

· 临床研究报道 ·

儿童急性肾炎综合征的临床及病理诊断

周纬,殷蕾

(上海第二医科大学附属新华医院上海儿童医学中心内科,上海 200092)

[摘要] 目的 探讨儿童急性肾炎综合征临床诊断和病理诊断的相关性及早期肾活检的意义。方法 分析比较43例急性肾炎综合征临床、病理诊断结果及部分病例的临床经过。结果 临床诊断链球菌感染后肾炎4例,病理诊断:毛细血管内增生性肾小球肾炎3例,新月体肾炎1例,其中1例毛细血管内增生性肾小球肾炎,1年后复查肾活检为局灶节段性肾小球硬化,5年后进入终末期肾衰;临床诊断其它原发性肾小球肾炎23例,病理诊断:毛细血管内增生性肾小球肾炎2例,新月体肾炎1例,系膜增生性肾小球肾炎9例,IgA肾病8例,局灶节段性肾小球硬化2例,狼疮肾炎1例,临床诊断紫癜肾炎13例,狼疮肾炎3例,均与病理诊断相符合。结论 急性肾炎综合征,尽早肾病理检查对发现严重肾脏病变、认识急性链球菌感染后肾炎的转归和急性肾炎综合征的病因诊断,指导治疗,改善预后具有重要价值。

[关键词] 肾小球肾炎;病理;诊断;儿童

[中图分类号] R692.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2001)02-0176-03

急性肾炎综合征是指急性起病,以少尿、血尿、蛋白尿、水肿、氮质血症和高血压为特点的肾小球疾病,除常见的链球菌感染后肾炎(PSGN)外,尚可由许多肾小球疾病引起,包括非链球菌感染后肾炎、其它原发性肾小球肾炎和全身疾病肾脏受累^[1]。为探讨儿童急性肾炎综合征的临床表现、病理特点及肾病理检查在诊断和治疗中的意义,现报告我院儿科43例急性肾炎综合征临床、病理诊断及部分病例的临床经过,结果如下。

1 对象和方法

1.1 病例选择

入选病人,临床上原发性肾小球肾炎符合1981年制定的小儿肾小球疾病临床分类和治疗的建议^[2],紫癜性肾炎、狼疮性肾炎临床诊断标准为:分别符合过敏性紫癜和系统性红斑狼疮(SLE)的分类诊断标准^[3,4],同时伴有急性肾炎综合征临床表现。43例患者中男性23例,女性20例,年龄4~12岁,平均8.9岁,均有血尿,其中肉眼血尿3例;水肿16例占37%;高血压4例占9%。

1.2 方法

所有病例均检查血、尿常规、24h尿蛋白定量、

肝、肾功能、血清HBV标志物、血清补体、部分做自身抗体测定、肾B超。肾组织经光镜、免疫荧光和电镜检查而确定其病理组织学类型,血清HBV标志物阳性则行肾组织HBV标志物免疫组织化学检测。病理组织学分析,紫癜性肾炎参照国际小儿肾脏病研究中心(ISKDC)制定组织学检查分类标准^[5],其它根据1982年WHO拟定的肾小球疾病形态学分类标准^[6]。

2 结果

2.1 实验室检查结果

24h尿蛋白>150mg 32例,占74%,其中持续性蛋白尿15例,间歇性蛋白尿17例,平均尿蛋白1.8g/d,尿素氮、肌酐增高4例占9%,血清补体下降5例占12%,HBV标志物阳性2例占5%。

2.2 临床诊断结果

PSGN 4例,其它原发性肾小球肾炎23例,紫癜肾炎13例,狼疮肾炎3例。

2.3 病理诊断结果

毛细血管内增生性肾小球肾炎(EnPGN)5例,新月体肾炎2例,系膜增生性肾小球肾炎(MsPGN)9例,IgA肾病(IgAN)8例,局灶节段性肾小球硬化

[收稿日期] 2000-07-17; [修回日期] 2001-02-01
[作者简介] 周纬(1964-),男,大学,主治医师。

(FsGS) 2 例,紫癜肾炎 13 例,狼疮肾炎 4 例。

2.4 临床诊断与经过及病理诊断

临床诊断 PSGN 4 例,均因临床经过不典型,而行肾活检,病理诊断为 EnPGN 3 例,其中 1 例伴 31%新月体形成,临床表现为持续镜下血尿、蛋白尿(尿蛋白每天 56 mg/kg)和尿素氮、肌酐轻度增高,随访中血尿、蛋白尿短暂好转,以后又加重,1 年后重复活检为 FsGS,5 年后进入终末期肾衰。另 1 例为新月体肾炎(细胞型新月体 67%,见图 1),以肉眼血尿、蛋白尿(尿蛋白每天 38 mg/kg)为突出表现,尿素氮、肌酐轻度增高,经甲基强的松龙冲击治疗后,临床症状、蛋白尿消失,随访 6 年,肾功能正常。

