

2.3 CD24、TK1 表达与息肉大小的关系 CD24、TK1 阳性表达率随息肉直径的增大而增高, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 CD24、TK1 表达与息肉大小的关系[例(%)]

息肉直径	n	CD24		TK1	
		组织中阳性	血清中阳性	组织中阳性	血清中阳性
≤ 1.0 cm	35	5 (14.29)	4 (11.43)	6 (17.14)	5 (14.29)
1.1~1.9 cm	50	26 (52.00)	23 (46.00)	25 (50.00)	24 (48.00)
≥ 2.0 cm	35	29 (82.86)	32 (91.43)	25 (71.43)	26 (74.29)

2.4 CD24、TK1 表达与息肉数量的关系 CD24、TK1 阳性表达率随息肉数量的增加而增高, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 4。

表 4 CD24、TK1 表达与息肉数量的关系[例(%)]

息肉数量	n	CD24		TK1	
		组织中阳性	血清中阳性	组织中阳性	血清中阳性
单发息肉	50	7 (14.00)	5 (10.00)	10 (20.00)	8 (16.00)
多发息肉	70	50 (71.43)*	55 (78.57)*	48 (68.57)*	49 (70.00)*

注:与单发息肉组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

CD24 在细胞分化及造血分化、成熟上有着重要的作用,其表达情况与肿瘤细胞的增殖、转移有关^[11~13]。TK1 是一种作用于嘧啶补救途径的激酶,是一种反映肿瘤细胞生长情况的标志物^[14~15]。研究结果显示,CD24、TK1 阳性表达率随息肉病理类型序列、增生程度、直径、数量的递增逐渐增高($P<0.05$)。说明,CD24、TK1 可作为判断息肉恶变程度、异型增生的指标,对结果异常升高者行结肠镜检查,利于大肠癌的早期诊断。

参考文献

[1] S Anwar,White J,C Hall,et al.Sporadic Colorectal Polyps: Management

- Options and Guidelines[J].Scandinavian Journal Gastroenterology,1999,34(1):4-11
- [2] A Jemal,R Siegel,E Ward,et al.Cancer statistics,2006[J].Ca A Cancer Journal for Clinicians,2006,56(2):106-130
- [3] A Jemal,M Center,C Desantis,et al.Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends[J].Cancer Epidemiol Biomarkers Prev,2010,19(8):1893-1907
- [4] 范秀秀.XRCC 2 和 XRCC 3 在大肠癌及大肠息肉中表达的临床意义[J].当代医学,2014,20(29):1-3
- [5] R Siegel,E Ward,O Brawley,et al.Cancer statistics,2011:the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths[J].Ca A Cancer Journal Clinicians,2011,61(4):212-236
- [6] DJ Sargent,HS Wieand,DG Haller,et al.Disease-free survival versus overall survival as a primary end point for adjuvant colon cancer studies:individual patient data from 20,898 patients on 18 Randomized Trials[J].Journal of Clinical Oncology,2015,23(34):8664-8670
- [7] 魏建威,徐丛荣,郑登滋,等.大肠息肉患者胸苷激酶检测结果的分析[J].检验医学与临床,2011,8(7):769-771
- [8] 汤钊猷.现代肿瘤学[M].上海:复旦大学出版社,2011.809
- [9] F Gasparri,N Wang,S Skog,et al.Thymidine kinase 1 expression defines an activated G1 state of the cell cycle as revealed with site-specific antibodies and ArrayScan assays[J].European Journal of Cell Biology,2009,88(12):779-785
- [10] 徐大州.结直肠息肉患者的临床和内镜特征研究[J].河北医学,2014,20(11):1863-1866
- [11] 殷蔚伯,余子豪,徐国镇,等.肿瘤放射治疗学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2008.859
- [12] 罗荣城.肿瘤综合治疗新进展[M].北京:人民军医出版社,2008.93
- [13] 刘淑娟.大肠息肉 EGFR、KRAS 蛋白表达的临床意义[D].大连:大连医科大学,2014:1-42
- [14] 王少军.大肠高危腺瘤和癌变息肉的临床分析及 decoirn 在腺瘤中的表达与意义[D].安徽:安徽医科大学,2010:1-57
- [15] 庞念德,孙艳,高赫男,等.结直肠息肉中 CD24、TK1 的表达及其临床价值[J].海南医学,2013,24(12):1767-1769

