

· 临床研究报道 ·

小儿原发性肾病综合征单纯性和 肾炎性的临床对比分析

谭国军¹, 李秋², 李永柏², 王燕³, 王胜红⁴

(1. 西双版纳州医院儿科, 云南 景洪 666100; 2. 重庆医科大学附属儿童医院, 重庆 400014; 3. 重庆涪陵中心医院, 重庆 408000; 4. 黔南州医院, 贵州 黔南 558000)

【摘要】目的 了解原发性肾病综合征中单纯性和肾炎性之间的差异, 以利正确分型, 指导治疗。**方法** 对22例单纯性, 19例肾炎性肾病综合征的临床资料进行对比分析。**结果** 两组病例在大量蛋白尿、高脂血症、低蛋白血症的程度以及前驱感染史, 合并感染发生率上均无显著性差异 ($P > 0.05$); 单纯性肾病综合征均为凹陷性水肿 ($P < 0.05$); 激素治疗敏感性高 ($P < 0.05$); 两组均有低 IgG 血症, 但肾炎性肾病综合征下降幅度更为明显 ($P < 0.05$)。**结论** 小儿单纯性与肾炎性肾病综合征鉴别除经典条件之外, 对激素治疗效果也是重要的依据之一。

【关键词】 肾病综合征; 单纯性; 肾炎性

【中图分类号】 R692 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1008-8830(2001)06-0707-02

肾病综合征(NS)是小儿时期泌尿系统常见病, 部分患儿病情反复, 病程迁延, 严重影响其健康。儿童以原发性 NS 多见, 近年来本病占住院人数的比例有逐年增加的趋势^[1]。原发性 NS 中单纯性和肾炎性 NS 两者之间治疗手段和预后差异极大, 为进一步了解其临床特征, 指导治疗, 本文对 41 例小儿原发性 NS 进行对比分析。

1 资料与方法

1.1 对象

随机选择本院 1998~1999 年原发性 NS 病例, 其中 22 例单纯性, 19 例肾炎性。均未用过激素, 全部病例符合全国儿科肾脏病协作组制定的诊断标准^[2]。

1.2 临床资料

22 例单纯性 NS 中, 有前驱感染史者占 8 例 (36.36%); 19 例肾炎性 NS 中, 有前驱感染史者占 8 例 (42.1%)。

病程中合并感染者, 22 例单纯性 NS 中, 有 19 例

(86.36%); 19 例单纯性 NS 中有 14 例 (73.68%)。

观察规范化皮质激素短期治疗即强的松每日 2 mg/kg, 4 周内尿蛋白转阴情况, 4 周内转阴为激素敏感。22 例单纯性 NS 中, 有 18 例激素敏感 (81.81%); 19 例肾炎性 NS 中, 有 4 例激素敏感 (21.05%)。

1.3 统计学方法

计数资料用 χ^2 检验, 计量资料用秩和检验。

2 结果

单纯性 NS 与肾炎性 NS 在大量蛋白尿, 高脂血症, 低蛋白血症的程度变化, 前驱感染史、合并感染发生率上均无显著性差异 ($P > 0.05$), 但在水肿性质上及短期疗效方面差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。相当一部分肾炎性 NS 呈非凹陷性水肿, 而单纯性 NS 均为凹陷性水肿。单纯性 NS 和肾炎性 NS 均有低 IgG 血症, 但两者在下降幅度上有显著性差异 ($P < 0.05$)。见表 1~3。

表1 临床资料比较

组别	例数	前驱感染	合并感染	水肿性质		激素敏感率(%)
				凹陷性	非凹陷性	
单纯性	22	8/22	19/22	22/22	0/22	18/22(81.81)
肾炎性	19	8/19	14/19	13/19	6/19	4/19(23.53)
χ^2		0.141	1.044	8.138	5.132	15.139
P		>0.05	>0.05	<0.01	<0.01	<0.05

