DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.01.042

可能起主要作用。Tate[2]等在离体肺灌流液中加入葡萄糖氧化酶（仅生成H_2O_2而无O_2^-）引发了肺水肿，过氧化氢酶（CAT）能防止其发生，表明H_2O_2能引起肺损伤。本实验结果示猪枪伤后肺内MDA增加，表明肺内活性氧生成增多。致伤组猪PAM释放的H_2O_2远远高于对照组，表明PAM是肺内活性氧的重要来源，且BALF中PAM数与MDA含量有明显相关，提示PAM释放的活性氧在猪枪伤后肺损伤中起一定作用。结果亦提示为伤后应用CAT等抗氧化剂可能会减轻肺损伤，这有待进一步证实。

关键词 巨噬细胞；过氧化氢类；创伤，枪弹

参考文献

1. Pick E, Keisari Y. A simple colorimetric method for the measurement of hydrogen peroxide produced by cells in culture. J Immun Methods 1980; 38:161
2. Tate RM, Vanbenthuysen KM, Shasby DM, et al. Oxygen-radical-mediated permeability edema and vasconstriction in isolated perfused rabbit lungs. Am Rev Respir Dis 1982; 126:802

（收稿：1991-10-10；修回：1991-11-25）

厌氧菌致肝硬化自发性细菌性腹膜炎一例报告

周子成 江正辉（第三军医大学西南医院 消化科）630038

肝硬化自发性细菌性腹膜炎（SBP）多为需氧菌引起，由厌氧菌所致少见。作者送检住院肝硬化67例69例次腹水细菌培养，确诊一例。报告如下：

病例 男，53岁。因纳差、乏力3年，腹胀2月入院。曾患乙型肝炎。入院前2月始感腹胀，腹渐增大，尿少，浮肿。经利尿后腹胀缓解，但出现皮肤、巩膜黄染及精神异常，昏睡，尿失禁。经按“肝昏迷”治疗后好转，但腹胀加重，尿少而转入我院。

查体：T36.4℃，BP13.3/9.4kPa。慢性肝病面容，神志清楚。轻度黄疸。腹膨隆，腹围100cm，腹无压痛及反跳痛，腹水征阳性，肝脾未触及。双下肢浮肿。无神经病理反射。

实验室检查：Hb78g/L，WBC2.4×10^9/L，N 0.58。ALT正常，TB24μmol/L，A 24g/L，G 22g/L，A/G=1.09，γ-球蛋白47.6%，PTT17.6s（对照13s），血氨55.0μmol/L。HBsAg1:128，HBeAg及HBcAb均阳性。AFP阴性。血K^+4.6mmol/L（以下单位同），Na^+147，Cl^-110，CO_2CP 21.8，BUN3.7，Cr88.4。血气分析pH7.435，$PCO_2$4.64kPa，$PO_2$8.93kPa，HCO_3^-23.7mmol/L。腹水细胞总数10.66×10^2/L，WBC0.6×10^2/L，PMN15%，蛋白4g/L。腹水培养获消化球菌（厌氧）。

患者入院第6天起，发热，腹胀持续，经给予氨苄青霉素6g/d，青霉素640万u/d，庆大霉素16万u/d及氨基酸、血浆、新鲜血、利尿、放腹水等治疗，热退，腹胀缓解出院。

讨 论

作者复习文献报告获阳性培养的238例SBP的细菌学资料[1][2]，其中大肠杆菌占47.7%，链球菌7.1%，葡萄球菌6.7%，肺炎球菌6.7%，克雷白氏菌5.0%，绿脓杆菌3.3%，变形杆菌2.1%。由厌氧菌所致10例（含本例）占4.2%。此10例临床表现发热8例，腹泻4例，低血压4例，肝性脑病7例，反跳痛4例，肠鸣减弱2例。提示厌氧菌所致SBP与需氧菌所致SBP一样，临床表现均可部分不典型，本例即属之。

