

永生^[5]研究发现,酒精性脂肪肝患者和非酒精性脂肪肝患者的 PEDF 表达明显下调,且与病情的进展呈明显正相关,认为 PEDF 作为一种有效的血管生成抑制剂,有助于维持正常组织透明无血管状态。朱莉丽等^[6]研究证实,肝癌患者的血浆 PEDF 水平明显低于良性肝病患者和健康人群, PEDF 表达下调与肝癌发生、发展和转移密切相关,可能参与了肝癌的病理生理过程。本研究显示,乙型肝炎后肝硬化患者的血清 PEDF 水平明显低于对照组,随着 Child-Pugh 肝功能分级的增加,其血清 PEDF 水平逐步降低,表明乙型肝炎肝硬化时体内 PEDF 明显减少,其减少的程度与肝脏损伤的严重程度密切相关。其原因可能与 PEDF 阻断氧化应激时机体产生的损伤因子的作用减弱和上调谷胱甘肽过氧化物酶、过氧化物歧化酶等抗氧化物质的表达功能下降有关。提示检测乙型肝炎肝硬化患者的血清 PEDF 水平有助于评估肝脏损伤的严重程度, PEDF 有望成为乙型肝炎后肝硬化新的治疗靶标,为其治疗提供新的思路和方法。

进行性血小板减少不仅是肝硬化时较常见的并发症,而且可加重肝纤维化。血小板可激活肝细胞生长因子 Met 信号传导通路,下调 I 型胶原的表达,继而发挥其抗纤维化作用。血小板活化可预测血栓前状态,反映炎症易化进程。血小板活化广泛参与了冠心病、高血压、糖尿病、脑卒中等多种疾病的病理生理过程,并与其发病率和病死率密切相关^[7]。检测慢性肝病者体内血小板数量和功能,有助于深入了解其病因和病理生理过程^[8]。张斤等^[9]研究证实,急性脑梗死患者 PAC-1 和 CD62p 水平在急性期明显升高,并与 Barthel 指数和美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分呈正相关。本研究显示,随着 Child-Pugh 肝功能分级的增加,乙型肝炎后肝硬化患者血浆 CD62P 和 PAC-1 百分率依次增高,表明乙型肝炎肝硬化患者处于血小板活化状态,其活化水平随着病情严重程度增加而增强,证实了血小板活化参与了乙型肝炎肝硬化的发生、发展。提示血浆 CD62P 和 PAC-1 等血小板活化标志物水平可一定程度上反映乙型肝炎肝硬化的病情严重程度,检测其水平可用于病情评估,拮抗血小板活化可能有助于延缓或逆转乙型肝炎肝硬化的发生和发展。

血小板活化是生理性止血和血栓形成的始动因素,可通过多种途径促进血栓形成,在血栓形成过程中发挥着重要作用^[10]。本研究显示,乙型肝炎后肝硬化患者血清 PEDF 水平

与 CD62P 和 PAC-1 等特异血小板活化指标水平呈明显负相关,表明乙型肝炎后肝硬化患者血清 PEDF 水平越高,其血小板 CD62P 和 PAC-1 的百分率越低,提示 PEDF 可抑制血小板活化聚集,拮抗抗血栓形成。其原因可能与 PEDF 可作用于还原型烟酰胺腺嘌呤二核苷酸(NADPH)氧化酶发挥其抗氧化应激功能有关。

综上所述,乙型肝炎后肝硬化患者血清 PEDF 水平降低与血小板异常活化标志物密切相关,可能共同参与了肝硬化的发生和发展。检测其水平有助于乙型肝炎后肝硬化患者的病情评估、疗效监测和预后判断。