表2 实验室检查结果比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	尿蛋白定量(mg/kg)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	TP(g/L)	ALb(g/L)
单纯性	22	254.57 ± 199.63	9.69 ± 3.69	4.09 ± 2.38	46.33 ± 7.33	19.70 ± 5.09
肾炎性	19	282.36 ± 212.62	9.18 ± 2.83	5.38 ± 2.94	47.85 ± 8.14	19.46 ± 5.00
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表3 免疫学指标比较 ($\bar{x} \pm s$, g/L)

组别	例数	IgG	IgA	IgM
单纯性	22	2.9659 ± 1.8791	0.3745 ± 0.4838	0.1355 ± 0.3292
肾炎性	19	4.5976 ± 2.0807	0.2547 ± 1.7726	0.8200 ± 2.0191
P		<0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

小儿以原发性NS多见,而临床表现为单纯性和肾炎性,两者间在发病机制、实验室检查及治疗反应上存在着差异,仅凭临床表现分型在指导治疗方面仍有很大的盲目性。由于大多数基层医院尚未开展肾活检,依据病理类型进行区别仍有困难。故需进一步对比分析两者间其它临床表现及相关实验室检查的差异,才能提高基层医院肾内科医师诊疗水平。本文分析发现除将血尿、反复高血压、持续氮质血症及C3降低作为鉴别诊断依据外^[3],还发现两组间病例对激素治疗反应差异也可作为鉴别诊断的重要条件。一般而言,单纯性NS对口服激素效果好,且有自愈倾向,本组肾炎性NS中有4/19例患儿对激素敏感,他们有可能是预后良好的病理类型,此时最好能进行肾穿刺活检确定,无条件作肾穿刺活检,而临床诊断为肾炎性NS患儿也应先试用4~8周皮质激素治疗,若无反应除外其他非敏感性原因之外,才考虑因病理类型差异需进一步采用免疫抑制联合方案治疗。

既往有研究表明,单纯性NS与肾炎性NS在大量蛋白尿,低蛋白血症及高脂血症存在差别,本文对上述指标进行统计学处理后,无类似结果,可能需要积累更多的病例才能说明问题,但在水肿的性质上两

者有显著性差异($P < 0.05$),单纯性NS水肿均为凹陷性水肿,而肾炎性部分病例为非凹陷性水肿,因此,若病人为非凹陷性水肿者,均应考虑为肾炎性NS。

小儿原发性NS病理类型多为微小病变,单纯性NS在急性期存在低IgG血症,其发生机制尚不清楚,有研究表明与T细胞功能紊乱致免疫球蛋白同种型转换障碍有关^[4],T细胞CD40L表达降低可能参与了低IgG血症发生^[5]。尿液中丢失了Ig(非选择性蛋白尿时)^[6],都可能是低IgG血症的原因。而本文提示肾炎性NS亦存在低IgG血症,且下降幅度更为明显,两者间有显著性差异($P < 0.05$),是否为临床病理类型或因非选择性蛋白尿的差异所致,有待进一步研究。

【参考文献】

- [1] 吴瑞萍,胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,1997,1596-1597.
- [2] 姜新猷,陈荣华,王宝琳.《关于小儿肾小球疾病临床分类和治疗的建议》的修订意见[J].中华儿科杂志,1981,19(4):241-243.
- [3] 易著文.小儿临床肾病学[M].北京:人民卫生出版社,1998,273-274.
- [4] Giangiacomo J, Clearly TG, Cole BR, et al. Serum immunoglobulins in the nephrotic syndrome [J]. N Engl J Med, 1975, 293(1): 8-12.
- [5] 王菁,杨锡强,李成荣,等.低CD40L表达在儿童单纯性肾病综合征低IgG血症发生的作用[J].中华儿科杂志,1999,37(12):752.
- [6] Heslan JM, Lautie JP, Intrator L, et al. Impaired IgG synthesis in patients with the nephrotic syndrome [J]. Clin Nephrol, 1982, 18(3): 144-147.

(本文编辑:吉耕中)