

3 讨论

3.1 超声有助于确定卵巢囊性肿瘤的部位、大小、数目、肿块 的物理性质及其与周围组织的比邻关系等,它所提供的信息可作为制定治疗方案的重要依据之一,临床上已被广泛应用。卵巢囊性肿瘤按其病理大致可分非赘生性囊肿与赘生性囊肿^[1]。同时,非赘生性囊肿包括滤泡囊肿、黄体囊肿、黄素囊肿、多囊卵巢、内膜异位囊肿。赘生性囊肿包括浆液性囊性瘤及囊腺瘤、粘液性囊腺瘤及粘液性囊腺癌、良性囊性畸胎(皮样囊肿)^[2]。卵巢囊性肿块多属良性病变,但也有 3% 为卵巢的恶性肿瘤^[3],由于超声影像技术对于肿块的物理性质可作出较明确判断,故其在卵巢囊性肿瘤的鉴别诊断中具有重要价值。

3.2 据文献报告,浆液性囊腺癌是最常见的恶性卵巢囊性肿瘤,占成人恶性肿瘤的大约 2%,人群发病率约为 0.03%^[4]。浆液性囊腺癌的超声表现一般为半囊半实,大小 10~15 cm,呈乳头状生长,轮廓不规则,囊壁有不均匀增厚和明显乳头状光团向囊内突起,其内有散在浮动光点,晚期病例可向子宫和肠管浸润或有腹膜广泛转移,引起腹水,形成粘连性肠管强光团且多固定于腹后壁^[5];浆液性囊腺癌预后差,故临床上如发现卵巢的半囊半实性肿块应首先考虑浆液性囊腺癌的可能,其次再考虑内膜异位囊肿。由于内膜异位囊肿属于良性病变,其临床处理与浆液性囊腺癌截然不同,故应作出鉴别。内膜异位囊肿又称巧克力囊肿,囊内为巧克力样陈旧性血液,其超声表现为卵巢内见圆形或不规则囊性包块,囊壁厚,内壁不光滑,其有一种独特征象,即囊肿与子宫密切粘着,致使子宫有“缺损”或“压迹”表现,内部回

声随巧克力囊肿的病期长短而异,病期短者囊内见均匀较密低回声光点,病期长者囊内含光点密度增加,回声增强,逐渐变成实性。由于囊内结构的多变性,声像图可分为:单纯囊肿型、多囊型、囊内均匀光点型、囊内团块型、混合型^[6]。典型的卵巢内膜异位囊肿不难与浆液性囊腺癌相鉴别,但不典型病例则诊断困难,可表现为半囊半实性肿块,壁呈乳头状增厚,回声与浆液性囊腺癌相似,本组 2 例误诊为浆液性囊腺癌。鉴别诊断应注意本病多有继发性、进行性痛经,月经失调、经量增多或经期延长,子宫常后倾固定并可稍大;体格检查附件可触及与子宫相连的不活动的包块;子宫后壁或后陷凹有痛性结节,超声引导下穿刺取材进行组织学活检将有助明确诊断。

参考文献

1 沈国兵. 彩超检查肾脏恶性肿瘤 48 例[J]. 右江医学,2004,32(1):53-54.
2 张缙熙,简文豪. 临床实用超声问答[M]. 第 1 版. 北京:科学技术文献出版社,2007:192-193.
3 刘 爽. 良恶性卵巢肿瘤的超声鉴别诊断[J]. 长春医学,2006,4(2):25-27.
4 来传芳. 彩色超声多普勒诊断卵巢浆液性囊腺癌[J]. 中国临床医学影像杂志,2001,12(5):375-376.
5 钱蕴秋. 超声诊断学[M]. 第 2 版. 西安:第四军医大学出版社,2004:534-537.
6 余立勇,谌 煜. 24 例巧克力囊肿超声声像图误诊分析[J]. 黄石理工学院学报,2009,25(4):35-36.

