

的认可,但是针灸治疗颈源性失眠在整体辨证论治上有不足之处,结合辨证论治使用经方治疗失眠,是更好的选择。中医关于失眠的辨证论治颇为丰富,经方治疗失眠证的各种方法体现的组方配伍法则,均为后世治疗本病症遣药组方之圭臬,对现今临床仍具有十分重要的指导意义。本文记录的 3 例患者,第 1 例年近五旬,停经多年,以阴阳不调为主,阴虚火旺、虚烦不寐,故用黄连阿胶鸡子黄汤以规律阴阳消长及卫卫正常循行。第 2 例老年患者,脾虚不寐用半夏秫米汤,益阴气而利大肠,卫气和则寐安。第 3 例年轻女性,情绪易于波动,最易导致肝的疏泄功能失常,影响肝之调畅情志功能,发生失眠,故调理情志疏肝理气为主,安神为辅,肝气调达则卧安。

参考文献

[1] 失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组. 失眠定义、诊断

及药物治疗专家共识(草案)[J]. 中华神经科杂志, 2006, 39(2):141-143.

[2] 刘世熠. 睡眠研究和展望[C]. 中国第二届睡眠学术会议论文摘要汇编, 1996, 1(1):3-6.

[3] 傅春梅. 论肾为老年失眠病机的核心[J]. 北京中医药大学学报, 2007, 30(12):808-809.

[4] 李经纬, 李振吉. 本草纲目校注[M]. 沈阳: 辽海出版社, 2001:737-738.

[5] 徐海英, 刘宝恒. 试论《温病条辨》中的“承气类方”[J]. 医学信息: 中旬刊, 2010, 5(6):1959-1960.

[6] 粟胜勇, 符文彬, 樊凌. 颈源性失眠的发病机制及针灸治疗进展[J]. 广西中医药大学学报, 2013, 16(4):69-71.

(收稿日期:2015-03-15 修回日期:2015-04-10)

纤维样肾小球病 1 例并文献复习

甘晓辉(四川省绵阳市中心医院肾脏内科 621000)

【关键词】 纤维样肾小球病; 病理诊断; 糖皮质激素

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.17.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)17-2645-02

纤维样肾小球病(FGP)是指肾小球内出现类似淀粉样物质而刚果红又不着色的纤维样物质沉积,是一种罕见的原发性肾小球疾病^[1]。笔者在临床工作二十余年共收治 FGP 患者 1 例,现结合文献报道如下。

1 病例介绍

男性,49 岁,因“反复夜尿增多 1 年,双下肢水肿 1⁺月”入院。入院前 1 年患者无明显诱因出现夜尿增多,为持续性泡沫尿,未行相关检查及治疗。1⁺月前,患者夜尿较前明显增多,伴双下肢水肿,余无特殊不适,于当地医院检查尿常规示:红细胞 48.8 个/ μ L,隐血 1⁺,蛋白尿 3⁺。近期体质量下降 4 kg。既往有原发性高血压病史 1⁺年,最高血压达 160/90 mm Hg,日常规律口服安博维、络合喜控制血压,血压控制在 130/70 mm Hg 左右。入院查体显示,血压:172/104 mm Hg,神志清晰,营养中等,意识清楚。颜面、眼睑无明显浮肿,全身淋巴结无肿大,心、肺、腹查体阴性,双下肢轻度水肿。入院后辅助检查,血常规:白细胞计数 $11.86 \times 10^9/L$;肝功能:总蛋白 51.6 g/L,清蛋白 30.81 g/L,球蛋白 20.79 g/L;血脂:总胆固醇 8.33 mmol/L,三酰甘油 1.76 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇 5.76 mmol/L;肾功能:尿素 14.94 mmol/L,肌酐 319.9 μ mol/L;24 h 尿蛋白定量 15.98 g/24 h;血轻链:Kappa 轻链(KAP) 1.13 g/L;Lambda 轻链(LAM)0.6 g/L;泌尿系彩超:肾脏形态大小正常,前列腺钙化灶。大便常规、凝血功能、胸线片、骨髓穿刺、心电图、免疫全套、抗中性粒细胞胞浆未见明显异常。入院后初步诊断:“肾病综合征并急性肾功能不全;高血压 2 级”,予以甲强龙 40 mg,每天 1 次,静脉滴注,拜新同及缬沙坦控制血压及降脂、抗凝等治疗 10⁺d,治疗效果不佳,遂行肾脏穿刺活检,结果示:送检组织行 HE、PAS、PASM、Masson 染色,可见 13 个肾小球,其中 1 个肾小球球性硬化。其余肾小球系膜细胞和基质中-重度增生,呈结节状改变,系膜区嗜复红蛋白沉积,肾小球毛细血管襻分叶状,毛细血管腔狭窄、闭塞,基底膜增厚,可见节段性系膜插入及双轨形成,未见血管瘤样扩张及“睫毛样”结构,未见钉突样结构,壁层上皮细胞无增生,未

