

血浆中 IgG 水平低<sup>[7]</sup>,相应的免疫力亦低,更易于感染。其次,住院时间长的新生儿感染率高于住院时间短者,住院时间长,增加了新生儿感染的机会,导致感染率升高,提示应尽量缩短住院时间,减少医院感染的发生。此外,大量证据提示机械通气持续时间也是呼吸机相关性肺炎发生的最危险因素之一,每使用机械通气 1 d,可以增加 1% ~ 3% 的呼吸机相关性肺炎发生率<sup>[8]</sup>。本研究肺炎新生儿中有高达 66.7% 为呼吸机相关性肺炎,这是由于实施机械通气容易损伤新生儿呼吸道,增加新生儿的免疫负担,导致易感性增加。提示侵入性操作应严格按照规范进行,动作轻柔,减少黏膜损伤,减少感染机会。

**3.4** 本研究单因素分析显示胎龄 <37 周的早产儿是新生儿医院感染的危险因素,虽未能进入多因素 Logistic 回归模型,但已有大量研究表明了它与医院感染的相互关系,本研究中它对医院感染的影响可能通过出生体重反映出来。

综上所述,新生儿医院感染率处于较高水平,应结合自身医院的实际情况,采取有针对性的干预措施与目标性监测,尤其是低出生体重的早产儿是新生儿医院感染的高危人群,是医院感染管理的重点对象应针对危险因素采取有效预防措施:严格执行无菌操作,遵守消毒隔离制度,做好科室环境与物体表面的消毒监测工作;提高医护人员的手卫生依从

性;尽可能减少接触新生儿,减少侵袭性操作,每日评价机械通气的必要性,尽量缩短留置时间;积极治疗原发病,缩短住院时间,采取综合措施降低医院感染的发生率。

#### 参考文献

- 1 吴安华,文细毛,李春辉,等. 2012 年全国医院感染现患率与横断面抗菌药物使用率调查报告[J]. 中国感染控制杂志, 2014, 13(1):8-15.
- 2 任南. 实用医院感染监测方法与技术[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 2007:104-111.
- 3 孙庆芬,顾彩霞,李曼,等. 新生儿重症监护室医院感染目标性监测[J]. 中国感染控制杂志, 2011, 10(6):420-422.
- 4 邱丽心,李敏,林硕超,等. 新生儿医院感染特点与危险因素[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(19):4268-4270.
- 5 刘云,姜波,尹建春,等. 早产儿医院感染调查及其危险因素[J]. 中国感染控制杂志, 2012, 11(4):284-286.
- 6 吴本清. 新生儿危重症监护诊疗与护理[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:395-397.
- 7 Sandberg K, Fasth A, Berger A, et al. Preterm infants with low immunoglobulin G levels have increased risk of neonatal sepsis but do not benefit from prophylactic immunoglobulin G [J]. J Pediatr, 2000, 137(5):623-628.
- 8 Yalaz M, Altun-Koroglu O, Ulusoy B, et al. Evaluation of device-associated infections in a neonatal intensive care unit [J]. Turk J Pediatr, 2012, 54(2):128-135.

[收稿日期 2015-08-28][本文编辑 韦所苏]

## 儿童肾病综合征合并急性胰腺炎一例

· 病例报告 ·

陆明旭

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区江滨医院儿科

作者简介: 陆明旭(1989-),男,医学硕士,住院医师,研究方向:儿童肾脏病的诊治。E-mail:972304601@qq.com

[关键词] 肾病综合征; 急性胰腺炎; 儿童

[中图分类号] R 725.8 [文章编号] 1674-3806(2016)12-1148-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.12.28

### 1 病例介绍

患儿,男,9岁,因“浮肿、尿少 5 d”入院。既往于 2009 年因“浮肿、尿少 1 个月”在广西医科大学第一附属医院经肾活检诊断“肾病综合征(微小病变型)”,然后在医师指导下,规律治疗,服用泼尼松 6 个月后减停,肾脏症状完全缓解。入院 5 d 前,患

