

## 2 例多发性肌炎合并肾损伤的护理

常 婷, 景 影

(解放军南京总医院 国家肾脏疾病临床医学研究中心 全军肾脏病研究所 肾脏科, 江苏 南京, 210002)

**摘要:** 多发性肌炎(PM)是由于炎症细胞浸润在横纹肌组织而导致的自身免疫性坏死性肌病, 临床表现为一定程度的肌萎缩和对称性肌无力, 可以累及到多个系统和器官。本文回顾了2例PM合并肾损伤患者的临床资料和护理措施, 并对PM合并肾损伤患者一般护理、药物护理、并发症护理、饮食护理、心理护理方法做一总结。

**关键词:** 多发性肌炎; 肾损伤; 糖皮质激素; 并发症; 心脏损害; 肺炎; 心理护理

**中图分类号:** R 593.26      **文献标志码:** B      **文章编号:** 2096-0867(2018)02-0172-04

## Nursing management of two patients with polymyositis complicated with renal injury

CHANG Ting, JING Ying

(Department of Nephrology, Nanjing General Hospital National Clinical Research Center For Kidney Disease, Nanjing, Jiangsu, 210002)

**ABSTRACT:** The definition of the term “polymyositis” which refers to a relatively unusual inflammatory disease of skeletal muscles is presented. It is characterized typically by weakness usually of the proximal muscles, muscle and joint pain, pathological muscle changes (such as fiber degeneration or infiltration by lymphocytes), affecting many organ systems including lung, heart and kidney. This paper reviewed the clinical data and nursing management of renal injury in two patients with polymyositis. The nursing interventions mainly focused on general condition, medication, complication of polymyositis, mental health and other issues.

**KEY WORDS:** polymyositis; renal injury; glucocorticoid; complication; pneumonia; psychological care

多发性肌炎(PM)是由于炎症细胞浸润在横纹肌组织而导致的自身免疫性坏死性肌病, 临床表现为一定程度的肌萎缩和对称性肌无力, 可以累及机体多个系统和器官<sup>[1-2]</sup>, 作为一种少见病, 其发病率约1/100 000<sup>[3]</sup>。间质性肺病是其非常重要的并发症, 具有约40.00%的患病率<sup>[4]</sup>, 但并发肾小球损害的病例国内外少有报道。关于PM合并肾损伤的护理方法国内文献报道相对较少, 本文回顾性分析了2例确诊为PM合并肾损伤的患者的临床资料, 现将临床治疗和护理报告如下。

### 1 临床资料

患者甲, 男, 45岁, 已婚, 因“痛风3年, 尿检异常20d, 乏力15d”入院。病例特点: 反复发作痛风3年, 15d前出现双肩关节、双肘关节、双膝关节疼痛, 伴乏力。肾损害表现为: 中等量蛋白尿, 无镜下血尿, 肾功能临界, 血白蛋白正常低值, 尿酸偏高, 肝酶明显升高, 后背部可见融合性红色皮疹, 伴瘙痒, 无严重脱发、反复口腔溃疡等肾外表现。入院查体: 体温37.5℃, 脉搏100次/min, 呼吸20次/min, 收缩压/舒张压140/87 mmHg。神志清楚, 精神状态良好, 营养一般, 全身皮肤、巩膜



