3626(2008)01-0125-02

重视多发性骨髓瘤引起的急性肾功能衰竭(附 16 例临床分析)

陈一川,郑文博,计 蕾,彭献代

(重庆市第三人民医院血液净化中心,重庆 400014)

【摘 要】目的:探讨多发性骨髓瘤(以下简称 MM)引起急性肾功能衰竭(以下简称 ARF)的临床特点。方法:回顾 10 年来我中心收治 16 例 MM 以 ARF 为始发临床表现的诊治过程及转归,并进行临床分析。结果:ARF 可作为 MM 在临床中的始发表现,尿本-周氏蛋白、蛋白电泳、骨 X 线测定等在起病初期阳性率并不高,骨髓病理检查才是最直接的早期诊断 MM 的确诊方法。结论:在临床中,病因不明的 ARF 应首先考虑 MM 为原发病的可能,应尽早行骨髓病理检查以确诊,为患者争取宝贵的治疗时机,以达到完全或部分缓解。

【关键词】急性肾功能衰竭;多发性骨髓瘤

【中国图书分类法分类号】R733.3;R962.5 【文献标识码】B 【收稿日期】2007-05-30

Attach importance to the acute renal failure caused by multiple myelome

CHEN Yi-chuan, et al

(*the Hemopurification Center, the 3'rd People's Hospital of Chongqing*)

【Abstract】*Objective*: Probing the clinical characteristic, ARF caused by MM. *Method*: Reviewing the diagnostic process and evolution of 16 MM patients in recent 10 years, which reflected as ARF at first and be diagnosed as MM at last. *Result*: ARF could be the prime symptom. Bence-Jones proteinuria, protein electrophoresis, X-ray to the bone have low positive finding in MM diagnose, pathological examination is directly diagnostic method. *Conclusion*: Diagnosing ARF patients, whose cause of disease is unclear, we should think of MM, and pathological examination is necessary, so we could cure these patients better.

【Key word】 Acute renal failure (ARF); Multiple myloma (MM)

多发性骨髓瘤引起肾功能损害一般以慢性较多见,但引起急性肾功能损害也时有发生,而且原发病临床症状不典型,预后差。我中心近 10 年来收治了 16 例以 ARF 为始发临床表现的 MM, 就其诊治过程及转归总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

16 例 ARF 患者均为在我中心接受血液净化治疗的住院病人,男 13 例,女 3 例,年龄 60~77 岁。

1.2 临床表现

起病较急,多数患者以咳嗽、咯痰,或腹泻为诱因,3~15d 后相继出现恶心、呕吐、少尿或无尿,肾功损害逐渐加重,血色素由起病时的正常逐渐出现进行性下降,少数患者出现骨及腰背痛。

1.3 实验室检查

见表 1。

1.4 诊断

MM 的诊断标准:(1)骨髓中浆细胞超过 0.15,且形态异常;(2)血清中 β_2MG 或尿本-周氏蛋白阳性;(3)溶骨病变或广泛的骨质疏松。以上 3 项至少符合 2 项,并排除反应性浆细胞增多,单克隆免疫球蛋白血症等疾病[1]。16 例 ARF 患者发病初期血清中 β_2MG 或尿本-周氏蛋白阳性率并不高,溶骨病变或广泛的骨质疏松表现也不典型,但骨髓病理检查阳性率为 100%。有 4 例患者因我们临床经验不足,发病后半年 3 项诊断标准中的 1 项阳性后才行骨髓病理检查确诊为 MM,其余 12 例均在 ARF 发病初期,病因不明的情况下行骨髓病理检查确诊为 MM。

1.5 治疗方法

一般治疗:补液、碱化尿液、促进尿酸排泄、防治感染,加强支持疗法等;血液净化治疗:血液透析,连续性肾脏替代治疗(CRRT);化疗方案:COMP 方案(环磷酰胺,长春瑞滨,米托蒽昆,强地松)。

2 结 果

作者介绍:陈一川(1963-),女,副主任医师,主要研究方向:急慢性肾功能衰竭。

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 1 实验室检查

	骨骼 X 线改变	24h 尿蛋白定量升高	血蛋白电泳 β2MG 阳性	尿本-周氏蛋白阳性	双肾 B 超正常	γ 球蛋白升高	高钙血症	高尿酸血症
病 例	4	9	7	8	15	6	3	5
%	25	56.25	43.75	50	93.75	37.5	18.75	31.25

