DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.05.021

cation and characterization of plasmid DNA. J Bacteriol,1976;127:1529
7. 张邦燮。医院感染。成都:四川科学技术出版社,1985:161
8. John JF. Molecular analysis of nosocomial epidemics. Nosocomial Infections,1989;3:683
9. Moller JK. Drug resistance and plasmid profiles in Staphylococcus epidermidis in 1964 and 1986. J Hosp Infect,1988;12:19

(收稿:1992-01-18;修回:1992-05-15)

Analysis of antibiotic resistance and plasmid profile of Gram-negative bacilli isolated form a urologic unit

Yu Xiaofeng, Zhang Ling, Xue Jiang, et al (Department of Epidermiology, Third Military Medical College, Chongqing, 630038)

Abstract Twenty-eight strains of Gram-negative bacilli isolated from the urine of the patients of a urologic unit were studied for their antibiotic resistance and their plasmid profile. It was found that 92% of the strains were resistant to most of antibiotics used in the unit except cephalothin, amikacin and polymyxin B, and each of the resistant strains was resistant at least to 5 antibiotics. 13 strains out of the 28 harbored plasmids ranging from 1 to 6 in number and 105 Md to 2.7 Md in molecular weight. The plasmid with 50 Md was the most popular one in this study, which may be the epidemic plasmid in the urologic unit. It was also found that 2 different species of bacteria isloated from the patients with infection of the urinary tract showed identical plasmid profile, which indicates that these 2 patients may be associated with each other.

Key words Gram-negative rods; antibiotics resistance; plasmids; nosocomial infection

左侧胸导管自发性破裂并发乳糜胸一例

段绪伟 凌培基 陈摩端 (第三军医大学大坪医院呼吸科) 630042

王某 女性,39 岁,农民,住院号 163379。1991 年 9 月,自感无明显诱因始左侧胸痛,呈持续性隐痛,咳嗽,咳少许白色粘稠痰,不咯血。2 月后上述症状加重并感夜间发热,盗汗,服中药无效,今年 4 月到某县医院诊断左侧胸腔积液——"脓胸",给予抽胸水,消炎,对症等治疗,胸水大部分吸收出院。半月后感胸闷,活动后呼吸困难,再次到县医院,胸透示左侧胸腔积液复发,为明确诊断入我院。既往身体健康,否认肺结核,生吃螃蟹史,无外伤手术史。查体:体温 37℃,脉搏 82 次/min,呼吸 22 次/min,血压 16/9 kPa。全身皮肤无黄染,体表淋巴结不肿大,气管居中,胸廓对称,左肺语颤减弱,左锁骨中线第 4 肋以下叩诊呈浊音,呼吸音消失。右肺无异常发现。心率 82 次/min,律齐,无杂音,腹软,肝脾肋下未及,无移动性浊音,未见杵状指(趾)。辅助检查:RBC 3.0×10^{12}/L,Hb 9g/L,BPC 120×10^{9}/L,WBC 5.1×10^{9}/L,N 0.66,L 0.34,肝功、肾功、生化、血糖、血沉正常。类风湿因子阴性。OT 1∶2000U 试验(-)。痰找抗酸杆菌 6 次(-)。肺吸虫皮试(-)。血找微丝蚴 3 次(-)。痰细胞学 6 次(-)。胸片示除胸水征象外无异常病灶发现。抽胸水多次,外观乳白色,浑浊粘稠,常规检查 WBC 0～4,RBC ++,比重 1.017,胸水蛋白定量测定 6.7g/L,胸水细胞学查见大量淋巴细胞,无癌细胞,胸水 LDH 528U,AKP18.4U,胸水细菌培养(-)。血脂:总胆固醇3.63 mmol/L,甘油三脂 1.0 mmol/L,HDL-C 1.5 mmol/L,LDL-C 1.98 mmol/L。胸水:胆固醇 7.33 mmol/L,甘油三脂 3.59 mmol/L,HPL-C 0.36 mmol/L,

(下转 477 页)

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

tive tissue around pulmonary venules. After the treatment with dilthiazem, the pathological lesions were decreased in number or diminished in severity. In addition, the pathological mechanisms of hypoxia and the therapeutic efficacy of dilthiazem were discussed.

Key words anoxia; dilthiazem; lung/PA; myocardium/PA; rats

(上接 466 页)

LDL-C 5.17 mmol/L, pH 7.0。苏丹Ⅲ染色阳性。诊断：左侧乳糜性胸腔积液。经反复抽水，对症治疗无效，行开胸探查术，发现胸导管位于主动脉左侧，膈上 2cm 处，表面有液体渗出，余无异常发现，即行左侧胸导管结扎术，术后痊愈出院，未复发。

讨论

乳糜性胸腔积液是胸腔淋巴系统受损的表现，常由于胸导管的直接破裂，阻塞，乳糜渗出胸膜腔所致。其受损的原因是多方面的，如胸部闭合伤，针刺，心血管手术和食道手术时的损伤，恶性肿瘤浸润或压迫，结核，寄生虫或淋巴管炎等诸多因素。有作者[1]认为胸廓突然受压，脊柱过度伸张，咳嗽，脂肪餐后产生呃逆或呕吐都可使胸导管自发性破裂而导致乳糜渗液。本例为青壮年，经反复询问无明显外伤史，各种检查亦无明显原因可寻，推测本例病因可能与咳嗽用力有关。

胸导管损伤部位与胸腔积液的发生密切相关，如果在第 5 胸椎以下损伤则导致右侧乳糜胸；在第 5 肋以上损伤导致左侧乳糜胸；在 3～5 胸椎之间损伤造成双侧乳糜胸。本例为左侧乳糜胸，手术所见，左侧有乳液渗出。

乳糜胸水的特征：本例外观呈乳白色，浑浊，浓稠似米汤状。有作者[1]认为呈现此特征的不过 53%，在乳糜胸初期，乳白色特征可不明显，有外伤者可呈桔红色，无气味。胸水离心后有少量红细胞沉淀，上液仍呈乳白色浑浊液，比重＞1.012，苏丹Ⅲ染色阳性，镜下可见大小不等似气球样红色乳糜微粒（脂肪小滴），以淋巴细胞为主。胸水加入乙醚振荡和匀，静置片刻，乳糜溶于乙醚层，胸水变为澄清。脂肪分析：胸水中的甘油三脂含量较血中增高。胸液脂蛋白电泳起点处有乳糜微粒蒂。

本病需与假性乳糜胸鉴别[2]，其特征为胸水中胆固醇含量高，＞6.47 mmol/L，沉淀物镜检可见大量的各种形态的胆固醇结晶体。此外需与脓胸鉴别，本例在外院 2 次诊断“脓胸”。故应注意临床表现，辅助检查以鉴别。

本病可行保守治疗，因乳糜液中有较多的脂肪和蛋白质，应补充之；贫血应纠正；反复抽水，以减轻其胸水对心肺的压迫；也可作闭式引流，排尽胸水后可用盐酸四环素或短小棒杆状菌体注入胸腔进行粘连；经 2～4 周保守治疗，乳糜液仍漏出者，查明其原因和部位，可行手术结扎胸导管，以纠正因乳糜液丧失所出现的恶病质征象。

关键词 胸导管；破裂，自发性；乳糜胸

参考文献

1. 李志仁 周新。胸膜的淋巴系统疾病。实用内科杂志，1991；11(4)：173～174
2. 中山医学院《内科疾病鉴别诊断学》编写组。内科疾病鉴别诊断学，北京：人民卫生出版社，1975：432

（收稿：1992-03-16；修回：1992-06-19）

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net