参考文献

- [1] Grattagliano I, Calamita G, Cocco T, et al. Pathogenic role of oxidative and nitrosative stress in primary biliary cirrhosis[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(19): 5746-5759.
- [2] Salatti FR, da RDP, Forgiarini LF, et al. Oxidative stress and pulmonary changes in experimental liver cirrhosis[J]. Oxid Med Cell Longev, 2012, 2012: 486190.
- [3] Celikbilek M, Dogan S, GURSOY S, et al. Increased platelet activation in cirrhosis via oxidative stress[J]. Liver Int, 2012, 32(6): 1029.
- [4] 刘彦虹, 安晶红, 周赫男. 冠心病与血小板活化关系的研究[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2007, 41(1): 43-45.
- [5] 陈永生. 脂肪肝患者色素上皮衍生因子(PEDF)、血管内皮生长因子(VEGF)及结缔组织生长因子(CTGF)表达的相关性研究[J]. 现代检验医学杂志, 2010, 25(1): 58-62.
- [6] 朱莉丽, 杨凯, 刘亚. 肝癌患者血浆 PEDF 和 VEGF 表达水平及其与预后关系的探讨[J]. 疑难病杂志, 2014, 13(6): 601-603.
- [7] 徐士欣, 肖振霞, 焦连亨. 血小板活化标志物检测临床应用的评价[J]. 国际检验医学杂志, 2009, 30(2): 137-138, 140.
- [8] 季明德. 血小板活化的研究进展[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 32(2): 218-220.
- [9] 张斤, 段传志, 李铁林, 等. 血小板活化特异性标志物 PAC-1 和 CD62p 与急性脑梗死病情严重程度的相关性[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2011, 37(11): 698-701.
- [10] 张文静, 高飞, 刘彦虹. 抗 β_2 糖蛋白 I 抗体与血小板活化和血栓形成研究进展[J]. 国际免疫学杂志, 2013, 36(3): 174-176.

(收稿日期: 2015-02-08)

• 临床研究 •

火针治疗 60 例慢性湿疹的临床观察

王小琴, 刘善会, 王津, 王祝琚[△]

(重庆市中医院皮肤科, 重庆 400011)

摘要:目的 观察火针治疗慢性湿疹的临床疗效。方法 选取慢性湿疹患者 60 例, 分为观察组和对照组, 每组 30 例。治疗组采用火针治疗, 对照组予以卤米松软膏(澳能)局部外用。治疗前后比较两组临床疗效, 并予以皮肤面积与严重程度指数(EASI)评分。结果 两组患者 EASI 评分均有下降, 但火针组下降更明显, 组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 火针治疗慢性湿疹疗效好, 不良反应小。

关键词:火针; 慢性湿疹; 临床观察

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2015.14.066

文献标识码: A

文章编号: 1673-4130(2015)14-2099-02

湿疹是一种瘙痒性、复发的炎性皮肤病。慢性湿疹以表

皮肥厚和苔藓样变为主要临床表现^[1]。由于其病程迁延、易反

[△] 通讯作者, E-mail: WangXq20032003@163.com。

复发、剧烈瘙痒,对患者的身心健康影响很大。火针疗法是采用特制的针具经加热、烧红后,用特定的手法刺入身体的腧穴或部位,达到祛除病邪的一种针刺方法。火针疗法源远流长,治疗皮肤瘙痒性疾病有显著疗效。本研究收集 2012 年 10 月至 2013 年 10 月本科住院或门诊确诊为慢性湿疹的患者,利用火针治疗 60 例慢性湿疹患者,以分析火针针刺疗法治疗慢性湿疹的有效性及其优越性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2012 年 10 月至 2013 年 10 月本科住院或门诊确诊为慢性湿疹的患者,诊断标准参照国家中医药管理局制订的《中医病证诊断疗效标准·湿疮·慢性湿疮》。共收集慢性湿疹患者 60 例,男 38 例,女 22 例,年龄 18~62 岁,平均 39.5 岁,病程 1 个月至 21 年。纳入标准:(1)符合诊断标准;(2)年龄 18~65 岁;(3)皮损面积小于 20%。排除标准:(1)年龄 18 岁以下,65 岁以上,妊娠或哺乳期妇女;(2)近 2 周内内服过类固醇药物和/或 1 周内服过抗组胺类药物或外用过类固醇制剂;(3)合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发疾病,精神疾病患者;(4)不符合纳入标准、未按规定用药、无法判定疗效者。根据治疗方法将纳入的所有患者分为观察组与对照组,各 30 例。

