

部及泌尿系感染等术后常见并发症均少于对照组,肠功能恢复时间短于对照组,提示术前肠内免疫营养支持能够改善胃肠道恶性肿瘤患者的营养状态、促进肠道功能恢复、减少术后并发症,使术后营养费用减少、术后住院时间缩短。

本研究表明,胃肠道恶性肿瘤患者术前进行肠内免疫营养支持是安全、可行的,不仅能改善营养状态,还能增强机体的免疫功能,从而减少术后并发症、促进术后恢复。本研究中,EN 组术后用于营养支持的费用虽然低于对照组,但是术前术后营养支持总费用与对照组相仿 ($P > 0.05$),原因在于 EN 组患者术前营养支持费用高于对照组,术后尽管胃肠道功能恢复较早,但在肠蠕动恢复之前需要和对照组一样行标准的全胃肠外营养支持。今后拟在胃癌手术中将鼻肠管送至十二指肠远端或吻合口以远 30 cm,术后 12~24 h 开始给予瑞能肠内营养,进一步研究肠内免疫营养支持在胃肠道恶性肿瘤围手术期的应用意义。

参 考 文 献

- 1 罗 嘉,吴飞跃.早期肠内营养在胃癌术后应用的疗效观察.中国普通外科杂志,2011;20(4):341-343.
- 2 张明鸣,程惊秋,陆燕蓉等,不同营养支持途径对外科创伤应激

后相关肠黏膜形态和屏障功能影响的实验研究.四川大学学报(医学版),2009;40(4):615-618.

- 3 黄涛阳,张应辉,黄 和.肠内营养剂的临床合理应用.医药导报,2011;30(10):1369-1372.
- 4 范冬梅,李 崑,杨 铭等.双功能抗体抗 CD3/抗 CD19 介导 T 细胞对靶细胞的杀伤作用.中国癌症杂志,2011;21(1):6-11.
- 5 张晓农,胡续光,李洪秀等.围手术期免疫增强型肠内营养剂对全胃切除患者的影响.中华普外科手术学杂志(电子版),2010;4(4):431-436.
- 6 Giger U, Buehler M, Farhadi J, *et al.* Preoperative immunonutrition suppresses perioperative inflammatory response in patients with major abdominal surgery—a randomized controlled pilot study. *Ann Surg Oncol*, 2007; 14 (10): 2798-2806.
- 7 Eizaguirre I, Garcia Urkia N, Asensio AB, *et al.* Adaptation in the small intestine: effect of minimal enteral nutrition and probiotics on proliferation and apoptosis in the intestinal wall. *Cir Pediatr*, 2010;23(2):118-121.

(2013-02-21 收稿,2013-05-29 修回)

编辑 吕 熙

· 个案报告 ·

并发胸腺瘤的副肿瘤性天疱疮 1 例报告

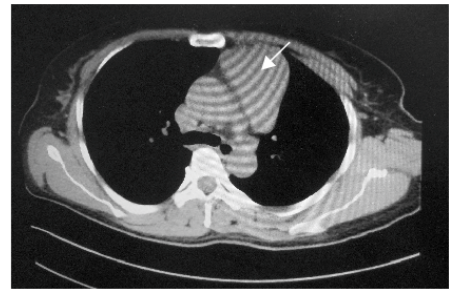
易 勤,陈 璐,蒋 献[△],夏登梅,郭在培

四川大学华西医院 皮肤性病科(成都 610041)

【关键词】 天疱疮 副肿瘤性

患者,女,40岁,因“全身红斑、水疱、口唇糜烂伴疼痛 1⁺月,发热 1 周”入院。入院前 1⁺月,患者无明显诱因全身出现红斑、丘疹、水疱,口唇糜烂,伴疼痛。入院前 1 周发热,最高体温达 39℃。入院查体:体温 37.9℃,躯干、四肢散在分布约黄豆大小红斑、丘疹,疱壁薄。双眼睑红肿、糜烂,伴黄色污秽痂,结膜充血。口唇、口腔及外阴红斑、糜烂,伴黄白色分泌物。辅助检查:胸部 CT 提示胸腺瘤(附图)。腹部彩超等未见异常。免疫全套检查 IgA、IgG 正常。诊断:副肿瘤性天疱疮(PNP)并发胸腺瘤。入院后予甲基强的松龙 160 mg/d 治疗(共 5 d),面部皮损分泌物培养查见金黄色葡萄球菌,血培养阴性,予万古霉素 1.5 g/d 治疗(共 14 d),体温波动在 38~39℃。抗感染治疗 10 d 后,真菌 G 试验 142.30 pg/mL (<60),予伊曲康唑 0.2 g/d 治疗(共 5 d),患者体温正常,糜烂面愈合,痂皮脱落。患者拒绝行胸腺瘤手术治疗,皮损好转,激素减量至强的松 40 mg/d 后出院,于门诊随访。

讨论 PNP 是与肿瘤并发、且有特征性皮损的一种皮肤病,其典型临床表现为难治性、疼痛性口唇及口腔黏膜广泛的糜烂与溃疡,以及皮肤的多形性皮疹。PNP 的确诊需要临床、病理和免疫荧光多方面证据。该患者临床表现呈



附图 胸部 CT 示胸腺瘤。前纵隔主动脉弓左前方略呈三角形样软组织密度影,密度均匀,与周围组织分界清晰

典型的 PNP,而患者拒绝行口腔黏膜活检术,因此缺乏病理和免疫荧光的证据,但本例患者的典型临床表现及影像学检查均符合该诊断。PNP 并发的肿瘤多为非霍奇金氏淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病以及 Castleman's 瘤,三者约占 80%,胸腺瘤约占 6%。研究发现 PNP 患者血液中可检测到与表皮桥粒结合的自身抗体,推测其与表皮内桥粒蛋白结合导致了表皮内水疱的形成。糖皮质激素能降低患者体内自身抗体的浓度,有一定的疗效。但在 PNP 患者中,常规糖皮质激素治疗常常无效或出现抵抗。本例患者在激素治疗后躯干处水疱迅速干涸,但口腔、外阴糜烂面愈合不佳,提示激素不能有效的缓解 PNP 黏膜糜烂,应积极选择手术治疗。PNP 的治疗原则是早期完全切除肿瘤。良性肿瘤患者在肿瘤切除后 6~18 月皮损明显改善或完全消除。本例患者先后继发细菌、真菌感染,出现发热,经抗感染治疗后体温正常,提示我们在大剂量免疫抑制剂治疗中需注意防止感染。

(2013-08-02 收稿,2013-11-08 修回)