

左肾周围炎症引起的持续性发热误诊1例附文献学习

李晓峰¹, 司冰心², 隋东江^{3*}

¹解放军总医院京东医疗区光明桥门诊部保健科, 北京

²空军特色医学中心保健诊疗科, 北京

³空军特色医学中心呼吸与危重症医学科, 北京

Email: lixiaofeng19982003@126.com, *CD7982010@sina.com

收稿日期: 2020年8月23日; 录用日期: 2020年9月7日; 发布日期: 2020年9月14日

摘要

肾周围炎症是指肾包膜与肾周围筋膜之间的脂肪组织所发生的感染性炎症, 炎症来自肾内的感染灶, 也可来自肾外。由于本病较少见, 缺乏特异性症状和典型的影像学表现, 容易误诊, 进一步发展可形成慢性肾周围炎或肾周围脓肿。现将本科室所管一名因肾周围炎引起持续发热患者病例报道如下。

关键词

肾周围炎, 持续发热, 诊断治疗

Misdiagnosis of Persistent Fever Caused by Inflammation around Left Kidney: A Case Report and Literature Review

Xiaofeng Li¹, Bingxin Si², Dongjiang Sui^{3*}

¹Guangming Bridge Clinic, Jingdong Medical District PLA General Hospital, Beijing

²Department of Health Care, Air Force Medical Center, Beijing

³Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Air Force Medical Center, Beijing

Email: lixiaofeng19982003@126.com, *CD7982010@sina.com

Received: Aug. 23rd, 2020; accepted: Sep. 7th, 2020; published: Sep. 14th, 2020

*通讯作者。

Abstract

Perirenal inflammation refers to the infectious inflammation in the adipose tissue between the renal capsule and the perirenal fascia. The inflammation comes from the infection foci in the kidney or from outside the kidney. Because this disease is rare, lack of specific symptoms and typical imaging manifestations, easy to misdiagnose, further development can form chronic perirenal inflammation or perirenal abscess. Now we report a case of persistent fever caused by perirenal inflammation in our department as follows.

Keywords

Perinephritis, Persistent Fever, Diagnosis and Treatment

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

肾周围炎，是指肾周围、肾被膜与肾筋膜之间的脂肪组织感染性炎症，因其病变部位隐蔽，原因多样，早期不易诊断。因此，早期诊断及治疗尤为重要，2019年11月，我科接诊了一名左肾周围炎患者，经患者本人同意，现报道如下：

2. 病例资料

患者，男性，56岁，军队在职干部，患者2019年11月5日因运动健身后出现发热，测体温 38.6°C ，伴咽痛、全身酸痛、轻咳、少痰，实验室检查：白细胞 $11.8 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞比率为92.71%，CRP 8 mg/l，口服头孢呋辛脂治疗4天，体温降至正常，咽部不适好转，11月11日至21日再次无明显诱因出现发热，全身不适，腰痛，温波动于 $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ 之间，期间曾口服莫西沙星片治疗，效果不佳。11月22日，患者出现寒战，测体温 38.5°C ，为进一步检查治疗收住空军特色医学中心呼吸与危重医学科东楼病区。入院时查体：体温： 38.9°C ，脉搏78次/分，呼吸18次/分，血压124/79 mmHg；神智清楚，双侧瞳孔等大等圆，咽部轻度充血水肿，扁桃体无肿大，口唇无紫绀，胸廓对称无畸形，双肺叩诊呈清音，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音及哮鸣音。心界正常，心律齐，各瓣膜听诊未闻及杂音，腹软，无压痛及反跳痛，全腹未触及包块。

入院后完善相关检查。白细胞 $13.62 \times 10^9/\text{L}$ (正常 $3.5 \sim 9.5 \times 10^9$)，CRP 34 mg/l (正常0~10)，PCT 7.58 ng/mL (正常 < 0.05)，红细胞 $3.33 \times 10^{12}/\text{L}$ (正常 $4.0 \sim 5.5 \times 10^9$)，尿常规红细胞3~5个，白细胞满视野。胸部CT示肺下叶内前基底段少许炎症，患者还进行了风湿免疫，甲功，肿瘤标志物，支原体衣原体，流感病毒等检查都正常，腹部多部位彩超，脑动脉核磁检查，均未见异常。初步诊断1) 上呼吸道感染、2) 肺部感染、3) 泌尿系感染，予以莫西沙星联合厄他培南联合治疗、一周后症状好转，11月29日停用静脉滴注，改为口服莫西沙星片继续治疗。12月6日，患者无明显呼吸道症状，血CRP正常，PCT 0.248 (正常 < 0.05)，复查肺CT显示左肺下叶内前基底段少许炎症消失，患者要求出院，出院后继续口服莫西沙星6天，以巩固疗效。

