

核糖体非共价键结合,阻断了细菌核糖体 A 位与氨基酰-tRNA 结合,通过终止氨基酸进入肽链,最终阻止蛋白合成,细菌繁殖受到抑制<sup>[3]</sup>。

鲍曼不动杆菌对四环素类的耐药机制<sup>[4]</sup>有:(1)由转座子介导的外排泵 TetA 和 TetB;(2)由 Tet(m)基因编码的核糖体保护蛋白,该蛋白可使鲍曼不动杆菌的核糖体免受四环素、多烯环素和米诺环素的破坏而产生耐药性<sup>[5]</sup>。米诺环素是四环素类中一种广谱、高效抗生素,它与核糖体 30S 亚单位特异性结合,阻止肽链延长,抑制病原体的合成而发挥抑菌作用<sup>[6]</sup>。本研究证实米诺环素对鲍曼不动杆菌有很强的抗菌活性,其敏感率为 75.2%,是目前治疗多重耐药鲍曼不动杆菌感染的较好选择。

临床不合理应用抗菌药物增多,导致鲍曼不动杆菌多重耐药菌株不断增加,多重耐药现象日趋严重。虽然目前鲍曼不动杆菌对米诺环素的耐药率不高,但有逐年增加的趋势,因此加强对鲍曼不动杆菌的耐药趋势监测,合理应用抗菌药物,以及开发新的有效的抗菌药物仍是我们面临的重要课题。

此次试验从耐药表型上对鲍曼不动杆菌进行了研究,为了更深入地了解其耐药机制,作者将进一步从耐药机制上对鲍曼不动杆菌进行研究,为临床治疗鲍曼不动杆菌感染,选择合理

有效的抗菌药物或抗菌药物组合提供理论依据。

### 参考文献

[1] 肖永红. 2008 Mohnair 细菌耐药监测报告[M]. 天津:天津科学技术出版社,2008:51.  
 [2] Afzal-shan M, livemore DM. worldwide emergence of carbapenem-resistant Acinetobacterspp [J]. J Anntimicrob Chemother, 1998, 41(5):576-577.  
 [3] 马序竹, 吕媛. 鲍曼不动杆菌对主要抗菌药物耐药机制[J]. 中国临床药理学杂志, 2009, 25(1):90.  
 [4] 黄志刚, 黄琛, 马丹颖. 米诺环素对鲍曼不动杆菌的抗菌活性研究[J]. 国际检验医学杂志, 2010, 31(10): 1155-1157.  
 [5] RiberA, Ruiz J, Vila J. Presence of the Tet M determinant in a clinical isolate of Acinetobacter baumannii[J]. Antimicrob Agents Chemother, 2003, 47(9):2310-2312.  
 [6] 任韵清, 杨森, 张学军. 米诺环素应用新进展[J]. 中华皮肤科杂志, 2005, 38(12):777-778.

(收稿日期:2011-10-12)

## 结肠息肉 125 例内镜下治疗体会

杨 勇(贵州省兴义市人民医院消化内科 562400)

**【摘要】目的** 探讨结肠息肉内镜下各种治疗方法及效果。**方法** 内镜下高频电切术及活检钳咬除术等方法。**结果** 125 例(210 枚)息肉消除率为 100%。**结论** 对各种息肉应采用不同的方法摘除,内镜下治疗息肉是安全有效的,是结肠息肉治疗的首选方案。

**【关键词】** 结肠息肉; 内镜治疗; 高频电切术; 活检钳咬除术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.046 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)05-0597-02

随着电子结肠镜的广泛开展,大肠息肉检出率明显提高,本科室自 2007 年 1 月 1 日至 2010 年 5 月经电子结肠镜检查 1 550 例患者,检出结肠息肉 125 例患者,检出率为 8%。内镜下治疗方法广泛应用于临床以来,收到极好的效果。这 3 年来本科室已经内镜下治疗结肠息肉 125 例,成功摘除息肉 210 枚,现对其治疗效果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 125 例患者中,男 80 例,女 45 例,年龄 8~74 岁,平均 41 岁,125 例患者共有息肉 210 枚,其中 0.2 cm×0.2 cm~2.0 cm×3.0 cm 大小,广基和亚蒂息肉 130 枚,有蒂 80 枚。