(收稿日期:2017-05-10)

替加环素对广泛耐药性鲍曼不动杆菌感染清除效果分析

朱健武 徐传藩 袁科

(广东省珠海市第二人民医院呼吸内科 珠海 519000)

摘要:目的:分析替加环素对广泛耐药性鲍曼不动杆菌感染患者的细菌清除效果。方法:选取 2015 年 1 月~2016 年 12 月我院收治的广泛耐药性鲍曼不动杆菌感染患者 60 例,随机分成 A 组和 B 组,每组 30 例。A 组采用头孢哌酮-舒巴坦进行治疗,B 组在 A 组的基础上加用替加环素进行治疗,比较两组的治疗效果、细菌清除率及炎症指标。结果:B 组的有效率为 80.00%,优于 A 组的 53.33%,差异有统计学意义, $P<0.05$;B 组的细菌清除率为 60.00%,优于 A 组的 33.33%,差异有统计学意义, $P<0.05$;治疗后,B 组的降钙素原和白细胞水平下降幅度明显大于 A 组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:联合应用替加环素治疗泛耐药性鲍曼不动杆菌感染患者,能提高细菌清除率,改善患者的炎症指标。

关键词:鲍曼不动杆菌感染;替加环素;细菌

中图分类号:R515

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.008

鲍曼不动杆菌属于条件性致病菌,在人体皮肤、土壤和水中均有存在,该类细菌感染具有较高的耐药性,临床治疗难度大^[1]。替加环素对非典型细菌、革兰阴性和阳性菌均有抑制作用,抗菌活性良好,在皮肤软组织疾病治疗中应用广泛,细菌清除效

果显著^[2]。本文探讨了采用替加环素治疗广泛耐药性鲍曼不动杆菌感染的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2016 年 12 月我院收治的广泛耐药性鲍曼不动杆菌感染患者 60

例,根据抽签结果随机分为 A 组(单独应用头孢哌酮-舒巴坦组)和 B 组(联合替加环素组),每组 30 例。A 组男 17 例、女 13 例,年龄 31~72 岁、平均年龄(51.16±6.94)岁。B 组男 16 例、女 14 例,年龄 30~73 岁、平均年龄(50.23±7.53)岁。两组一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 入选与排除标准 入选标准:经痰液标本培养确诊;对本次研究药物无过敏史;精神、沟通正常;自愿加入研究。排除标准:合并免疫系统疾病;对我院研究药物有过敏史和禁忌症;精神异常,无法配合研究;不愿加入研究。

1.3 治疗方法 A 组使用头孢哌酮-舒巴坦(国药准字 H20003400),取 2.0 g 头孢哌酮-舒巴坦+20 ml 生理盐水,为患者静脉推注,每间隔 12 h 给药 1 次。B 组在 A 组的基础上加用替加环素(国药准字 H20123394)治疗,替加环素首次剂量为 100 mg,加入到 250 ml 5% 葡萄糖注射液,静滴,而后调整为 50 mg/次,每间隔 12 h 给药 1 次。1 周为 1 个疗程,持续治疗 3 周,观察治疗效果。

1.4 观察指标

1.4.1 治疗效果 根据《抗菌药物应用指导原则》^[3]进行评估:治愈:患者症状完全消失,经实验室检查未见异常;显效:症状显著改善,实验室检查显示为好转;有效:症状有所改善,实验室检查提示少量细菌被清除;无效:治疗前后症状与细菌数量无明显变化。

1.4.2 细菌清除率 记录患者的细菌清除、替换、未清除和再感染率。

1.4.3 炎性指标 包括降钙素原和白细胞。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件对研究数据进行处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗效果比较 B 组的总有效率优于 A 组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的治疗效果比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
A 组	30	7 (23.33)	5 (16.67)	4 (13.33)	14 (46.67)	16 (53.33)
B 组	30	14 (46.67)	6 (20.00)	4 (13.33)	6 (20.00)	24 (80.00)
χ^2		3.590	0.111	0.000	4.800	4.800
P		0.058	0.739	1.000	0.028	0.028