患者 12 月 16 日至 12 月 23 日期间, 又间断出现发热, 体温未超过 38℃, 12 月 24 日, 再次来空军特色医学中心检查, 实验室检查: 白细胞 $6.18 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率为 62%, 红细胞 $3.78 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 117 g/L, CRP 为 19 mg/l, PCT 4.06 ng/mL 并召集各个科室专家进行全院会诊, 一致认为此次发烧, 病灶定位不彻底, 建议进行胸部 + 全腹部 CT 检查。CT 发现左肾中部后缘包膜毛糙, 可疑为炎性病变(如图 1 所示), 患者诉近期腰痛, 尤以长期坐椅子和弯腰坐车时痛甚, 建议按左肾周围炎症进行治疗, 换消炎药左氧氟沙星注射液(可乐必妥) + 哌拉西林他唑巴坦联合用药, 一周后, 患者明显感觉症状缓解, 改单独用左氧氟沙星注射液输液一周后, 1 月 8 日抽血实验室检查: 白细胞 $6.43 \times 10^9/L$ (正常 $3.5 \sim 9.5 \times 10^9$), 中性粒细胞比率为 51.6% (正常 40%~75%), CRP 9 mg/l (正常 0~10), PCT 0.052 ng/mL (正常 < 0.05), 继续改口服左氧氟沙星片 8 天, 期间患者未再发热, 腰疼症状改善, 复查血常规、尿常规, C 反应蛋白、降钙素, 都正常, 给予停药, 一个月, 两个月随访都正常。

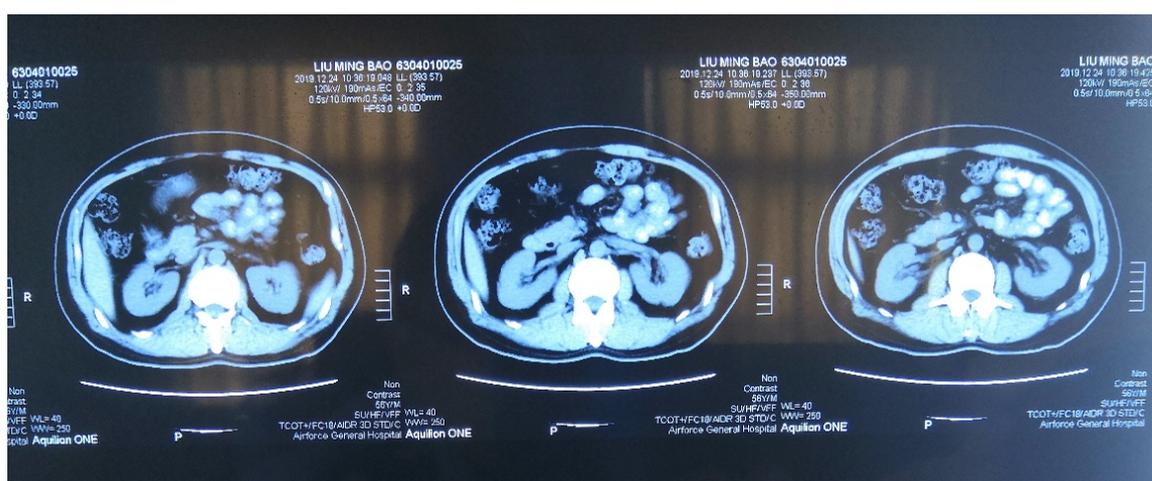


Figure 1. Abdominal CT
图 1. 腹部 CT

3. 讨论

肾周围炎较少见, 一般不到泌尿外科患者的 1% [1], 实际由于肾周围炎及肾周围脓肿在初期临床诊断相对困难, 也由于广谱抗生素的滥用, 使得症状不典型, 实际发生率远高于统计数据, 本病男性较多, 单侧易发, 本病主要为大肠杆菌及金黄色葡萄球菌感染。近年来, 随着广谱抗生素的应用, 致病途径主要为肾源性感染[2], 另外, 机体免疫力降低也可引起本病, 本病诊断主要依据临床症状、体征, 辅助检查。

