DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.01.051

敏感率有所恢复后再使用,尽量根据药敏结果选用抗生素,做到个体化治疗等。同时表2及表3的结果也提示,一些目前临床上已较少使用的抗生素对某些病原菌的敏感率有所回升,如庆大霉素对葡萄球菌、乙型链球菌和假单胞菌、复方新诺明对大肠埃希氏菌和肠杆菌属细菌等,在下呼吸道感染的治疗中,临床医生可在一些经验用药效果较差的情况下适当考虑上述药物,往往可收到一些意想不到的良好效果。

长期以来,一些抗生素体外试验敏感而体内应用效果不佳的现象时有发生,这在一定程度上削弱了细菌检验的应用价值,也成为了临床微生物学领域的一个难题。在排除操作误差的基础上,上述现象发生的原因主要是由于未能对一些细菌的特殊耐药机制进行有效监测。例如产ESBL的细菌在临床治疗中对所有青霉素类、头孢菌素类及氨曲南耐药,但在体外药敏试验中却可能表现为对上述药物中的一种或几种敏感,如果细菌学实验室不能对产ESBL的细菌进行检测,将有可能出现检验结果与临床应用效果不符的现象[5]。我院在2000年全面开展了对产ESBL菌株、PRP及MRS等特殊耐药菌的检测,结果显示这些特殊耐药菌在下呼吸道感染病原菌中已占有相当比例(10%~30%),我们根据NCCLS药敏规则,对上述特殊耐药菌均在细菌学检验报告中加以评价并对药敏结果进行了相应的修正,使药敏结果与抗生素临床应用效果的符合度有了较大幅度的提高,获得了临床医生的好评。因此,在临床微生物实验室广泛开展产ESBL细菌、PRP[5]、MRS[6]以及耐万古霉素的肠球菌(VRE)[7]等特殊耐药菌的检测,将有可能在下呼吸道感染等各类感染的治疗中准确指导临床用药,减少体外药敏试验结果与体内抗生素应用效果出现偏差的可能性。

参考文献:

[1] Olsen J E. Antibiotic resistance: genetic mechanisms and mobility[J]. Acta Vet Scand, 1999, 92(Suppl 1): 15-22.
[2] 周惠平. 临床细菌学面临的挑战[J]. 中华医学检验杂志, 1999, 22(1): 12-14.
[3] 张凤凯, 金沙鸿, 吴 钰, 等. 北京地区部分医院细菌对常用抗生素的耐药性现状及变迁[J]. 中华医学杂志, 1997, 5(3): 327.
[4] Kuga A, Yano H, Okamoto R, *et al*. Antibacterial activity of beta-lactam antibiotics against extended-spectrum beta-lactamase producing bacteria[J]. Jpn J Antibiot, 1999, 52(9): 585-594.
[5] Tarasi A, Sterk Kuzmanovic N, Sieradzki K, *et al*. Penicillin-resistant and multidrug-resistant Streptococcus pneumoniae in a pediatric hospital in Zagreb, Croatia[J]. Microb Drug Resist, 1995, 1(2): 169-176.
[6] 贺学英, 周惠平. 耐甲氧西林葡萄球菌耐药性观察[J]. 中华医学检验杂志, 1997, 20(5): 268-271.
[7] Suller M T, Russell A D. Antibiotic and biocide resistance in methicillin-resistant Staphylococcus aureus and vancomycin-resistant enterococcus[J]. J Hosp Infect, 1999, 43(4): 281-291.

