

素侵袭时,可引起肝细胞的功能性和器质性病变,反应肝细胞损伤的常用酶为 ALT 和 AST。只要 1% 的肝细胞坏死,即可使血清中酶活性增高 1 倍,任何原因引起的肝细胞损伤均可导致 ALT 增高;AST 在心肌中含量最高,其次为肝脏,它有两种同工酶 ASTm 和 ASTs。正常血清中主要为 ASTs。当大块肝组织细胞坏死时,线粒体中的 ASTm 释放出来,血清中 AST 也可明显升高。

EB 病毒感染相关疾病包括 EB 病毒侵袭性疾病和免疫反应性疾病^[2]。文献[3]报道 EB 病毒感染相关疾病可累及全身各系统,导致心肌炎、肝炎、过敏性紫癜、肾小球肾炎、血小板减少性疾病、淋巴瘤、噬血细胞综合征等,临床表现复杂,因此容易造成误诊,对人类的健康构成严重威胁^[4-6]。故应及时做相应的实验室检查,并进行综合分析,以明确诊断,采取实效治疗,有助遏止该病的病情进展,并预防各种并发症的发生。

EB 病毒感染导致肝损害,原因可能是 T 淋巴细胞活化致 B 淋巴细胞增殖,单核-巨噬细胞系统急性增生造成肝内单核细胞浸润、局灶性坏死、星形细胞增生所引起。本研究通过对 EB 病毒 DNA 阳性者和健康体检者的比较,发现 EB 病毒 DNA 阳性者普遍有较明显的肝脏损伤情况,ALT 均值为 148.1 U/L,中位数为 44 U/L;AST 均值为 177.5 U/L,中位数为 44 U/L,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。国内对于 EB 病毒感染者发病期的肝脏损伤情况的报道相对较少,本

研究结果对于 EB 病毒感染者的肝损伤情况有一定指导意义。

参考文献

- [1] Glantz L, Drenger B, Gozal Y. Peritremyocardial iache-mai in cataractsurgery patients: general versus local anesth esia[J]. Anesth Analg, 2000, 91(6): 1415-1419.
- [2] Shouchi O, Akihiko N, Hidetoshi T, et al. Immunological aspects of Epstein-Barr virus infection[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2002, 44(3): 203-215.
- [3] 李中跃, 楼金圩, 陈洁. 儿童 EB 病毒感染首发症状及其相关疾病谱分析[J]. 中华儿科杂志, 2004, 42(1): 20-22.
- [4] Okan M. Overview and problematic sand points of severe chronic active Epstein-Barr virus infection syndrome[J]. Crit Rev Oncol Hemamamol, 2002, 44(3): 273-282.
- [5] 肖静宇, 姚基伟, 程力平. EB 病毒感染相关疾病的临床检验方法[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(28): 3634-3636.
- [6] 赵林清. EB 病毒感染及相关疾病[J]. 中华儿科杂志, 2003, 41(10): 797-799.

(收稿日期: 2011-12-25)

尿微量清蛋白测定对于高血压患者的临床应用分析

欧阳文波(厦门大学附属第一医院思明分院检验科, 福建厦门 361003)

【摘要】 目的 探讨尿微量清蛋白测定对于高血压的临床应用价值。**方法** 比较 100 例健康人群与高血压患者进行尿微量清蛋白检查测试。**结果** 100 例健康人群与高血压患者尿微量清蛋白对比有明显不同;高血压患者尿微量清蛋白检出阳性率为 58.0%,健康人群组为 0.0%。**结论** 高血压患者应当定期进行尿微量清蛋白检测。

【关键词】 高血压; 尿微量清蛋白; 定期检测; 对比

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.09.058 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)09-1124-02

为了探讨尿微量清蛋白检测对于高血压患者的临床应用价值,本文选择了健康人群和高血压患者各 100 例进行尿微量清蛋白检测,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 高血压患者 100 例,选自本院门诊及住院患者,其中男 41 例,女 59 例,年龄 35~75 岁,平均 59.5 岁,病程 3~40 年。健康人群 100 例,男 48 例,女 52 例,为健康体检人群,均排除高血压、糖尿病及其他和肾病有关的病史,年龄 25~65 岁,平均 50.6 岁。