无黄染,后背部可见融合性红色皮疹,浅表淋巴结未扪及肿大;咽不红,扁桃体不大。心、肺、腹部未见明显异常。双下肢轻度浮肿。肺部CT未见异常。辅助检查:尿常规:尿蛋白(3+),隐血(+),24 h 尿蛋白定量2.48 g/24 h,尿沉渣红细胞(RBC)10 000/mL,白细胞(WBC)0-1/HP;血常规:血红蛋白(Hb)15.3 g/dL,WBC 13 000/mm<sup>3</sup>,中性粒细胞(N):75.9%,血小板(PLT)247 000/mm<sup>3</sup>;C-反应蛋白(CRP)13.6 mg/L;血生化:血白蛋白35 g/L,球蛋白26.8 g/L,胆固醇4.48 mmol/L,甘油三酯2.83 mmol/L,丙氨酸氨基转移酶187 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶362 U/L,肌酸激酶10 426 U/L,K<sup>+</sup>4.43 mmol/L,Na<sup>+</sup>134.6 mmol/L,Cl<sup>-</sup>100.4 mmol/L,TCO<sub>2</sub>23.2 mmol/L,Ca<sup>2+</sup>2.15 mmol/L,肌酸激酶MB同工酶153 U/L,肌酸激酶MB同工酶质量137.43 ng/mL,肌酐324 μmol/L,尿素19.2 mmol/L,乳酸脱氢酶2100 U/L,降钙素原0.231 μg/L,TCO<sub>2</sub>26 mmol/L,肌钙蛋白I0.36 ng/mL,肌钙蛋白T0.84 ng/mL,肌红蛋白2 412.0 ng/mL;血半胱氨酸蛋白酶抑制剂C(CystatinC)1.53 mg/L;ANA、抗dsDNA阴性,补体C30.878 g/L,C40.299 g/L。诊断为多发性肌炎合并肾损伤。

患者乙,男,47岁,已婚,因“乏力、肌痛10余天,尿检异常1周余”入院。病例特点:急性起病,病程10余天。临床表现为全身肌肉酸痛伴蛋白尿,无镜下血尿,血压正常,无关节痛、皮疹等肾外表现。间断咳嗽、咳痰,查肝酶、肌酶普遍升高,肺部CT提示慢性肺部炎症,右肺散在肺大泡;双侧胸膜增厚,左侧少量胸腔积液。入院查体:体温36℃,脉搏88次/min,呼吸18次/min,收缩压/舒张压119/67 mmHg,咽部无红肿,扁桃体无肿大,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音或病理性心音,双肺叩诊呈清音,未闻及干湿罗音,腹膨隆,全腹无压痛、反跳痛,肌紧张,肝脾肋下未触及,移动性浊音阴性,四肢感觉正常,肌力IV级,双下肢凹陷性水肿。辅助检查:尿常规:尿蛋白(2+),隐血(+),24 h 尿蛋白定量2.18 g/d,尿沉渣:20 000/mL,多形型;血常规:Hb13.1 g/dL,WBC11 000/mm<sup>3</sup>,N55.9%,PLT212 000/mm<sup>3</sup>;CRP43.1 mg/L;血生化:血白蛋白28.6 g/L,丙氨酸氨基转移酶251 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶481 U/L,肌酸激酶12 602 U/L,肌酸激酶MB同工酶279 U/L,

肌酸激酶MB同工酶质量289.58 ng/mL,肌酐162 μmol/L,尿素12.2 mmol/L,乳酸脱氢酶2 500 U/L,降钙素原0.178 μg/L,TCO<sub>2</sub>30 mmol/L,肌钙蛋白I0.66 ng/mL,肌钙蛋白T0.857 ng/mL,肌红蛋白2 326.0 ng/mL;尿肌红蛋白1 085.0 ng/mL。ANA、抗dsDNA阴性,补体C30.436 g/L,C40.175 g/L。诊断为PM合并肾损伤。

患者入院后积极治疗,并通过循证护理和个体化护理相结合,2例患者取得较好治疗效果。乏力、肌痛、皮疹、心悸等临床表现基本消失;实验室检查结果显示肝功能、肾功能趋于正常,尿蛋白减少;体格检查基本正常。在临床治疗过程中,护理工作严格合理的配合药物治疗,使医疗技术在患者病情发展过程中发挥了积极的治疗作用,2例患者临床主要症状消失,肝肾功能恢复,取得预定效果。分别于2016年1月29日和2016年3月5日治疗转归,予以出院。

