

· 病例报告 ·

益萨林致急性肾功能衰竭 1 例报告

黄素芳, 张玉玲, 白帆, 姚笠, 胡孟英

(哈尔滨医科大学附属第二医院儿内科, 黑龙江 哈尔滨 150086)

[中图分类号] R692.5 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2006)03-0254-01

1 病例资料

患儿,男,9岁,因右下腹痛3d在当地医院诊断为“阑尾炎”,给予静脉输注益萨林2.5g/d,共2d。当天即出现全程肉眼血尿,之后迅速无尿,即来我院就诊。入院查:T37.3℃,P90次/min,R24次/min,BP150/120mmHg。精神萎靡,皮肤无黄染。双眼睑无浮肿,双肺呼吸音清晰,未闻及啰音,心音有力。腹软,下腹压痛(+),无反跳痛,双肾区扣击痛(+).双下肢无浮肿,神经系统检查无异常。急查血尿素氮(BUN)21.62mmol/L。肌酐(Cr)537mmol/L,WBC $10.4 \times 10^9/L$,RBC $3.75 \times 10^9/L$,HB97g/L,PLT $150 \times 10^9/L$,二氧化碳结合力(CO₂CP)17.1mmol/L,尿酸(UA)521.6mmol/L,Na⁺126.9mmol/L,Cl⁻86.6mmol/L,K⁺5.62mmol/L。双肾B超示:双肾中度弥漫性病变。肾体积增大,肾盂轻度分离,动静脉血流正常,双侧输尿管未见扩张,膀胱内尿少,前列腺正常声像图,腹水少量;诊断为急性肾功能衰竭。给予血液透析、速尿、地塞米松治疗。第2天患儿即排尿,尿色渐转至深黄色。治疗第3天即进入多尿期,尿量达2400mL/d,复查血BUN10.86mmol/L,Cr108.2mmol/L,Na⁺142mmol/L,K⁺4.48mmol/L,Cl⁻100.5mmol/L,BP100/60mmHg,第5天尿量正常,复查肾功能、尿常规均正常,双肾B超恢复正常。

2 讨论

由于肾脏具有血流量大,滤过面积大,组织代谢旺盛等解剖生理学特点,易发生抗原抗体复合物沉积,且药物多经肾小管排泄,小管腔内pH值偏低,

影响某些药物溶解度,而易致肾损害,并可通过免疫机制损害肾脏,表现为小血管炎,急性间质性肾炎^[1],甚至急性肾衰竭^[2]。益萨林为阿莫西林注射液,具有广泛的抗菌谱,对多种细菌的杀菌作用迅速而强,毒副作用少见,一般每日>0.2g/kg才可能发生肾损伤^[3]。该患儿可能对益萨林呈高敏反应,临床上有发病急、少尿、高血压等急性肾功能衰竭的表现,但无全身过敏反应。为急性肾小管坏死导致的急性肾衰竭。与急性免疫性间质性肾炎不同,后者用药3~5d后有全身过敏反应,有发热、药疹、蛋白尿等,7~14d后可引起急性肾功能衰竭,但多无少尿和高血压。药物引起肾损害诊断主要依据:①相应用药史;②存在肾损害的临床表现;③有该种药物中毒的临床依据;④除外其他原因造成肾损害;⑤停药后对症治疗迅速痊愈。该患儿入院仅轻度贫血,无溶血,无肾后性损害,故益萨林致急性肾功能衰竭诊断成立。治疗为立即停药,对症处理,促药物排泄。此类患者必要时需采用透析或血浆置换的治疗方法。药物性肾损害经早诊断早治疗呈可逆性,预后较好,也有因治疗不及时,药物剂量大造成慢性肾损害或危及生命者。所以,临床上必须严格掌握药物剂量及疗程。

[参考文献]

- [1] 王海燕. 肾脏病学[M]. 第2版,北京:人民卫生出版社,2001,1691-1692.
- [2] 胡皓夫. 现代儿科治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,1999,456.
- [3] 张爱知,马伴吟. 实用药物手册[M]. 上海:上海医科学技术出版社,2002,351.

(本文编辑:吉耕中)

[收稿日期]2006-02-03;[修回日期]2006-04-25

[作者简介]黄素芳,主任医师,教授,硕士生导师。主攻方向:病毒感染性疾病。