

参考文献

1 Kwong DL, Nicholls J, Wei WI, et al. Correlation of endoscopic and histologic findings before and after treatment for nasopharyngeal carcinoma[J]. Head Neck, 2001, 23(1): 34-41.

2 陶仲强, 张政, 周日晶, 等. CT扫描和鼻内窥镜检查对鼻咽癌诊断价值的比较[J]. 广西医学, 2001, 23(6): 1369-1372.

3 张有望, 吴永如, 黄雅芳. 如何选择鼻咽肿瘤活检点和进行超声引导下的穿刺活检[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2005, 14(4): 361-

362.

4 徐跃. 鼻内镜在鼻咽癌诊断中的应用体会[J]. 南京医科大学学报, 2007, 27(2): 193-194.

5 高晓红. 鼻内镜检查诊断鼻咽癌的价值[J]. 临床误诊误治, 2011, 24(3): 85-86.

6 尹怀信, 叶伟霖, 主编, 王荣光, 郭宝煌, 主译. 鼻咽癌[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002: 84, 106-107.

[收稿日期 2016-08-30][本文编辑 吕文娟]

课题研究 · 论著

急性肾功能衰竭患者经皮肾穿刺活检的临床病理分析

刘清华, 谢寿城, 薛少清

基金项目: 梅州市科技计划项目(编号:2006B07)

作者单位: 514031 广东, 梅州市人民医院病理科(刘清华, 谢寿城), 肾内科(薛少清)

作者简介: 刘清华(1974-), 男, 大学专科, 副主任医师, 研究方向: 病理诊断. E-mail: wyh611201@qq.com

[摘要] **目的** 观察急性肾衰竭(ARF)患者行经皮肾穿刺活检(PRB)的临床病理特征。**方法** 选取该院2006-01~2016-01收治的84例ARF患者为研究样本, 均行PRB病理诊断, 比较PRB术前及术后病理对ARF病因判断的准确性, 记录PRB后治疗方案的调整情况以及治愈率, 并对实施PRB的安全性进行评估。**结果** 84例ARF患者在PRB前明确病因60例, 占71.43%。与术后病理对照, 60例患者中56例判断正确, 正确率为93.33%。PRB前未知病因24例, 经PRB明确21例, 分别为肾小管病变12例, 急性间质性肾炎7例, 新月体肾炎2例。PRB后病因明确81例, 占96.43%, 与PRB前病因诊断率(71.43%)比较显著增高($\chi^2 = 19.461, P < 0.01$)。PRB病理诊断后40例未调整治疗方案, 34例调整治疗方案, 10例改为其他治疗, 如肿瘤所致ARF配合抗肿瘤干预, 增生硬化性肾炎给予长期血透以及血管内瘘成形术干预。1个月后治愈患者49例, 占58.33%。PRB后出现轻度并发症2例, 表现为轻度肉眼血尿, 未经干预自行缓解; 重度并发症1例, 有重度肉眼血尿, 血色素较术前降低10 g/L。并发症发生率为3.57%。**结论** ARF患者病因的准确判断是临床治疗的基本前提, 实施PRB可显著提高病因诊断率, 根据活检病理结果调整治疗方案可使临床获益, 且PRB实施的安全性较高。

[关键词] 急性肾衰竭; 经皮肾穿刺活检; 临床病理

[中图分类号] R 69 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2016)12-1070-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.12.05

Clinical pathology and analysis of percutaneous renal biopsy in patients with acute renal failure LIU Qing-hua, XIE Shou-cheng, XUE Shao-qing. Department of Pathology, the People's Hospital of Meizhou City, Guangdong 514031, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical and pathological characteristics of percutaneous renal biopsy (PRB) in patients with acute renal failure (ARF). **Methods** A total of 84 patients with ARF admitted to our hospital between January 2006 and January 2016 were selected as the study subjects, all of whom were diagnosed by PRB. The accuracy rates of pathology for the judgment of ARF were compared before and after PRB. The adjustment of the treatment plan after PRB and the cure rate were recorded, and the safety of implementing PRB was evaluated. **Results**