## 2 护理

### 2.1 一般护理

严密监测血压、体温、心率、呼吸、脉搏等生命体征,记录出入量,尤其尿色、尿量等。同时予心电监护,严密观察患者的病情变化。定期复查血常规、电解质、尿素氮、血肌酐、肝功能、心肌酶,监测血气值,特别是监测钾离子的变化,注意呼吸系统、循环系统、消化系统等可能出现的并发症。

### 2.2 药物护理

2.2.1 糖皮质激素治疗期间护理:PM作为一种免疫性疾病,其发病机制主要是由于T细胞、巨噬细胞和树突细胞在肌炎相关性自身抗体的作用下发挥免疫作用,T细胞可能直接参与细胞毒性作用,导致肌肉纤维坏死和肌肉无力<sup>[5-6]</sup>。所以治疗PM首选糖皮质激素,有时需要大剂量冲击疗法。其药物不良反应为高血压、类固醇糖尿病、感染、库欣综合征(如满月脸、向心性肥胖、皮肤痤疮)等不良反应。治疗前与患者及家属充分沟通,详细介绍激素的作用与不良反应,在治疗过程中密切观察患者用药反应,嘱患者多饮水,并观察血压变化及头痛改善情况。用药期间必须严格给药时间及剂量,严密观察药物的不良反应。大剂量激素冲击治疗,注意观察有无恶心、呕吐、腹部不适等胃肠道反应,记录大便颜色、性质。

2.2.2 丙种球蛋白经静脉输注后护理:使用时



禁止与其他药物混合输注,以免药物间相互作用,发生不良反应。在输注过程中,加强巡视,如发现患者有发热、头痛、心悸等不良反应时,应及时汇报医生,遵医嘱给予必要的处理。

2.2.3 细胞毒免疫抑制剂:别嘌醇治疗过程中观察有无皮疹和胃肠道反应(包括腹泻、恶心、呕吐和腹痛等)。检查血常规,预防白细胞减少、血小板减少、贫血或骨髓抑制。

2.2.4 其他:根据患者病情变化,加用其他药物,并实施个体化护理方法。异甘草酸镁注射液保肝治疗过程中,预防出现低钾血症和血压上升,以及体液潴留、浮肿、体质量增加等不良反应。注意观察血清钾值的测定等,发现异常情况,应停止给药。注射多烯磷脂酰胆碱时感注射处疼痛,嘱停用。复方甘草酸单铵S注射剂保肝治疗过程中,为防止出现过敏性休克,充分询问用药史,并做好紧急处置的准备。

### 2.3 并发症护理

2.3.1 心脏损害:2例患者均合并心肌损伤。嘱患者注意休息,保证睡眠,稳定情绪。禁烟酒、饱餐、劳累。指导患者进食时应缓慢吞咽,少量多餐,宜进食清淡、低盐、低脂、易消化食物,避免食用过多的动物脂肪及胆固醇较高的食物,避免摄入刺激性食物如咖啡、浓茶等。禁用刺激心脏血管的药物,以免胃肠胀气,影响心脏活动。

2.3.2 肺炎:患者乙合并肺炎,由于PM累及肋间肌、膈肌和吞咽肌,使其肌力减弱、肺活量降低,气管分泌物排泄障碍,可能导致呼吸困难、紫绀、喉头水肿等危重病情。病程中密切观察呼吸频率、节律、深浅度,生命体征变化,精神和意识状态。保持呼吸道通畅,清水反复漱口后用力咳嗽,从呼吸深部咳出新鲜痰液于无菌容器送检。教会患者四步有效咳嗽:第一步:雾化吸入刺激患者呼吸道;第二步:用鼻腔深吸气;第三步:屏气呼吸3~5 s;第四步:手扶住上腹部协助用力咳嗽。每2 h监测血气分析1次,每1 h监测1次血氧饱和度。