1.2 治疗方法 观察组为火针针刺组,予以火针治疗,患者取卧位,充分暴露皮损,用 75%酒精消毒待干。操作者坐于患者近旁,选好进针点。左手持点燃的酒精灯,右手拇指、食指、中指持针柄,将针体前 1/3 于火焰上烧至通红发白后,以最近直线距离迅速垂直刺入皮损全层,并迅速拔出,刺入深度视皮损厚度控制在 1~3 mm,皮损间每针间隔 0.5 cm。7 d 1 次,连续 4 次;对照组予卤米松软膏(澳能)局部外用,2 次/天;按观察表详细记录患者一般情况、皮损(包括皮损面积、红斑、丘疹、鳞屑等)和自觉症状(瘙痒)等情况。两组患者分别于治疗后 8 h 及 7 d、28 d 后观察结果,并按皮损面积与严重程度指数(EASI)评分并予比较。

1.3 观察指标 皮损形态的评分:参考《湿疹面积及严重程度指数评分法》(EASI 评分法)^[1-4],将临床表现分为 6 项,即红斑(E)、丘疹(1)、表皮剥蚀(Er)、结痂(C)、苔藓化、渗出,每一临床表现的严重程度以 0~3 分计分。0 分为无、1 分为轻、2 分为中、3 分为重。各种症状分值之间可记半级分,即 0.5 分。瘙痒程度的评分指标如下:0 分为无瘙痒感;1 分为偶尔瘙痒;2 分为阵发性瘙痒;3 分为剧烈瘙痒。标准参考《中药新药临床研究指导原则》,综合疗效评定以瘙痒、皮损面积、皮损形态(包括红斑、丘疹、糜烂、结痂、渗出、结痂)的总积分计算出有效率。有效率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。根据症状改善率,分为临床痊愈、显效、有效、无效 4 个等级。(1)临床痊愈:皮损完全消退,症状消失,积分值减少≥95%;(2)显效:皮损大部分消失,症状明显减轻,95%>积分值减少≥70%;(3)有效:皮损部分消退,症状有所改善,70%>积分值减少≥50%;(4)无效:皮损消退不明显,症状未减轻或反而恶化,积分值减少不足 30%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理与统计分析,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组患者 8 h 及 7 d、28 d 后观察结果 观察组在治疗后随着时间推移,疗效逐渐增强,各时间段比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 治疗后各观察时间点疗效比较

观察时间	治愈(n)	显效(n)	有效(n)	无效(n)	有效率(%)
8 h	0	6	11	13	56.67
7 d	3	7	11	9	70.00
28 d	4	13	9	4	86.67

2.2 两组患者临床疗效比较 两组比较,观察组疗效好于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

组别	n	治愈(n)	显效(n)	有效(n)	无效(n)	有效率(%)
观察组	30	4	13	9	4	86.67
对照组	30	3	8	11	8	73.33

2.3 不良反应 火针治疗后,针刺处的皮损会微微发红,患者有灼热感及疼痛感,术后局部外用抗菌素软膏防止创面感染。针刺部位周围皮损会形成痂壳,嘱患者不要强行脱痂,应待其自行脱落,记录脱痂时间。治疗过程中患者无 1 例因不良反应而退出本试验。

3 讨论

慢性湿疹是临床上最为常见的慢性瘙痒性疾病,患者常常因为瘙痒而反复搔抓或热水烫洗,皮肤肥厚,苔藓样变,继而瘙痒症状加剧,形成恶性循环,影响患者生活质量及社交,目前湿疹的外用药主要为糖皮质激素类药物,但长期使用有色素沉着、皮肤萎缩、多毛等不良反应。