The causes of the disease of 60 cases among the study subjects were determined before PRB, accounting for 71.43%. Compared with the postoperative pathology, the diagnosis in 56 cases of 60 cases were correct and the accurate rate was 93.33%. Before PRB, there were 24 cases whose causes of the diseases were unknown. Among them, the causes of the diseases in 21 cases were determined by PRB, including 12 cases of renal tubular lesions, 7 cases of acute interstitial nephritis and 2 cases of crescent glomerulonephritis. After PRB, the causes of the diseases in 81 cases were known, accounting for 96.43%. Compared with those before PRB(71.43%), the diagnosis rate after PRB was significantly higher($\chi^2 = 19.461, P < 0.01$). After the pathological diagnosis by PRB, the treatment plans were unadjusted in 40 cases, but adjusted in 34 cases and were replaced by other treatments in 10 cases, including tumor induced ARF treated with anti-tumor intervention and proliferative sclerotic nephritis treated with long-term hemodialysis and vascular fistulaforming intervention. One month after the treatment, 49 cases were cured, accounting for 58.33%. After PRB, 2 cases had the complications of mild gross hematuria, and there were spontaneous remission without any intervention. One case had the complications of severe hematuria, and the hemoglobin decreased by 10 g/L. The incidence of complications was 3.57%. **Conclusion** The accurate diagnosis of acute renal failure is the basic premise of clinical treatment. The implementation of percutaneous renal biopsy can significantly improve the diagnosis rate. Adjusting the treatment plan according to the results of pathological biopsy makes the clinical treatment beneficial and the safety of the implementation of the percutaneous renal biopsy is relatively higher.

[**Key words**] Acute renal failure; Percutaneous renal biopsy; Clinical pathology

急性肾衰竭(ARF)为临床常见急危重症,患者可于短时间内出现肾功能急剧恶化,且体内水电解质、酸碱平衡紊乱,多器官受累,预后差,病死率最高可达80%^[1],有半数患者表现为少尿或无尿,多因接触药物或自身感染等致病因素后短时间出现(1~2 d),早期临床诊断及治疗难度较大^[2]。大多数ARF患者可通过病史或实验室指标的辅助明确病因,但仍有部分患者病因不明,且无典型症状,故难以对病因进行判断,可能延误早期干预导致预后不良,因此早期采取有效措施明确病因具有重要的临床意义^[3,4]。经皮肾穿刺活检(PRB)用于ARF已得到临床认可,但有关其在病因诊断、治疗方案指导中的作用的研究较少。本次研究选取我院2008-08~2015-08收治的84例ARF患者为研究对象,评价PRB对ARF患者病因判断及治疗方案的指导作用,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2006-01~2016-01我院收治的84例ARF患者,其中男49例,女35例;年龄15~65(46.61±5.25)岁;病程2~125(75.03±31.85)d。根据RIFLE分期,I、II、III期分别为4、7、73例。所选患者均满足ARF临床诊断标准^[5],即48 h内SCr增高值 $\geq 26.5 \mu\text{mol/L}$,或基础SCr值上升1/2以上的,伴有明确水电解质紊乱及酸碱平衡失调,有急性尿毒症症状,影像学检查肾增大或无明显变化,少尿,尿量6 h内持续处于 $<0.5 \text{ ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 低水平。

1.2 经皮肾穿刺活检方法 入院后1 d行肾穿刺活检。肾穿刺前对患者凝血进行检测,排除凝血功

能障碍及正在使用凝血相关药物患者,女性患者避开月经期。所有受检者取俯卧位,在腹部下垫软垫,在美国GE-LOGIQ7型超声诊断仪引导下穿刺引导线,设置扫描断面。引导线和肾脏下极包膜切线方向保持约50°倾斜穿过肾皮质,经右肾下极偏外侧穿刺,应用美国BARD自动活检枪,活检针为16G Tru-cut针。常规消毒后医师戴无菌手套,以2%利多卡因对穿刺点进行局部麻醉,穿刺针刺入后根据超声引导线直至肾被膜3 mm处,期间指导患者屏气,操作尽可能快速,将1.0 cm肾组织取出,如取出样本不满意可多次穿刺,但不宜>3次,完成后敷纱布按压5 min。扎腹带卧床1 d,对患者体征进行持续监测,进行常规抗炎、止血处理。

1.3 肾活检病理诊断 将穿刺所得组织标本以石蜡包埋,切为2 μm 厚度切片,进行HE、PAS、PASM及Masson染色。使用冷冻切片,以FITC法并检测肾组织内免疫球蛋白及补体水平,主要观察分布、沉积部位等特点,以 ≥ 5 个肾小球为标本合格标准。

1.4 观察指标 (1)将PRB前ARF的病因判断,与PRB后病理诊断结果进行对照,应用统计学方法比较术前术后的病因诊断率。(2)记录PRB后治疗方案调整情况,参考《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[6]进行疗效评价,记录治愈患者占比(治愈:尿量恢复,无尿毒症症状,实验室指标检查结果正常,肾功能恢复正常)。(3)观察PRB所致并发症发生率。

1.5 统计学方法 应用SPSS19.0统计软件对数据进行分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验, $P <$

