

紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的危险因素及其综合护理干预效果分析

陈芳, 张国珍, 陈茜茜

(海南省人民医院儿科, 海南 海口 570311)

【摘要】 目的 探讨紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的危险因素及其综合护理干预效果。方法 选取 2011 年 6 月至 2013 年 1 月期间我院收治的紫癜性肾炎患儿 120 例, 按是否并发肺部感染分为并发组($n=58$)和非并发组($n=62$), 比较两组患者基本资料及治疗方法, 并采用 Logistic 回归分析法分析紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的相关因素。患者均采取综合护理干预, 比较护理前后患者的生活质量。结果 并发组持续皮疹发生率、腹痛严重发生率、插管率、静脉留置导管率、肾脏穿刺率、激素使用和免疫抑制剂使用次数均较非并发组患者升高, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。Logistic 回归分析结果显示, 紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的危险因素为插管、静脉留置导管和肾脏穿刺等侵入性操作和激素以及免疫抑制剂的使用。综合护理后两组患者的生活质量评分均较护理前提高, 差异均有显著统计学意义($P<0.01$)。结论 紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的相关因素为插管、静脉留置导管和肾脏穿刺等侵入性操作和激素以及免疫抑制剂的使用, 综合护理干预可有效提高患者的生活质量。

【关键词】 紫癜性肾炎; 患儿; 肺部感染; 相关因素; 护理干预

【中图分类号】 R473.72 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2015)10-1550-03

过敏性紫癜是以 IgA 沉积于血管壁而形成的小血管炎, 该病常侵犯患者肾脏, 易诱发紫癜性肾炎^[1]。患者因本身免疫力较差, 加之长期使用激素和免疫抑制剂, 极易发生各类感染, 严重危害患者的健康和生命安全, 儿童紫癜性肾炎的治疗方法多样, 治疗效果不一^[2-3]。目前国内外对于紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的相关因素分析和护理干预对策研究报道甚少。本文旨在分析紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的危险因素和综合护理方法, 为紫癜性肾炎合并肺部感染的预防和治疗提供依据, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 6 月至 2013 年 1 月期间我院收治的紫癜性肾炎患儿 120 例, 按是否并发肺部感染分为并发组($n=58$)和非并发组($n=62$)。患者均符合 2005 年 6 月维也纳国际会议上提出的诊断标准^[4]。并发组患者中男性 31 例, 年龄 18 个月~14 岁, 平均(8.94±4.36)岁; 女性 27 例, 年龄 19 个月~13 岁, 平均(9.78±5.83)岁。非并发组患者中男性 33 例, 年龄 21 个月~14 岁, 平均(9.93±3.72)岁; 女性 29 例, 年龄 21 个月~14 岁, 平均(9.73±5.21)岁。两组患者的基本资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗及护理方法 患者均接受常规利尿、降压和抗感染治疗, 尽量减少插管、静脉留置导管和肾

脏穿刺等侵入性操作及激素、免疫抑制剂的使用, 此外患者均接受全面综合护理, 具体如下: (1) 日常生活指导: 嘱患者注意保持室内温度适宜, 避免潮湿, 勤开窗通风。患者尽量卧床, 尽量减少探视, 保持居住环境整洁以防止蚊虫叮咬。请医生给患者讲解疾病的相关知识及注意事项, 对患者及其家属的疑惑进行解答, 鼓励患者积极配合治疗和护理工作。对于本身具有心理障碍的患者请心理科医生及护士一起配合护理工作的完成。指导患者进行合理饮食, 根据患者个人体质提供饮食, 尽量少食用盐, 合理进食优质蛋白质。患儿正处于成长期, 尤其要注意营养均衡。(2) 严密检测患者变化: 密切观察患者尿液, 注意其是否出现颜色变化、沉淀、量的变化、肉眼血尿等, 及时监测患者肾功能的变化及时给予相应的护理, 密切观察患者紫癜部位的大小、颜色、进展变化, 对于出现腹痛、头晕等患者报知医生进行相应的治疗和护理。(3) 用药护理: 严格根据医嘱给患者用药, 注意患者可能出现的并发症, 配合医生完成用药, 告知患者各类用药可能出现的并发症并叮嘱患者出现不适感及时告知护理人员。(4) 健康教育: 告知患者各类易导致过敏的物质和食物, 让患者尽量避免接触易导致过敏物质, 及时告知患者出院后的注意事项及疾病特点, 使患者明确该病的并发症和复发, 使患者合理评价治疗

效果,出现复发及并发症时及时发现和治疗。叮嘱患者注意合理锻炼,增强免疫力。

1.3 研究方法 回顾性分析并发组和非并发组紫癜性肾炎患儿的性别、持续皮疹、腹痛、插管、静脉留置导管、肾脏穿刺、激素使用和免疫抑制剂使用次数,所有患者均采取综合护理干预,以SF-36健康量表检测护理前后患者的生存质量。