(编辑 谢义霞)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2002)01-0116-01

晚期食道恶性狭窄的带膜金属内支架治疗

Treatment of late-stage malignant esophageal strictures with coated metallic stent

罗香国,陈留斌,严景恩,姜 霞 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所放射科,重庆 400042)

对于失去手术机会的晚期食道癌应用内支架治疗,可较好的改善患者饮食,延长生存时间,提高生存质量。我们采用以国产支架为主,进口支架为辅,同时辅以化、放疗,对37例恶性晚期食道狭窄的患者进行治疗,取得了较好的疗效,报告如下。

1 一般资料

本组37例,男30例,女7例,年龄52~74岁,平均65岁。食道癌36例,贲门癌1例。病变位于食道上段5例,食道中段26例,食道下段5例,贲门1例;病变长约4~8 cm,平均5.3 cm。根据临床表现,吞咽困难分级[1],2级29例,3级8例,均已失去手术机会。

2 结果

本组37例病人均1次放置成功,患者吞咽困难消失,均在3~5 d内能进普食。37例中术后均有不同程度食道不适,异物感。胸骨后疼痛15例,其中2例持续1周,需用止痛药。仅1例于1周后复查时支架向下轻度移位,但仍能覆盖病变全长,未作特殊处理。1个月后发生吞咽困难1例,主要因食物在支架内阻塞,经胃镜将其推入胃内解除。3个月后发生吞咽困难2例,均为肿瘤过度增生生长所致,予以球囊扩张后缓解。未发

(下转122页)

作者简介:罗香国(1966-),男,河北省灵寿县人,主治医师 主要从事CT诊断及介入治疗方面的研究,发表论文9篇。电话:(023)68757527
收稿日期:2000-08-24;修回日期:2001-05-25

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

个月抗-A 1∶2、抗-B 1∶4 效价下降明显，抗-A 抗体到 2001 年 2 月 1 日移植后 3 个月基本检测不出，徐血清加 A 型细胞离心才有 1+。徐某干细胞移植 1 月后玻板法检测 A 抗原出现混合外观，持续到两个月。到 80 d 时完全变为 A 型，结果同报道[1,2]相符。用标准血清加正常人 A 型红细胞与加徐某红细胞效价比较完全一样，证明移植成功。

赵某干细胞移植前，抗-A、抗-B 效价均为 1∶32，移植后 3 个月抗-A、抗-B 效价没有变化仍为 1∶32，血型鉴定正定型：抗-A、抗-B 始终无凝集现象，血型为 O 型，证明移植失败。

4 讨论

造血干细胞移植已广泛应用于治疗恶性血液病、骨髓增生异常综合征等病人。外周血干细胞移植是造血干细胞移植的一种，它是采集某种方法动员的外周血干/祖细胞作为移植物移植给受体，以使其建立正常的造血和免疫功能。近 10 多年来外周血干细胞移植的实验研究与临床应用发展甚快，大有取代骨髓移植的趋势，与骨髓移植相比，PBSCT 有如下优点：外周血中造血干细胞收集比较方便。供体无需麻醉，也无多部位骨髓穿刺的痛苦和不便。PBSCT 后受体造血功能重建快，免疫功能恢复早，感染、出血等并发症低且轻，减少了抗生素的应用，降低了移植相关病死率，缩短了住院时间，节约了费用[1]。我们从血型血清学变化观察，干细胞移植 1 月左右血型鉴定正定型可出现混合外观，既有原来的 O 型细胞，又有新移植后生长的 A 型红细胞，同时抗-A 抗体也没有完全消失。鉴定血型时容易造成错觉，定错血型。要求我们在鉴定血型时，仔细分析且不可配错血，最好找有经验的工作人员，连续操作试验，防止因换人不了解情况而分析错血型。此时能不输血尽量不输，若非需要输血不可，应输给 O 型红细胞，最好能给洗涤后的 O 型红细胞，这样可防止病人原来的抗体溶解现在输入的同型红细胞。

关键词：ABO 异型；外周血干细胞移植；血型；抗原；抗体
中图法分类号：R457.1 文献标识码：B

参考文献：

[1] 李惠民，温柏平，杨 凌 等. 外周血干细胞移植治疗恶性血液病临床研究[J]. 中华血液学杂志，2000，21(2)：60－62.
[2] 蔡应木，林 昂. HLA 部分不相合异基因外周血干细胞移植造血重建[J]. 临床血液学杂志，1999，12(3)：125－126.
[3] 达万明，裴雪涛 主编. 外周血干细胞移植[M]. 北京：人民卫生出版社，2000. 7－8.

