

inducible chloramphenicol resistance determinant in the Tn696
integron suggests regulation by translational attenuation [J].
Plasmid 1991, 26(1): 10-19

[11] Martínez-Freije P, Fluit AC, Selmiz J et al. Class I integrons in
Gram-negative isolates from different European hospitals and
association with decreased susceptibility to multiple antibiotic
compounds [J]. J Antimicrob Chemother 1998 42(6): 689-696

[12] Rosser SJ, Yound HK. Identification and characterization of class
I integrons in bacteria from an aquatic environment [J]. J
Antimicrob Chemother 1999 44(1): 11-18

[13] Ploy MC, Denis F, Courvalin P. Molecular characterization of
integrons in Acinetobacter baumannii: Description of a hybrid class
integron [J]. Antimicrob Agents Chemother 2000 44(10): 2 684
-2 688

[文章编号] 1000-2200(2006)02-0217-01

。短篇报道。

肺癌术后应激性溃疡 3例诊治探讨

李忠望, 李洪林, 杨惊雷

[关键词] 肺肿瘤; 肺切除术; 急性应激性溃疡

[中国图书资料分类法分类号] R 734.2 R 655.3

[文献标识码] B

2001~2003年, 我科行肺癌根治术治疗肺癌 49例, 其中
术后发生应激性溃疡 3例, 死亡 1例, 3例术前均无胃肠溃疡
病史。现作报道。

1 临床资料

例 1, 男, 70岁, 咳嗽、痰血 2个月入院, 根据 CT及纤维
支气管镜确诊右上肺鳞癌。于入院两周后行右上肺叶切
除术, 术后第 10天突然出现呕血、黑便、失血性休克, 出血量
每天超过 1 000 ml, 排除其他内出血因素后考虑为应激性溃
疡出血。给予胶体次枸橼酸铋钾、1.25%碳酸氢钠、去甲肾
上腺素冰盐水、云南白药胃管内注入, 每 2 h一次, 垂体后叶
素每天 16 U, 西米替丁 40 mg, 奥美拉唑 40 mg 静脉应用, 并
给予抗感染、输血、补液等支持治疗, 1周后血止。血止 3天
后复发, 再次按上述方法治疗 2周余 (2周内反复 4次), 出
血停止, 累计出血约 30 000 ml, 输血 26 000 ml, 血止后 1个
月出院, 随访 1年未复发。

例 2, 男, 79岁, 咳嗽、痰血伴胸闷 1个月, 有冠心病、心
律失常病史。诊断为右上肺癌。术前经积极准备后, 术中心
电监护, 行右上肺叶切除术。术后一直平稳, 但术后第 8天
突然出现黑便, 失血性休克, 出血量 1天达 2 000 ml 以上, 在
出血第 2天经积极抢救治疗无效, 为失血性休克致心功能衰
竭死亡。

例 3, 男, 69岁, 结肠癌术后 2年, 发现右下肺肿块 1周,
抗感染治疗 1周余, 复查 CT示右下肺肿块明显增大。术后
病理证实为鳞癌。术后第 6天突发呕血、黑便, 以黑便为主,
给予例 1中同样的内科保守治疗方法应用无效, 1天后转为
血便, 后逐渐变为鲜血, 量极大, 1天达 3 000 ml, 考虑有大的
血管出血, 患者极度虚弱, 无法进行手术止血, 决定给予介入
治疗。方法: 导管从股动脉置入, 于腹主动脉 (分出肝总、胃
十二指肠) 分叉处注入造影剂, 见造影剂从胃十二指肠动脉
迅速流入十二指肠内, 其它的血管无分流, 确诊胃十二指肠

动脉出血, 给予栓剂栓塞十二指肠动脉, 5 min后, 再次注入
造影剂, 见栓塞成功, 且其它的血管无分流征象。术后患者
大便逐渐恢复正常, 1周后康复出院, 随访 5个月无复发。

2 讨论

随着医学科学的发展, 手术适应证逐步扩大, 高龄患者
增加, 应激性溃疡的发生率有增加趋势, 胸外科手术术后并发
应激性溃疡文献报道发生率在 0.22%~6.5%, 病死率 20%
~50%^[1], 本组 3例年龄 69~79岁, 应激性溃疡发生于术后
6~10天, 主要症状为呕血、黑便、血便, 发生率 6.12%, 病死
率 33.33%。应激性溃疡的治疗主要是保守治疗和手术治疗,
保守治疗主要是抗休克、支持治疗的同时胃管内注入胶
体次枸橼酸铋钾、1.25%碳酸氢钠、去甲肾上腺素冰盐水、云
南白药, 静脉应用垂体后叶素、西米替丁、奥美拉唑等。如经
保守治疗无效或出血量 1 000 ml 以上, 经输血 400~1 000 ml
后循环状态仍不稳定者, 应积极手术治疗^[1]。但是, 治疗仍
要以保守治疗为主。积极手术治疗可能因其盲目性和患者
体质情况而存在较大的手术风险。因而, 我们更愿意选择介
入治疗。

介入治疗有其特有的优越性: (1)比剖腹止血创伤小, 应
激性溃疡多见于高龄、高危病例, 胸外科手术的创伤加上溃
疡出血导致患者体质虚弱, 无法耐受二次手术。(2)介入治
疗效果确切, 手术止血因胃黏膜的广泛出血影响手术视野,
且出血部位不易确定, 如盲目缝扎可能导致止血不彻底和误
扎。介入治疗在无明显大血管出血情况下, 以不影响脏器主
要血供为前提, 选择性栓塞高度可疑的出血血管, 再配合内
科治疗, 达到止血目的。术者的技术水平起重要的作用, 若
操作不慎误栓血管, 可导致脏器缺血坏死。

对于应激性溃疡, 应当采取防治结合的方法, 术前及术
后预防性应用 H₂受体拮抗剂, 对预防应激性溃疡的发生有
明显的效果^[1]。

[参 考 文 献]

[1] 田 锋, 王天佑, 吴兆荣. 胸心外科术后应激性溃疡及其防治
[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1997, 13(5): 299~300

[收稿日期] 2005-01-17

[作者单位] 安徽省蚌埠第三人民医院 胸外科, 233000

[作者简介] 李忠望 (1971-), 男, 主治医师。