1.4 评价方法 采用SF-36健康量表^[5]检测护理前后患者的SF-36得分变化,检测内容包括生理功能(PF, 10~30分,可能分数范围(PSA)20)、生理职能(RP, 4~8分,可能分数范围为4)、躯体疼痛(BP, 2~11分,可能分数范围为9)、总体健康(GH, 5~25分,PSA 20)、活力(VT, 4~24分,PSA 20)、社会功能(SF, 2~10分,PSA 8)、情感职能(RE, 3~6分,PSA 3)、精神健康(MH, 5~30分,PSA 25)等8个维度,本研究分数以转换分数表示,其中转换分数=[(原始分数-最低可能分数)/PSA]×100。

1.5 统计学方法 采用SPSS13.0软件,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的相关因素分析采用Logistic多元回归分析法,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的基本资料比较 并发组发生持续皮疹、腹痛、插管、静脉留置导管、肾脏穿刺、激素使用和免疫抑制剂使用次数较高的患者比例均较非并发患者增加,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的相关因素分析 Logistic回归分析结果显示,紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的危险因素为插管、静脉留置导管和肾脏穿刺等侵入性操作和激素以及免疫抑制剂的使用,差异有统计学意义($P<0.01$),见表2。

表3 护理前后两组患者的生活质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
非并发组	护理前	51.75±6.45	50.25±5.85	51.25±6.25	44.78±5.68	50.28±6.41	51.14±5.25	50.85±6.62	54.52±5.62
	护理后	75.08±6.56	75.05±6.05	79.66±6.55	64.91±6.42	76.62±6.84	74.62±6.15	79.41±6.62	79.62±6.88
	t 值	7.73	7.92	7.84	7.18	7.81	7.87	7.73	7.25
	P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
并发组	护理前	50.89±6.64 ^a	51.01±5.73 ^a	51.38±6.75 ^a	44.85±5.73 ^a	50.21±6.72 ^a	51.41±5.66 ^a	51.05±6.25 ^a	54.71±5.62 ^a
	护理后	74.02±6.25 ^b	73.27±6.62 ^b	76.52±6.69 ^b	62.28±6.58 ^b	75.26±6.62 ^b	73.88±6.78 ^b	78.59±6.72 ^b	80.03±6.68 ^b
	t 值	7.68	7.84	7.43	7.02	7.73	7.81	7.52	7.28
	P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

注:与非并发组比较,^a $P>0.05$,^b $P>0.05$ 。

3 讨论

过敏性紫癜是儿童常见自身免疫性疾病,其主要病理改变为坏死性小血管炎,其主要临床表现为紫癜

表1 两组患者的基本资料比较[例(%)]

项目	分类	并发组	非并发组	χ^2 值	P 值
性别	男	25(43.10)	28(45.16)	1.25	>0.05
	女	33(56.90)	34(54.84)		
腹痛	严重	41(70.69)	26(41.94)	5.98	<0.05
	一般	17(29.31)	36(58.06)		
持续皮疹	是	38(65.52)	19(30.65)	6.32	<0.05
	否	24(41.38)	43(69.35)		
插管	是	39(67.24)	24(38.71)	7.98	<0.01
	否	19(32.76)	38(61.29)		
静脉留置导管	是	36(62.07)	21(33.87)	8.65	<0.01
	否	22(37.93)	41(66.13)		
肾脏穿刺	是	41(70.69)	26(41.94)	6.82	<0.05
	否	17(29.31)	36(58.06)		
激素使用	是	38(65.52)	24(38.71)	6.42	<0.05
	否	20(34.48)	38(61.29)		
免疫抑制剂使用	是	37(63.79)	23(37.10)	7.85	<0.01
	否	21(36.21)	39(62.90)		

表2 Logistic回归分析法分析紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的相关因素

因素	β 值	SE	χ^2 值	P 值	OR	95%CI
插管	1.486	0.893	22.781	<0.01	14.257	2.98-5.28
静脉留置导管	1.459	0.886	21.552	<0.01	10.245	2.15-11.78
肾脏穿刺	1.442	0.851	19.365	<0.01	9.222	2.03-11.21
激素应用	1.368	0.754	14.15	<0.01	5.369	2.42-10.25
免疫抑制剂应用	1.245	0.642	10.215	0.001	4.775	1.79-12.69
血压	0.563	0.362	2.041	0.158	1.241	0.84-2.34
性别	0.221	0.356	0.331	0.328	1.253	0.65-2.08

2.3 护理前后两组患者的生活质量比较 并发组和非并发症护理前后的生活质量比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。与护理前比较,两组护理后患者的PF、RP、BP、GH、VT、SF、RE、MH等生活质量评分得分均显著升高,差异均有显著统计学意义($P<0.01$),见表3。

样皮疹、关节痛、腹痛、肾脏的损害等^[6-7]。过敏性紫癜肾炎(Henock-schonlein purpura nephritis)是我国儿童过敏性紫癜的常见多发性肾病,若不能及时发现并

