

· 临床经验 ·

卡介苗多糖核酸预防小儿肾病综合征复发的临床观察

刘树刚 冯永格 王红艳 国献素 任国庆

(河北省石家庄市解放军第260医院儿科,河北 石家庄 050041)

[中图分类号] R692;R969.4 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2010)01-0068-02

肾病综合征(nephrotic syndrome)是儿童时期常见的一种肾脏疾病,其发病机制目前尚未完全明确,但资料显示,其发病与机体的细胞免疫功能异常有密切关系。同时长期应用激素治疗,使机体的抵抗力下降,极易诱发感染,导致病情复发。卡介苗多糖核酸作为一种免疫调节剂,能促进T淋巴细胞的分化及发育成熟,从而维持机体免疫平衡。本研究对肾病综合征患儿在常规治疗的基础上加用卡介苗多糖核酸进行治疗,取得良好的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我科自2002年3月至2008年5月收治肾病综合征59例,男48例,女11例,年龄3岁5月至12岁,平均年龄7岁6月。其中单纯性肾病32例,肾炎性肾病20例,难治性肾病7例;首次发病46例,复发7例,复发3次以上6例。诊断符合《诸福棠实用儿科学》第7版肾病综合征的诊断标准^[1]。临床上按随机及家属配合情况分为两组,观察组28例(单纯性肾病15例,肾炎性肾病9例,难治性肾病4例),对照组31例(单纯性肾病17例,肾炎性肾病11例,难治性肾病3例)。两组患儿年龄、性别及肾病临床分型相比差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

全部病例入院时进行常规检查以明确诊断及治疗后的对比观察。对照组进行常规激素及对症治疗,对于难治性肾病加用环磷酰胺等其他免疫抑制剂。观察组经常规治疗,尿蛋白转阴性或“+”后,给予卡介苗多糖核酸注射液0.5 mg肌肉注射,隔2日1次,连用3个月。

1.3 实验室指标检测

全部病例于卡介苗多糖核酸治疗前及治疗后抽血,采用免疫扩散法检查IgG、IgA水平。

1.4 临床观察

疗程结束后6~12个月内观察感染及复发情况。

2 结果

观察组治疗后血IgG、IgA明显高于治疗前水平,二者差异有显著性($P<0.01$);观察组与对照组治疗前比较IgG、IgA水平差异无显著性,治疗后观察组明显高于对照组($P<0.05$)。观察组感染率及复发率明显低于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。见表1、表2。

表1 两组血清IgG、IgA水平比较 ($\bar{x} \pm s$, g/L)

组别	例数	IgG		IgA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	4.2±1.7	5.2±3.5	0.79±0.31	0.86±0.37
观察组	28	4.3±1.6	7.2±2.3 ^{a,b}	0.83±0.34	1.06±0.26 ^{a,b}

a:与本组治疗前比较, $P<0.01$;b:治疗后与对照组比较, $P<0.05$

表2 感染及复发情况在两组间比较 [例(%)]