1.2 检测方法 本方法采取随机尿标本,空腹 12 h 后,取晨尿离心取上清液,尿样 2~8 ℃ 可储存 14 d,检测前置标本于室温 18~25 ℃,试剂采用芬兰 Orion Diagnostica Oy 公司的尿微量清蛋白试剂盒(免疫比浊法),仪器采用日立 7180 全自动生化分析仪,并按说明书和《全国临床检验操作规程》^[1] 严格操作。阳性判断:在过去 3~6 个月期间,3 份标本中至少有 2 份是阳性方可诊断为微量清蛋白尿。

1.3 统计学方法 采用 SPSS14.0 统计分析软件进行处理,采用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,用方差分析进行两组间比较。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

高血压患者尿微量清蛋白含量升高(大于 20 mg/L 且小

于 200 mg/L) 58 例(58.0%)。高血压患者尿微量清蛋白(70.6 ± 68.3) mg/L,健康人群尿微量清蛋白(9.6 ± 6.8) mg/L,两组差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨论

清蛋白是一种在血浆中含量最多的蛋白质,在正常情况下清蛋白在肾小球中含量占血浆中清蛋白排出量的 30~40 倍,肾小管可以吸收大多数的清蛋白。正常情况下每升蛋白尿不会超过 20 mg。尿微量清蛋白排出量受人的体位、运动、血压、蛋白摄入量的影响,发热、精神紧张可使尿微量清蛋白分泌增加,某些药物可通过生物学影响使尿排出尿微量清蛋白增加。

肾病是高血压最严重的慢性并发症之一,在患者尚未出现尿蛋白之前对其进行早期诊断和采取有效地治疗与监控,可以有效地预防高血压并发症的发生和发展。高血压肾病发展到临床高血压肾病期时,尿蛋白定性呈持续阳性,此时对肾脏已经产生了很大的损伤^[2-4]。目前,肾损伤诊断多以尿素氮、肌酐、尿蛋白作为检测指标,但这些指标难以发现早期肾损伤,这种潜在的肾损伤难以早期发现,往往错过早期治疗时机。由于微量清蛋白尿可提示早期肾病,因此高血压患者应当定期进行尿微量清蛋白的检测。微量清蛋白尿的即时检测是十分重要的,因为早期的干预治疗可停止甚至逆转肾病的进程。由于糖尿病患者也可发生微量清蛋白尿,且高血压与糖尿病并发概率

相当高,因此他们也可以从尿微量清蛋白浓度的定期检测中获益。

本次研究分析最后的结果显示,高血压患者的尿清蛋白阳性率比健康人明显高很多,这充分说明了高血压和尿微量清蛋白之间的关系很大。所以尿微量清蛋白检测该成为早期发现肾脏疾病,避免对肾脏造成早期损害的可靠性指标,应当作为高血压患者的定期检测项目。高血压患者如果尿液中检测出蛋白尿应该马上去医院接受相应的规范性系统性治疗,减少肾脏固有的细胞发病数量,减少蛋白和红细胞的漏出,减少对肾脏的负担。如果没有及时发现患者大量蛋白尿并及时治疗,将使患者进入高血压肾病期。

早期诊断和预防是防治高血压肾病的关键,对于微量蛋白尿阶段对肾脏的损害是可以避免的。有研究表明,利用晨尿与随机尿微量清蛋白来诊断高血压肾病有较高的效果。如果检测发现尿常规尿蛋白为(一)或(±),尿液中的清蛋白含量在 20~200 mg/L 之间,这就说明已经有了微量的蛋白尿。高血压肾病主要致死的原因和肾脏血管损伤都是尿液中尿微量清

蛋白呈阳性,而且微量清蛋白阳性与糖尿病及心血管疾病也有很大的相互关系^[5]。

参考文献

[1] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3版.南京:东南大学出版社,2006:1017-1034.
[2] 孙桂军,魏绍春,吕艳芬.随机尿微量白蛋白与尿肌酐测定早期诊断糖尿病肾病[J].医学检验与临床,2006,17(1):106.
[3] 董林.随意微量白蛋白尿在早期糖尿病肾病诊断中的价值[J].放射免疫学杂志,2007,20(5):440-441.
[4] 黄淑英,穆红梅,贺启才,等.原发性高血压患者肾脏早期损害的指标[J].中国社区医师,2009,25(9):35.
[5] 林善铁.肾脏与高血压[J].中华内科杂志,1996,35(2):139-141.

