

感染性心内膜炎合并肾脏损伤 1 例

甘晓辉 (四川省绵阳市中心医院肾内科 621000)

【关键词】 感染性心内膜炎; 弥漫增生性肾小球肾炎; 泼尼松

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 17. 071 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)17-2493-02

感染性心内膜炎(IE)临床表现复杂,患者往往缺乏典型症状,尤其是老年患者,即可表现为全身脏器功能衰竭,也可以脑部病变为主。本例患者则以肾脏病变为首发症状。有研究显示,IE 所致肾脏损伤发病率为 43.0%,氮质血症占 53.4%^[1];在抗菌药物使用前,IE 合并肾脏损伤发病率超过 80.0%,尽管随着抗菌药物的使用其发病率有所下降,但仍高于 22.4%^[2-3]。现报道本院收治的 1 例 IE 患者,分析其肾脏损伤的病理特点、治疗过程以及预后情况。

1 一般资料

患者,男,59 岁,因“反复蛋白尿 3⁺月,加重伴水肿 6 d”于 2012 年 12 月 6 日至本院就诊。3⁺月前患者于外院多次尿检结果均为少量蛋白尿,伴全身关节痛、消瘦,不伴心累、气促、发热、皮疹、血尿、口腔溃疡、脱发等。本院检查结果:多次尿检均为少量蛋白尿,肝功能、肾功能、血脂、电解质及肿瘤、免疫功能相关指标均正常,乙型肝炎标志物及感染性疾病指标筛查均为阴性,尿蛋白定性+++ ,24 h 尿蛋白定量 4.87 g/L。诊断:隐匿性肾炎。长期门诊给予黄葵胶囊、金水宝等一般治疗,但尿蛋白仍持续阳性。既往有高血压病史 1 年,4 个月前接受精索囊肿切除术。入院后查体:血压 150/70 mm Hg,二尖瓣区收缩期杂音,肺部及腹部无异常,双下肢轻度水肿。辅助检查:血红蛋白 98 g/L,血小板 87×10⁹/L,清蛋白 27.77 g/L,总胆固醇 4.26 mmol/L,三酰甘油 2.15 mmol/L,尿素 9.65 mmol/L,肌酐 122.5 μmol/L,尿酸 551.7 mmol/L,凝血功能正常,尿蛋白 3.17 g,24 h 尿蛋白定量 5.88 g/L;双胸腔积液,双下肺可见渗出病灶;右肾结石,大小约 11 cm×5.4 cm×5.0 cm,左肾结石,大小约 10.7 cm×6.0 cm×5.5 cm,双肾实质回声增强,皮髓质分界不清,集合系统未见明显分离区及强回声团,提示双肾实质损伤;骨髓穿刺涂片检查未见明显异常;肾穿刺病理学检查提示弥漫增生性肾小球肾炎,以毛细血管内增生为主。初步诊断:肾病综合征。每天给予泼尼松 50 mg 及抗凝、抗炎、利尿、缬沙坦等治疗。患者病情较前加重,双下肢水肿加重,活动后心累、气促明显,端坐呼吸,无发热。心脏彩超提示 IE 改变:(1)赘生物累及二尖瓣和主动脉瓣右冠瓣;(2)二尖瓣及主动脉瓣中度反流;(3)全心张大,三尖瓣轻度反流;(4)肺动脉内径增宽;(5)心包少量积液;(6)中度肺动脉高压;(7)左心室收缩功能正常。血培养阴性。修正诊断:(1)肾病综合征;(2)IE。由于患者病情较重,于 2013 年 1 月 6 日转至四川大学华西医院,予以抗感染、泼尼松治疗肾炎,同时给予护肾、控制血压等治疗,患者内科治疗效果差,频繁出现心累、气促。于 2013 年 2 月 5 日在四川大学华西医院胸外科行双瓣换膜及三尖瓣置换术,手术顺利。术后患者症状明显缓解,尿蛋白阴性,好转出院。出院后泼尼松逐渐减量治疗,多次尿检结果均正常,临床治愈。

2 讨论

IE 并发肾脏损伤主要表现为无症状血尿或蛋白尿,其次为急性肾炎综合征、肾病综合征、急进性肾炎综合征等^[4]。IE 并发肾脏损伤的机制之一为免疫反应,称免疫性肾炎,另一种