临床诊断原发性肾小球肾炎 23 例,肾活检结果:MsPGN 9 例,IgA 肾病 8 例,其中 1 例重度高血

压,2 例 HBV 标志物阳性,肾组织 HBV 标志物免疫组织化学检测阴性;FsGS 2 例,EnPGN 2 例;新月体肾炎 1 例(细胞型新月体 56%,见图 2),临床上持续肉眼血尿、蛋白尿(尿蛋白每天 48 mg/kg),尿量、血压和肾功能正常,经甲基强的松龙冲击治疗后,蛋白尿消失,随访 8 年,肾功能正常,狼疮肾炎 1 例,表现为血尿、间歇性蛋白尿和轻度水肿,肾活检前后两次自身抗体测定均阴性,随访中蛋白尿达肾病范围,并出现 SLE 特异性自身抗体,经皮质激素及免疫抑制剂治疗后,随访 6 年,仍有少量蛋白尿。

临床诊断为紫癜性肾炎 13 例及狼疮性肾炎 3 例,肾病理学检查均与临床诊断符合。紫癜性肾炎中 ISKDC 分级 级 1 例、级 7 例、级 5 例,狼疮性肾炎中 WHO 分型 级 2 例、级 1 例。

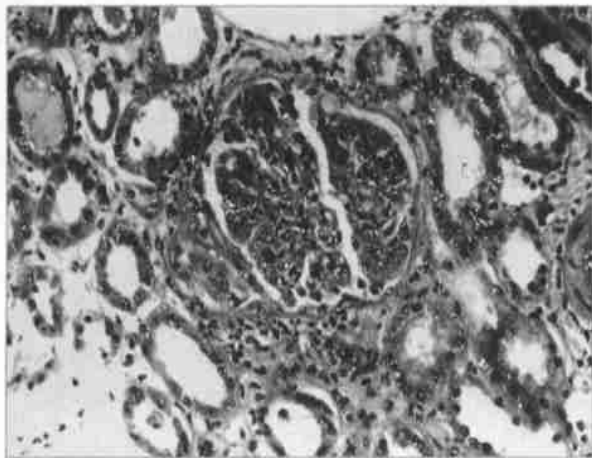


图 1 新月体肾小球肾炎(细胞型新月体 67%)

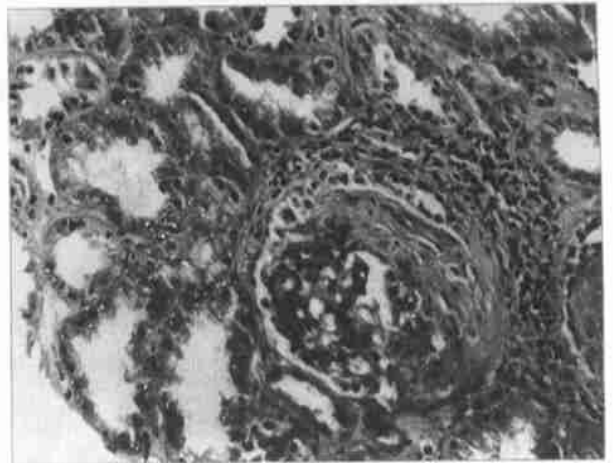


图 2 新月体肾小球肾炎(细胞型新月体 56%)

表 1 临床诊断及病理诊断相关性

临床诊断	例数	病理诊断						
		EnPGN	新月体肾炎	MsPGN	IgAN	FsGS	紫癜肾炎	狼疮肾炎
		5	2	9	8	2	13	4
链感后肾小球肾炎	4	3	1	0	0	0	0	0
原发性肾小球肾炎	23	2	1	9	8	2	0	1
紫癜性肾炎	13	0	0	0	0	0	13	0
狼疮性肾炎	3	0	0	0	0	0	0	3

3 讨论

PSGN 乃是儿童急性肾炎综合征的主要原因^[1],典型病例根据临床表现,血清补体下降及有链球菌感染证据即可确诊而无需病理学检查。但临床表现不典型病例,肾活检乃有重要意义。本资料