接受化疗、透析等对症支持治疗 12 例，部分缓解（骨髓像好转，肾功能有恢复，但未完全脱离透析）5 例（41.67%），完全缓解（骨髓像正常）并脱离透析 3 例（25%），最长 1 例已达 10 年，死亡 4 例（33.33%），死因：消化道大出血 3 例，肺部感染 1 例。放弃化疗仅接受血液透析等对症支持治疗 4 例，进入尿毒症期 2 例（50%），最长 1 例已达 4 年；死亡 2 例（50%）；死因：肺部感染 1 例，消化道大出血 1 例。

3 讨 论

MM 是一种浆细胞恶性增生、单克隆免疫球蛋白合成异常的恶性疾病，临床表现多样，其中 60%~90%可发生肾损害[2]。免疫球蛋白轻链及其单体或双聚体（即凝溶蛋白）的小分子蛋白可经肾小球滤出，并由肾小管上皮细胞重吸收，一方面在肾小管上皮细胞内沉积而损害上皮细胞；另一方面可形成管型阻塞肾小管腔[3,4]。肾损害的类型有：ARF，慢性肾损害导致尿毒症，肾病综合症，肾小管功能异常，高钙血症肾脏病。ARF 可为 MM 在临床中的始发表现，约占 10%（肾损害中）[4]。其发病机理为：尿内凝溶蛋白的沉积，引起肾小管阻塞或中毒。据我们统计的资料显示认为 MM 引起的 ARF 有以下临床特点：（1）多数患者以消化道，呼吸道症状为首发症状伴少尿、血肌酐、尿素氮进行性升高为主要临床表现。（2）除 1 例并发多囊肾外，其余患者既往无肾脏病病史。（3）老年男性发病率高于女性。（4）尿本-周氏蛋白、蛋白电泳、骨 X 线测定、高钙血症、高尿酸血症等在起病早期阳性率并不高，给诊断造成一定的困难[5]。（5）大部分患者起病时血色素正常，以后逐渐出现进行性贫血。（6）双肾 B 超正常[6]。（7）试纸条法作尿蛋白定性检查可能为阴性，磺柳酸法测定阳性率高于前者，因为试纸条法对尿中白蛋白敏感，磺柳酸法对尿中球蛋白敏感，而凝溶蛋白主要成分为免疫球蛋白。（8）骨髓病理检查阳性率达 100%。（9）肾功能损害较严重、诊断较晚者生存时间及死亡率高，死因均为上消化道大出血，可能与血小板减少、骨髓瘤细胞产生大量的 M-蛋白对血小板与凝血系统功能的干扰、血管壁淀粉样变等有关[7]。综上所述，临床上遇到老年发病、病因不明的 ARF，应首先考虑 MM 的存在，因为 ARF 可以是 MM 始发的临床表现[8]，应尽早做骨髓病理检查，为患者争取宝贵的治疗时机，以达到完全或部分缓解。

参 考 文 献

[1] 张之南，主编.血液病诊断及疗效标准.第 2 版.北京：科学出版社，1998.373-379

[2] 董德长，主编.实用肾脏病学[M]. 第 2 版.上海：科技出版社，1999.518-527

[3] 王海燕，主编.肾脏病学[M]. 第 2 版.北京：人民卫生出版社，1996.993-1 005.

[4] 叶任高，沈清瑞主编.肾脏病诊断与治疗[M]. 第 1 版.北京：人民卫生出版社，1995.309-311.

[5] 何吉琼.多发性骨髓瘤的诊断进展及临床意义[J].现代医药卫生，2005;21(2):163-164.

[6] 姚翠微，刘华锋，梁东等，等. 多发性骨髓瘤肾损害临床与病理特征分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志，2006;7(5):279-280.

[7] 陈灏珠，主编.实用内科学[M]. 第 11 版.北京：人民卫生出版社，2001.2119-2203.

[8] 王利峰.骨痛、急性肾衰综合征[J]. 中华肾脏病杂志，1993;(6):368-370.

（责任编辑：谭乐勤）