

药。对照组不用奥咪拉唑或其他预防性药物。

1.3 监测指标 所有病例均密切观察生命体征(体温、脉搏、呼吸、血压)及神志改变,逐日记录有无上腹部隐痛不适、反酸、呕血、黑便症状,动态监测血气、电解质,每3天复查1次血尿常规,每周复查1次肝肾功能。疑有出血时粪便及胃液作隐血试验。

2 结果

治疗组患者均未出现应激性溃疡症状。对照组中上消化道出血(黑便)1例(9.0%)、上腹部隐痛2例(18.2%),发生率为27.2%。2组病例经肝肾功能动态观察,改变无显著性差异。治疗组未见对奥咪拉唑有不良反应者。

3 讨论

应激性溃疡是COPD、肺心病呼吸衰竭时的严重并发症,国内报道发生率为8.0%~28.0%,合并上消化道出血者其死亡率明显高于无上消化道出血者,预后较差。因此,临床应积极预防应激性溃疡的发生。

COPD、肺心病呼吸衰竭时,引发应激性溃疡的机制可归纳为:重度低氧血症,高碳酸血症,胃肠道淤血,凝血机制障碍,严重感染及肾上腺皮质激素、氨茶碱、退热药等药物刺激。其中,缺氧使胃粘膜细胞代谢发生障碍,胃粘膜充血、水肿、屏障功能受损;高碳酸血症使胃壁细胞碳酸酐酶活性增加,胃液的pH值增加刺激胃酸分泌,从而使因缺氧而抵抗力下降的粘膜进一步损害,导致其糜烂、溃疡和出血。

奥咪拉唑为质子泵抑制剂,特异性地作用于胃粘膜壁细胞,降低壁细胞中的 H^+-K^+-ATP 酶的活性,从而抑制胃酸分泌。抑制胃酸作用强于 H_2 受体拮抗剂。此外,氨茶碱是呼吸衰竭综合治疗中的基本药物,奥咪拉唑不影响氨茶碱的血药浓度,而 H_2 受体拮抗剂可延长氨茶碱的半衰期,尤其是在合并有心、肝、肾功能不全及重度低氧血症的情况下。本文结果表明,奥咪拉唑在预防COPD、肺心病呼吸衰竭并发应激性溃疡时确有疗效。

收稿日期:2001-07-21 修回日期:2001-12-24

本文编辑:孙立杰

肺癌相关性肾病2例报告*

裴厚霜

(大屯煤电集团公司职工中心医院内科,江苏沛县 221611)

关键词:肺癌;肾病

中图分类号:R734.2

文献标识码:B

文章编号:1000-2065(2002)02-0177-02

随着肺癌发病率的增高,肺癌的临床表现亦越来越复杂,尤其是早期少见的肺外表现,易掩盖原发病而延误诊断。本文就原发肺癌出现肾病综合征样表现报道2例,并讨论如下。

1 临床资料

例1,患者男性,60岁,咳嗽、咳白粘痰(偶带血丝)、胸部疼痛3个月,门诊胸片疑右上肺癌伴阻塞性肺炎。既往无高血压、糖尿病、肾炎病史。入院体检:一般情况可,血压16/10 kPa。右锁骨上可触及一枚蚕豆大小肿大淋巴结,无触痛。眼睑、颜面无水肿,双侧胸廓对称,右肺可闻及少许哮鸣音,心率80次/min,律齐,无杂音,腹软,肝脾未触及,双下肢无水肿。实验室检查:血红蛋白(Hb) $96 g/L$,红细胞

(RBC) $3.02 \times 10^{12}/L$,白细胞(WBC) $4.7 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)0.79,淋巴细胞(L)0.21,血沉(ESR)40 mm/h;尿蛋白++++,WBC 3~6/HP, RBC 2~5/HP, 24小时尿蛋白定量2.5~7 g(多次检查),尿本周蛋白阴性;肝功能正常,尿素氮(BUN) $4 mmol/L$,肌酐(Cr) $60 \mu mol/L$,多次检查血清总蛋白73~44.7 g/L,白蛋白43~26 g/L,血糖7.0 mmol/L。胸部CT:右上肺叶软组织块影,纵隔淋巴结肿大。肝脏CT:肝实质内多发低密度病灶。纤支镜:右上支气管狭窄,腔内新生物,活检见癌细胞。锁骨上淋巴结活检:低分化小细胞癌。患者住院期间渐出现颜面及下肢水肿,大量腹水,家属不要求进一步治疗,患者病情进行性恶化,住院92天后死亡。