0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 ARF 经 PRB 诊断前后的病因准确率分析 84 例 ARF 患者在 PRB 前明确病因 60 例,占 71.43%,未明确病因 24 例,占 28.57%。与术后病理对照,60 例明确病因患者中 56 例判断正确,正确率为 93.33%。PRB 前病因判断错误的 4 例,分别为 2 例外伤及 2 例肺出血-肾炎综合征。外伤 2 例病理诊断为系膜增生性肾小球肾炎以及系膜增生性肾小球肾炎合并小管间质改变,2 例肺出血-肾炎综合征均为增生硬化性肾炎。PRB 前未知病因 24 例,经 PRB 明确病因 21 例,分别为肾小管病变 12 例,急性间质性肾炎 7 例,新月体肾炎 2 例。PRB 后病因明确 81 例,占 96.43%,与 PRB 前病因诊断率(71.43%)比较显著增高($\chi^2 = 19.461, P < 0.01$)。见表 1。

表 1 84 例 ARF 患者经皮肾穿刺活检术前病因判断与病理结果对照[n(%)]

病 因	术前判断	病理结果
药物中毒	20(23.81)	20(23.81)
食物中毒	2(2.38)	2(2.38)
外伤	4(4.76)	2(2.38)
感染	15(17.86)	15(17.86)
肿瘤	3(3.57)	3(3.57)
肾病综合征	7(8.33)	7(8.33)
肺出血-肾炎综合征	2(2.38)	0(0)
系统性红斑狼疮	2(2.38)	2(2.38)
尿毒症	1(1.19)	1(1.19)
变应性肉芽肿性血管炎	1(1.19)	1(1.19)
原发性小血管炎	3(3.57)	3(3.57)
肾小管病变	0(0)	12(14.29)
急性间质性肾炎	0(0)	7(8.33)
新月体肾炎	0(0)	2(2.38)
增生硬化性肾炎	0(0)	2(2.38)
系膜增生性肾小球肾炎	0(0)	1(1.19)
系膜增生性肾小球肾炎合并小管间质改变	0(0)	1(1.19)
未知病因	24(28.57)	3(3.57)

2.2 PRB 后治疗调整分析 经 PRB 病理诊断后,共有 40 例未调整治疗方案,34 例调整治疗方案,如膜性肾小球肾炎等给予糖皮质激素治疗,新月体肾炎给予糖皮质激素药物冲击治疗。10 例改为其他治疗,肿瘤所致 ARF 配合抗肿瘤干预,增生硬化性肾炎给予长期血透以及血管内瘘成形术干预^[7]。1 个月后治愈(症状消失或基本改善,内生肌酐清除

提高 $\geq 30\%$,血清肌酐下降 $\geq 30\%$ 或达正常范围)患者达 49 例,占 58.33%。

2.3 肾穿刺活检并发症 2 例发生轻度并发症,表现为轻度肉眼血尿,未经干预自行缓解。1 例发生重度并发症,有重度肉眼血尿,血色素较术前降低 10 g/L。并发症发生率为 3.57%。

3 讨论

3.1 参考国际相关标准进行 ARF 的诊断难度并不高,但其病因判断仍有一定难度,如患者无重度外伤或感染等明确诱因,则不易判断或误诊,而病因直接关系到治疗方案的选择,因此采取必要的措施明确病因对治疗的有效性有重要意义。 ARF 的临床表现复杂且呈多样化,本次研究中 PRB 前病因判断出现误诊主要包括肺出血-肾炎综合征以及外伤,前者主要因缺少特异性临床表现而误诊,其中 1 例患者因影像学检查见疑似肺出血,而病理诊断为增生硬化性肾炎,否认了术前判断。另 2 例外伤术前误诊,后经病理证实为系膜增生性肾小球肾炎以及系膜增生性肾小球肾炎合并小管间质改变。本次研究结果显示,PRB 可显著提高术前病因判断的准确性及检出率,与 PRB 前病因的初步判断结果比较有显著性差异,为治疗方案的优化提供基本前提。

3.2 ARF 因病病情进展较快,因此对治疗的及时性 及有效率有较高要求,国外研究将发病至确诊所需时间作为治疗质量评估的重要衡量标准^[8],但因其病因识别难度大,而治疗方案的确定必须明确病因以采取对症治疗。本次研究中 34 例患者经 PRB 诊断后优化治疗方案,10 例直接更换其他治疗,表示 PRB 诊断结果对治疗有较高的指向性,如本次研究中病理确诊为新月体肾炎的患者更改治疗方案为糖皮质激素冲击治疗,而之前病因未明确可能导致治疗延误。陆晓青等^[9]认为对于急性肾炎必须尽早肾活检,从而采取免疫抑制、强化治疗等个体化治疗方案。任海滨等^[10]研究认为糖皮质激素用于急性间质性肾炎有良好的疗效。本次研究中 84 例患者治愈率达 58.33%,以上结果及相关研究均证实 PRB 对 ARF 的治疗有较高的指导价值,尤其对于病因未明确的患者有必要及时进行 PRB 以判断病因。

