1.6.2 卧床休息 对于内镜下黏膜剥离 LST 的患者来说，术后的休息很重要。一般绝对卧床休息 2 ~ 3 d。如果剥离的创面较大，应适当延长卧床休息时间。2 周内避免体力活动，特别是急剧增加腹压的运动，如：用力排便、咳嗽等，还应避免过劳、情绪紧张，并密切观察患者的生命体征、腹部和大便情况。

1.6.3 并发症的观察与护理 LST 剥离术后的常见并发症是出血、穿孔、肠道功能紊乱等。患者术后的大便观察是衡量有无出血的重要指针。应注意观察有无持续或大量便血、头晕、心慌、出冷汗、脉搏细速及血压下降等表现。手术穿孔及术后迟发性穿孔常根据病变部位不同而有不同表现。常表现为剧烈腹部疼痛及腹膜刺激征。极少数病变位于低位直肠（距离肛缘 7 cm 以内）的患者临床上可出现腹膜气肿、阴囊气肿及皮下气肿。如有异常应立即报告医生进行处理。

2 结果

32 例患者均运用 ESD 方法成功切除，手术成功率 100%。术后常规用止血钳行创面止血，部分创面用钛夹夹闭以避免穿孔。1 例患者发生迟发性出血，经内镜下再次止血后停止。所有患者无穿孔表现，总住院时间为 4 ~ 7 d，术后病理证实切缘及基底部未见肿瘤。患者 1 ~ 3 个月后复查，于原病变处可见瘢痕形成，未见复发。

3 讨论

大肠侧向发育型肿瘤根据其独特的内镜下表现，其治疗方式由以前的单一外科手术发展成内镜下治疗，使患者减少了外科手术带来的并发症，并降低了手术费用和住院时间。但是 EMR 目前在国外只局限于治疗较小的消化道病变。内镜下 ESD 治疗相对 EMR 治疗来讲又具有更能完整地切除病变，降低了因分片切除（EPMR）导致复发的风险，更能将病变完整地送检，将病变边缘及病变深度更好地体现在病理中等优点。因此 ESD是目前最佳的治疗大肠侧向发育型肿瘤病变的方法[2]。

在 ESD 治疗大肠侧向发育型肿瘤过程中，最主要的并发症是出血和穿孔，因此对于患者的术后护理的重点是密切观察患者有无出血及穿孔的临床表现。在 ESD 过程中发生出血不但影响手术视野和增加手术时间，更容易因为盲目的手术止血增加穿孔的发生[3]。因此，应有意识地预防出血的发生，即在剥离过程中遇见裸露的血管尽量采用止血钳止血，避免粗暴操作。对于已经发生的出血应尽量用副送水冲洗干净以明确出血部位，进行及时止血治疗，尽量避免用钛夹止血，以免影响手术视野。对于 ESD 术中及术后发生的穿孔，由于其穿孔一般较小，并在术前进行了充分的肠道准备，肠道清洁度较好，故其发生的腹膜炎体征一般较轻。并且穿孔在手术过程中较容易发现，及时应用钛夹夹闭穿孔处，并结合术后禁食、卧床休息，静脉使用抗生素等，患者一般可以避免外科手术修补治疗[4-5]。清晰的手术视野和反复黏膜下注射可在最大程度上避免穿孔的发生。

[参考文献]

[1] Kudo Sinea. Early colorectal cancer-detection of depressed types of colorectal carcinoma[M]. Tokyo: Igaku-Shoin Medical Publisher, 1996: 50 -51.

[2] 徐美东，王小云，周平红，等. 内镜黏膜下剥离术治疗不同亚型结直肠侧向发育型肿瘤的临床与病理研究[J]. 中华消化内镜杂志，2012，29(8)：422 -428.

[3] 周平红，徐美东，陈巍峰，等. 内镜黏膜下剥离术治疗直肠病变[J]. 中华消化内镜杂志，2007，24(1)：4 -7.

[4] Fujishiro M, Yahagi Y, Nakamura M, et al. Endoscopic submucosal dissection for rectal epithelial neoplasia[J]. Endoscopy, 2006, 38(5): 493 -497.