加以正确的治疗和合理的护理,患者的预后多数不佳,严重患者甚至继发终末期肾病,严重威胁患者的健康和生命安全^[8-10]。紫癜性肾炎常累及全身多个系统,其主要受累部位为消化道、皮肤、肾脏和关节等,肾脏的受累程度与患者远期预后密切相关,是影响紫癜性肾炎的主要因素^[11-12]。加之患者需长期使用激素和免疫抑制剂,极易发生各类感染如肺部感染^[13]。紫癜性肾病合并肺部感染患者的治疗研究目前国内均较少,对紫癜性肾病合并肺部感染的研究报道亦甚少。明确儿童紫癜性肾病合并肺部感染的相关因素和护理干预对策可为儿童紫癜性肾病合并肺部感染的治疗提供有力依据,提高儿童紫癜性肾炎合并肺部感染的诊治水平,改善紫癜性肾炎合并肺部感染儿童的预后。

本研究结果显示,紫癜性肾炎患儿合并肺部感染发生持续皮疹、腹痛、插管、静脉留置导管、肾脏穿刺、激素使用和免疫抑制剂使用的次数均较高,持续皮疹、腹痛、插管、静脉留置导管、肾脏穿刺、激素使用和免疫抑制剂使用均有可能是紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的危险因素。进一步采用 Logistic 多元回归分析法分析紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的危险因素,结果显示,其危险因素为插管、静脉留置导管、肾脏穿刺等侵入性操作和激素以及免疫抑制剂的使用,对于以上患者应密切观察是否出现感染及不适,及时发现肺部感染等并发症的发生以及对并发症进行诊治。尽量减少插管、静脉留置导管和肾脏穿刺等侵入性操作及激素、免疫抑制剂的使用并给予适当的护理后患者的生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康等生活质量评分均显著升高,患者生活质量得到显著改善,综合护理干预可有效提高紫癜性肾炎合并肺部感染患儿的生活质量。然而由于本研究样本量较小,研究时间亦较短,加之紫癜性肾炎患者发生肺部感染的机制较为复杂,明确儿童紫癜性肾病合并肺部感染的相关因素和护理干预方法需进一步大样本量的深入研究。

综上所述,紫癜性肾炎患儿合并肺部感染的相关因素为插管、静脉留置导管、肾脏穿刺等侵入性操作和激素以及免疫抑制剂的使用,对于以上紫癜性肾炎患者应密切观察是否出现感染及不适,综合护理干预可有效提高患者的生活质量,是紫癜性肾炎合并肺部感染患儿的有效护理方法。

参考文献

- [1] 曾萍. 过敏性紫癜的诊断与治疗[J]. 实用儿科临床杂志, 2010, 9: 625-628.
- [2] 叶成海, 张燕钦, 黄惠仪, 等. 过敏性紫癜患儿尿白三烯 E4 测定的临床意义[J]. 海南医学, 2011, 22(7): 119-120.
- [3] 俞蕾, 刘磊, 赵桂臣, 等. 儿童紫癜性肾炎 55 例临床与病理分析[J]. 临床儿科杂志, 2010, 28(7): 670-674.
- [4] Kimura S, Takeuchi S, Soma Y, et al. Raised serum levels of interleukins 6 and 8 and antiphospholipid antibodies in an adult patient with Henoch-Schönlein purpura [J]. Clin Exp Dermatol, 2013, 38(7): 730-736.
- [5] Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection [J]. Med Care, 1992, 30(6): 473-483.
- [6] 于生友, 于力, 王丽娜, 等. 甲泼尼龙冲击递减疗法治疗重症过敏性紫癜的临床疗效[J]. 实用儿科临床杂志, 2011, 26(9): 696-698.
- [7] 夏珣. 过敏性紫癜患儿肾脏损害的危险因素分析[J]. 实用儿科临床杂志, 2010, (9): 654-655.
- [8] Trnka P. Henoch-Schönlein purpura in children [J]. J Paediatr Child Health, 2013, 49(12): 995-1003.
- [9] 吴秀丽, 张秀辉. 135 例紫癜性肾炎病理分型与临床指标的关系研究[J]. 现代预防医学, 2012, 39(6): 1570-1573.
- [10] 赵培伟, 李瑛, 何学莲, 等. 血管紧张素转换酶基因插入/缺失多态性与过敏性紫癜及紫癜性肾炎相关性研究 Meta 分析[J]. 中国实用儿科杂志, 2011, 26(10): 767-769.
- [11] Bérubé MD, Blais N, Lanthier S. Neurologic manifestations of Henoch-Schönlein purpura [J]. Handb Clin Neurol, 2014, 120: 1101-1111.
- [12] 刘松山, 张爽, 王仲. 紫癜性肾炎蛋白尿的中医病因病机与辨治[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(7): 729-730.
- [13] 任献国, 张沛, 高远赋, 等. 儿童紫癜性肾炎肾脏病理分级与临床特征关系探讨[J]. 中国全科医学, 2013, 16(21): 2441-2443.

(收稿日期: 2014-10-31)