5 例 EnPGN,临床诊断符合 3 例,另外 2 例肾活检前诊断为其它原发性肾小球肾炎。1 例 EnPGN 伴 31%新月体形成,1 年后重复肾活检为 FsGS,随访 5 年后进入终末期肾衰。我们认为对非典型急性肾炎病例,应急取肾活检,除可明确诊断外,还能提高对 PSGN 转归的认识,进而探索积极、合理的治疗。有作者认为 EnPGN 伴新月体形成者预后不良^[7]。

急性肾小球肾炎以急性肾炎综合征起病,病理改变为新月体肾炎。本资料2例新月体肾炎,临床上均表现持续肉眼血尿、蛋白尿,肾功能1例正常,1例轻度异常,尿量、血压正常,肾活检前分别诊断 PSGN 和其它原发性肾小球肾炎。我们体会对持续肉眼血尿、明显蛋白尿,特别是肾功能异常者,应及早肾活检,以发现严重肾脏病变。本文2例急性肾小球肾炎积极治疗后,随访5年以上肾功能正常。

在原发性肾小球肾炎中,MsPGN 是我国最常见病理类型,约20%以急性肾炎综合征起病,IgA 肾病临床上往往是在上呼吸道感染1~8d后,出现血尿、蛋白尿、水肿等急性肾炎的表现,FsGS 亦有部分病例表现急性肾炎综合征,且上呼吸道感染后使症状加重^[7]。本资料显示,MsPGN 和 IgA 肾病是以急性肾炎综合征起病,除 PSGN 外其它原发性肾小球肾炎的主要病理类型。本文8例 IgA 肾病患者中,2例血清 HBV 标志物阳性,文献报道^[8] IgA 肾病患者血清 HBV 标志物阳性率高于普通人群,提示 HBV 感染与 IgA 肾病的发病有一定的关系。

继发于全身疾病的肾小球肾炎,临床上均可呈急性肾炎综合征表现,本组资料示13例紫癜肾炎临床诊断与病理诊断均符合,4例狼疮肾炎临床诊断符合3例,另1例临床诊断为原发性肾小球肾炎,其临床除肾炎表现外,无 SLE 相关症状,肾活检后确诊。尽管继发性肾小球肾炎,其临床表现与病理类型有一定相关性,但临床表现不能代替病理组织学分型,而后者是决定紫癜肾炎,尤其是狼疮肾炎治疗方案的主要依据^[9]。我们认为除了详细的病史,必要的实验室检查外,肾活检对明确全身疾病肾脏受累的诊断治疗有重要作用。

总之对急性肾炎综合征,我们体会除少尿1周以上或进行性尿量下降,肾小球滤过功能进行性损害,病程2个月以上无好转趋势这一种情况外^[7],临床表现为严重血尿、蛋白尿和/或肾功能异常者,尽早肾病理检查,以发现严重肾脏病变、全身疾病肾脏受累以及明确急性肾炎综合征病因、病理类型进而给予积极、合理、充分治疗,对改变病人的预后具有重要价值。

[参 考 文 献]

- [1] 杨霁云,白克敏. 小儿肾脏病基础与临床 [M]. 北京:人民卫生出版社,2000, 142 - 149.
- [2] 儿科肾脏疾病科研协作组. 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] Mills JA, Michel BA, Bloch DA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch-Schönlein purpura [J]. Arth Rheum, 1990, 33(8): 1114 - 1121.
- [4] Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus [J]. Arth Rheum, 1997, 40(9): 1725 - 1726.
- [5] Counahan R, Winterborn MH, White RHR, et al. Prognosis of Henoch-Schönlein nephritis in children [J]. BMJ, 1977, (2): 11 - 14.
- [6] Churg J, Sobin LH. Renal disease-classification and atlas of glomerular disease [M]. Tokyo, Igaku-Shoin, 1982, 4 - 6.
- [7] 王海燕. 肾脏病学 [M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社, 1996, 616 - 718.
- [8] 沈雯,陆福明,张秀荣,等. 乙型肝炎病毒感染与肾小球肾炎 [J]. 中华肾脏病杂志,1999, 15(3): 177 - 181.
- [9] Niaudet P. Treatment of lupus nephritis in children [J]. Pediatr Nephrol, 2000, 14(2): 158 - 166.

(本文编辑:吉耕中)