

• 临床研究 •

67 例特发性膜性肾病超微病理与临床特点分析

陈 峰

衡阳市中医医院 湖南衡阳 421001

【摘要】目的 深入探究特发性膜性肾病超微病理及其临床特点。**方法** 选择我院 2017 年 3 月~2018 年 3 月所接受的 67 例特发性膜性肾病患者为研究对象, 回顾研究患者相关资料, 通过与肾小球上皮侧或基底膜内沉积电子致密物在面积上的不同分布情况, 进行大团块组 (33 例) 和小团块组 (34 例) 的划分。**结果** 在 67 例特发性膜性肾病中, 主要包括 28 例肾病综合征患者, 15 例水肿, 14 例高血压, 10 例镜下血尿, 均无肉眼血尿; 两组实验室检查指标方面比较, 存在明显差异, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 特发性膜性肾病中作为常见的表现是肾病综合征, 并且不同程度的镜下血尿往往伴随其中, 电子致密物面积大小与 FIB、血清 TP、基底膜厚度以及肾小管间质病变等存在十分密切的关系。

【关键词】 特发性; 膜性肾病; 超微病理; 临床特点**【中图分类号】** R692**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-3179 (2019) 05-065-02

膜性肾病 (membranous nephropathy, MN) 是一种极为常见的病例类型, 也是肾病综合征的主要诱因, 从病因角度来看, 膜性肾病可分为两种, 一种是继发性膜性肾病, 另一种是特发性膜性肾病, 其中, 特发性膜性肾病发病率相对较高。据最新数据显示, 膜性肾病常年处于高发病率行列, 若治疗不及时容易引发严重的末期肾脏病^[1]。近 1/3 特发性膜性肾病患者在 10~15 年间病情便可发展至末期肾脏病, 并因各种并发症加深死亡几率。因此, 如何做好特发性膜性肾病相关危险因素的预后, 对疾病恶性进展形成有效阻碍, 以实现对该疾病预后效果的有效改善。此次研究对我院 67 例特发性膜性肾病患者临床资料及其电镜病理特点进行回顾性研究, 在肾脏超微结构以及临床指标的辅助之下, 对高危人群进行有效识别, 及早治疗, 现详细报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2017 年 3 月~2018 年 3 月所接受的 67 例特发性膜性肾病患者为研究对象。其中, 男患者 35 例, 女患者 32 例, 年龄分布于 23~80 岁之间, 平均年龄为 (51.5±16.5) 岁。所有患者均符合国家肾病例诊断最新标准及方案, 在试验前征得患者同意, 且通过了院内相关委员会的认可和批准。

1.2 方法

对两组患者性别、年龄、升高、血压、体重、病程、临床表现等基本临床资料进行系统收集, 此外, 对实验室检查指标结果, 如, 低密度脂蛋白 (LDL)、总胆固醇 (TC)、纤维蛋白原 (FIB)、尿酸 (UA)、肾小球滤过率 (eGFR)、白蛋白 (ALB)、免疫球蛋白三项 (IgA、IgG、IgM)、补体 C3、C4 和 C1q、包括血红蛋白 (Hb)、甘油三酯 (TG)、高密度脂蛋白 (HDL)、尿素氮 (BUN)、血肌酐 (Scr)、总蛋白 (TP)、24h 尿蛋白等进行统计。通过 B 超的引导, 进行肾活检穿刺术的有效实施, 对所收获肾组织进行整合并行免疫荧光、光镜以及电镜检查。并检测相关内容, 如, 肾小球球性硬化比例、免疫荧光沉积种类、肾小球节段硬化比例、肾小球基底膜厚度、免疫荧光强度以及电子致密物面积等等^[2]。

1.3 统计学方法

所有数据采用 SPSS22.0 统计软件进行分析, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料采用以频数或百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以