例2,患者女性,50岁,颜面双下肢水肿1个月,

* 作者简介:裴厚霜(1963-),女,江苏沛县人,副主任医师,学士。

门诊查尿蛋白++++, 胸片右下肺野见一 $3\text{ cm} \times 3\text{ cm}$ 类圆形阴影, 位于中叶, 胸骨下端似有骨质破坏。入院体检: 体温 37.2°C , 呼吸频率 18 次/min, 脉搏 86 次/min, 血压 19/10 kPa。右锁骨上可触及小核桃大小肿大淋巴结, 双肺未闻及干湿啰音, 肝脾未触及, 关节无红肿, 双下肢明显可凹性水肿。实验室检查: Hb 90 g/L, RBC $3.14 \times 10^{12}/\text{L}$, WBC $8.9 \times 10^9/\text{L}$, N 0.70, L 0.20, ESR 80 mm/h, 尿蛋白++++, WBC 3~5/HP, RBC 4~6/HP, 24 小时尿蛋白 3.8 g, 尿本周蛋白阴性, 肝功能正常, 肾功能 BUN 7.0 mmol/L , Cr $86\text{ }\mu\text{mol/L}$, 尿酸 $360\text{ }\mu\text{mol/L}$, 血清总蛋白 4.6 g, 白蛋白 2.8 g。痰脱落细胞阴性, 纤支镜检查未见异常。胸部 CT: 右肺中叶 $3.0\text{ cm} \times 3.2\text{ cm}$ 圆形软组织块影, 右肺门及气管前腔静脉后间隙淋巴结肿大。右锁骨上淋巴结活检: 低分化腺癌。

2 讨论

肺癌的肺外表现是近年临床十分关注的问题。肺癌可产生某些特殊的激素、抗原和酶, 由此可解释一部分肺外表现的发生机制^[1]。本文 2 例患者肺癌诊断明确, 均出现明显水肿、大量蛋白尿等肾病综合征表现。关于肿瘤与肾病综合征的关系, 1966 年由

Lee 提出了肿瘤相关性肾病的概念。可引起肾损害的恶性肿瘤包括血液肿瘤、实体瘤。实体瘤中以肺癌多见, 其次为胃肠、乳腺、前列腺肿瘤等。肺癌的肺外表现中, 肾脏改变所占比例 $<1\%$ ^[1]。肿瘤导致的肾损害主要由以下四方面引起: ①肿瘤直接侵犯肾脏, 引起血尿、肾盂积水、肾功能不全等。②免疫机制所致肾损害(可能与肿瘤相关抗原、病毒抗原、非肿瘤自身抗原有关), 主要为免疫复合物介导的肾小球病变。③肿瘤代谢异常引起的肾损害: 高钙、高尿酸血症等。④肿瘤治疗过程中的肾损害: 如化疗药物作用^[2]。肾病综合征在肿瘤确诊前后数月出现。肾病的症状随肿瘤的有效治疗而缓解, 随肿瘤的复发而加重。因此, 对肾病综合征患者, 特别是 60 岁以上的膜性肾病患者, 病因上要考虑到存在肿瘤的可能。

参考文献:

- [1] 孙燕. 肺部肿瘤. 见: 方圻主编. 现代内科学·上卷[M]. 北京: 人民军医出版社, 1995. 1445.
- [2] 王海燕主编. 肾脏病学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 1066.

收稿日期: 2001-09-18 修回日期: 2002-03-05

本文编辑: 李昕

外科手术医生医院感染专率调查*

周宏, 任玲, 叶和清, 朱克超, 茅一萍

(徐州医学院附属医院感染管理科, 江苏 徐州 221002)

摘要: 目的 了解我院手术患者的术后感染情况, 降低术后感染率。方法 采用前瞻性调查方法。结果 术后医院感染率随着危险指数的升高而明显增高; 切口的清洁度和手术持续时间对手术切口感染影响最显著。泌尿系感染率居医院感染的首位, 感染菌以真菌和革兰阴性杆菌为主, 且存在普遍耐药现象。结论 术前充分讨论, 控制危险因素的影响, 可减少医院感染的发生。微生物送检率低是造成医院内泌尿系感染漏诊、漏报的主要原因。

关键词: 外科手术; 感染专率; 监测

中图分类号: R613 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-2065(2002)02-0178-04

为了解我院手术患者的术后感染情况, 以便采取有效的控制措施, 降低其感染的发生率, 我科于 2000 年 6 月~11 月开展了外科手术医生医院感染专率调查, 现将监测结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 调查对象 2000 年 6 月 1 日至 11 月 30 日本院泌尿外科、骨科、脑外科、普外科、胸外科、儿外科

等手术科室 67 位主刀医生的 1 808 例手术患者。

1.2 调查方法 采用前瞻性调查方法。本调查选定 5 项感染危险因素作为影响每位手术医生术后感染危险指数比较的依据, 将手术患者的危险指数分为 0、1、2、3、4、5 六个等级。5 项危险因素及评分标准见表 1。同时留送术后保留导尿 ≥ 7 天患者的尿标本, 作微生物培养和药敏试验。微生物培养主要试剂 Columbia 培养基和 MH 培养基为法国进口, 抗

* 作者简介: 周宏(1963-), 女, 江苏徐州人, 主管护师。