



120例原发性肾病综合征患者合并感染的相关因素分析

莫薇薇 (柳州市工人医院肾内科 广西柳州 545007)

摘要: **目的** 对120例原发性肾病综合征的患者,其感染相关因素进行回归性分析并提出降低患者院内感染的相关对策。**方法** 回顾性分析2014年1月1日至2014年08月01日在本院住院的120例原发性肾病综合征患者资料,根据其症状、体征、检查资料筛选出确诊合并感染的患者,分析临床特点及转归情况。**结果** 观察期间,120例原发性肾病综合征患者中,有31例合并感染,其感染率为25.83%,呼吸道为最常见感染部位,其次依次为尿路、胃肠道等。大肠埃希菌为主要致病菌;其次为金葡萄菌、链球菌及真菌。**结论** 肾综患者感染率与其住院天数、激素和免疫抑制剂应用、血清IgG水平有关。

关键词: 肾病综合征 感染 相关因素

中图分类号: R692.3

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2017)11-043-02

原发性肾病综合征(PNS)是常见的肾小球疾病,由于患者机体免疫功能低下,故感染为其常见并发症。因感染会严重影响疾病治疗、可进一步导致肾功能恶化、延长住院时间,会直接影响患者疾病预后。现将我院120例原发性肾病综合征患者的感染临床特征报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2014年1月1日至2014年08月01日在肾内科住院治疗的PNH患者120例。

1.2 诊断标准

所有患者为成年人均符合6版内科学PNH的诊断标准:

“①尿蛋白大于3.5g/d;②血浆白蛋白低于30g/L;③水肿;④血脂升高。其中①②为诊断必需^[1]”,并除外了继发因素所导致的肾病综合征患者。其中男73例,女47例;年龄16~74岁,平均(51.25±16.86)岁;病程1个月~6年,平均(1.83±0.74)年。

1.3 方法

对120例原发性肾病综合征患者的病例进行回顾性分析,院内感染的诊断标准按照卫生部《医院感染诊断标准》^[2]制定,纳入本研究中的所有患者均有相应临床表现、影像学资料、血液生化或致病细菌培养结果等资料,同时统计分析感染的相关资料。

1.4 统计学处理

采用SPSS13.0软件建立编辑和统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料应用例数及发生率,两组比较分别采用t检验及 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义

2 结果

2.1 患者的院内感染发生率以及部位

120例原发性肾病综合征住院患者中,有31例患者合并感染,感染率为25.83%。31例感染部位依次为呼吸道19例,占61.29%(其中下呼吸道17例,占54.84%,上呼吸道2例,占6.45%);尿路感染5例,占16.13%;消化道感染4例,占12.90%;腹膜感染2例,占6.45%;皮肤、软组织感染1例,占3.23%;其中,单个部位感染患者28人,占90.32%;两个及两个以上部位感染患者3人,占9.68%。在单个或多个感染部位中,均以呼吸道的感染最为多见。见表1。

表1.31例PNS合并感染以及感染部位

部位	例数	百分比(%)
呼吸道	19	61.29
尿路	5	16.13
消化道	4	12.90
腹膜	2	6.45
皮肤软组织	1	3.23
合计	31	100.0

2.2 细菌学检查

细菌学检查根据临床表现分别进行血、痰、尿、粪、腹水进行培养,31例患者中17例(54.54%)致病菌培养阳性,3例(17.6%)为2种致病菌混合感染;其中G⁻杆菌9株(52.94%)、G⁺球菌5株(29.41%)、真菌2株(11.76%)。致病菌种占前4位的分别为大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌及真菌。

2.3 医院感染与住院天数的关系

本研究中,患者的住院日最短为3d,最长为16d。从所得的资料分析,医院感染率与住院时间有关,两组比较有显著性差异($P < 0.01$)。即住院时间越长,越易发生医院感染。见表3。

表3. 医院感染与住院天数的关系

时间(d)	病例数	感染数	感染率(%)
≥7	67	25	20.83
<7	53	6	5.00
合计	120		25.83

注:两组感染率比较 $p < 0.01$

2.4 医院感染与激素或免疫抑制剂的关系

激素及免疫抑制剂联合应用的41例患者中,出现医院感染的有18例,感染率为43.90%;单独应用激素的患者有79例,出现医院感染的有13例,医院感染率为16.46%。两者比较有显著性差异($\chi^2=49.2$, $P < 0.01$)。