组别	例数	感染例数	复发例数
对照组	31	9 (29)	7 (23)
观察组	28	1 (4) ^a	2 (7) ^a

a:与对照组比较, $P<0.05$

3 讨论

肾病综合征是儿科比较常见的疾病,占泌尿系统疾病第3位,仅次于急性肾炎和泌尿系感染。其

[收稿日期]200905-31;[修回日期]2009-08-21
[作者简介]刘树刚,男,硕士,副主任医师。

发病机制与细胞免疫和体液免疫功能紊乱有关^[2]。肾病患儿 CD4/CD8 比值下降,辅助性 T 淋巴细胞减少,免疫球蛋白产生减少,同时肾脏在免疫损伤过程中消耗了免疫球蛋白及免疫球蛋白从尿中丢失,使体内的免疫球蛋白 IgG、IgA 水平显著降低^[3,4],大剂量激素的应用又抑制了机体的免疫反应,导致免疫力下降、反复感染及肾病的复发。本研究结果显示肾病综合征患儿免疫球蛋白 IgG、IgA 水平明显降低,观察组用卡介苗多糖核酸治疗后 IgG、IgA 水平明显提高。卡介苗多糖核酸注射液是从卡介苗中用热酚法提取的多糖核酸,作为一种免疫调节剂广泛应用于临床,通过多次注射,能有效促进 T 淋巴细胞的分化及发育成熟,调节 T 细胞亚群的平衡^[5],增强和促进细胞免疫和体液免疫功能。本研究观察组患儿使用卡介苗多糖核酸注射液后发生感染的病例及肾病复发的病例均明显减少,提示卡介苗多糖

核酸可作为肾病综合征患儿调节免疫功能的辅助治疗。

[参 考 文 献]

[1] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2002;1641-1643.
[2] Frank C, Herrmann M, Fernandez S, Dirnecker D, Böswald M, Kolowos W, et al. Dominant T cells in idiopathic nephrotic syndrome of childhood[J]. Kidney Int, 2000, 57(2):510-513.
[3] 王京伟,李润琴,李泽树. T 淋巴细胞亚群和 IgG、IgA 变化与肾病综合征关系的探讨[J]. 农垦医学,2001,23(4):221-223.
[4] 熊建平,何念海. 小儿肾病综合征血清皮质醇及 T 细胞亚群检测的临床意义[J]. 重庆医学,2006,35(22):2023-2024.
[5] 郑淑梅,王大森,刘文彬. 卡介多糖核酸对小儿反复呼吸道感染的临床及免疫学研究[J]. 西南军医,2004,6(1):17-18.

(本文编辑:王庆红)

· 临床经验 ·

过敏性紫癜小儿 CD23 的表达及意义

许天友¹ 罗芳²

(1. 台州市妇幼保健院儿科,浙江 台州; 2. 台州医院儿科,浙江 临海 317000)

[中图分类号] R554. *6 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2010)01-0069-02

过敏性紫癜是一种由免疫复合物介导的系统性小血管炎,临床表现为皮疹、关节痛、腹痛、肾炎等多脏器损害,是儿童常见疾病之一^[1-2]。近几年来该病的发生率呈逐年上升趋势。白细胞分化抗原-19 和分化抗原-23(CD19,CD23)分别是 B 淋巴细胞膜上的特征标志及 IgE 的低亲和力受体(FcεR II)。已证实,CD23 主要表达于激活的 B 淋巴细胞、单核巨噬细胞、上皮细胞和血小板上。CD19⁺CD23⁺为 CD23 表达阳性的 B 淋巴细胞,其数量表示活化 B 淋巴细胞水平。我们根据 CD19、CD23 参与体内免疫反应的学说^[3],以 CD19 作为总 B 淋巴细胞标志分别对正常对照儿童和过敏性紫癜患儿外周血淋巴细胞 CD23 阳性表达百分率进行测定和比较,并探讨其与血清总 IgE 水平的相关性,观察 CD23 在过敏性紫癜发生发展中的作用及临床意义。

1 资料与方法

1.1 观察对象

过敏性紫癜组:符合过敏性紫癜诊断标准^[4]且未用肾上腺皮质激素治疗的患儿 38 例,其中男 20 例,女 18 例,年龄 7.3 ± 4.2 岁;对照组系无过敏体质的健康体检者 32 例,其中男 17 例,女 15 例,年龄 6.8 ± 2.9 岁。

1.2 检测方法

1.2.1 CD23 的测定 采用流式细胞仪检测,于晨抽取空腹血样 4 mL,将 FITC-CD23 单抗 20 μL 于试管中,加 EDTANA 抗凝全血 100 μL 混匀置室温暗处 15 min 在 Q-Pkp 标本制备仪上自动溶血、固定,用 PBS 洗涤 2 次后加 1 mL PBS 待测,计数 10 隔以

[收稿日期]2009-06-08;[修回日期]2009-10-22
[作者简介]许天友,男,大学,主治医师。