儿在上呼吸道感染下出现了浮肿、尿少的症状,入院查体:体温 37.0℃,呼吸 20 次/min,脉搏 86 次/min,血压 110/60 mmHg,精神差,双眼睑及颜面部水肿,腹部膨隆,双下肢凹陷性水肿。实验室检查,血常规:白细胞  $12.0 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 70.0%;血清总蛋白 39.80 g/L,血清白蛋白 14.10 g/L;血清总胆

固醇 15.06 mmol/L,血清甘油三酸酯 3.28 mmol/L, 24 h 尿蛋白定量 132.8 mg/kg。尿常规示尿蛋白 3+。尿素、肌酐、空腹血糖及电解质正常。根据临床表现和实验室检查结果,诊断“肾病综合征(复发)”,予头孢噻肟钠抗感染,感染控制后,加用足量泼尼松 60 mg/d 重新诱导缓解治疗,辅以呋塞米利尿治疗,低盐饮食。入院第 6 天,患儿的咳嗽减少及颜面水肿消除,尿常规示尿蛋白 2+。入院第 7 天,患儿突然诉腹痛,疼痛剧烈,呈持续性,伴恶心、呕吐,查体上腹部腹肌紧张,无压痛及反跳痛。查血清脂肪酶呈逐渐增加趋势,第 10 天血清脂肪酶达到 396 U/L,超过了正常上限的三倍,血清淀粉酶和尿淀粉酶是正常的,血清钙 1.86 mmol/L。腹部超声和 CT 扫描显示大量腹水和胰腺弥漫性肿大,诊断“急性胰腺炎”,立即予禁食、静脉营养处理,并予奥美拉唑、奥曲肽和葡萄糖酸钙治疗。入院第 15 天,患儿腹痛缓解,但血清脂肪酶达到峰值 722 U/L,5 d 后降至正常水平。随后继续接受泼尼松治疗,而在后续的肾病综合征治疗中,没有再次发生急性胰腺炎。

## 2 讨论

**2.1** 儿童肾病综合征最常见的肾脏病理类型是微小病变型<sup>[1]</sup>。超过 90% 的微小病变型肾病综合征患儿对糖皮质激素敏感,并能达到缓解的目的<sup>[2]</sup>。尽管微小病变型对激素有着高敏感性和良好的预后,然而仍然有 60%~90% 的初治激素敏感型患儿肾病综合征复发<sup>[3,4]</sup>。肾病综合征的复发可能导致并发症的增加,如血栓形成、感染、营养不良、血脂异常、电解质紊乱及低血容量等。

**2.2** 有报道称急性胰腺炎是肾病综合征的一种危及生命的严重并发症,肾病综合征合并急性胰腺炎的发病率为 4.1%<sup>[5]</sup>。在肾病综合征的治疗过程中发生急性胰腺炎的机制及这两种疾病之间有何关联,目前尚未明确。肾病综合征患儿的免疫功能失调、高脂血症和药物毒性可能是发生急性胰腺炎的主要原因。急性胰腺炎曾被报道发生在一些免疫疾病治疗过程中,如系统性红斑狼疮和克罗恩病<sup>[6,7]</sup>。利尿剂和类固醇激素的使用也可能导致药物性胰腺炎的发生<sup>[8,9]</sup>。因此在选择药物时,应选择适合病情需要的药物,做到既能发挥免疫抑制剂的治疗效应,又能避免其药物的毒副作用<sup>[10]</sup>。高脂血症和感染可能是肾病综合征并发急性胰腺炎的诱发因素<sup>[11,12]</sup>。此外,肥胖、不良的饮食习惯和胆道疾病也是肾病综合征合并急性胰腺炎的危险因素<sup>[5]</sup>。