2.5 医院感染与机体体液免疫的关系

本研究中,有74例患者检测了血清免疫球蛋白水平。归纳统计得出,IgG<5g/L的患者有49例,其中合并感染的有11例,感染率为22.45%;IgG>5g/L的患者有25例,其中感染的3例,感染率为12%,两者相比有显著性差异($\chi^2=12.3$, $P < 0.01$)。

3 讨论

原发性肾病综合征为常见的临床疾病,以大量蛋白尿、低白蛋白血症、水肿及高脂血症为主要特点。其常见的并发症包括感染、血栓或栓塞形成、脂质代谢的异常、肾功能衰竭等^[3]。其中,感染为其临床常见并发症,国内文献报道指出,感染在原发性肾病综合征住院患者中一直有着较高发病率^[4]。在本研究中的120例PNS患者中,合并感染的为31例,其患病率为25.83%。文献报道,原发性肾病综合征患者合并院内感染患病率波动在14.71%~27.0%之间,提示其感染率仍较高,需引起临床医生的高度重视。这对于早发现、早治疗潜在的感染风险很有帮助。

研究显示在原发性肾病综合征合并感染的患者中,其常见的感染部位为呼吸道、尿路、腹膜及皮肤软组织等^[5]。由于呼吸道与外界相通,致病菌容易经呼吸道进入人体,同时,在原发性肾病综合征患者中,由于严重的低白蛋白血症,造成患者肺组织间隙、胸膜腔等水钠潴留,为细菌生长提供了



良好的培养基,因此呼吸道为原发性肾病综合征患者的常见感染部位。在本组资料中,呼吸道亦是最常见感染部位,共计19例,其中下呼吸道17例,占54.84%,上呼吸道2例,占6.45%;与报道相一致。

在常见致病菌方面:本组研究中有27例病原菌涂片或培养阳性,而病原学检查阳性患者中,革兰阴性菌有9例(52.94%,其中大肠埃希菌有7株),革兰阳性菌5例(29.41%),真菌2例(11.76%)。据相关文献报道:住院患者合并感染时致病菌多以革兰阴性菌为主^[6],其中以大肠埃希菌常见^[7]。除细菌感染多见外,真菌感染的机率也较大,可表现为真菌+细菌,真菌+病毒+细菌,真菌+结核杆菌等^[8]。本组资料显示,肺部感染仍以大肠埃希菌较多见,但其他致病菌亦较多,故在临床治疗中应注意及时予病原学送检了解致病菌情况,以正确选择抗生素应用。值得引起注意的是,真菌感染的比例出现了上升趋势^[9],尤其是白色念珠菌及热带念珠菌,已成为患者真菌感染常见治病菌。考虑临床上,长期大剂量的广谱抗生素应用,虽控制了细菌感染,但同时诱发真菌感染几率上升^[10],因此,建议合理使用抗生素,尽量减少广谱抗生素应用,是避免患者感染真菌的主要措施。本组资料表明,医院感染的几率,会随着住院时间的延长而增加。由于临床使用激素治疗的患者,其疗程一般较长,故可造成机体基础免疫力低下。随着其住院时间的延长,更易出现医院感染。对于原发性肾病综合征患者,建议早诊断,早治疗,尽量缩短住院时间。

通常情况下,应用免疫抑制剂和糖皮质激素是肾病综合征患者出现并发感染的主要因素^[11]长期使用激素使患者蛋白质代谢分解增强,从而产生负氮平衡,在很大程度上抑制了患者抗体的产生,此外,免疫抑制剂会导致患者机体白细胞下降,进而使得患者免疫功能低下,并发医院感染^[9],提示这类免疫力较差的病人,尽量进入层流室治疗,避免交叉感染。

(上接第41页)

的措施对患者给予治疗与护理^[5]。对患者实行用药护理、穴位护理、心理护理以及健康指导,从中医学的角度为患者进行护理指导有着一定的效果和意义。实施用药护理的时候,可以给予患者中药治疗,同时采用重要清洗关节部位,有利于改善患者的风湿关节所发生的各种肿胀、疼痛症状^[6]。

本研究结果显示,实验组患者治疗总有效率(92.50%)显著高于常规组患者的治疗总有效率(77.50%)。这一结果充分证明中医护理干预对于采用中药外敷治疗的类风湿关节炎患者的生活质量有着显著的效果,可以作为临床护理首选方式。

综上所述,中医护理干预对类风湿关节炎患者生活质量的影响显著,能够有效的改善患者的生活质量,值得临床推广。

参考文献

[1] 张川林,张泽菊,牟绍玉.延续性护理干预对慢性心力衰

综上所述,完善医院感染控制机制、合理营养、加强病房层流室管理、提高患者自身免疫能力、促进体内蛋白合成、合理使用抗生素,缩短住院时间等措施能够有效降低医院感染率的发生。

参考文献

[1] 章有康.肾病综合征[M]/陆再英,钟南山.内科学.北京:人民卫生出版社,2008:513-522.

