DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.06.033

61例中、老年革兰氏阴性杆菌肺炎临床表现

莫金德 （新桥医院 呼吸系）

本文分析了我院1979年2月至1987年4月收治的50岁以上中、老年人革兰氏阴性杆菌肺炎61例。男性37例，女性24例。年龄50～86岁，平均61岁。有一种或一种以上基础疾病者56例（91.8%），其中肺部疾病32例（57.1%），心血管疾病18例（31.2%），口腔和副鼻窦疾病6例（10.8%）。院内获得性感染20例（32.8%）。本病临床表现多不典型，缓慢起病52例（85.2%），咳嗽或轻微咳嗽53例（86.9%），发热28例（45.9%），其中高热7例，中度发烧或低烧21例，胸痛6例(9.8%)，气急43例(70.5%)，起病消化道症状13例(21.3%)，软弱意识障碍19例（31.3%），肺部干湿罗音45例（73.8%）。白细胞总数增高22例（36.1%），中性粒细胞增高48例(78.7%)。胸部X线表现呈大叶性和节段性肺炎者11例，呈支气管肺炎型50例（81.9%）。病变发生在双侧肺野者15例，累及双下肺野者8例，段性浸润以下叶背段、后基底段和上叶后段为多。痰菌培养：大肠杆菌感染33例(54.1%)，绿脓杆菌17例（27.9%），产气杆菌6例(11.5%)，产碱杆菌2例，变形杆菌3例。本组死亡9例（14.8%），并发症有：感染性休克11例(18%)，病后发生心律失常15例（24.6%），电介质紊乱30例（49.2%），以低氯低钠为主，呼吸衰竭7例，右心衰5例，肾功异常6例，肝功异常4例，上消化道出血4例，胸膜反应少量胸水5例（8.2%），胸膜增厚粘连6例（9.8%）。

中、老年人革兰氏阴性杆菌肺炎多在伴有心肺等基础疾病的老年人中发病，各种革兰氏阴性杆菌均可成为致病菌，但以大肠杆菌和绿脓杆菌感染最多，且院内获得性感染逐年增加[1]。其临床表现多不典型，多数起病缓慢，缺乏特征性症状和体征，一般不发烧或仅有低烧，出现较多的消化道症状或精神神经症状，中性粒细胞较白细胞总数增高明显，且基础疾病和并发症多。本病胸部X线表现多数（81.9%）呈支气管肺炎样斑点或斑片状阴影，易浸及两下肺，仅18.1%的病例呈大叶性或局限性肺炎表现。疾灶常常吸收缓慢，易出现胸膜反应产生少量胸水和胸膜增厚粘连或部分肺不张。老年人肺炎死亡率高达50%[2]，早期诊断、及时有效的治疗对降低死亡率有很大关系，对有基础疾病存在的老年人，起病有轻微的呼吸道症状，意识障碍，消化道症状；胸片表现为小叶性肺炎，炎症吸收缓慢；痰涂片染色以革兰氏阴性杆菌占优势[3]；且对青霉素治疗反应不佳等表现者应首先考虑本病的诊断并立即选用针对性抗生素治疗。

参考文献

1. 杨家裕。院内获得性肺炎。中级医刊 1987；22(3)：14
2. 李志仁，等。革兰氏阴性杆菌肺炎的诊断和治疗。国外医学呼吸分册 1984；3：143
3. Fraser RG. Diagnosis of Diseases of the chest. 2ed. WB Saunders Toronto 1978: 717

（收稿：1987.9.16；修回：1988.8.25）

横结肠系膜多房性淋巴管瘤一例

任师颜 王敖川 马宏敏 （新桥医院 普外科）

患者，男性，41岁。左上腹胀痛1年余，加重伴左上腹包块、纳差1月，无外伤及牧区接触史。检查：左上腹稍隆起，可触及一包块延伸于脾区，肋缘下15cm，边缘钝，表面光滑，质中，轻压痛。两次B超均诊断为脾多房性囊肿。选择性腹腔动脉造影和同位素^{99m}Tc扫描均提示脾脏病变。其余检查正常。剖腹探查，术中见横结肠系膜多房巨大囊肿，与脾下极、左肾和胰腺广泛粘连。囊腔呈蜂窝

