DOI: 10.16016/j.1000-5404.1998.01.045

第一次质粒消除实验后,菌株还存有耐苯唑青霉素,菌必治、氨卞青霉素的弱耐药性;重复质粒消除实验,菌株耐药基因全部消除。

3 讨论

MRSA具有 MSSA一致的毒力,且为多重耐药,院内一旦发生流行,往往迅速传播,很难控制。即使是在100%敏感的万古霉素治疗下,严重感染的病死率仍高达50%[4],所以对于 MRSA院内感染的监测,菌种鉴定是非常重要的一步。因为苯唑青霉素与甲氧西林在检测 MRSA中相关性一致,苯唑青霉素易于保存[2],所以被美国国家临床实验室标准委员规定用于 MRSA鉴定,易于一般实验室推广。

耐药图谱分型是最便宜、最简单的方法,可作为菌株流行病学分析的初筛试验[5]。本实验 MRSA对氨卞青霉素100%耐药,对万古霉素100%敏感,与文献[7]报告结果一致。药敏实验结果显示,MRSA比 MSSA更具多重耐药性,并有极其相似的耐药图谱,揭示很有可能在医院内爆发流行,应及时采取相应的对策。

β-内酰胺酶,通过水解作用破坏β-内酰胺环,而使具有该环的β-内酰胺类抗生素失活。金黄色葡萄球菌是革兰氏阳性菌中能产生此酶的重要致病菌。80%以上的 MRSA都有β-内酰胺酶的产生,本实验93.7%的 MRSA都有β-内酰胺酶的产生。MSSA虽然大多数都产生青霉素酶但却保持了对大多数抗生素的敏感,所以从临床角度出发,对于金黄色葡萄球菌应以是否耐甲氧西林及是否产生β-内酰胺酶来分组进行分析。

存于质粒上的耐药基因,比位于染色体 DNA上的耐药基因,在传播形式上更具广泛性。本组质粒消除实验,证实了本实验菌株的抗性基因定位于质粒上,可在不同菌属中传播,但是否与染色体 NDA联合作用,需进一步验证。如有条件,可做质粒图谱分析,可在耐药图谱初筛分离菌株的基础上,更详细经区分菌株,以便更好的进行流行病学分析。

关键词 金黄色葡萄球菌;院内感染
中图法分类号 R636

参考文献

1 Jorgensen M, Givney R, Deglerm *et al*. Typing multidrug-resistant staphylococcus oureus. Conflicting epidemiological data produced by genotypic and phenotypic methods clarified by phylogenetic analysis. J Clin Microbiol, 1996; 34(2): 398~403
2 Cheong I, Samsudin L M, Law G H. Methicillin-resistant staphylococcus aureus bacteraemia at a tertiary teaching hospital. Br J Clin Pract, 1996; 50(5): 237
3 李 倩,陈宁庆,马清钧等.葡萄球菌多重耐药性的基因定位.中化微生物学免疫学杂志,1991; 11(1); 13
4 Joel N M, Maury E M, robert D A. Molecular epidemiology: applieation of contemporary techniques to the typing of miroorganisms. Clin Infect Dis, 1993; 17(2): 153
5 李仲兴,边占水,唐振兰. 106株耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的生物体特性及噬菌体分型.中华医学检验杂志,1990; 13(5): 294

(收稿: 1997-06-11;修回: 1997-12-03)
(编辑 汪勤俭)

原发肠道恶性淋巴瘤误诊原因的分析

Analysis of misdiagnosis of primary malignant lymphoma of intestinal tract

张 霞* 房殿春 徐 钊 刘大平 (第三军医大学附属西南医院消化内科)重庆,400038

提 要 目的:分析肠道恶性淋巴瘤误诊原因。方法:对我院1979~1997年手术切除20例肠道恶性淋巴瘤的临床病理资料进行分析。结果:20例肠道恶性淋巴瘤术前误诊率为70%(14/20)。结论:提高对肠恶性淋巴瘤认识,动态观察相关病变,联合应用纤维结肠镜及 X线双重对比造影有助于降低其误诊率。

原发性肠道恶性淋巴瘤较少见,因临床表现缺乏特异性,误诊率颇高[1]。现收集我院1979~1997年手术

* 张 霞,女,42岁,主治医师,基金班学员,白求恩国际和平医院干部病房一科 石家庄,050082

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

切除 20例肠道恶性淋巴瘤的临床病理资料,重点就该病的误诊原因及治疗进行分析和讨论。

1 临床资料

1.1 诊断标准

本组 20例均由组织学证实,符合:① 就诊时浅表淋巴结不肿大;② 手术所见以位于胃肠道的肿瘤为主,附近可有引流区受侵的淋巴结;③ X线胸部检查正常,纵隔及肺门阴影不增大;④ 肝脾外观无受侵;⑤ 周围血中白细胞计数及分类正常。

1.2 一般资料

本组 20例,男 15例,女 5例,男女之比为 3∶1 年龄 14~65岁,平均 34.2岁,40岁以上 5例,占 25%。病程最短 10 d,最长 8年,平均 12.5个月。临床表现见附表。