2.3.3 预防院内感染:2例患者均使用糖皮质激素,其药物不良反应会使机体抵抗力下降,易增加感染的风险,医务人员的手污染是医院感染的一个重要传播途径<sup>[7]</sup>,必须严格遵守无菌技术操作规程,护理患者后均应洗手,采取六步洗手法,防止交叉感染,并且每天紫外线消毒病房。严格执行标准预防措施,进行双向保护,管床护士要交代患者病情好转时多活动,加强营养,注意养成良好

的卫生习惯,戴口罩,避免去人多的地方。

2.3.4 肾损伤:2例患者均合并肾损伤,存在轻度水肿,需卧床休息至水肿消退,注意保暖和个人卫生,做好皮肤护理。严格记录出入量,限制液体入量,进液量等于前1天尿量加上500 mL。每日监测体质量并记录,病房每8 h进行空气消毒1次,每天限制1人探视。其中患者甲,为排除其他原发性肾小球疾病,曾进行B超下经皮肾穿刺活检术。由于PM患者多系统损伤,肾活检术前告知患者保持良好的心态,不必过分紧张,肾活检所取的组织只有一侧肾脏的1/100 000,且医院科室积累了丰富的临床经验,基本不会造成肾脏的损害。术前监测呼吸、心率、血压、尿量,完善各种检查,如出血时间、凝血时间、凝血酶原时间、心电图、B超查肾大小等。术前避免进食产气食物,练习俯卧位的呼吸与屏气动作。术中肾活检体位为俯卧位,头偏向一侧,两手放于头的两侧,暴露手术野,将上衣和裤子分别向两侧拉开,向上至两肩胛下缘,向下至臀裂,连接心电监护监测血压及心率,协助患者配合手术包括屏气及心理调试。术毕协助粘贴胶布,并用沙袋加压保护,将患者送出手术间。穿刺当天协助患者留取尿标本,穿刺后告知患者应绝对卧床4 h,有血压及尿色正常的情况下,4 h以后可以轻微翻身,24 h可下床轻微活动,缓慢起床以防止低血压,1周内不可剧烈运动,这期间严禁用力排便及做腹部的侧伸运动,以卧床休息为主。穿刺后正常饮水,观察术后第1次排尿情况,穿刺后次日晨需要抽取静脉血送检。该例患者未见肾穿刺的并发症。

### 2.4 饮食护理

2.4.1 避免高蛋白饮食:蛋白质摄入量应视肾功能的情况而定,避免非蛋白氮在体内的积存,告知患者不宜用豆类及豆制品作为营养补充。

2.4.2 避免高脂食物:患者有高血压和贫血的症状,因为脂肪能加重动脉硬化和抑制造血功能,患者不宜过多食用。

2.4.3 忌摄入含嘌呤高及含氮高的食物:应限制刺激肾脏细胞的食物,如菠菜、芹菜、小萝卜、豆类、豆制品、沙丁鱼及鸡汤、鱼汤、肉汤等。此类食物中含嘌呤高及含氮高,在肾功能不全时,其代谢产物不能及时排出,对肾功能造成负面影响。

2.4.4 避免食用强烈调味品:强烈调味品如胡椒、芥末、咖喱、辣椒等对肾功能不利,患者应忌食。味精由于多食后会导致口渴欲饮,在限制饮



水量时,患者也应少食用味精。

2.4.5 避免过量食盐:患者如进食过量的食盐,而排尿功能又受损,常会加重水肿症状,血容量增大,造成心力衰竭,故必须限制食盐,给予低盐饮食。

2.4.6 其他:因肌无力造成吞咽困难患者,要严密观察患者有无呛咳,可进流质或半流质饮食,进食时取坐位或半卧位,进食不可过快,以防吸入性肺炎加重病情。必要时经鼻饲管注入食物,以保证营养供给。

## 2.5 心理护理

告知患者激素治疗期间会出现向心性肥胖、满月脸、多毛等症状,停药后会逐渐消退,消除其紧张和恐惧心理,取得积极配合。严密观察患者有无精神异常,并做好安全防范措施,创造安全环境,室内严禁放置暖水瓶、水果刀等危险物品,以免患者误伤他人或自伤。患者甲在激素治疗期间出现失眠,经告知严格遵医嘱用药的重要性与必要性,并进行了针对性的心理护理,1周后失眠症状缓解。