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

状，大小不一，内含巧克力色液体。手术切除囊肿，送病理检查，病理诊断为肠系膜多房性淋巴管瘤。术中取脾组织做病理检查，未见异常。术后康复出院。

肠系膜囊肿临床上少见，可为先天性发育异常，或为寄生虫性和外伤性囊肿，或属于新生物类，如囊性淋巴管瘤。囊性淋巴管瘤儿童多见，好发于回肠系膜，有的弥漫分布于整个小肠系膜。本例系成年患者的横结肠系膜的囊性淋巴管瘤。由于病变向脾区生长，遮盖部分脾脏并与之广泛粘连，致使B超等检查提示脾脏病变。诊断本病主要依靠临床表现，对左上腹包块、胀痛伴消化道症状，B超提示囊性病变而难以用其它疾病解释者，应想到此病。

（收稿：1988.4.16；修回：1988.6.3）

Lutembacher's综合症一例

曾会昌 王玉阶 龙子善 陈虎平 朱金如 （西南医院 胸外科）

患者女性，25岁，因活动后心慌、气促10个月，加重伴双下肢水肿1月于87年5月5日入院。查体：BP14.1/10.7kPa，二尖瓣面容，无紫绀，颈静脉轻度怒张，心界向左扩大，胸骨左缘第二肋间扪及收缩期细震颤，心尖区第一音增强，闻及2/6级收缩期吹风样杂音及舒张期隆隆样杂音。胸骨左缘第二肋间闻及4—5/6级粗糙的吹风样收缩期杂音，P_2亢进。肝肋下扪及3cm。心电图：电轴右偏，左右房大，右室肥厚劳损。超声心动图：左房40mm，左室30mm，右房52mm，右室62mm。房间隔中断3.5～4.0cm，二尖瓣增厚，后瓣明显，活动较差，短轴开口0.7×1.6cm。胸片：双肺血多，主动脉结小，肺动脉段突，右下肺动脉直径2.5cm。心脏呈二尖瓣型，右房右室明显增大，可见双心房影，心胸比例0.67。术前诊断：先天性心脏病，继发孔房间隔缺损合并风湿性心脏病，二尖瓣狭窄。心功能3级。

同年6月17日在低温全麻体外循环下行二尖瓣交界分离及房缺修补术。术中探查左右房及右室显著增大，主肺动脉增粗，主肺动脉与升主动脉比例为4：2。经右心耳探查：下腔型房缺4.0cm，通过缺损探查二尖瓣口1.2cm，无回流，瓣膜边缘增厚粘连，无钙化。大瓣活动好，瓣下无粘连。经房缺用扩张器分次扩张分离二尖瓣口至3.3cm。房缺直接“8”字缝合修补。术后经过稳定，心脏杂音消失。出院时心功能明显改善，心影缩小，胸心比例为0.57

讨 论

Lutembacher's综合症是一种少见心脏病。在一组25 000例尸检中仅发现5例[1]。它的主要畸形包括继发孔房缺合并二尖瓣狭窄。有的作者也提出了广义的概念，认为除了典型的Lutembacher's综合症外，还将包括继发孔房缺合并其它二尖瓣有病理改变者均属本综合症[1]。本例术中见二尖瓣瓣膜增厚粘连，为风心病二尖瓣狭窄合并先心病继发孔房缺，属广义的Lutembacher's综合症。由于二尖瓣狭窄，阻碍了血流进入左室，经房缺的左→右分流显著增加，体循环血减少肺循环血增多，表现为特征性肺动脉巨大扩张。病人常感疲乏气促。自开展无创性超声心动图检查以来，诊断不困难[2]。手术在低温体外循环下一次完成。二尖瓣狭窄经房缺行交界切开或用器械行交界分离术。对合并二尖瓣闭锁不全者，可根据病变程度行二尖瓣成形术或瓣膜置换术。

参 考 文 献

1. Graham and Rossi E. Heart Disease in Infants and Children. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1980:235
2. 高秀蓉，等。二维超声心动图诊断鲁登巴赫病一例。临床心血管病杂志 1987；3（2）：103～104

（收稿：1987.10.26；修回：1988.8.10）

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