

人种及地域差异有关,值得进一步探讨。

综上所述,中国汉族人群中,TCRCα 基因-575 A/G 多态性可能和肉眼血尿的发生、系膜增生相关,但可能与肾功能进展不相关。

【参考文献】

[1] Scolari F. Inherited forms of IgA nephropathy [J]. *Nephrologie*, 2003, 16(2) 317-320.

[2] Deenitchina SS, Shinozaki M, Hirano T, et al. Association of a T-cell receptor constant alpha chain gene polymorphism with progres-

sion of IgA nephropathy in Japanese patients [J]. *Am J Kidney Dis*, 1999; 34(2) 279-288.

[3] Chung J, Bernstein J, Glasscock RJ. Renal disease classification and atlas of glomerular disease. [M] 2nd ed. New York: Ikagu Shoin, 1995: 45-47.

[4] Haas M. Histologic subclassification of IgA nephropathy: A clinicopathologic study of 244 cases [J]. *Am J Kidney Dis*, 1997; 29(6): 829-842.

[5] Hsu SI, Ramirez SB, Winn MP, et al. Evidence for genetic factors in the development and progression of IgA nephropathy [J]. *Kidney Int*, 2000; 57(5) 1818-1835.

编辑 甄志强

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2005)22-2082-01

### 重症胰腺炎合并感染特点及易感因素分析

宋涛,刘青光,姚英民

(西安交通大学第一医院肝胆外科,陕西 西安 710061)

【关键词】重症胰腺炎;感染;易感因素

【中图分类号】R576;R519 【文献标识码】B

#### 1 对象和方法

1.1 对象 我院 2002/2003 收治 32(男 17,女 15)例重症胰腺炎(serve acute pancreatitis, SAP)患者,年龄 24~76(平均 50.7)岁。

1.2 方法 SAP 诊断标准及合并感染、真菌感染诊断标准参考相关文献 [2],收集痰、尿、血、腹水、胸水、支气管灌洗液、异常粪标本细菌真菌培养阳性及支持感染的临床症状及体征病例,对入选病例 APACHE II 评分,抗生素应用种类及时间,是否应用创伤性检查及治疗,禁饮食时间,免疫抑制剂应用,消化道瘘,血糖改变,手术等相关因素进行分析。

2 结果 感染组与非感染组分别为 22 例,10 例,组间性别比,入院 APACHE II 评分未见统计学差异 ( $P > 0.05$ );感染组病死率(23%)高于非感染组(10%),感染组比非感染组院内留住时间延长[(65±48) d vs (27±21) d, ( $P < 0.05$ )].

感染组 22 例中获得微生物培养证实者 12 例,91%为呼吸系统及腹腔内感染;致病菌培养证实杆菌属占 45%,球菌属占 36%,真菌占 18%。呼吸系统致病菌中 50%为革兰氏阳性菌,腹腔感染中 43%为革兰氏阴性菌,而且 92%为混合性感染,4 例白色念珠菌感染病例均为伴随其他细菌混合感染。

组间对比是否存在消化道瘘,抗生素应用疗程是否超过 14 d,是否手术治疗存在显著性差异 ( $P < 0.05$ ),抗生素应用种类是否超过 3 种,手术时间是否超过 3 h,血糖水平升高是

否超过 4 d,禁饮食是否超过 14 d,免疫抑制剂应用、是否应用创伤性检查及 APACHE II 评分方面未见显著性差异 ( $P > 0.05$ )。

3 讨论 本组资料感染组与非感染组在性别,入院 APACHE II 评分未见差异,但 SAP 合并感染组住院时间延长,合并感染组病死率 23%,非感染组病死率 10%,提示合并感染可能是独立影响预后的危险因素。SAP 合并感染致病菌中以革兰氏阴性菌为主,多见于呼吸系统和腹腔内,混合感染多见,与文献报道情况类似<sup>[3]</sup>,其实质是肠源性感染,控制肠源性感染直接关系到预后,临床采用手术引流腹腔灌洗、广谱抗生素等治疗,但是还未有一种方法可完全控制“肠源性感染”。SAP 合并真菌感染病死率明显增高,本组资料确诊 SAP 合并真菌感染 4 例,死亡 3 例,治疗失败的主要原因是把念珠菌当成外科感染过程中的“污染”和“过客”<sup>[4]</sup>。本组病例 75% 胰外感染见于呼吸系统,原因可能是 SAP 伴有急性肺损伤,痰液黏稠阻塞气道,机体免疫功能紊乱,腹腔高压限制膈肌运动以及辅助呼吸应用等,为细菌的滋生提供“温床”。

本组资料选择 10 项可能影响 SAP 发生感染的因素分析表明:当存在原发消化道瘘,在 SAP 病程不同阶段实施手术治疗均倾向发生感染,可能是伴消化道屏障功能不全时更易于发生肠源性感染;另一方面当消化道瘘及手术治疗致全身免疫功能受损时,呼吸系统等发生感染几率升高。同时发现感染组与非感染组在抗生素应用种类未见统计学差异 ( $P > 0.05$ ),而应用疗程存在差异 ( $P < 0.05$ ),本组资料显示 2 例病例在药敏指导下长期应用广谱抗生素仍发生多重感染。提示:长期应用广谱抗生素,即便在细菌培养和药敏指导下亦无法避免感染发生。

#### 【参考文献】

[1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学 [M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社, 1999: 1299-1305.

[2] 雷若庆,刘伟,瞿洪平等. 重症急性胰腺炎合并真菌感染的诊断和治疗 [J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(9): 544-545.

[3] Powell JJ, Miles R, Sivirardena AK. Antibiotic prophylaxy in the initial management of severe acute pancreatitis [J]. *Br J Surg*, 1998; 85: 582-587.

[4] Keiser P, Keay S. Candida in pancreatic abscess: Report of two cases and review [J]. *Clin Infect Dis*, 1992; 14(4): 884-888.

编辑 井晓梅

收稿日期 2004-12-07; 修回日期 2005-04-04

作者简介 宋涛(1978-)男(汉族)陕西省太白县人,硕士生(导师刘青光). Tel. (029)85274693 Email. stwyl@sohu.com