[收稿日期 2010-01-08][本文编辑 宋卓孙 吕文娟(见习)]

儿童早发糖尿病性肾病 1 例

• 病例报告 •

陈 慧, 黄 萍, 夏成云

作者单位: 644007 四川,宜宾学院医院(陈 慧,黄 萍); 637000 四川南充,川北医学院临床医学院(夏成云)
作者简介: 陈 慧(1980-),女,硕士研究生,研究方向:内科学及公共卫生与健康教育。E-mail:huichen_ybu@163.com

[关键词] 糖尿病肾病; 1 型糖尿病; 儿童
[中图分类号] R 587.1 [文章编号] 1674-3806(2010)05-0490-02
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.05.31

1 病例介绍

患者,女,11 岁,入院诊断为糖尿病酮症酸中毒(DKA),6 年前在另一个医院诊断为 1 型糖尿病。病史显示糖尿病控制不佳,DKA 反复发作。家庭中无糖尿病、肾病、高血压病史。体检身高与体重均低于正常,血压为 115/70 mmHg,未见肝肿大和皮肤水肿,眼科和神经科检查均正常,性征发育为 Tanner 1 期,骨龄相当于 7 岁女孩。从未进行尿微量白蛋

白和 HbA1c 水平评估,入院时尿检 HbA1c 为 16.1% (参考范围 3.5%~6.9%),血糖 471 g/L,尿微量白蛋白 308 μg/min。入院后给予 2 d 的 NPH 胰岛素注射(早上 15 U/kg,晚上 12 U/kg)。DKA 已治愈,血糖也接近正常值,但血压仍高于同龄同性别的健康儿童。实验室查:尿比重 1.015,蛋白(+ +),尿糖阳性,尿沉淀有红细胞;尿蛋白(U_p)为 22 g/L,U_c为 20 g/L,U_p/U_c为 1.1;血清电解质正常,BUN 为 14 g/L,Scr 为 1.0 g/L,Ca 为 8.7 g/L,P 为 5.6 g/L,总蛋白为 6.7 g/

L, 血浆蛋白质为 0.003 g/L, 血浆胆固醇为 332 g/L (正常范围 125 ~ 300 g/L), LDL 为 223 g/L (正常范围 80 ~ 150 g/L), HDL LDL 为 62 g/L (正常范围 35 ~ 65 g/L), 血浆 C3 为 145 g/L, 血浆 C4 为 28 g/L。蛋白质电泳为 51%; α_1 为 2.7%, α_2 为 13.7%, β 为 14.1%, γ 为 18.1%。HbA1c 为 16.4 g/L (参考范围 3.5 ~ 6.9 g/L), Ccr 用 Schwartz 公式计算为 $0.08 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$ 。腹部超声显示: 肝肾大小正常、心电图和甲状腺功能测试均正常。1 周后清晨检查 Up 为 154 g/L, Ucr 为 26.6 g/L、末日尿蛋白质排泄为 $100 \text{ mg} \cdot \text{m}^{-2} \cdot \text{h}^{-1}$, 血压在 100/60 ~ 140/100 mmHg 之间。经皮肾穿刺检查, 光学显微镜下发现所有的肾小球系膜基质增加、基底膜变厚, 部分肾小球系膜基质呈团状沉积。免疫荧光显微镜显示肾小球基底膜变上 IgG 呈线性排列, 电镜下肾小球基底膜变厚以及系膜基质增生。确诊为糖尿病肾病, 开始应用血管紧张素转换酶 (ACE) 抑制剂卡托普利进行治疗。逐日的检查中发现蛋白质排泄逐渐下降, 尽管血糖控制在接近正常的范围, 但尿中仍有微量蛋白存在。

2 讨论

2.1 糖尿病性肾病以持续的蛋白尿、肾功能下降、高血压、进展为终末期肾病为其临床特征。在 1 型糖尿病所有并发症中, 肾病是主要的生命危害因素。该患儿特别之处在于在其青春前期存在明显蛋白尿, 家族中并无糖尿病肾病、高血压及其他肾病史。Francis 等^[1]报道过 1 例 12 岁亚洲女孩患糖尿病肾病, 其有 4 年 1 型糖尿病控制不良史, 无糖尿病肾病家族史。Declue 等^[2]报道过 1 例青春前期儿童患糖尿病史 <5 年者, 但有家族糖尿病肾病史。本例患糖尿病 6 年, 有 DN 的典型临床表现 (高血压、蛋白尿、高血脂) 和发育迟缓。有文献报道: 血糖控制不好、高血压、遗传因素等增加了患糖尿病肾病的风险^[2~7]。糖基化产物 (AGPs) 是重要的致病因素, 通过增加系膜细胞转化因子 β 和薄层演化生长因子产物损伤肾脏。AGPs 增加了基底膜和系膜基质的合成, 增强了血管的敏感性^[8]。据报道严格的血糖控制在延缓 DN 的出现和其它并发症 (视网膜病、神经系统病变) 的出现中有重要的作用。本例由于胰岛素治疗不规范, 所以血糖控制不好, 肾活检显示系膜基质增殖、肾小球基底膜变厚、IgG 线型沉积。

