

出版社, 2007: 26.

- [2] 李勇, 杨贵贞. 人类红细胞血型学实用理论与实验技术 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1999: 267-270.
- [3] 兰炯采, 负中桥, 陈静娴. 输血免疫血液学实验技术 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 132-135.

- [4] 杨志诚, 罗光礼, 李萌. 微柱凝胶技术在临床血型鉴定和交叉配血中的应用 [J]. 浙江临床医学, 2008, 10 (12): 1612-1613.

(收稿日期: 2012-10-24 修回日期: 2012-12-12)

两种抗体同时阳性的急进性肾小球肾炎 1 例

李艳琴, 邢雪梅[△], 沈 钢, 张 军 (西安交通大学医学院附属三二〇一医院检验科, 陕西汉中 723000)

【关键词】 急进性肾小球肾炎; 抗肾小球基底膜抗体; 抗中性粒细胞抗体

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 09. 086 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)09-1193-02

急进性肾小球肾炎 (RPGN) 是一组表现为血尿、蛋白尿及进行性肾功能减退的临床综合征, 肾活检病理通常表现为新月体肾炎。根据免疫病理特征可分为 3 型: I 型为抗肾小球基底膜 (GBM) 抗体型, 抗 GBM 抗体阳性; II 型为免疫复合物型; III 型为寡免疫复合物型; 因 80% 的 III 型 RPGN 患者常合并有抗中性粒细胞抗体 (ANCA), 故又称 ANCA 相关性肾小球肾炎^[1]。本院于 2012 年 5 月收治了 1 例 anti-GBM 和 ANCA 同时阳性的 RPGN 的患者, 作者对此进行分析, 现报道如下。

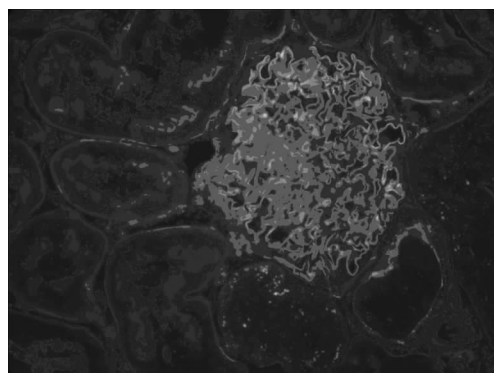
1 资料与方法

1.1 一般资料 患者, 女, 58 岁, 以恶心、纳差 10 d 入院, 于 1 个月前上呼吸道感染出现干咳, 胸骨后疼痛, 持续 3 周, 拍胸片提示“支气管炎”, 当地医院给予“头孢拉定 4.0 g/d, 阿奇霉素 0.5 g/d”治疗 10 d 后咳嗽症状缓解, 但继而出现恶心, 上腹部饱胀感, 食欲差, 体质量 1 个月内减轻约 5 kg, 无发热, 无腹痛腹泻, 无尿频尿急, 无水肿、肉眼血尿、泡沫尿, 无高血压, 无糖尿病病史等。体格检查: 血压 125/80 mm Hg, 心率 68 次/分, 呼吸 18 次/分, 体温 37.1 ℃, 心肺、腹部、神经系统等检查未见明显异常, 双下肢无水肿。

1.2 辅助检查 血常规检查显示, 白细胞 (WBC) $5.3 \times 10^9/L$, 红细胞 (RBC) $2.6 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 (Hb) 82.0 g/L, 血小板 (PLT) $238 \times 10^9/L$; 肝肾功能检查示清蛋白 (ALB) 29.8 g/L, 丙氨酸氨基转移酶 3.0 U/L, 天门冬氨酸氨基转移酶 15.1 U/L, 胆固醇 (TC) 7.23 mmol/L, 肌酐 (Cr) 509.6 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 (BUN) 19.7 mmol/L, 24 h 尿量约 1 000 mL, 24 h 尿蛋白定量 553.50 mg, 微量总蛋白 (m-TP) 369.0 mg/L。尿常规检测示隐血+, 尿蛋白+; C 反应蛋白 28.1 mg/L, 红细胞沉降率 (ESR) 135 mm/h, 补体 (C3) 0.84 g/L。