2.2 两组患者的细菌清除效果比较 B 组的细菌清除率优于 A 组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者的细菌清除效果比较[例(%)]

组别	n	未清除	清除	替换	再感染
A 组	30	12 (40.00)	10 (33.33)	5 (16.67)	3 (10.00)
B 组	30	9 (3.00)	18 (60.00)	2 (6.67)	1 (3.33)
χ^2		0.659	4.286	1.456	1.071
P		0.417	0.038	0.228	0.301

2.3 两组患者的炎性水平比较 治疗前,两组的白细胞和降钙素原水平相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;治疗后,B 组的降钙素原和白细胞水平下降幅度明显大于 A 组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者的炎性水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	降钙素原 (ng/ml)		白细胞 ($\times 10^9/L$)	
		治疗前	治疗 7 d 末	治疗前	治疗 7 d 末
A 组	30	0.83±0.14	0.51±0.17	15.38±5.93	11.19±3.97
B 组	30	0.84±0.19	0.21±0.16	15.54±5.98	8.29±3.65
t		0.232	7.039	0.104	2.945
P		0.817	0.000	0.918	0.005

3 讨论

鲍曼不动杆菌耐药率高,具有全耐药和广泛耐药等特征,可诱发腹腔、血流和泌尿系统感染,且克隆性和传播性较强,它能灭活抗菌药物,使药物作用靶位产生变化,对药物结合有不良影响。在 2012 年《中国鲍曼不动杆菌感染诊治与防控专家共识》中指出,临床可采用舒巴坦、多黏菌素类、碳青霉烯类和四环素类等药物进行治疗,并推荐和替加环素联合使用,进一步提高临床疗效。

相关研究表明^[4],舒巴坦能抑制不动杆菌,杀菌效果确切;头孢哌酮抗菌谱广,对革兰阴性和阳性菌均有良好抑制作用,单用时能在一定程度上改善鲍曼不动杆菌感染病症,然而总体疗效不够理想。替加环素有独特的结构,可使抗菌谱及抗菌活性增强,并能结合于 30S 核糖体 A 位,防止氨基酸肽链的形成^[5-6]。采用头孢哌酮-舒巴坦与替加环素联合治疗,能使抗菌活性提升,对细菌蛋白质合成有抑制作用,从而提高杀菌效果。

研究发现,B 组在使用头孢哌酮-舒巴坦的基础上加用替加环素治疗后,总有效率高达 80.00%,高于 A 组的 53.33%;B 组地方细菌清除率为 60.00%,高于 A 组的 33.33%;两组患者的炎性水平明显降低,B 组的降钙素原和白细胞水平低于 A 组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。综上所述,联合替加环素治疗泛耐药性鲍曼不动杆菌感染患者,能提高细菌清除率,改善患者的炎性指标,提升疗效,应用价值较高。

参考文献

- [1] 高金丹,方强,苏群.替加环素治疗多重或泛耐药鲍曼不动杆菌引起的重症肺炎的疗效评价[J].中国抗生素杂志,2015,40(8):621-625

- [2] 王凯歌, 谭芬, 彭红, 等. 替加环素治疗泛耐药鲍曼不动杆菌医院获得性肺炎的临床疗效及不良反应[J]. 中国感染控制杂志, 2016, 15(2): 97-101
- [3] 洪悦民. 《抗菌药物应用指导原则》选登[J]. 新医学, 2005, 36(2): 48-49
- [4] 张鹏, 李淑芸, 杜云波, 等. 替加环素治疗耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌感染的临床疗效[J]. 中国感染控制杂志, 2016, 15(6): 380-383

- [5] 龙鼎, 喻莉, 杨军辉. 替加环素联合头孢哌酮舒巴坦钠治疗广泛耐药鲍曼不动杆菌老年肺部感染疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2016, 30(5): 512-514
- [6] 臧会玲, 王生池, 程慧, 等. 替加环素联合头孢哌酮/舒巴坦治疗多重耐药及泛耐药鲍曼不动杆菌临床效果分析[J]. 中国综合临床, 2016, 32(1): 41-43

(收稿日期: 2017-03-28)

巢元方导引法联合常规康复技术改善脑卒中患者运动功能效果分析

焦金保

(河南省濮阳市范县中医院康复科 濮阳 457500)