(收稿日期:2011-12-26)

恶性腱鞘巨细胞瘤临床影像分析

张 皓¹,余建群²,月 强²,李 琳¹(1.重庆市垫江县人民医院放射科 408300;2.四川大学华西医院放射科,成都 610041)

【摘要】 目的 探讨恶性腱鞘巨细胞瘤(MGCTTS)的临床特征及影像诊断。方法 报道 1 例发生于右足的 MGCTTS 病例,并对文献报道的 18 例 MGCTTS 病例进行回顾性分析。结果 19 例 MGCTTS 中,由 GCTTS 恶变而来者 9 例(9/19,47.4%),其他为原发 MGCTTS。肿瘤分别发生于手指 7 例,腕 3 例,跖趾部 3 例,踝 2 例,以及大腿、膝、肘、髌及臀部各 1 例,其中手足部最常见,占 73.6%(14/19)。影像学表现为关节旁软组织肿块,伴邻近骨质溶骨性破坏。结论 MGCTTS 罕见,可由 GCTTS 反复受外因刺激后恶变而来,其中手足部 GCTTS 恶变概率较高。MGCTTS 的影像学表现具有一定特点。

【关键词】 恶性 腱鞘 巨细胞瘤; 影像诊断
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.09.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)09-1125-03

恶性腱鞘巨细胞瘤(MGCTTS)罕见^[1],起源于滑膜细胞或向滑膜细胞分化的间叶细胞,是一种好发于手腕、手指屈侧肌腱及足部肌腱的软组织恶性肿瘤。有关本病的报道较少,作者收集了 1 例足部 MGCTTS 的临床和影像学资料,并复习文献,旨在提高对 MGCTTS 的认识水平,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,女,66 岁。5 年前右足第一跖趾关节周围胀痛,X 线片示患者右足第一跖趾关节旁软组织肿胀,第一跖骨有穿凿样骨质破坏,伴有清晰的硬化边,拟诊痛风,服用抗痛风药物治疗 1 年,未见明显疗效。近 4 个月肿物明显增大,疼痛加重,手足复诊 X 线片,X 线片显示右足第一跖趾关节软组织较前明显肿胀,其内可见较大的软组织肿块影形成,未见钙化灶,第一跖、趾骨以关节为中心呈溶骨性骨质破坏,边界模糊不清。

1.2 手术所见 分叶状肿物主体分布于软组织内,包膜不完整,与周围有粘连,沿屈肌腱与跖骨间隙生长,并侵犯第一跖骨远端与近节趾骨近端骨质。

1.3 病理检查 大体见肿物大小约 5.0 cm×4.0 cm×3.5 cm,被覆不完整的包膜,表面较光滑,质地较软,形态不规则,分叶状,切面呈灰红、灰黄色胶冻样,部分区域有纤维结缔组织分隔。镜下瘤细胞呈片状或梁索状排列,部分区域呈飘带状,瘤细胞多形性和异型性明显,可见大小不等的裂隙样腔隙。术

后病理诊断为 MGCTTS。

1.4 纳入标准 经中国期刊全文数据库检索自 1994~2010 年以来的关于 MGCTTS 的文献,包括个案报道、临床病案总结、论著等,选择其中经病理活检证实的病例,共检索到符合要求的 18 个病例,加上作者报道的 1 例,总共 19 例。

2 结 果

2.1 临床特点 19 例患者中男 9 例,女 10 例,年龄 33~71 岁,平均 49.4 岁。GCTTS 术后近期恶变者及原发恶性者,见于 30~50 岁,由 GCTTS 慢性病程恶变而来者年龄偏大,多见于 40~70 岁。GCTTS 恶变后迅速增大,距手术时间 3~7 个月不等,见表 1。发病部位以手、足部居多,指 7 例,腕 3 例,跖趾 3 例,踝 2 例,膝、肘、髌及臀各 1 例。

19 例 MGCTTS 中,GCTTS 恶变而来 9 例(47.4%),其中 GCTTS 术后近期恶变 3 例,占 33.3%(3/9),慢性病程恶变 6 例,占 66.7%(6/9),原发 MGCTTS 为 10 例(52.6%)。此外,8 例术后反复复发,平均 2 次,复发率为 42.1%。

2.2 病理表现 肿块最大直径范围 5~10 cm 不等,平均 7.3 cm×5.1 cm×5.0 cm,有包膜,多不完整。切面呈灰白色,质硬,分叶状。

2.3 影像学表现 病灶区软组织肿块形成,均大于 3 cm,多伴有以关节为中心的骨质破坏,骨质破坏边缘模糊。