3.3 有部分研究者认为 ARF 行 PRB 检查可能导致并发症出现,其中以出血事件最为常见^[11],因此临床对实施 PRB 可能存在一定顾虑。 本次研究显示,PRB 后相关并发症发生率仅为 3.57%,且多属于轻度并发症患者,证实如患者未合并凝血功能障碍,PRB 所产生的不良事件在可控范围内。但本文

针对并发症的研究仍存在一定局限性,如未对出院后的中远期并发症进行观察,同时部分患者病程资料不够完善,对术前病因的判断可能存在一定程度的缺失,对研究结果可能产生影响,仍需后期完善。

综上所述,对急性肾功能衰竭患者实施经皮肾穿刺活检有助于明确病因,对临床治疗有指导作用,且此技术安全可靠,有较高的应用价值。

参考文献

- 1 黄莉,徐瑾,廖蕴华,等.急性肾功能衰竭611例的临床流行病学研究[J].中国临床新医学,2009,2(11):1122-1126.
- 2 白彝华,杨敏,蒋红樱,等.创伤后急性肾衰竭62例临床多因素分析[J].中国老年学杂志,2013,33(8):1946-1947.
- 3 陈昱,叶文玲,秦岩,等.老年急性肾衰竭患者临床特点分析[J].中国血液净化,2016,15(3):164-167.
- 4 曾海丽,杨华彬,邓会英,等.儿童急性肾损伤病因学研究进展

- [J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2014,10(1):105-108.
- 5 尹广,陈欣.急性肾损伤的定义及其临床诊断新标准[J].西部医学,2013,25(12):1916-1918.
- 6 孙传兴.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].第2版.北京:人民军医出版社,1998:137-138.
- 7 谢健.连续性血液净化在非肾性危重病治疗中的应用[J].中国临床新医学,2011,4(4):378-382.
- 8 朱钧,邓建新.老年急性肾衰竭的诊治进展[J].中国老年学杂志,2012,32(20):4602-4603.
- 9 陆晓青,刘章锁.急性肾衰竭的诊治进展[J].实用医院临床杂志,2012,9(2):15-19.
- 10 任海滨,俞香宝,孙彬,等.53例急性间质性肾炎临床病理分析[J].临床肾脏病杂志,2013,13(11):519-522.
- 11 孙燕,王晓明,高妍婷,等.B超引导下肾穿刺活检取材及并发症分析[J].陕西医学杂志,2015,44(10):1365-1366.

[收稿日期 2016-06-06][本文编辑 韦颖]

课题研究·论著

腹腔镜下卵巢手术采用不同缝合方法对卵巢分泌性激素的影响

刘媛媛

基金项目:广西卫计委科研课题(编号:Z2016621)

作者单位:530021 南宁,广西壮族自治区人民医院妇科

作者简介:刘媛媛(1981-),女,医学硕士,主治医师,研究方向:妇科肿瘤的诊治。E-mail:43322045@qq.com

【摘要】 **目的** 探讨腹腔镜下卵巢巧克力囊肿剥除术中残留卵巢皮质采用2种不同的缝合止血方法对术后卵巢分泌性激素的影响。**方法** 选取收治的单侧卵巢巧克力囊肿患者60例施行腹腔镜下囊肿剥除手术,应用随机分组法分为两组,A组30例术中创面采用基底连续U型缝合法,B组30例采用囊外连续缝合法。对所有患者术前、术后1个月、术后3个月分别抽外周静脉血,采用化学发光法检测卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂),对两组以上指标进行比较,以评判不同缝合方法对卵巢分泌性激素的影响。**结果** 两组患者术后1个月E₂水平较术前明显降低,FSH、LH较术前明显升高,与术前相比差异有统计学意义($P < 0.05$);术后3个月,E₂水平较术前稍升高,FSH、LH较术前稍降低,但与术前比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后1个月,B组对卵巢激素的影响均大于A组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 腹腔镜下卵巢子宫内异位囊肿剥除术中无论采用基底连续U型缝合或囊外连续缝合法止血法,在术后3个月内均对卵巢分泌性激素造成影响,尤以囊外连续缝合法对卵巢功能的影响更为显著。所有患者卵巢分泌性激素的功能在术后3个月内可恢复正常。

【关键词】 卵巢巧克力囊肿; 囊外连续缝合; 基底连续U型缝合; 性激素

【中图分类号】 R 711 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3806(2016)12-1073-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.12.06

Effects of different sutures on ovarian sexual hormones secretion in laparoscopic operation LIU Yuan-yuan.

Department of Gynecology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China