**2.3** 腹痛、发热、恶心和呕吐是急性胰腺炎最常见

的症状。当然,其他胃肠疾病也可以表现出类似的症状,并可能导致医师的误诊。延迟诊断和不正确的治疗可能会导致不良的预后,甚至危及生命。因此,有腹痛的肾病综合征患儿应警惕急性胰腺炎的发生。目前血清淀粉酶和脂肪酶是最受欢迎的诊断急性胰腺炎的实验室指标,其对诊断急性胰腺炎有着高敏感性和特异性。近年来,尿胰蛋白酶原-2 在急性胰腺炎的诊断方面的应用也越来越多,最新的 meta 分析表明尿胰蛋白酶原-2 检测是一个可靠、快速的早期诊断急性胰腺炎的方法<sup>[13]</sup>。对于酶学轻度升高的患儿,结合影像学检查诊断急性胰腺炎是必要的,如腹部超声、增强 CT。

**2.4** 口服糖皮质激素是大多数肾病综合征患儿的一线治疗。先前的研究表明,6 个月的泼尼松治疗相对于 3 个月的治疗能显著降低复发的风险。最新的 meta 分析表明,对于激素敏感型患儿,强的松使用超过 2~3 个月并不能降低复发的风险,因为实验数据表明给予强的松 2~3 个月或更长时间甚至持续整个治疗过程,在肾病综合征的复发风险上并没有显著性差异。治疗过程中的肾病综合征患儿,若是发生了上呼吸道感染或其他部位感染,维持原有的泼尼松治疗比替换成隔日激素或暂停激素治疗,可以减少复发的风险<sup>[14]</sup>。然而,使用糖皮质激素治疗合并急性胰腺炎的肾病综合征仍然存在争议,据报道,目前口服糖皮质激素会增加发生急性胰腺炎的风险<sup>[8]</sup>。然而,有证据表明,类固醇激素并不能诱发急性胰腺炎的发生或导致急性胰腺炎病死率的增加,相反,类固醇激素在治疗急性胰腺炎上可能起一定的作用<sup>[15]</sup>。

总之,急性胰腺炎是肾病综合征的一种罕见并发症,如不及时诊断和治疗,可能危及患儿生命。对于出现腹痛的肾病综合征患儿,血清脂肪酶、淀粉酶、增强 CT 及腹部超声的检查,有助于急性胰腺炎的诊断。糖皮质激素是肾病综合征的一线治疗药物,对于肾病综合征合并急性胰腺炎是否继续激素治疗仍有待于进一步研究。

## 参考文献

- 1 Chung J, Habib R, White RH. Pathology of the nephrotic syndrome in children; a report for the International Study of Kidney Disease in Children[J]. *Lancet* 1970, 760(1):1299-1302.
- 2 Trompeter RS, Lloyd BW, Hicks J, et al. Long-term outcome for children with minimal-change nephrotic syndrome[J]. *Lancet* 1985, 1(8425):368-370.
- 3 Tarshish P, Tobin JN, Bernstein J, et al. Prognostic significance of the early course of minimal change nephrotic syndrome; report of the

International Study of Kidney Disease in Children[J]. J Am Soc Nephrol,1997, 8(5):769-776.

4 Nephrotic syndrome in children: a randomized trial comparing two prednisone regimens in steroid-responsive patients who relapse early. Report of the international study of kidney disease in children[J]. J Pediatr, 1979, 95(2):239-243.

5 黄天伦,徐承云,徐高四. 肾病综合征患者并发急性胰腺炎的危险因素分析[J]. 实用医学杂志,2012,28(13):2208-2210.

6 Yi GC, Yoon KH, Hwang JB. Acute Pancreatitis Induced by Azathioprine and 6-mercaptopurine Proven by Single and Low Dose Challenge Testing in a Child with Crohn Disease[J]. Pediatr Gastroenterology Hepatol Nutr, 2012, 15(4):272-275.

7 Yang Y, Ye Y, Liang L, et al. Systemic-lupus-erythematosus-related acute pancreatitis: a cohort from South China[J]. Clin Dev Immunol,2012, 2012:568564.