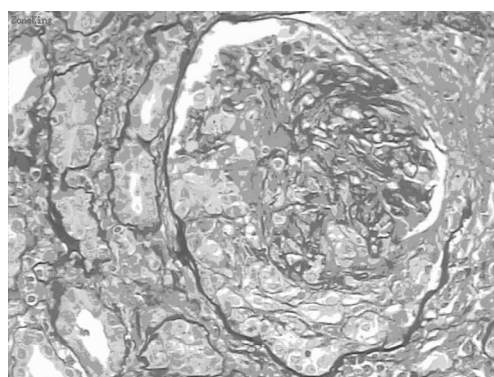
2 结 果

肾脏 B 超显示左肾大小约 10.5 cm $\times$ 5.0 cm, 右肾大小约 9.6 cm $\times$ 5.1 cm。自身抗体结果: 抗核抗体 $\pm$ (1:100), ANCA +++ (1:100, 核周型), 髓过氧化物酶 +++, 酶联免疫吸附试验 (ELISA) 289.32 RU/mL, anti-GBM +++ (>1:100), 荧光免疫结果见图 1, ELISA 150.81 RU/mL。肾活检示 5 个肾小球, 免疫荧光显示 IgG++ IgM- IgA-C3++ C1q-FRA- 呈细颗粒状沉积于毛细血管壁, 光镜可见 3 条肾皮质, 8 个肾小球, 5 个细胞性新月体伴部分节段性纤维素样坏死、1 个细胞纤维性新月体、1 个小细胞性新月体形成, 另 1 个肾小球系膜细胞和基质轻度增生; 肾小管上皮细胞空泡及颗粒性变性; 肾间质水肿, 可见大量淋巴及单核细胞浸润, 小动脉管壁增厚。肾活检结果见图 2。



注: 肾小球基底膜呈连续线性荧光。

图 1 anti-GBM 荧光免疫结果



注: 新月体形成, 并可见纤维素样坏死

图 2 肾活检结果

治疗: 住院期间采用甲泼尼龙琥珀酸钠 500 mg/d 连续冲击 3 d, 后改为 40 mg/d 连续冲击 5 d。患者因经济原因要求出院, 未行血浆置换疗法, 出院时查 BUN 24.8 mmol/L, Cr 653.1 $\mu\text{mol/L}$ 。后期跟踪随访, 患者在上一级医院进行血浆置换治疗, 1 个月后复查 BUN 16.32 mmol/L, Cr 202.4 mmol/L, ESR 3 mm/h, WBC $8.32 \times 10^9/L$, RBC $3.65 \times 10^{12}/L$, Hb 123.9 g/L, PLT $197 \times 10^9/L$, C3 0.9 g/L, 病情稳定, 未见复发或恶化。继续随访观察。

3 讨 论

RPGN 患者抗 anti-GBM 和 ANCA 同时阳性的病例首次报道于 1989 年^[2], 随后国内也陆续有报道^[3-4]。anti-GBM 和 ANCA 同时阳性的概率大约是 25%~47%^[5-6], 发病人群以中老年女性为主。本例患者年龄和性别与 DE Zoysa 等^[5]的研究

[△] 通讯作者, E-mail: 13379369191@163.com。

相一致。RPGN 患者约有半数以上有呼吸道感染的前驱病史,本例患者入院前 1 个月先有上呼吸道感染病史,后出现消化道症状,贫血,血尿,蛋白尿,短期内血 Cr 升高,肾功能进行性恶化,B 超显示双肾大小正常,但肾功能异常,无糖尿病病史,无慢性肾病史,无肾毒性药物服用史。患者肾活检中 8 个肾小球有 5 个(62.5%)呈现节段性纤维素样坏死,1 个细胞纤维性新月体,自身抗体检查 anti-GBM 和 ANCA 均阳性,符合 RPGN 的诊断。

I 型 RPGN 是 IgG、C3 呈线条状沉积于肾小球毛细血管壁,anti-GBM 阳性,Ⅲ型 RPGN 是 ANCA 相关性肾炎,本例患者的 IgG、C3 呈细颗粒状沉积于肾小球毛细血管壁,GBM 和 ANCA 均阳性,不能确定本例患者的“双阳性”是属于 I 型 RPGN 还是Ⅲ型 RPGN。曾在 1996 年 Glasscock 建议将 anti-GBM 和 ANCA 同时阳性的肾炎定义为Ⅳ型 RPGN。可能因为 ANCA 相关性的 RPGN 发病率比 GBM 型 RPGN 要高,有学者认为 anti-GBM 和 ANCA 同时阳性的患者是 ANCA 相关性的肾小球肾炎先出现,随后才是 anti-GBM 性肾小球肾炎^[6-7]。

ANCA 或 anti-GBM 是否阳性与 RPGN 患者的预后目前也没有定论。Rutgers 等^[6]的研究显示,血清 ANCA 阳性、anti-GBM 阳性与 ANCA 和 anti-GBM 同时阳性的患者相比,Cr 水平分别是 381.3、732.1 和 762.6 mmol/L,差异有统计学意义($P<0.05$)。透析后 1 年肾功能的存活率分别是 65%、15% 和 10%,差异有统计学意义($P<0.05$)。也有持不同观点的,Bosch 等^[8]认为 ANCA 和 anti-GBM 同时阳性的患者预后要比前二者更好。Cui 等^[9]的研究显示,患者发病年龄越大,尿蛋白含量越低,Cr 水平越低,肾损害的程度相对更轻。