为栓塞所致,称柱塞性肾炎或肾梗死,两种病变可合并存在^[5]。IE 伴赘生物形成者,瓣膜上的细菌可持续释放毒素,导致患者体温难以控制,抗菌药物也很难进入赘生物。

自从外科开展 IE 手术以来,IE 患者病死率已从 20 世纪 70 年代的 30.0%下降至 21 世纪的 7.4%~9.9%^[6-7]。然而,目前有关 IE 合并肾脏损伤的治疗方案尚无定论,外科治疗的时机和指征也一直是争议的热点。外科手术治疗包括彻底清除感染组织,以及清除脓肿后残腔的处理、修复或置换损坏的瓣膜、左心室流出通道重建、同期行心内畸形矫治等^[8]。针对 IE 并发肾脏损伤的免疫学机制,外科手术可以及时清除瓣膜赘生物,避免免疫复合物持续在肾脏沉积,及时修复已损伤的瓣膜,减少其他并发症的发生。积极抗菌药物及强心治疗,则有利于改善全身情况和降低手术风险^[9]。传统的 IE 治疗原则是尽量避免在感染活动期进行手术,目的在于避免因组织炎症和感染导致手术失败。心力衰竭是 IE 常见的并发症,且充血性心力衰竭是 IE 患者死亡的独立危险因素,合并肾脏损伤者发生心力衰竭的风险也增高,对伴有中到重度心力衰竭患者给予药物治疗,其病死率为 56%~86%,给予手术联合药物治疗,则病死率为 11%~35%^[10]。有研究显示,当 IE 感染控制欠佳时,患者体温持续升高,或体温恢复正常后,次日再次升高;此时不能待体温恢复正常后再行手术,应及时清除赘生物,修复或替换已损伤的心脏瓣膜^[11-12]。

参考文献

- [1] 赵德才. 感染性心内膜炎所致肾脏病变[J]. 白求恩医科大学学报, 1989, 15(4): 52.
- [2] Shatila W, Rizkallah A, Saad Aldin E, et al. Nonbacterial thrombotic endocarditis as the sole manifestation of stage IV gastric cancer: a case report[J]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database, 2014, 8(1): 267.
- [3] 高志钧. 细菌性感染性心内膜炎发生的肾小球肾炎[J]. 河北中西医结合杂志, 1999, 8(3): 12-13.
- [4] 高瑞通. 感染性心内膜炎的肾脏损伤[J]. 中华肾脏病杂志, 2005, 21(8): 25-27.
- [5] 肖青. 亚急性感染性心内膜炎肾脏损伤 2 例[J]. 潍坊医学院学报, 1996, 18(1): 88-89.
- [6] Grünenfelder J, Akins CW, Hilgenberg AD, et al. Long-term results and determinants of mortality after surgery for native and prosthetic valve endocarditis[J]. J Heart Valve Dis, 2001, 10(6): 694-702.
- [7] Romano G, Carozza A, Della Corte A, et al. Native versus primary prosthetic valve endocarditis: comparison of clinical features and long-term outcomes in 353 patients[J]. Heart Valve Dis, 2004, 13(2): 200-208.
- [8] 王志农, 张宝仁, 徐志云, 等. 复杂性感染性心内膜炎的外科治疗[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(11): 657-660.

[9] 张宝仁,郝家骅,朱家麟,等.原发性感染性心内膜炎的外科治疗(附 102 例报告)[J].中华胸心血管外科杂志,1997,13(4):201-204.

[10] Goiti EJ,Gallo I. Surgery for active valvular endocarditis Esp[J]. Cardiol,2001,54(3):259-260.

[11] Hill EE,Herijers P,Claus P,et al. Infective endocarditis: changing epidemiology and predictors of 6-month mortality;

a prospective corhort study[J]. Eur Heart J. 2007,28(2):196-203.

[12] Shibata T,Sasaki Y,Hirai H,et al. Early surgery for hospital-acquired and community-acquired active endocarditis[J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg,2007,6(3):354-357.

(收稿日期:2014-01-22 修回日期:2014-04-11)

对耐多药结核患者的护理体会

李 宁(重庆市中山医院 400020)

【关键词】耐多药;结核病;护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.17.072 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)17-2494-01

耐多药结核病指至少耐 2 种或 2 种以上主要抗结核药物的结核病。中国是全球 27 个耐多药肺结核病高负担国家之一,每年新发耐多药结核病患者 12 万例,新发广泛耐多药结核病患者 9 000 例。耐多药肺结核病患者与普通肺结核患者相比,传染危害大,受感染者一旦发病即为原发耐多药肺结核病,且传染期更长;耐多药和广泛耐药肺结核病患者的治疗时间长达 2~3 年,治疗费用较普通肺结核患者明显升高^[1]。因此,防止耐多药肺结核病的发生,控制其蔓延,做好耐多药肺结核病的护理对结核病控制工作至关重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 6 月至 2011 年 7 月本院收治的耐多药结核病患者 125 例,男 72 例、女 53 例,年龄 23~74 岁,平均 43.4 岁。125 例患者入院时痰结核菌检查结果均为阳性。