[5] Gedebou TM, Wong RA, Rappaprt WD, et al. Clinical presentation and management of iatrogenic colon perforations[J]. Am J Surg, 1996, 172(5): 454 -458.

（编辑：魏 源）

获得性免疫缺陷综合征合并肺部感染 1 例报告

高 燕，唐玉兰，孔维龙，刘国栋 （第三军医大学西南医院全军感染病研究所，重庆 400038）

[关键词] 获得性免疫缺陷综合征；人类免疫缺陷病毒；肺部感染；治疗
[中图分类号] R512.91 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)02-0225-02

艾滋病，即人类免疫缺陷病毒（HIV）感染引起获得性免疫缺陷综合征（AIDS），目前尚无有效治疗方法，晚期患者的免疫力低下且极易并发各种感染，对人类健康造成严重威胁。本所在临床收治了 1 例艾滋病合并肺部感染患者，现总结报告如下。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201302049
[收稿日期] 2012-09-12 [修回日期] 2012-09-27

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者，男，45 岁，2011 年 10 月 27 因受凉后出现寒战，随后出现 37.8 ℃高温，并伴有深吸气时胸痛、四肢酸痛、头晕、头痛。在当地医院治疗效果不佳于 2011 年 11 月 18 日入我院感染科。2007 年 3 月至 4 月有明确冶游史。入院查体：体温 40.0 ℃，右侧腹股沟可扪及 1 个直径约 0.6 cm 淋巴结，左下肺可闻及胸膜

摩擦音。入院后实验室检查:WBC 3.88×10^9/L、N 78.01%、RBC 2.89×10^{12}/L、HGB 94.0 g/L、PLT 211×10^9/L;嗜酸细胞计数:20×10^6/L;血沉 100 mm/h;免疫球蛋白检测 IgA 4.632 g/L;乙肝三对检查抗-HBs(+)、抗-HBc(+);HBV-DNA9.852 $\times 10^2$copies/mL;HIV 抗体初筛阳性;PT 10.9(11 ~ 15)s、PTA 118.5%。胸腹部 CT 提示:右侧胸腔及叶间裂积液,右肺上叶前段及下叶内底段病变,考虑炎症。2011 年 11 月 20 日重庆市公共卫生医疗救治中心检验示:CD4 绝对值 34/μl;CD4 百分比 8%;HIV-RNA 4.928×10^5 copies/mL。入院诊断为获得性免疫缺陷综合征合并肺部感染。

1.2 方法

入院后泰能抗细菌感染 5 d、对症支持等治疗体温无明显下降,改为头孢吡肟抗细菌感染,伊曲康唑抗真菌感染,并行骨髓穿刺加活检术。骨髓细胞检查增生性骨髓象;骨髓活检骨髓造血细胞减少,脂肪组织增生。患者体温由 40 ℃降至 38 ℃左右。2011 年 11 月 29 日患者体温再次升高达 39 ℃左右,次日复查血沉示 113 mm/h;血常规示:WBC 1.58×10^9/L、N 58.84%、RBC 2.57×10^{12}/L、HGB 81.0 g/L、PLT 157×10^9/L;肝功 ALB 24.8 g/L;给予瑞白升白细胞治疗 3 d。2 d 后复查胸部 CT 提示:右侧胸腔及叶间裂积液较前片有所增多,右肺感染。2 d 后加用拉米夫定、司他夫定、奈韦拉平抗 HIV 治疗。患者一直高热,体温最高达 42 ℃。7 d 后予利福霉素、异烟肼、吡嗪酰胺、乙胺丁醇、依克沙诊断性抗结核治疗,患者体温降至 37 ~ 38 ℃,早晨体温最高可达 39 ℃。患者自身免疫功能极度低下,考虑存在多种致病菌混合感染,拟加用万古霉素联合抗感染治疗,患者及家属因经济原因而出院,回当地医院继续治疗。