 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料与临床特征

在 67 例特发性膜性肾病中, 主要包括 28 例肾病综合征患者, 15 例水肿, 14 例高血压, 10 例镜下血尿, 均无肉眼血尿。

2.2 两组实验室检查指标比较

两组低密度脂蛋白 (LDL)、总胆固醇 (TC)、纤维蛋白原 (FIB)、尿酸 (UA)、肾小球滤过率 (eGFR)、白蛋白 (ALB)、免疫球蛋白三项 (IgA、IgG、IgM)、补体 C3、C4 和 C1q、包括血红蛋白 (Hb)、甘油三酯 (TG)、高密度脂蛋白 (HDL)、尿素氮 (BUN)、血肌酐 (Scr)、总蛋白 (TP)、24h 尿蛋白比较, 无明显差异不具备统计学意义 ($P > 0.05$); 两组纤维蛋白原 (FIB) 和总蛋白 (TP) 比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1: 两组实验室检查指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	大团块组 (n=33)	小团块组 (n=34)	p
平均动脉压/KPA	13.21±1.81	12.87±1.84	0.808
EGFR/[ML/(MIN·1.73M ²)]	87.23±23.76	91.63±25.34	0.385
Hb/(g/L)	122.38±17.96	130.57±20.17	0.094
FIB/(g/L)	5.29±1.48	4.82±1.08	0.027
BUN/(mmol/L)	5.43±2.87	4.68±1.37	0.123
Scr/(μmol/L)	85.42±29.34	77.28±18.64	0.201
UA/(μmol/L)	407.57±113.52	386.78±24.33	0.475
TP/(g/L)	43.89±8.17	50.27±12.08	0.013
ALB/(g/L)	24.39±8.24	27.02±6.47	0.121
TC/(mmol/L)	8.54±3.46	7.64±2.87	0.225
TG/(mmol/L)	1.98±1.24	20.4±1.37	0.980
HDL/(mmol/L)	1.65±0.63	1.55±0.49	0.600
LDL/(mmol/L)	5.24±2.13	4.95±2.65	0.408
24h 尿蛋白/(g/L)	4.35±3.09	3.92±2.58	0.649
IgG/(g/L)	5.16±2.23	6.13±2.17	0.066
IgA/(g/L)	1.94±0.92	2.15±0.86	0.272
IgM/(g/L)	1.07±0.49	1.27±0.73	0.136
C3/(g/L)	1.05±0.25	1.05±0.26	0.677
C4/(g/L)	0.25±0.82	0.26±0.07	0.433

3 讨论

(下转第 67 页)

肛门潮湿 1 例;总发生率为 5.56%;两组患者在不适反应发生率方面相比较,研究组 5.56%,对照组 27.78%,差异大,有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

随着人们饮食结构紊乱、工作压力大等多种因素的影响导致高位复杂性肛瘘疾病发生率递增,从而对患者的工作和生活产生一定影响。所以,对此类患者开展合理、科学的治疗方案有着积极的影响^[3]。

高位复杂性肛瘘病变位置多在支管道、主管道弯曲部位,解剖结构有一定复杂性,从而增加治疗难度,还会提升患者机体并发不适症状情况。对高位复杂性肛瘘患者多选择手术治疗,对内口彻底清除病灶^[4]。术前,对患者肛管、直肠等部位和结构完全掌握,从而确保完整的扩约机制。对肛门括约肌进行处理,减少在操作过程中,对肛门、直肠环无法进行有效区分而导致切断错误情况,而且还可减少机体不适反应的发生。

医疗技术持续性进步和发展,切开挂线对口引流术在临床中应用率非常高,此方法可将腐烂物质彻底清除,减少术后肛门失禁发生率,到达一定预防作用。此外,切开挂线对口引流术还可保证引流效果,确认内口后再实施处理,通过括约肌解剖学、运动机制对病变实施彻底清除,从而保留肛门功能,减少不适反应发生。切口位置尽力降低,这对脓液的排出有一定辅助作用。

通过此次研究中得知:两组患者在机体疼痛与生活质量

评分方面相比较,切开挂线对口引流治疗评分优于常规治疗,两组患者在治疗有效率方面相比较,切开挂线对口引流治疗 94.44%,常规治疗 66.67%。这充分表明了切开挂线对口引流治疗优势性,可降低机体疼痛,促进疾病康复,保证治疗效果,改善肛门外形情况,利于患者及时排便,减少不适反应的发生,符合临床需求^[5]。

综上所述:针对高位复杂性肛瘘患者实施切开挂线对口引流治疗有一定临床价值,可控制对机体进一步损伤,调整其生活水平,降低疾病对机体所产生的疼痛程度,值得推广。

参考文献:

- [1] 曹剑. 切开挂线对口引流术治疗 40 例高位复杂性肛瘘的临床效果观察[J]. 实用中西医结合临床, 2016, 16(3):28-29, 33.
- [2] 王静, 霍介格. 传统切开挂线治疗术与切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘的并发症发生率及疗效分[A]//2016 全国慢性病诊疗论坛论文集[C]. 2016:316-317.
- [3] 晋大伟, 冀宗辉, 宋军锋, 等. 切开挂线对口引流术对高位复杂性肛瘘患者术后肛门括约肌功能及生活质量的影响[J]. 河南医学研究, 2017, 26(21):3976-3977.
- [4] 白德胜. 切开挂线对口引流术治疗高位复杂性肛瘘合并高血压患者的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 3(12):4-5.
- [5] 张颖芹. 对比分析切开挂线对口引流术和传统切开挂线术在高位复杂性肛瘘治疗中的应用效果[J]. 当代医学, 2015, 21(9):48-49.