肾周围炎主要症状为长期间断发热, 患侧腰部肾区叩击痛, 血常规白细胞总数及中性粒细胞升高等表现, 部分患者红细胞低; 超声检查可见肾轮廓线模糊, 边缘毛糙; 肾包膜下积液、毛糙、壁厚; 肾周脂肪变形增厚; CT 检查可见肾周围低密度肿块和密度稍高的炎性壁, 肾周围筋膜增厚。而在临床中肾周围炎通常早期无症状或症状轻微, B 超在患病初期尚无法诊断[3]。王贵平[4]对 18 例肾周围炎患者进行研究, 18 例患者均有发热、腰痛病史, 9 例寒战持续高热, 5 例有尿路刺激征者; 18 人都进行彩超检查, 其中, 肾周围炎 9 例, 肾周围脓肿 5 例, 4 例未见异常, CT 扫描 8 例, 肾周围炎和肾周围脓肿各 4 例。吴兆春[3]等研究发现在 4 例非特异性肾周围炎中, 2 例有发烧, 2 例有腰部疼痛, 2 例有血尿, 行 B 超检查, 4 例均未得以确诊肾周围炎, 3 例行 CT 检查, 2 例可见肾周围低密度影或脂肪间隙内片状软组织影。在 14 例肾周围脓肿中, 8 例发烧, 其中 5 例为持续发热, 14 例都有腰部不同程度的疼痛或肾区

叩击痛, 14 例行 B 超检查, 14 例都能确诊肾周围脓肿, 9 例行 CT 检查阳性率 100%。由于 CT 能清楚地显示人体血管与周围组织器官的空间解剖关系, 以及能清楚显示病灶周围组织及病灶转移情况等特点, 因此对一些怀疑早期为肾周围感染的患者, 在 B 超无法做出判断时, CT 能更快、更好、全面地显示肾脏的病变部位, 精准定位病变, 有利于临床医生准确诊断[5]。

凡长期发热伴腰部疼痛者, 尤其有尿路结石或梗阻时, 要考虑本病。该患者, 有长期间断发热, 轻咳, 少痰, 有腰疼史但腰痛症状不典型, 在胸部 CT 检查时示肺部下叶内前基底段少许炎症, 初期, 按肺炎治疗, 按肺炎治疗一段时间后, 肺部炎症消失, 患者仍间断发烧, 说明感染灶定位不彻底, 在进行 CT 下腹部扫描时发现左肾中部后缘包膜毛糙, 结合患者有腰痛史, 入院时尿常规有红白细胞, 不难诊断为左肾周围炎症, 莫西沙星为广谱抗生素, 但对于肾脏及泌尿系感染, 左氧氟沙星为首选药, 在给患者进行换药后, 症状很快得到控制, 结合肾周围炎一般病程长, 容易复发的特点, 在治疗时, 用药周期长, 在停止静脉点滴后, 查 PCT 0.052 ng/mL 比正常值 0.05 仍高, 所以口服一段时间药, 直到彻底治愈。

参考文献

- [1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993: 316-318.
- [2] 吴兆春, 韩巧军. 非特异性肾周围炎及肾周围脓肿诊治分析[J]. 中外医学研究, 2014, 12(31): 51-53.
- [3] 何云霞. 急性肾周同炎 13 例超声诊断及其鉴别诊断分析[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(12): 2988-2989.
- [4] 王贵平. 肾周围炎的诊治体会(附 18 例报道)[J]. 中国医药指南, 2011, 9(12): 235-236.
- [5] 刘桂安, 欧新伟, 赵师仲, 等. 多排螺旋 CT 增强扫描对肾脓肿并肾周围感染的诊断价值研究[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2019, 120(17): 90-92.