火针疗法历史悠久,源远流长,操作简单,见效迅速。火针疗法借火之力而取效。其原理可概括为:借火助阳,开门祛邪,以热引热^[2-3]。火针疗法是我国古代劳动人民在长期与疾病作斗争的过程中创造的一种疗法,是中医学中最古老的疗法之一。经过历代医家的努力,火针疗法得到了长足的发展,并广泛用于治疗各类疾病。本研究旨在通过观察火针治疗慢性湿疹的疗效,为临床火针治疗操作积累经验。

火针治疗在皮肤科的应用也越来越广,其主要为临床研究,如李领娥等^[4]发现其在皮肤科多种疾病的治疗上有显著疗效。黄时燕等^[5]采用火针加灸法治疗神经性皮炎 40 例,治愈 16 例,好转 4 例,总有效率 100%。火针治疗瘙痒性皮肤病的临床疗效观察显示,火针止痒效果与艾洛松无明显差异,同时发现火针治疗后皮损会结痂脱落变薄^[6-7]。本研究表明火针对于慢性湿疹能有效缓解患者瘙痒症状,且随着治疗次数增加,疗效增加,不良反应主要局限在局部,患者可耐受。火针治疗慢性湿疹安全有效,对肥厚性的斑块效果较优,在临床上对肥厚性瘙痒性皮肤病可广泛推广,但作用机制需进一步深入研究。

参考文献

[1] 王侠生,廖康煌.杨国亮皮肤病学[M].上海:上海科学技术文献出版社,2005:401.
 [2] Huang CJ, Huang YJ, Chen CY. The origin and development of fire needle therapy[J]. Zhongguo Zhen Jiu, 2013, 33(5):455-458.
 [3] Li H, Zhang FH, Wang YC. Observation on the efficacy of acupuncture and fire needle therapy for hand osteoarthritis[J]. Zhongguo Zhen Jiu, 2013, 33(10):885-887.
 [4] 李领娥,邱洞仙.火针在皮肤附属器疾病、病毒性皮肤病治疗中的应用[J].中医外治杂志,2012,21(2):54-55.
 [5] 黄时燕,赵晓广,聂巧峰.火针加灸法治疗神经性皮炎 40 例[J].

中医外治杂志, 2011, 20(2): 28-29.

[J]. 中国民族民间医药杂志, 2013, 22(7): 88.

[6] 刘毅, 王津, 唐海燕, 等. 火针治疗瘙痒性皮肤病的临床疗效观察

[J]. 中医临床研究, 2010, 2(6): 71-72.

(收稿日期: 2015-03-18)

[7] 温杰鹏, 杨志涛, 董艳华. 火针疗法对皮肤病瘙痒止痒效果观察

• 临床研究 •

外科手术切口感染的菌群分布及耐药性监测

姚金元, 顾蓓青, 吴毓丽, 祝慧华

(浙江海宁市人民医院检验科, 浙江海宁 314400)

摘要:目的 探讨外科手术切口感染 (SSI) 病原菌的分布及耐药性。方法 对 2013 年 1 月至 2014 年 9 月该院 210 例 SSI 患者的切口分泌物进行病原学检测, 分析病原菌分布及耐药性。结果 共分离 16 种 204 株病原菌, 其中革兰阴性菌 131 株 (64.22%)、革兰阳性菌 68 株 (33.33%)、真菌 5 株 (2.45%); 以大肠埃希菌 (22.55%)、金黄色葡萄球菌 (16.67%)、肺炎克雷伯菌 (14.71%)、铜绿假单胞菌 (10.78%) 为主; 大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌及阴沟肠杆菌除对亚胺培南、厄它培南、阿米卡星、哌拉西林/他唑巴坦较敏感, 其中产超广谱内酰胺酶 (ESBLs) 大肠埃希菌 20 株 (43.48%), 肺炎克雷伯菌 18 株 (60.00%); 金黄色葡萄球菌除对青霉素类药物显示高度耐药, 其中耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 (MRSA) 11 株 (32.35%)。结论 应严格控制外科切口感染, 严格执行抗菌药物使用原则, 避免抗菌药物的滥用。