附表 20例原发肠道恶性淋巴瘤主要临床表现

症征	例数(%)	症征	例数(%)
腹痛	15(75%)	黑便	9(45%)
消瘦	14(70%)	呕吐	6(30%)
腹泻	13(65%)	腹水	3(15%)
腹部包块	12(60%)	梗阻	4(20%)
纳减	12(60%)	发热	11(55%)

1.3 特殊检查

行全消化道钡餐造影 4例,钡剂灌肠 11例,提示恶性淋巴瘤及结肠癌各 2例,余均误诊为其它疾病。行纤维结肠镜检查 5例,2例确诊并获病理诊断资料,误诊为结肠癌 1例,多发性腺瘤性息肉 1例,病变性质待定 1例。行 CT检查 2例,1例提示结肠癌腹腔转移,另 1例提示恶性平滑肌肉瘤子宫受侵。9例行 B超检查,6例发现腹部包块,3例未见异常。

1.4 肿瘤部位与大小

病变位于空肠 1例,回肠末端 4例,回盲部 6例,乙状结肠 6例,直肠 3例。肿瘤直径 < 5 cm 2例,5~10 cm 11例,> 10 cm 7例。15例为单发病灶,5例为多发,其中 1例呈多发息肉样病变。

1.5 大体形态与临床分期

肿块型 9例,溃疡型 5例,浸润型 6例。按改良 Dukes分期,属 A期 2例,B期 6例,C期 9例,D期 3例。

1.6 治疗

20例均采用手术治疗,其中根治性切除术 10例,姑息性切除术 7例,短路手术 3例。3例短路手术和 2例姑息性切除患者于 1年内死亡,余 15例均存活 1年以上。

2 讨论

原发肠道恶性淋巴瘤比较少见,占原发小肠肿瘤的 28.2%[1],本组 20例,占我院同期肠恶性肿瘤的 1.3%。本病可发生任何年龄组,但以中青年居多。Cox[2]分析 50例小肠淋巴瘤的平均发病年龄为 38岁,男女之比为 2.5∶1 本组平均年龄 34.2岁,男女之比为 3∶1 本组 20例中有 10例位于回盲部,占 50%。

本病术前诊断比较困难,本组术前误诊率高达 70%。分析误诊原因有以下几点:① 因本病发病率较低,容易造成诊断观念上的偏误;② 临床 X线和内镜表现的多形性,与结肠癌、肠结核和克隆病的鉴别诊断十分困难;③ 少数因出血、穿孔急诊手术,未作进一步检查;④ 本病为粘膜下病变,肠镜取材浅小,且多为坏死组织,难以确诊;⑤ 组织学上与未分化癌及肠反应性淋巴组织增生不易鉴别。我们体会,注意下述几点,可望提高肠恶性淋巴瘤的术前确诊率:① 提高认识,对发病年龄较轻,有不明原因的腹痛、腹块、黑便或梗阻患者应警惕肠恶性淋巴瘤的可能;② 溃疡性结肠炎、克隆病、麦胶病及免疫增殖性小肠病等良性疾病可以并发此病,应动态观察;③ 常规 X线胃肠钡餐和钡灌肠检查手段,特别是对于小肠肿瘤,有人主张插管至十二指肠注入大量钡剂和空气,然后逐段检查;④ 肠镜与粘膜活检是诊断结肠和回肠末段恶性肿瘤的可靠方法。但本组 5例行纤维结肠镜检查,仅 2例确诊,活检阳性率远不如肠癌高。可能与活检部位,取材深度,组织挫灭,可能与等有关;⑤ 纤维结肠镜及双重对比造影联合使用有利于定性、定位、定范围,特别对于肠镜检查提示为多发性腺瘤性息肉,而钡灌肠提示为结肠癌患者,应高度怀疑恶性淋巴瘤之可能;⑥ B超或 CT检查对估计病变范围,有无淋巴结转移和脏器受累很有帮助。

手术切除是目前治疗肠恶性淋巴瘤最有效的方法。一旦诊断明确,原则上应尽早手术治疗,力争做根治性切除[2]。Greenstein等[3]根治性切除术后 5年存活率为 25%~54%,本组随访一年,行根治性切除者无一例死亡。因有的病例为多灶病变,术中应仔细探查,以防遗漏病变,为以后的复发和转移留下祸根。

关键词 肠肿瘤;恶性淋巴瘤;误诊
中图法分类号 R735.3

参考文献

1 周志伟,方德森,石 明等.原发小肠恶性肿瘤的诊治.中华肿瘤杂志,1997;19(4):297
2 Cox J D. Prognostic factor in malignant lymphoreticular tumors of the small bowel and ileocecal region: a review of 50 case histories. Int J Radi Oncol Biol Phys, 1976;5:185
3 Greenstein A J, Gerard M, James A *et al*. lymphoma in inflammatory bowel disease. Cancer, 1992;69:1119

(收稿:1997-09-29;修回:1997-12-05)
(编辑 冷怀明)

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