（编辑 王 红）

（上接 116 页）
生穿孔、大出血，纵隔感染等严重并发症。

3 讨论

恶性食道狭窄是引起吞咽困难的主要原因，晚期患者不能进食，生存质量差，危及生命。1983 年 Frimberge[2] 首先报道采用金属内支架治疗食道狭窄获得成功。近年来，国内部分学者亦将此技术应用于临床，并收到较好地临床效果[3]。本组 37 例中吞咽困难均明显解除，生存最长已 22 个月。说明食道内支架治疗食道晚期恶性狭窄是有效的，它可解除患者的吞咽困难，提高战胜疾病的信心，同时提高自身的抗病能力。文献[4]报道，术前、术后化、放疗可提高患者的生存期，本组 37 例中 32 例术后 1 个月后行放疗，5 例行化疗。其中 2 例因反应较重及其它因素停止治疗，于 3 个月后因肿瘤生长使支架塌陷致再狭窄。因此我们认为对恶性食道狭窄应首选带膜支架，同时辅以放、化疗是防止再次狭窄的有效措施，且大大提高患者的生存质量和生存期。

根据 37 例食道带膜内支架的经验有以下体会。

(1)术前应详细了解患者的身体状况，另外应仔细观察研究食道钡餐造影片，以评估操作的难易，做到心中有数，同时确定所用支架的规格及类型。术前 1 d 常规服用生理盐水 3～4 次以冲洗食物残渣，净化食道，并预防术后并发症。

(2)对梗阻严重，狭窄达Ⅳ级者插入导丝常很困难。我们的体会是对此类病人在术前 3 d 口服高渗甘露醇，每次 10～20 ml，每日 3～4 次，并同生理盐水交替服用。一方面尽量排出食道食物残渣，另一方面可以使局部肿瘤组织呈脱水状态，从而暴露出狭小的上口，便于导丝进入

(3)支架的选择。支架长度宜选择比病变约长 3～5 cm，且支架两端各应超过病变约 2 cm 为宜。另外最好选用被覆支架为宜，目的是阻挡肿瘤向腔内生长。

(4)扩张程度。我们认为球囊直径过小支架输送系统不易通过狭窄段，而且不能有效地解除狭窄；球囊直径过大，易损伤食管粘膜，扩张后食管壁与支架不能紧密接触，支架易移位，会增加并发症发生率。一般应用直径小于支架直径 2～3 mm 的球囊为宜。在留置网状记忆合金支架时，一定要缓慢释放，等完全与组织接触后才可能完全膨胀，不能过急过快，以防未完全张开而发生移位。定位准确后，先放出 1/3，等完全膨胀再释放 1/3，等膨胀后再放最后 1/3。

(5)支架置入的并发症和术后处理。食道内支架技术是比较安全的。但少数患者会出现一些并发症，本组病例除常见一些如胸骨后疼病等常见并发症外，未出现如穿孔、大出血、纵隔感染等严重并发症。术后应常规止血，抗感染。尽量鼓励病人饮食，及时纠正水、电解质紊乱，给予营养支持，帮助病人尽快恢复体力，便于再行化、放疗，提高病人的生活质量，延长生命，减少术后再狭窄率。

关键词：食道；狭窄；内支架
中图法分类号：R735.105 文献标识码：B

参考文献：

[1] Cwikel W, stridbeek H, Tranberg K G, *et al*. malignant esophageal strictures: treatment with a self-expanding nitinol stent[J]. Radiology, 1993, 187(3): 661－666.
[2] Frimberger E. Expandling spiral: a new type of prosthesis for the palliative treatment of malignant esophageal stenosis[J]. Endoscopy, 1983, 15(5): 213－216.
[3] 崔进国，孙兴旺，王秀英 等. 食道恶性狭窄内支架治疗和良性狭窄球囊扩张后的随访评价[J]. 中华放射学杂志，1999，33(3)：625－628.
[4] Han Y M, Song H Y, Lee J M, *et al* Esophares pritory fistulae due to esophageal carcinoma: palliation with a overed Gianterco stent[J]. Radiology, 1996, 199(1): 65－69.

（编辑 汪勤俭）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net