2.2 本例存在蛋白尿、高血压、高脂血症, 处于糖尿病肾病

第Ⅳ期。有报道显示糖尿病患者的 高血压与肾病是伴随出现而不是先于肾病出现^[9], 这与本例一致。一旦微量白蛋白尿出现, 高血脂症便可能发生, 低密度脂蛋白胆固醇和脂蛋白会有不同程度的增加。蛋白尿是糖尿病肾病的标志, 但也可能是糖尿病肾病和肾小球病理的重叠表现。蛋白尿不仅与肾脏病理、死亡率有关, 而且与其他的糖尿病并发症危险性增加有关^[10]。本例无视网膜病, 心电图正常, 是根据生化指标和活检结果作出诊断。本例用卡托普利治疗后, 随着高血糖症得到控制, 患者的蛋白尿逐渐减少, 血压逐渐恢复正常。

参考文献

1 Francis J, Rose SJ, Raafat F, et al. Early onset of diabetic nephropathy [J]. Arch Dis Child, 1997, 77(6): 524-525.

2 DeClue TJ, Campos A. Diabetic nephropathy in a prepubertal diabetic female [J]. J Pediatr Endocrinol, 1994, 7(1): 43-46.

3 卫生部疾病控制司, 中华医学会糖尿病分会. 中国糖尿病防治指南[M]. 北京: 北京大学出版社, 2004: 3-4.

4 王战建, 刘 珊. 糖尿病肾病发病机制的研究进展[J]. 国际泌尿系统杂志, 2006, 26(5): 693-696.

5 卢雯玲. 中医药防治糖尿病肾病临床研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2007, 14(4): 98-99.

6 陈 慧. 糖尿病肾病诊治的研究进展[J]. 微量元素与健康研究, 2008, 25(6): 9-11.

7 Rudberg S, Stattin EL, Dahlquist G. Familial and perinatal risk factors for micro- and macroalbuminuria in young IDDM patients[J]. Diabetes, 1998, 47(7): 1121-1126.

8 Bucala R, Vlassara H. Advanced glycosylation end products in diabetic renal and vascular disease [J]. Am J Kidney Dis, 1995, 26(6): 875-888.

9 Chiarelli F, Casani A, Verrotti A, et al. Diabetic nephropathy in children and adolescents: a critical review with particular reference to angiotensin converting enzyme inhibitors [J]. Acta Paediatr, 1998, 425 (Suppl): 42-45.

10 Chiarelli F, Verrotti A, Mohn A, et al. The importance of microalbuminuria as an indicator of incipient diabetic nephropathy: therapeutic implications [J]. Ann Med, 1997, 29(5): 439-445.

[收稿日期 2009-12-24][本文编辑 黄晓红 吕文娟(见习)]

书写文稿摘要、关键词和作者简介的要求

根据国家新闻出版署发出的(1999)17 号文件精神, 入编正式期刊要执行《中国学术期刊(光盘版)检索与评价数据规范》, 为此, 来稿中请书写摘要、关键词和作者简介。论著摘要采用结构式摘要, 内容包括目的、方法、结果、结论, “四要素” 连排, 不分段。其它文体可采用报道指示性摘要。摘要均用第三人称写法。关键词尽可能选用《医学索引》(Index Medicus) 的医学主题词表 (MeSH) 中的词语。重点文稿还须增加英文摘要及关键词。作者简介包括姓名、性别、出生年月、学历、学位、职称、研究方向 (任选) 等。请广大作者积极配合, 谢谢。