关键词: 外科手术; 切口感染; 病原菌; 耐药性

DOI: 10.3969/j.issn.1673-4130.2015.14.067

文献标识码: A

文章编号: 1673-4130(2015)14-2101-02

外科手术切口感染 (SSI) 作为外科患者常见的术后并发症, 是医院感染监控的重点之一^[1], 相关资料显示, 国外切口感染占外科医院感染的 8.0%~40.0%^[2], 在我国手术后切口感染率位居医院感染的第 3 位^[3]。为了解医院 SSI 的病原菌分布及耐药性, 笔者回顾分析了本院 2013~2014 年共 210 例 SSI 病例资料, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取医院 2013 年 1 月至 2014 年 9 月外科科室 210 例 SSI 患者, 男 135 例, 女 75 例, 年龄 18~78 岁, 平均 (35.02±14.35) 岁。手术疾病分布: 阑尾炎、肠穿孔、肝破裂、肠破裂、脾破裂、腹外疝、骨折内固定术等。

1.2 切口感染判定标准 参照国家卫生部颁布的《医院感染诊断标准》^[4] 对手术切口感染情况进行判定。表浅切口感染为切口皮肤和皮下组织的感染。临床医师根据术口的红肿热痛等炎性反应和脓性分泌物进行诊断。深部切口感染为肌肉、深筋膜等深部组织的感染。根据深部切口引流液或者临床医师打开切口见到脓性分泌物; 术后体温不高于 38℃, 手术切口局部压痛明显; 术后 B 超检查等发现深部脓肿或者有其他深部切口感染的证据, 均可诊断为深部切口感染。

1.3 鉴定和药敏 患者术后住院期间如观察到切口有感染迹象, 即采集局部分泌物置于无菌试管内送检, 进行病原菌培养、菌株鉴定及药敏试验, 按照《全国临床检验操作规程》第 3 版的要求接种、培养, 采用 VITEK 2-Compact 全自动微生物分析系统进行细菌鉴定与药敏分析。质控菌株: 大肠埃希菌 ATCC25922、金黄色葡萄球菌 ATCC25923 和铜绿假单胞菌 ATCC27853, 购自卫生部临床检验中心。

1.4 统计学处理 采用 WHONET5.6 软件进行数据分析, 以美国临床实验室标准化协会 (CLSI) 2014 年版为判断标准。

2 结果

2.1 病原菌种类 共分离病原菌 204 株, 以革兰阴性菌为主, 其中革兰阴性菌 131 株 (64.22%)、革兰阳性菌 68 株

(33.33%)、真菌 5 株 (2.45%), 见表 1。

2.2 主要病原菌耐药情况 切口感染分离主要病原菌耐药情况, 见表 2 (见《国际检验医学杂志》网站“论文附件”)。

表 1 SSI 病原菌分布及构成比 (%)

菌名		n	构成比 (%)
革兰阴性菌	大肠埃希菌	46	22.55
	肺炎克雷伯菌	30	14.71
	铜绿假单胞菌	22	10.78
	阴沟肠杆菌	13	6.37
	粘质沙雷菌	8	3.92
	奇异变形杆菌	6	2.94
	不动杆菌	3	1.47
革兰阳性菌	金黄色葡萄球菌	34	16.67
	表皮葡萄球菌	18	8.82
	粪肠球菌	15	7.35
	其他	1	0.49
真菌	白色假丝酵母菌	3	1.47
	光滑假丝酵母菌	2	0.98
合计		204	100.00

3 讨论

SSI 成因复杂, 与患者病情严重程度、术中无菌操作规范、失血等均有一定关系^[5-6], 不仅影响手术治疗效果和患者对治疗的信心, 而且对患者的生存质量和经济造成一定的负担^[7]。

病原菌感染是引起术后切口感染的必须条件, 本研究分离的 204 株病原菌, 其中革兰阴性菌 131 株 (64.22%), 构成比超过 60%, 与文献^[3, 8]报道接近; 革兰阳性菌 68 株 (33.33%)、真菌 5 株 (2.45%)。分离前 5 位的病原菌分别为大肠埃希菌