[2] 中华人民共和国卫生部.医院感染诊断标准(试行)[S].北京:中华人民共和国卫生部,2001:10-12

[3] 沈皓,张琰,杨成,等.肾病综合征并发肺栓塞12例[J].中国中西医结合肾病杂志,2011,12(9):825-826.

[4] 陈求刚,钟雪云,陈运贤.原发性肾病综合征患者合并医院感染的相关因素分析[J].中国热带医学,2007,7(8):1488-1489.

[5] Soeiro E M, Koch V H, Fujimura M D, et al. Influence of nephrotic state on the infectious profile in childhood idiopathic nephrotic syndrome[J]. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo,2004,59(5):273-278.

[6] 韦淑龙.2008~2010年住院患者医院感染调查分析[J].中国当代医药,2011,18(21):196-197.

[7] 徐豪,施志欣,贾莉婷,等.2007年度临床常见致病菌分布及耐药情况分析[C].西安:2008.

[8] 杨静,吴永贵,沈继录,等.泌尿道感染的菌群分布及耐药性分析[J].安徽医科大学学报,2009,44(2):280-282.

[9] 朱丽辉.医务人员手卫生影响因素的调查[J].国际护理学杂志,2011,32(5):732-734.

[10] 刘冠贤,邓安国,王玉梅,等.狼疮肾炎患者继发真菌感染的危险因素分析[J].中国实用内科杂志,2005,25(1):59-60.

[11] 孙存琛.医院感染的预防和控制[J].国际护理学杂志,2011,3(5):404-406.

竭患者生活质量影响的Meta分析[J].中国实用护理杂志,2015,31(3):183-186.

[2] 杨眉峰,曾屹生,赖长沙.益肺健脾法配合穴位贴敷对持续性类风湿关节炎患者生活质量影响的临床研究[J].成都中医药大学学报,2015,38(1):82-85.

[3] 周莉婷.乳腺癌围术期中医情志护理干预对患者及家属生活质量影响分析[J].辽宁中医药大学学报,2015,23(12):202-204.

[4] 康燕.中医护理干预对高血压患者生活质量的影响分析[J].世界中医药,2015,31(a02):1630-1631.

[5] 裴秋萍,王艳,廖波,等.辛芩颗粒干预治疗对类风湿关节炎患者生活质量的影响研究[J].中国地方病防治杂志,2016,15(4):472-473.

[6] 杨眉峰,曾屹生,赖长沙.益肺健脾法配合穴位贴敷对持续性变应性鼻炎患者生活质量影响的临床研究[J].成都中医药大学学报,2015,38(1):82-85.

疼痛、加速产程、预防新生儿不良并发症方面具有显著疗效,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 廖玲,廖东林,李慧敏等.产程中镇痛分娩配合体位护理的临床研究[J].护士进修杂志,2012,27(16):1472-1474.

[2] 虞文青.产程中镇痛联合体位护理在分娩中的应用[J].中国基层医药,2016,23(17):2584-2587.

[3] 樊玉霞.产程中镇痛分娩配合体位护理的临床研究[J].中国继续医学教育,2016,8(2):208-209.

[4] 陆凤英.镇痛分娩配合体位护理对产程及新生儿影响的分析[J].中国保健营养,2016,26(14):372-373.

[5] 杜静.镇痛分娩配合体位护理的综合性护理效果[J].当代医学,2016,22(27):124-125.

(上接第42页)

提供有效保障^[3]。本文研究结果显示,研究组总体产程耗时与新生儿不良并发症发生率(8.7±4.6h、3.53%)显著少于对照组(12.4±5.1h、25.88%),其镇痛效果(97.65%)显著优于对照组(70.59%),差异显著,P<0.05。与杜静在配合体位护理的镇痛分娩应用效果研究中结论基本一致,分析原因可能是产妇在接受硬膜外联合麻醉后可随时自控用药,加之体位配合,有效缓解产妇阵痛程度;而且由于产妇积极调整体位,可以及时有效纠正胎儿异常体位,便于胎儿头部在骨盆内沿着产轴顺利旋转下降,加快产程进展,缩短分娩时间的同时,有效预防胎儿宫内窘迫、窒息事件的发生^[4-5]。

综上所述,在镇痛分娩过程中结合体位护理在缓解产妇