**1.2 仪器** Pentax EPM3500, EC3831F 电子结肠镜, Pentax-CGI-4000 高频电发生器, HX-610-135 钛夹, 一次性圈套器, 一次性注射针, 一次性活检钳, 黏膜下注射液为生理盐水。

**1.3 切除方法** 结肠镜下息肉摘除有多种方法,作者应用的方法如下,(1)内镜黏膜切除术(EMR),适用于山田 I、II 型息肉,侧向发育型肿瘤。(2)带蒂息肉及亚蒂息肉,蒂部直径大于 0.5 cm 者用生理盐水黏膜下注射后高频电直接切除,蒂直径 >0.5 cm 者,采用根部钛夹钳住后高频电套扎。(3)直径小于 0.3 cm 者直接活检钳咬除。

**1.4 随访** 息肉切除后 6 个月、1 年分别对患者进行随访,随访时间最短 6 个月,最长两年。

### 2 结果

210 枚息肉行 EMR 切除 50 枚,均一次肠镜下完成;135 枚行第二种方法切除;25 枚行活检钳咬除术。术后病理检查均为腺瘤性息肉。随访无复发及其他并发症。并发症:1 例发生即时出血,予钛夹夹闭创面后出血停止,无迟发出血,无肠穿孔发生。

### 3 讨论

大肠癌发生率近年有上升趋势,且趋向年轻化。绝大多数是由腺瘤性病变更变所致,且息肉越大,癌变危险性越高,而与形态无明显相关,此与文献报道相符<sup>[1]</sup>。腺瘤不及时切除,长期粪便刺激会加速恶变,因此对大肠息肉、腺瘤等癌前病变进行早期发现和治疗可有效防止大肠癌的发生<sup>[1]</sup>。有报道结肠镜的普查病息肉摘除可使大肠癌的病死率下降 90% 以上。亦有资料表明,大肠息肉尤其是腺瘤性息肉其恶变可能性与息肉是否为广基、息肉大小,表面性状改变等密切相关。同时可通过色素内镜、放大内镜及气量诱导变形试验等技术手段初步判断巨大息肉恶变可能性<sup>[2]</sup>。

目前内镜下高频电切除大肠息肉是治疗大肠息肉最常用、最有效的方法,因其方法比较简单、安全性高、经济、重复性高、创伤小、患者痛苦少、适应范围广,目前已成为大肠息肉首选治疗方法<sup>[3]</sup>,但通常限于直径小于 2 cm 的有蒂息肉,对直径大于 2 cm 的粗蒂或无蒂巨大息肉,内镜下切除难度大,其出血及穿

孔的发生率仍相对较高,曾被认为是内镜治疗禁忌证<sup>[4]</sup>。但随着内镜技术的不断改进,内镜下治疗适应证也不断拓宽。尤其是 EMR 的出现,EMR 是近年来发展起来治疗胃肠道病变的有效方法。它使用内镜标准配件注射针、圈套器、金属夹等。用 0.4% 靛胭脂溶液 5~10 mL 经钳道管喷洒于病变区对病灶染色,观察病变的范围及腺管开口形态判断病变的性质,是否有癌的存在。在病变边缘前方注入生理盐水,原则上,以将病变完全与黏膜下层分离为准,如病变超过 20 mm 则可在病变的口侧注射,必要时行多点注射,以将病变黏膜完全分离为准<sup>[5]</sup>。切除后,观察创面有无出血,如有少许渗血,通常可不必处理,也可以进行创面钛夹缝合止血。该方法安全、创伤小、简便、适用范围广,便于开展。本组切除 50 枚,均一次内镜下完成,无并发症发生,随访 1 年后均无肠穿孔、肠腔狭窄等并发症。

结肠息肉切除术的严重并发症为出血和穿孔,如何预防出血、穿孔等并发症是内镜下治疗大肠息肉的关键,金属钛夹的使用很好地解决了并发症这个问题。成宏伟等<sup>[6]</sup>对金属钛夹联合内镜下圈套器高频电切除消化道息肉的方法总结有以下几点优点:(1)预防出血;(2)即时止血;(3)防止消化道穿孔。内镜高频电圈套器切除术、EMR 以及活检钳咬除术摘除息肉是安全、可靠的,再加上金属钛夹的运用,更能有效避免并发症的

发生,可以达到治疗息肉和预防大肠癌的目的,同时,应根据患者不同的情况依据不同息肉形态采取不同的方法,选用适用、经济、安全有效的内镜下治疗方法,在治疗过程中,应避免过度电凝,容易造成迟发穿孔并发症。