1.2 方法

1.2.1 一般护理 在 125 例患者入院后进行宣教和隔离。耐多药结核病患者再次治疗方案均为二线药物,且主要以静脉输注为主。因此,应保护好患者血管,熟练掌握操作技术,做到静脉穿刺一次成功。在护理过程中,应做到热情、细心,耐心倾听、解释。耐多药结核病是一种慢性消耗性疾病,加强营养摄入对疾病恢复起着非常重要的作用。因此,应指导患者进食高蛋白质、高热量、富含多种维生素的食物。

1.2.2 心理护理 多数耐多药结核病患者为农村复治患者,病情反复发作,身心健康受到极大影响,加之缺乏疾病相关知识,经济困难,故易产生抑郁、自闭、自卑、多疑等心理,对治疗失去信心^[2]。个别患者甚至产生极端的报复心理。因此,应针对患者不同的心理,积极应用心理、护理知识对患者进行心理疏导。向患者分析耐多药结核病的耐药原因及治疗方案、预后等,帮助患者正确认识疾病,树立战胜疾病的信念。同时,应与患者家属进行沟通,在病区开展知识讲座和健康教育,使患者家属能够积极配合、支持患者的治疗。

1.2.3 特殊护理 (1)在门诊建立家庭病床,使出院后转入门诊的患者能够在任何时间接受输液治疗,减轻患者的治疗费用,也有利于督导患者完成整个疗程。但此方法只适合居住于医院附近的患者。(2)建立 QQ 群,和患者保持联系,回答患者疑问,指导患者完成整个疗程。(3)详细记录患者入院后所接受的护理和健康教育情况,出院后随访 2 年,督促患者在门诊复查,继续治疗。

2 结 果

通过 2 年的门诊跟踪随访,71 例治愈,54 例病情有所好

转,但需继续治疗。

3 讨 论

80%的耐多药结核病患者为农村患者,经济困难,无法完成整个疗程,需要政府的资金支持^[3-4]。因此,应完善市、区级卫生系统联网工作,将耐多药结核病患者信息输入数据库,在患者出院后将资料转入下级卫生机构,并要求社区医务人员热情服务,认真督导患者完成疗程。重视区、县级结核病专科医生的培养,尽量避免耐多药结核病的发生。在病房建立 QQ 群,便于患者在后续疗程中遇到疑问时随时咨询,医生、护士应及时解答患者的疑问,并提醒患者按时复诊,以保证患者按疗程接受治疗。

耐多药结核病的治疗周期长、医疗费用相对较高,增加了患者家庭的经济支出。因此,应积极做好患者及其家属思想工作,详细解答患者及其家属的各种疑问,同时争取患者家属的支持与配合。此外,应指导患者家属在各方面关心、支持、帮助患者,减轻患者的劳动量,并在给予患者积极的精神支持。

综上所述,控制耐多药结核病的关键是加强结核病防治知识的宣传,督导患者坚持用药,并同时给予患者有效的心理疏导。对初治结核病患者,应坚持“早期、规律、全程、联用、适量”治疗原则,尽早进行痰抗酸杆菌培养及药敏试验检测,从而及早发现原发性耐药患者,制订合理的治疗方案,减少或避免耐多药情况的发生^[5]。加强结核病患者健康教育及心理护理,提高耐药结核患者的治愈率,是医护人员义不容辞的责任。

参考文献

[1] 范景庆,马春燕,包斯琴,等.建立与医保相结合医疗机构与疾控系统合作治疗管理耐多药肺结核患者新模式探讨[J].疾病监测与控制杂志,2013,7(9):582-584.

[2] 任惠娟.耐多药结核患者的心理分析及护理对策[J].菏泽医学专科学校学报,2008,20(3):65-66.

[3] 郭瑞萍,秦红英,宋磊.提高耐多药结核患者治疗依从性的护理体会[J].中国医药指南,2012,10(18):346-346.

[4] 苍爱泽,张志学,时维秀.耐多药结核病临床分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,33(17):2343-2343.

[5] 张春智.182 例初治耐多药肺结核病原因分析[J].临床肺科杂志,2010,15(2):262.

(收稿日期:2014-03-22 修回日期:2014-07-13)