(上接第 64 页)

痘-带状疱疹病毒导致的肺炎症状或是脑炎情况,病情严重的时候还会出现死亡或是发生永久性的后遗症现象^[5]。

目前,预防控制水痘感染的方法主要是接种疫苗,而接种水痘减毒活疫苗可以得到良好效果,接种后的免疫力可以维持比较长的时间。本文相关数据结果中,和未接种水痘减毒活疫苗的儿童相比,接种水痘减毒活疫苗的儿童的水痘感染总计率明显降低,且儿童接种不良反应总计率低于 3%。表明接种水痘减毒活疫苗对预防控制水痘感染的可行性及有效性,可以看出,在水痘的预防控制中接种水痘减毒活疫苗能够得到较优效果,能够将儿童抵抗水痘病毒的能力提升,需要注意的是,一些儿童接种水痘减毒活疫苗后,有可能会出现接种不良反应现象,若发现儿童接种不良反应比较严重,则需要予以积极干预,减少对儿童的危害。

综上所述,对儿童接种水痘减毒活疫苗有利于水痘感染

的预防控制,展示重要应用效果,存在进一步推广使用意义。

参考文献:

- [1] 金华英, 李冰. 水痘感染预防控制中水痘减毒活疫苗接种的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(12):108-109.
- [2] 牛丹. 水痘减毒活疫苗接种对水痘感染的预防控制效果观察[J]. 河南医学研究, 2017, 26(20):3727-3728.
- [3] 孙晓冬, 马相虎, 李智等. 水痘减毒活疫苗与麻疹流行性腮腺炎风疹联合疫苗同时接种的免疫效果和安全性观察[J]. 中华微生物学和免疫学杂志, 2016, 36(3):182-188.
- [4] 黄竹航, 汤妍, 苏家立等. 水痘减毒活疫苗加强免疫与乙脑减毒活疫苗联合接种的免疫原性和安全性观察[J]. 现代预防医学, 2018, 45(10):1796-1799.
- [5] 苏家立, 汤妍, 沈红杰等. 乙脑减毒活疫苗加强免疫与水痘减毒活疫苗联合接种的免疫效果及安全性研究[J]. 中华微生物学和免疫学杂志, 2016, 36(3):189-196.

(上接第 65 页)

从临床病理学角度来看,膜性肾病是一种极具特征性的肾小球疾病,需要从病理特点入手对其进行进一步的诊治。在成人原发肾病综合征中,膜性肾病的发生比例大约占 25%~35%之间,而在中老年患者群体中,该比例上升至 35%~40%,尽管膜性肾病在我国的并发尚未达到世界多发水平,但占全球该疾病总发生率的 10%。

通常情况下,膜性肾病患者无前驱感染,肾病综合征是其主要表现。长期以来,是否对该疾病采用细胞毒物药物或者激素类药物进行治疗,始终存在较大争议,部分医学专家认为,膜性肾病患者尤其是年轻化患者,可实现对病情的自然环节,但蛋白尿增多情况也在其中部分患者身上时有发生,因此,整个疾病情况相对处于一种稳定状态^[3]。而另一部分

患者将则容易出现肾功能方面的损坏现象,专家提出激素治疗方法的使用可对患者情况形成有效环节,实现对症状的优化和改善,但在长期肾功能患者中作用不太显著。细胞毒类药物联合激素药物,不但可以促使治疗效果的有效改善,且在某种程度上有助于临床缓解率的全面提升。

参考文献:

- [1] 刘春风,徐元钊,丁小强,等. 特发性膜性肾病预后影响因素[J]. 复旦学报(医学版), 2015, 32(02):192-196, 208.
- [2] 楼学航,朱彩凤,朱斌. 130 例特发性膜性肾病临床与病理分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2011, 21(14):283-286.
- [3] 陈越,丁小强,钟一红,等. 局灶节段性肾小球硬化对特发性膜性肾病预后意义的意义[J]. 复旦学报(医学版), 2018, 35(05):764-767.