## 2.6 休息与肢体功能锻炼

PM患者在急性期应卧床休息,避免活动,并尽可能减少操作、针刺等,以免加重病情。合并肾损伤时,患者出现浮肿,为避免血栓形成,尤其要注意休息,避免剧烈活动,但是为防止肌肉萎缩,在水肿症状减轻后,应鼓励患者进行适当的床上主动或被动运动,如屈伸肘、膝关节,抬高双臂双手等动作。病情稳定后,有计划地进行锻炼,活动量由小到大,循序渐进地增加锻炼的强度和时间,避免过度劳累,切忌剧烈运动。

## 2.7 出院指导

出院前告知患者保持心情愉快,强调合理的生活起居,保持充足的休息及睡眠,适当进行体能锻炼,避免剧烈运动。平时注意保暖,防止受凉。避免各种肾损伤因素(妊娠、创伤、使用对肾脏有害的药物)。告诉患者及家属掌握出院带药的用法、剂量及副作用,不可随意中断。经常测量血压,定期复诊。若有尿量减少、尿液混浊、水肿、感冒等症状时应立即就医。

## 3 讨论

PM作为一种特发性炎症性肌肉疾病,是由于炎症细胞在肌肉组织浸润而导致肌无力的一种

全身性疾病<sup>[8]</sup>。该疾病涉及多器官损伤,在临床护理过程中需要兼顾多种危重病症。本文中两例患者心脏、肺、肾脏、肝脏均有损伤,要求护理工作具有预见性和准确性,以避免导致多器官衰竭而危及生命。对于PM患者,目前缺乏统一护理模式,文献报道均为散发病例。目前PM合并肾损伤的相关护理报道较少且不系统,本文涉及病例数目虽然较少,但对于PM这种多系统损伤性疾病的护理方法学进行了探讨,一定程度上填补了PM合并肾损伤的护理学相关报道的空白,对指导PM合并肾损伤临床护理工作具有借鉴意义。

## 参考文献

- [1] MOROVIC-VERGLES J, MITROVIC J. [Pathogenesis of polymyositis and dermatomyositis][J]. Reumatizam, 2012, 59(2): 23-26.
- [2] TSUCHIYAMA T, TOSHIDA N, KOUUDU T, et al. Effective CRT-D Therapy for End-Stage of Dilated Cardiomyopathy Associated With Polymyositis: Report of a Case[J]. J Card Fail, 2010, 16(9):175-180.
- [3] ROSA J, GARROT L F, NAVARTA D A, et al. Incidence and prevalence of polymyositis and dermatomyositis in a health management organization in Buenos Aires[J]. J Clin Rheumatol, 2013, 19(6):303-307.
- [4] KIELY P D, CHUA F. Interstitial lung disease in inflammatory myopathies: clinical phenotypes and prognosis. [J]. Curr Rheumatol Rep, 2013, 15(9): 359.
- [5] VENALIS P, LUNDBERG I E. Immune mechanisms in polymyositis and dermatomyositis and potential targets for therapy. [J]. Rheumatology, 2013, 53(3): 397-405.
- [6] CRUELLAS M G, VIANA V S, LEVYNETO M, et al. Myositis-specific and myositis-associated autoantibody profiles and their clinical associations in a large series of patients with polymyositis and dermatomyositis. [J]. Clinics, 2013, 68(7): 909-914.
- [7] 高晓东,胡必杰. 不同手措施对手卫生效果影响的研究进展[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(8): 1999-2000.
- [8] 汪汉,蔡琳. 多发性肌炎/皮肌炎的心脏病变[J]. 心血管病学进展, 2015, 36(3): 332-337.

(本文编辑:黄磊)