8 Sadr-Azodi O, Mattsson F, Bexlius TS, et al. Association of oral glucocorticoid use with an increased risk of acute pancreatitis: a population-based nested case-control study[J]. JAMA Inter Med, 2013, 173(6):444-449.

9 Jones MR, Hall OM, Kaye AM, Kaye AD; Drug-induced acute pancreatitis: a review[J]. Ochsner J, 2015, 15(1):45-51.

10 蒙海强,王玲. 新型免疫抑制剂治疗小儿肾病综合征的研究进展[J]. 中国临床新医学,2009,2(5):488-491.

11 Huang YX, Jia L, Jiang SM, et al. Incidence and clinical features of hyperlipidemic acute pancreatitis from Guangdong, China: a retrospective multicenter study[J]. Pancreas, 2014, 43(4):548-552.

12 Uwaezuoke SN. Steroid-sensitive nephrotic syndrome in children: triggers of relapse and evolving hypotheses on pathogenesis[J]. Ital J Pediatr, 2015, 41(1):19.

13 Chang K, Lu W, Zhang K, et al. Rapid urinary trypsinogen-2 test in the early diagnosis of acute pancreatitis: a meta-analysis[J]. Clin Biochem, 2012, 45(13-14):1051-1056.

14 Hahn D, Hodson EM, Willis NS, et al. Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2015, (3):CD001533.

15 Derk CT,DeHoratius RJ. Systemic lupus erythematosus and acute pancreatitis: a case series[J]. Clin Rheumatol,2004,23(2):147-151.

[收稿日期 2016-08-29][本文编辑 蓝斯琪]

# 肺癌伴变异性心绞痛一例

• 病例报告 •

郭红云, 冯国生

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院化疗一区

作者简介: 郭红云(1982-),女,在读研究生,研究方向:肺癌化疗以及综合治疗。E-mail:419133774@qq.com

通讯作者: 冯国生(1962-),男,医学硕士,主任医师,硕士生导师,研究方向:肺癌、乳腺肿瘤的综合治疗。E-mail:Fengguosheng88988@163.com

[关键词] 肺癌; 冠心病; 变异性心绞痛; 化疗

[中图分类号] R 734.2 [文章编号] 1674-3806(2016)12-1150-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.12.29

## 1 病例介绍

患者,女,58岁,因肺腺癌术后8月余入院,患者诉8个月前因体检行胸部CT检查,提示右肺下叶后基底段结节,考虑肿瘤性病变(周围型肺癌可能),两肺下叶外基底段结节,胸膜下异常密度影,性质待定(炎症?转移?),于2015-10-29在我院全身麻醉下行胸腔镜下右下肺叶切除+纵隔淋巴结清扫术。术后病理:(右下肺)腺泡状腺癌,送检肺组织以及支气管残端均未见癌残留。肺门淋巴结3/26转移。查体:功能状态评分(PS)0分,生命征平稳,神情精神可,皮肤巩膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大,右侧胸壁见长度为8cm陈旧性手术瘢痕,

双肺呼吸音清,未闻及明显干湿啰音,心界不大,心律齐,各瓣膜未闻及杂音,下腹部见长度为10cm陈旧手术瘢痕,腹软,无压痛反跳痛,腹部未及包块,肝脾肋下未触及,肠鸣音正常,双下肢无水肿。患者既往高血压多年,有多年腰椎间盘突出症,有骨质疏松症。双膝关节骨性关节炎,否认家族遗传史。辅助检查:心脏彩超示左心功能射血分数(EF)64%,心脏形态结构及瓣膜活动未见异常。心电图示正常心电图。血常规、肝功能肾功能、血生化、肿瘤标志物、心肌酶及心功能未见异常。诊断:“右下肺腺癌术后pT<sub>1b</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>IIA期”。根据术后病理类型分期治疗方案:2015-11-11予培美曲赛(500mg/m<sup>2</sup>,第1天,