目前国内外公认的对 RPGN 有效的治疗方法为糖皮质激素冲击加血浆置换或免疫吸附两种方法,可以有效清除血液中的致病性抗体,缓解症状,并降低血 BUN、Cr^[10]。本例患者甲泼尼龙琥珀酸钠冲击仅控制了病情进展,出院时查 BUN 和 Cr 并没有降低,分析这可能与患者未进行血浆置换治疗有关。随后随访得知患者在上级医院进行了血浆置换治疗,1 个月后复查血 Cr 降到 202.4 mmol/L,临床疗效达到部分缓解标准。

总之,对 RPGN 宜尽早进行肾活检和血清学自身抗体检测,做到早期诊断并采取积极有效的治疗措施,提高肾功能的存活率,降低病死率。

马红球菌致乳腺炎 1 例

李文聪,郭凤丽(云南省肿瘤医院检验科,昆明 650118)

【关键词】 马红球菌; 乳腺炎; 革兰阳性菌

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.09.087 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)09-1194-02

马红球菌为革兰阳性,卵圆形短杆菌,无鞭毛、无芽孢,存在于土壤中,可引起人和动物呼吸道感染,亦可引起胸膜炎和败血症等^[1]。本科室 2012 年 6 月 3 日于乳腺穿刺液中分离出 1 株马红球菌,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,女,35 岁,哈尼族,农民。1 个月前无意中发现左乳肿块,“拇指”大小,无疼痛、乳头溢液,未行任何诊治。近 1 周自觉肿块明显增大,伴触痛,于 2012 年 5 月 17 日来本院就诊,B 超示左乳腺癌与炎性肿块待鉴别,为进一步诊

参考文献

- [1] Kambham N. Crescentic glomerulonephritis: an update on pauci-immune and Anti-GBM diseases [J]. Adv Anat Pathol, 2012, 19(2): 111-124.
- [2] O'donoghue DJ, Short CD, Brenchley PE et al. Sequential development of systemic vasculitis with anti-neutrophil cytoplasmic antibodies complicating anti-glomerular basement membrane disease [J]. Clin Nephrol, 1989, 32(6): 251-255.
- [3] 刘娜,赵明辉,章友康,等. 抗肾小球基底膜抗体伴中性粒细胞胞浆抗体阳性肾炎(四例报告及文献复习) [J]. 中华肾脏病杂志, 1999, 15(4): 252-254.
- [4] 刘光陵,付元凤,夏正坤等. 儿童抗肾小球基底膜抗体伴中性粒细胞胞浆抗体阳性肾炎一例 [J]. 中华肾脏病杂志, 2006, 22(4): 254.
- [5] DE Zoysa J, Taylor D, Thein H, et al. Incidence and features of dual anti-GBM-positive and ANCA-positive patients [J]. Nephrology(carlton), 2011, 16(8): 725-729.
- [6] Rutgers A, Slot M, van Paassen P, et al. Coexistence of anti-glomerular basement membrane antibodies and myeloperoxidase-ANCAs in crescentic glomerulonephritis [J]. Am J Kidney Dis, 2005, 46(2): 253-262.
- [7] Jenette JC. Rapidly progressive crescent glomerulonephritis [J]. Kidney Int, 2003, 63(3): 1164-1177.
- [8] Bosch X, Mirapeix E, Font J, et al. Prognostic implications of anti-neutrophil cytoplasmic autoantibodies with myeloperoxidase specificity in anti-glomerular basement membrane disease [J]. Clin Nephrol, 1996, 36(3): 107-113.
- [9] Cui Z, Zhao J, Jia XY, et al. Clinical features and outcomes of anti-glomerular-basement membrane diseases in older patients [J]. Am J kidney Dis, 2011, 57(4): 575-582.
- [10] 崔昭,赵明辉,刘玉春,等. 抗肾小球基底膜抗体疾病的预后研究 [J]. 临床内科杂志, 2004, 21(10): 667-680.

(收稿日期:2012-11-22)

治 5 月 19 日入院。该患者 2 年前生育一孩,未行母乳喂养,亦否认有创伤史。精神一般,饮食睡眠可,大小便正常,体质量无明显变化。血压 114/82 mm Hg,脉搏 72 次/分,左乳中上触及一肿块,约 8 cm × 6 cm × 5 cm,边界不清楚,质硬,活动度尚可。区域淋巴结未扪及明显肿块,右乳未扪及明显肿块。实验室检查:血常规正常,人类免疫缺陷病毒阴性,糖类抗原 125(CA125):95.26 μg/L。钼靶:左乳右上象限占位,考虑炎性肿块可能。血氧结果:左乳腺癌与炎性肿块待鉴别。B 超示左乳腺炎症合并脓肿形成。5 月 28 日行 B 超引导下肿块穿刺,送