见新月体形成,1 个肾小球囊周纤维化。肾小管上皮细胞颗粒变性,多灶状及片状萎缩(萎缩面积约 70%),肾间质多灶状及片状炎症反应细胞浸润伴纤维化,小动脉管壁增厚,管腔狭窄,未见红染无结构样物沉积。刚果红染色阴性。IgM 阳性, IgG、IgA、C3、C1q 阴性。毛细血管内皮细胞明显空泡变性,个别管腔内可见红细胞,无明显内皮细胞增生,毛细血管襻部分受压。肾小囊壁层增厚、分层,壁层细胞空泡变性,无明显增生。基底膜:弥漫增厚,厚度约 700~900 nm。脏层上皮细胞:上皮细胞肿胀,空泡变性。足突弥漫融合。系膜区:系膜细胞和基质增生。未见电子致密物沉积。系膜区和基底膜内可见大量纤维样物质沉积,直径小于 20 nm,排列紊乱。肾小管-间质:部分肾小管萎缩,基底膜增厚。肾间质胶原纤维增生。肾间质血管:毛细血管管腔内见红细胞聚集,小动脉管壁增厚。病理诊断纤维样肾小球病。继续予以 40 mg,每天 1 次,静滴治疗 7 d,复查:尿素 23.35 mmol/L,肌酐 220.1 μ mol/L,尿酸 524 μ mol/L,24 h 尿蛋白定量 4.03 g/24 h,病情好转出院。院外继续口服激素及降压药物,每个月复查肝肾功能及尿蛋白定量,肌酐水平 160 μ mol/L 左右,24 h 尿蛋白定量波动 1~2 g。

2 讨论

FGP 是新近认识的肾小球疾病,1977 年首次报道了 1 例肾小球内有类似淀粉样物质沉积,但刚果红染色阴性,此后,不少作者相继报道了类似发现,目前已统一命名为 FGP。随着人们对 FGP 认识的深入,报道的例数也大大增加,据不完全统计,至 2014 年国内外报道已接近 200 例。并且,其发病机制不清,认为纤维物质是 IgG、补体 C3 结合了淀粉样蛋白 P 沉积形成的,多数患者免疫病理可见 IgG、C3 沿系膜区沉积, IgG4 为主要亚型,部分患者伴 IgA、IgM、C1q 弱阳性沉积, Kappa 和 Lambda 轻链呈多克隆表达。本例患者病理结果 IgM 阳性, IgG、IgA、C3、C1q 阴性。FGD 患病率极低,肾活检病例中仅占 0.6%~1.0%,各个年龄段均可发病,但高发年龄 50~60 岁,男、女发病比例约 1.0:1.5。既往很多研究报道,FGP 是一种独立的肾小球疾病,但随着研究的深入发现,FGP 可合并其他

疾病,如肺出血、系统性红斑狼疮、丙型肝炎、轻链沉积病、大动脉炎、多发性骨髓瘤及糖尿病等^[2-5]。

FGP 患者几乎都有蛋白尿,50% 的患者蛋白尿水平大于 3.5 g/24 h,且镜下血尿、高血压多见,分别为 60% 和 77%。其诊断有赖于电镜检查结果,主要特征是肾小球的系膜、基底膜等区域存在随机排列的、无分支的类似淀粉样的纤维,与淀粉样纤维的区别在于刚果红染色阴性。在一小部分的患者,纤维沉积也涉及肾小管基底膜。该纤维的直径大约是淀粉样纤维的 2 倍,平均 12~30 nm,多数 20 nm 左右。FGP 主要病变在肾小球,病理类型多样,以膜型、膜增殖型、系膜增生型和增生硬化型较多见,其他少见的病理类型包括:系膜结节性硬化型、电子致密物沉积病样、新月体型等。根据其典型的病理特征诊断并不困难,但也应与触须样免疫性肾小球病、淀粉样肾病、免疫球蛋白来源性肾病、Ⅲ型胶原肾小球病等疾病鉴别。

关于 FGP 的治疗目前尚无标准方案,对已发表的文献来看,主要治疗药物包括:RAAS 阻断剂和其他肾小球疾病中常用的非特异性免疫抑制治疗(如激素、环磷酰胺、环孢素和吗替麦考酚酯等),对于呈肾病综合征、大量蛋白尿的患者,采用糖皮质激素、雷公藤多苷片、中药等联合治疗,有助于尿蛋白的减少。但 FGP 病情进展快,预后差,一般认为男性、大量蛋白尿、高血压为危险因素。有研究显示,FGP 患者在 2 年内发展为终末期肾衰竭的比例为 45%,从肾脏患者活检确诊至恶化为终末期肾衰竭平均中位时间为 24.4 个月。发展到终末期肾衰竭时可考虑血浆置换或肾移植,但部分患者肾移植术后可复发。近年来学者们观察到 FGP 中肾小球处沉积的是多克隆 IgG,可能以 IgG4 亚型为主,因此,有人假设 FGP 是一种自身