SBP以肠源菌为主。最可能的感染途径是通过菌血症种植或细菌透壁移行而播散。若以此为发病机制，则将预期大部分腹水感染应由厌氧菌引起，因其为肠道菌丛主要成分。但临床实际由厌氧菌所致SBP发生率却很低，其原因可能是：（1）厌氧菌培养技术要求较高，开展不普遍，以致漏诊；（2）临床重视不够，尤对某些顽固性腹膜炎，往

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

往注意了需氧菌感染，而忽略了厌氧菌感染；（3）腹水虽为细菌的适宜培养基，但厌氧菌不易穿透肠壁，则难以在血流中存活及在腹水中繁殖。为检验此说，Sheckman[3]测定10例肝硬化非感染性腹水的氧分压，发现为5.7kPa，近似静脉血。提示腹水与体循环之间存在气体的交换，而不利于厌氧菌生长。

关键词 肝硬变；腹膜炎；细菌，厌氧

参 考 文 献

1. 郑德联 徐肇玥 戴自英。肝硬化腹水患者自发性厌氧菌腹膜炎2例报告。中华传染病杂志 1983；4:208
2. Targan SR, Chow AW, Guze LB. Role of anaerobic bacteria in spontaneous peritonitis of cirrhosis. Am J Med 1977；62:397
3. Sheckman P. Anaerobes in spontaneous peritonitis. Lancet 1977；Ⅰ:1223

（收稿：1991-04-18；修回：1991-11-27）

重症肌无力行血浆置换疗法一例的护理体会

石含英 （第三军医大学西南医院 神经内科）630038

我科于1990年3月采用血浆置换疗法治疗一例重症肌无力危象患者，获得了满意疗效，现就护理及操作体会报告如下：

1 病例介绍

陈××，女，38岁。因眼睑下垂，四肢无力10月，伴吞咽、呼吸困难1月，加重5d入院。诊断：重症肌无力危象。予吡啶斯的明60mg 1次/8h，美斯的明5 mg 1次/8 h，无效，且症状进行性加重：意识模糊，点头呼吸，肌力Ⅰ～Ⅱ级。由于患者极度消瘦（体重30kg），若加大胆碱酯酶抑制剂用量有中毒危险，遂行血浆置换疗法。

2 治疗经过

治疗前测患者体重、血型、血球压积等。未测血浆中AchR Ab的浓度。为防止术中发生过敏反应和枸橼酸钠中毒，术前30min静滴地塞米松10mg，口服4片葡萄糖酸钙。血浆置换时，取平卧位，选择两条较粗的静脉进行穿刺，1条用于抽血进入分离器及回输，另1条用于输入晶体液、白蛋白等替代液。按V_{30}型血细胞分离器的操作规程进行间断流动血浆置换。用4%枸橼酸钠抗凝。本例共进行4次治疗，间隔时间2～5d，每次持续2～3 h，每次去除血浆800～900ml，换浆总量：3370ml，接近患者血浆量的3倍。经治疗，患者病情迅速好转，于治疗后24d痊愈出院。

3 护理体会

3.1 做好治疗前的准备工作

应详细询问过敏史，尤其是有无对血浆、异体蛋白过敏史。并备好呼吸机、气管切开包、氧气、吸痰器等抢救器材及药品。在换血浆过程中，同时做好安慰工作，解除病人思想顾虑和紧张情绪，使之愉快接受治疗。本例患者第1次血浆置换时，由于呼吸肌无力，痰液阻塞呼吸道而窒息，血压迅速下降到10.7/6.67kPa，立即进行气管插管、吸痰和呼吸器辅助呼吸，很快解除了呼吸道阻塞，保证了治疗进行。

3.2 重视生命体征的观察

在治疗中严密观察病人的反应，并5～10min测量1次呼吸、脉搏、血压。发现问题，及时处理。治疗后重点观察血压变化，严防低血压发生。

3.3 防治并发症

血浆置换可引起多种并发症[1]，（1）；术中可发生：①枸橼酸钠中毒：表现为畏寒、口周及肢体感觉异常、恶心等。②血浆或异体蛋白过敏。③

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net