

从表4表明: 肺癌组血及BAL的ACE值均比非肺癌组值明显低($P<0.01$, $P<0.05$)。

3 讨论

支气管肺癌患者血清ACE活性降低。Joseph (1986)对58例肺癌患者进行血清ACE测定, 结果是未经手术治疗的肺癌, 术前血ACE值明显低于对照组。我们对22例各型肺癌进行了血及BAL的ACE测定, 结果表明: 肺癌组均明显低于正常对照组。肺癌组血和BAL中ACE不相关($r=0.0921$)。

细菌性肺炎、败血症性肺炎血ACE值明显高于正常人。动态观察表明感染早期ACE明显减少, 1周后升高^[2]。我们观察13例肺炎患者血和BAL的ACE值均增加, 但无显著性($P>0.05$)。通过肺炎和肺结核的ACE值分别与肺癌组ACE值相比, 则无论是血还是BAL的ACE均高于肺癌组, 这一点对于肺炎、肺结核与肺癌的鉴别有一定帮助。

ACE活性明显受肺泡低氧的影响, 居住于高原的人其ACE值减少, 肺心病缓解期ACE下降。我们检测慢阻肺7例, 其血和BAL中ACE均比正常组降低($P<0.01$)。这与上述报道是一致的, 这可能是由于长期肺损害, 肺毛细血管床减少, 慢性缺氧导致肺毛细血管ACE合成减少。

关于影响ACE的因素: 如吸烟、白蛋白量等。我

们统计吸烟与不吸烟者ACE变化结果未见到明显差异。关于白蛋白对ACE影响的意见不尽一致, 有的文献指出ACE与白蛋白无关^[3], 在检测ACE时不用计算增加渗透性这一因素^[4], 因此我们没有用白蛋白纠正ACE来进行比较, 当然, 深入的研究有待于今后工作。但从我们对某些肺部疾病测得的血和BAL中ACE值结果来看, 虽血和BAL中ACE值两者不相关, 但两种标本的ACE却有一致变化, BAL中ACE测定价值没有超出血清的测定^[5]。还应指出, 我们对这些肺疾病血及BAL的测定也是非特异的, 只能结合临床资料加以综合判定。

参考文献

- 1 Joseph R, et al. Plasma Angiotensin-Converting enzyme activity in patients with bronchial carcinoma. *Br J Dis*, 1986; 80: 229
- 2 Steven M D. Angiotensin-Converting enzyme in bronchi alveolar lavage in ARDS. *Chest*, 1978; 91: 52
- 3 Neilly J B, et al. Trans pulmonary Angiotensin II formation in patients with chronic stable co pulmonary. *Am Rev Respir Dis*, 1987; 135: 891
- 4 Eklund A, et al. Relationship between changed alveolar-capillary permeability and angiotensin converting enzyme activity in serum in sarcoidosis. *Thorax*, 1986; 4: 629
- 5 安冈那氏. 气管支肺泡洗液の免疫学及生化学的动态. *最新医学*, 1986; 41: 1366

肠滴虫病1例误诊分析

河北省晋州市中医院(052260) 师顺平

患者女, 28岁。因腹泻2个月, 加重2天入院。患者于2个月前因饮食不当, 出现呕吐, 吐出胃内容物, 继而腹痛, 腹泻水样便, 每天2~6次, 经多方治疗不见好转, 体质日渐消瘦。入院前2天上述症状加重, 腹胀较甚, 呕吐频繁, 四肢无力。既往体健, 否认有胃肠道病史。

查体: 体温36℃, 呼吸20次/分, 脉搏80次/分, 血压14.3/5.7kPa。体质极度消瘦, 浅表淋巴结不肿大, 皮肤、粘膜无黄染。腹中下部膨隆胀满, 肠鸣音减弱, 无移动性浊音, 肝脾触诊欠满意。X线检查: 心肺未见异常, 腹部积气明显, 结肠明显扩张, 下腹部可见液平。心电图示: I、II、III、aVF、V₁~V₆导联ST段下移 ≥ 0.5 mV, 主波向上导联TU融合。B超示: 肝脾结构正常, 胆汁浓缩。血常规: 白细胞 $10 \times 10^9/L$, 中性0.72, 淋巴0.28, 血红蛋白130g/L;

血沉0~35mm/h; 血钾4.7mmol/L, 二氧化碳结合力14.8mmol/L, 血糖4.2mmol/L, 肝功能化验正常。入院诊断: (1)肠结核, (2)肠道不全梗阻, (3)水电解质紊乱、酸碱失衡。治疗: 补液纠正水电解质紊乱、酸碱失衡; 并静滴氨苄青霉素6g, 肌注链霉素0.75g, 各每日1次。口服雷米封0.3g, 利福平0.45g, 各每日晨服1次。5天后停用氨苄青霉素, 治疗16天, 病情好转, 大便稀软每天1次。X线检查: 结肠有少量积气, 心电图正常, 血沉0~13mm/h。出院后5天, 病情复发, 症状同住院前, 遂又返回住院。经详细检查, 大便中发现有大量滴虫, 后改用口服灭滴灵, 每次0.2g, 每日4次, 7天后改为每次0.2g, 每日3次, 治疗20天痊愈。出院后继续服灭滴灵7天。后随访未复发。

误诊原因分析: (1)肠滴虫病近年临床较为少见, 因此临床上容易忽视本病。(2)肠滴虫病国内报道多急性起病, 反复发作, 且经久不愈, 有时甚至与肠阿米巴病、菌痢、肠结核难以区别。况且此例患者经用抗痨药物短时有效, 就更易漏诊。