2 讨论

艾滋病系由人类免疫缺陷病毒(HIV)经性接触、血液或母婴垂直传播感染,病毒主要侵犯和破坏 CD4 + T 细胞,导致机体细胞免疫缺陷,继发各种机会性感染或肿瘤,性接触是主要的传播途径[1]。本病例有明确的冶游史,HIV 抗体初筛阳性,HIV-RNA 检测也证实存在 HIV 感染,CD4 绝对值为 34/μl,低于 200/μl,病程较长,故明确诊断为获得性免疫缺陷综合征。目前高效抗逆转录病毒治疗(highly active antiretroviral therapy, HAART),俗称“鸡尾酒疗法”,已被证实是针对 HIV 感染最有效的治疗手段,但只用一种抗病毒治疗的药物容易诱发 HIV 的变异,从而产生耐药性[1],故用拉米夫定、司他夫定、奈韦拉平联合用药进行抗 HIV 治疗,临床表现证实有明显疗效。

艾滋病患者合并感染临床表现多样,其中肺部感染达 92%[2]。国内文献报道[3],细菌性肺炎占比例最大,约 50%,此类患者有发热不易控制,血白细胞多正常或降低,少数升高,治疗后肺部病灶不易吸收或易反复等特点。查体及相关检查证实该病例存在肺部感染,支气管分泌物、肺泡灌洗、刷拭子活组织检查及肺活检虽有利于了解肺部感染和病原菌的检测,但上述检查中的前两项存在一定的假阴性率,后两项则属于有创检查,患者尚无明显呼吸系统症状,且多次血液送检细菌、真菌培养结果阴性,骨髓细菌培养结果阴性,故只使用了广谱抗生素。HIV 合并结核分枝杆菌(MTB)双重感染以每年 10% 的速度递增,HIV 阳性患者感染结核菌后,结核病的发病率较 HIV 阴性者高 30 倍,可以是内源性复发,也可以是外源性感染引起[3]。本病例经诊断性抗结核治疗,体温有所下降,考虑合并结核感染,但抗结核疗效不够满意,可能是由于多重耐药和患者免疫力低下所致。

截至 2011 年底,我国存活的 HIV 感染者和艾滋病病人(PLHIV)约 78 万人[4],这给人民的健康和安全带来严重威胁,同时也造成了巨大的人力和经济损失,防控形势非常严峻。为减少或避免艾滋病的传播,切断传播途径是最佳方法,因此应加强宣传教育,让人们洁身自好,推广避孕套的使用;加大对卖淫嫖娼和制毒、贩毒、吸毒的打击力度;对临床用血要严格控制适应证,避免血液制品的滥用,对所采集用于输血的血液,均应进行 HIV 的检测,避免 HIV 通过输血传播。

[参考文献]

[1] George MD, Reay E, Sankaran S, et al. Early antiretroviral therapy for simian immunodeficiency virus infection leads to mucosal CD4 + T-cell restoration and enhanced gene expression regulating mucosal repair and regeneration[J]. J Virol, 2005, 79(5): 2709 - 2719.

[2] 邱文燕. 以肺部感染为首发症状的 HIV/AIDS 临床分析[J]. 右江民族医学院学报, 2007, 29(1): 18 - 19.

[3] 许启霞, 陈余清, 刘 超, 等. 获得性免疫缺陷综合征患者的肺部感染[J]. 蚌埠医学院学报, 2004, 29(1): 18 - 19.

[4] 中华人民共和国卫生部, 联合国艾滋病规划署, 世界卫生组织. 2011 年中国艾滋病疫情估计[EB/OL]. (2012-01-21). http://www.moh.gov.cn/cmsresources/mohyzs/cmsrsdocument/doc13944.pdf.

(编辑:魏 源)

知识窗

①一组计量单位相同的量值可只在最后写出单位,如 0.5、0.7、1.2、2.3 mL/kg。但在表示物体体积时则需在每个数量值之后写出相应的单位,如肿物大小应描述为 40 cm × 3 cm × 5 cm。

②4 位数以上用三分节法,每三位间隔半个字符,如 2 000 万,23 456 245 ,3.141 592 6 等。但此规则不用于年份、部分番号、仪器型号、参考文献中的页码等。

③应区别比号“ : ”与冒号“:”。比值应表达为 3:2,而不是 3:2。

④甲状腺 II 度肿大、心功能 II 级,不能写成甲状腺 II°肿大、心功能 II°。

《局解手术学杂志》编辑部