## 参考文献

- [1] 张秋生,彭侠彪,崔思敏,等. 青年人大肠癌临床、内镜病例特点分析[J]. 中华消化内镜杂志,2004,21(5):349-351.
- [2] 贾国法,朱良松,单红,等. 内镜下黏膜切除术治疗大肠平坦病变[J]. 中华消化内镜杂志,2008,25(8):208-212.
- [3] 黄小,陈敏芳,俞霞. 大肠息肉高频电息肉摘除术并发症的防治策略[J]. 中华消化内镜杂志,2003,20(5):352.
- [4] 裘松祥,黄小荣. 大肠巨大息肉的内镜治疗(附 32 例治疗体会)[J]. 浙江临床医学,2002,4(5):336-337.
- [5] 姜泊,刘思德,智发朝,等. 大肠侧向发育型肿瘤 25 例诊治报告[J]. 第一军医大学学报,2002,22(2):189-191.
- [6] 成宏伟,吴云林,钟捷,等. 金属钛夹在消化道息肉切除中的应用[J]. 外科理论与实践,1999,4(4):244.

(收稿日期:2011-12-09)

# 甲胎蛋白不同血清学检测方法的临床效果比较

王燕华(广东省连州市人民医院 513400)

**【摘要】** 目的 对采用两种不同血清学检测方法对甲胎蛋白进行检测的临床效果进行比较分析。方法 采用随机抽样的方法,在 2006 年 7 月至 2010 年 7 月这 4 年时间里,抽取 120 例临床送检甲胎蛋白的标本,首先采用电化学发光免疫法对甲胎蛋白的含量进行检测,再采用微粒子酶联免疫法的方法对甲胎蛋白的含量进行检测。对两种方法检测后的相关性试验、线性试验、回收试验、精密度试验结果进行比较分析。**结果** 分析结果表明,两种方法的检测结果基本相同,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );但是前者的重复性更好,现行相关性范围更宽,回收率更高( $P < 0.05$ )。**结论** 采用电化学发光免疫法对血清甲胎蛋白进行检测的方法明显由于微粒子酶联免疫法,具有线性范围宽、重复性好、回收率高等特点,可以作为临床对患者进行血清甲胎蛋白检测的首选方法,值得进一步的使用和推广。

**【关键词】** 电化学发光免疫; 微粒子酶联免疫; 甲胎蛋白

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.047 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)05-0598-02

近几年以来,相关文献关于电化学发光免疫技术的报道比较多,该项技术是采用电化发光技术,使用非同位素金属三联吡啶钼作为检测的标记物,由电极发光,在三丙胺的参与之下发生了一系列的化学反应,它以其敏感、快速、稳定等优点,在固相标记免疫测定技术上处于领先的地位<sup>[1]</sup>。为了对采用两种不同血清学检测方法对甲胎蛋白进行检测的临床效果进行比较分析,作者采用随机抽样的方法,在 2006 年 7 月至 2010 年 7 月这 4 年时间里,抽取 120 例临床送检甲胎蛋白的标本,首先采用电化学发光免疫法对甲胎蛋白的含量进行检测,再采用微粒子酶联免疫法对甲胎蛋白的含量进行检测。对两种方法检测后的相关性试验、线性试验、回收试验、精密度试验结果进行比较分析,现将分析结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用随机抽样的方法,在 2006 年 7 月至 2010 年 7 月这 4 年时间里,抽取 120 例临床送检甲胎蛋白的标本,被采集标本的患者年龄在 19~74 岁之间,平均年龄 43.8 岁;其中包括 55 例男性患者和 65 例女性患者;患者的所有资

料差异无统计学意义。

**1.2 方法** 对抽样中的 120 例患者的送检血清标本,首先采用电化学发光免疫法对甲胎蛋白的含量进行检测,再采用微粒子酶联免疫法对甲胎蛋白的含量进行检测。对两种方法检测后的相关性试验、线性试验、回收试验、精密度试验结果进行比较分析。

**1.3 试剂与仪器** 采用本院现有的全自动免疫分析仪和 IMX 分析仪,以及相应的配套试剂。

**1.4 操作** 在对标本进行测定的时候,温度应该控制在 20~26℃ 之间,对抽样中的 120 例临床送检的标本,采用上述仪器,并按照相关的操作手册的要求进行检测,做好定标和质控处理,数值在标定值的允许范围内,再进行相关性、回收率、线性和精密度的具体测试<sup>[2]</sup>。

**1.5 统计学方法** 所有数据均采用 SPSS14.0 统计学软件进行处理分析, $P < 0.05$  为异有统计学意义。

## 2 结果

分析结果表明,两种方法的检测结果基本相同,差异无统