免疫性疾病,可以使用利妥昔单抗进行治疗,但对这一说法尚存在争议。

本例患者以大量蛋白尿、低蛋白血症、血脂及肌酐升高、水肿为主要表现,根据电镜结果诊断为 FGP。经激素治疗后患者病情有所改善,但这些方法均不能改善肾脏的长期预后,对该患者也应长期随访。

参考文献

- [1] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:1061-1066.
- [2] Menon S, Zeng X, Valentini R. Fibrillary glomerulonephritis and renal failure in a child with systemic lupus erythematosus[J]. *Pediatr Nephrol*, 2009, 24(8): 1577-1581.
- [3] Sundaram S, Mainali R, Norfolk ER, et al. Fibrillary glomerulopathy secondary to light chain deposition disease in a patient with monoclonal gammopathy[J]. *Annals of Clin Lab Sci*, 2007, 37(4): 370-374.
- [4] Li XM, Ye WL, Wen YB, et al. Glomerular disease associated with Takayasu arteritis: cases analysis and review of the literature[J]. *Chin Med Sci J*, 2009, 24(2): 69-75.
- [5] Jin HP, Bo RK. Coexistence of fibrillary glomerulonephritis in a patient with multiple myeloma[J]. *Intern Med*, 2012, 51(11): 1379-1381.

(收稿日期:2015-03-25 修回日期:2015-03-29)

临床疑难配血混和抗体鉴定的报告

廖 群(重庆市急救医疗中心输血科 400014)

【关键词】 混合抗体; 血清学; 交叉配血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.17.070 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)17-2646-02

在医院临床输血工作中,常因红细胞意外抗体导致配血不合,此类情况中,又以因输血和妊娠引起的混和抗体导致抗体鉴定困难,往往延误患者治疗。可充分利用抗体的血清学性质进行抗体鉴定,并确定合理的配血方案,及时选择适合的血液输注。作者以红细胞意外混和抗体疑难配血 1 例为例,介绍在临床工作中如何利用抗体的血清学性质快速准确地进行抗体鉴定,并确定合理的配血方案,保障临床输血安全。

1 资料与方法

1.1 一般资料 女,23 岁,因引产手术出血入院急救,配血中发现抗筛阳性,自述病史,无输血史,孕 3 产 1。

1.2 试剂与设备 单克隆抗 A、抗 B(上海血液生物公司);单克隆抗 D、抗 C、抗 e、抗 E、抗 e、IgG+IgM 抗 D(上海血液生物公司);抗 M、抗 N(上海血液生物公司)。反定型标准红细胞(自制),I 号、II 号、III 号抗体筛选细胞(上海血液生物公司);1%木瓜酶(自制);谱细胞(上海血液生物公司);聚凝胺(珠海 Baso);抗人球试剂(上海血液生物公司);抗人球蛋白卡(长春博迅),试剂均在有效期内使用。离心机 KA-2200(日本九保田);恒温孵育器和卡式离心机(长春博研)。

1.3 方法 ABO、Rh、MN 血型鉴定均参照试剂说明书。抗体筛选和意外抗体鉴定患者血清和抗筛细胞,自身细胞分别在盐水介质、木瓜酶介质和抗人球介质卡下反应,观察凝集现象。

交叉配血在盐水介质,木瓜酶介质和抗人球介质卡下进行配血试验,观察凝集和溶血现象。

2 结果

2.1 抗体筛查患者血清与 3 个抗筛细胞反应 血型鉴定患者为 O、NN、ccDEE 型。患者抗体筛查情况,见表 1。盐水中同 I 号细胞不凝集,II 号、III 号均有凝集,抗人球介质卡同木瓜酶 II 号、III 号均有凝集。各种介质中自身对照均无凝集。患者血清同 O 型标准细胞在木瓜酶介质中有凝集。由以上结果推断,患者血清中可能含有盐类抗体、Rh 类抗体。

2.2 抗体鉴定 通过抗体筛选结果,患者血清中可能含有盐类抗体、Rh 类抗体。从日常最容易出现的抗体并结合患者自身的红细胞血型结果,首先加做 MN 血型系统,该患者 MN 血型为 NN,筛选出 MM 和 NN 的纯合子细胞 5 例同患者血清在盐水介质反应,结果见表 2,显示患者血清中含抗 M。再结合患者的 Rh 血型分型,筛选出 CCDee、ccdee、ccDEE 型的细胞,在木瓜酶介质中反应,显示患者血清中含抗 Ce 或抗 C、抗 e。与 CCDee、ccdee 型的细胞吸收后血清特异性鉴定为含抗 Ce。

2.3 交叉配血 交叉配血选用 O、NN、ccDEE 型同患者血型一致的血液,同患者在盐水介质、木瓜酶介质和抗人球介质卡下进行配血试验,结果均无凝集和溶血现象。表明配血相合,患者输注 2 U 血液后,无不良反应发生。(下转封 3)