摘要:目的: 探讨巢元方导引法联合常规康复技术改善脑卒中患者运动功能效果。方法: 选取范县中医院 73 例脑卒中患者, 按照随机数字表法分为观察组(37 例)与对照组(36 例), 对照组予以常规康复技术治疗, 观察组在对照组基础上加用巢元方导引法治疗, 比较两组临床疗效及 Fugl-Meyer 评分。结果: 观察组治疗总有效率为 91.89%(34/37), 高于对照组 72.22%(26/36), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗 2 周后观察组 Fugl-Meyer 评分高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 巢元方导引法联合常规康复技术改善脑卒中患者运动功能效果显著, 具有较高的临床应用价值。

关键词: 脑卒中; 巢元方导引法; 常规康复技术; 运动功能

中图分类号: R743.3

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.009

脑卒中为神经内科常见多发病, 致残率高达 75%, 且每 10 万人中有近 116 人死于脑卒中, 严重威胁患者的生命安全。卒中后功能恢复的依据为大脑功能重组理论及脑的可塑性, 且卒中后功能恢复多在前 3 个月完成(尤其是前 4 周), 康复介入治疗越早, 脑功能恢复效果越好, 此外亦有学者指出在使用常规康复治疗的同时配合中医康复手段, 效果更优^[1]。本研究探讨巢元方导引法联合常规康复技术对脑卒中患者运动功能恢复的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取范县中医院 2014 年 8 月~2016 年 7 月收治的 73 例脑卒中患者, 按照随机数字表法分为对照组(36 例)与观察组(37 例)。对照组男 20 例, 女 16 例, 年龄 45~70 岁, 平均年龄(57.57 ± 10.42)岁; 观察组男 19 例, 女 18 例, 年龄 46~69 岁, 平均年龄(58.60 ± 9.39)。比较两组基线资料, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规康复技术, 对患者运动功能状态进行评估, 并根据评估结果实施上下肢各关节自主屈伸控制、双下肢负重立位活动、单膝立位活动、上下阶梯训练、上下肢分离运动、患侧肢体负重立位训练、步行功能再学习、手脚协调精细化训练等, 以 Bobath 技术为主, 实施“一对一”肢体功能训练, 40 min/次, 2 次/d; 同时辅助实施神经肌肉

电刺激、肢体气压、心脑血管循环、肌电生物反馈等治疗, 每周训练时间不少于 6 d, 共训练 2 周。观察组在对照组基础上加用巢元方导引法: (1) 倚靠墙壁, 端正站立, 叮嘱患者轻合口唇, 利用鼻子吸气, 经意念引气自头顶百会穴顺沿督脉下行直至下肢再沿后部下行到涌泉穴, 叮嘱患者意守涌泉, 屏住呼吸, 自鼻孔缓慢将气体呼出, 25 次/组, 共 2 组; (2) 取仰卧位, 四肢自然平展, 采用“吸-停-呼”呼吸法, 背屈足趾及双踝足, 若患侧无法踝足背屈则以意念为主, 意守双足, 25 次/组, 共 2 组; (3) 取俯卧及仰卧 2 种姿势, 先行正身仰卧, 手足自然伸直, 对姿势进行调整, 屈曲双下肢, 交替向前踢脚, 对左右臀部进行极力振动 7 次, 而后更换姿势为俯卧位, 交替使用双足向后上方踢腿 7 次, 操作过程中应使用鼻子平顺呼吸, 避免憋气, 共实施 3 组; (4) 取长坐位, 伸展患腿, 患者两手环抱健膝并使其尽可能靠近胸部, 对患侧实施踝背屈, 利用鼻吸气, 呼吸频率尽可能慢, 幅度尽可能大, 7 次/组, 共 3 组; (5) 实施坐位, 伸展双手手指, 肩膀前屈, 前后交替互推双上肢, 活动 21 次后停止推手, 使手掌朝下, 并低头面向心胸, 以意念行气下达丹田, 调整呼吸, 放松身心, 头部向肩部前后左右倾斜, 转动 14 次, 转动时动作要柔和自如; (6) 取站立位, 保持身体正直, 眼睛平视, 自然下垂两臂, 其中一足平踏于地, 将另一足向外侧转动,