

PSA的升高,即便结合游离PSA,以两者的比值来区分良性和恶性肿瘤仍旧不够理想(游离PSA/PSA的比值常用于区分前列腺良性疾病和恶性肿瘤,但目前还找不到一个最佳的临界比值)。此外,约有25%的PCa患者血清PSA水平在正常范围内。因此,具有高度特异性和敏感性的PCa标志物的发现和探索显得尤为重要。

β_2 -MG主要是有淋巴细胞分泌的一种相对分子质量为 11.8×10^3 的非糖基化蛋白。该蛋白在正常细胞和源于间质、造血系统的恶性肿瘤中均能合成,被证明与肿瘤的生长、浸润和转移相关,是一种肿瘤生长调节因子。肾癌、肺癌、肠癌、前列腺癌和部分实体瘤中均可见 β_2 -MG的升高^[6-8]。近年来的基础研究表明, β_2 -MG是骨代谢过程中的重要调控因子,与前列腺癌骨转移密切相关。其可通过调控有丝分裂、癌细胞凋亡、血管发生及介导肿瘤免疫逃逸等多种途径影响前列腺癌的生物行为。干预 β_2 -MG在癌细胞表面的表达,重建机体对恶性细胞的免疫清除能力的研究,为前列腺癌的基因治疗提供了新的策略。

本文分析了30例PCa与健康对照组和BPH组的血清 β_2 -MG水平,PCa组血清 β_2 -MG水平显著高于健康对照组和BPH组,而BPH组与健康对照组之间差异无统计学意义($P > 0.05$),从统计学上验证了 β_2 -MG与PCa的相关性,对于PCa的筛查和诊断有一定的辅助意义。此外,本文分析血清 β_2 -MG水平与PCa分期的关系,证明了血清 β_2 -MG水平与PCa的严重程度呈正相关,通过检测 β_2 -MG的水平可以早期发现前列腺癌,并在疾病发生初期进行干预和治疗,具有重要的经济和社会意义。

参考文献

- [1] Roberts MJ, Schirra HJ, Lavin MF, et al. Metabolomics: a clinical prospect.

novel approach to early and noninvasive prostate cancer detection[J]. Korean J Urol, 2011, 52(2): 79-89.

- [2] Chakrabarti R, Robles LD, Gibson J, et al. Profiling of differential expression of messenger RNA in normal, benign, and metastatic prostate cell lines[J]. Cancer Genet Cytogenet, 2002, 139(2): 115-125.
- [3] Jemal A, Siegel R, Xu J, et al. Cancer statistics, 2010[J]. CA Cancer J Clin, 2010, 60(5): 277-300.
- [4] Ploussard G, de la Taille A. Urine biomarkers in prostate cancer[J]. Nat Rev Urol, 2010, 7(2): 101-109.
- [5] Schwarzenbach H, Alix-Panabieres C, Muller I, et al. Cell-free tumor DNA in blood plasma as a marker for circulating tumor cells in prostate cancer[J]. Clin Cancer Res, 2009, 15(3): 1032-1038.
- [6] Rowley DR, Dang TD, McBride L, et al. Beta-2 microglobulin is mitogenic to PC-3 prostatic carcinoma cells and antagonistic to transforming growth factor beta 1 action[J]. Cancer Res, 1995, 55(4): 781-786.
- [7] Huang WC, Wu D, Xie Z, et al. Beta-2-microglobulin is a signaling and growth-promoting factor for human prostate cancer bone metastasis[J]. Cancer Res, 2006, 66(18): 9108-9116.
- [8] Yang J, Qian J, Wezeman M, et al. Targeting beta2-microglobulin for induction of tumor apoptosis in human hematological malignancies[J]. Cancer Cell, 2006, 10(4): 295-307.

(收稿日期:2016-01-11 修回日期:2016-04-01)

无创通气治疗脓毒症合并急性呼吸窘迫综合征的疗效观察

甘学军

(湖北省武汉市第八医院住院部 430010)

摘要:目的 探讨无创通气治疗脓毒症合并急性呼吸窘迫综合征的临床疗效。方法 选择于2013年1月至2015年1月来该院进行治疗的脓毒症急性呼吸窘迫综合征患者60例,对其进行回顾性分析,其中有30例患者行无创通气治疗,作为观察组,30例患者行常规治疗,作为对照组。记录患者治疗前及治疗后1、3、7 d的动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)、动脉血氧分压(PaO₂)、氧合指数(PaO₂/FiO₂)、白细胞(WBC)、C反应蛋白(CRP)、血浆降钙素原(PCT)的变化情况。结果 治疗前,两组患者PaCO₂、PaO₂、PaO₂/FiO₂、WBC、CRP、PCT等指标相比差异无统计学意义($P > 0.05$),在治疗后3 d及7 d时,观察组患者PaO₂、PaO₂/FiO₂高于对照组,PaCO₂、WBC、CRP以及PCT均低于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 无创通气治疗脓毒症所致的ARDS疗效确切,能够在较短的时间内提高患者的血氧分压,增加动脉血氧饱和度,改善患者的病情。

关键词:无创通气; 脓毒症; 急性呼吸窘迫综合征

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.041 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)13-1846-03

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是临床常见危重症,严重者可诱发多器官功能障碍综合征(MODS)^[1],是重症监护病房(ICU)患者死亡的主要原因,病死率高达40%左右。无创通气是治疗ARDS的一种简单方便的方法,可以最大限度的保证患者气道的完整性,在ICU病房中应用越来越广泛。现就本院进行治疗的60例患者进行回顾性分析,进一步探讨无创通气治疗由脓毒症引起的ARDS的临床治疗效果。现将详细结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择于2013年1月至2015年1月来本院进行治疗的由于脓毒症引起的ARDS患者60例,所选患者均符合ARDS的新型诊断标准^[2]。根据有无进行无创通气治疗分为观察组和对照组,每组30例。对照组男11例,女19例,年龄50~80岁,平均年龄57.68岁,轻度ARDS患者有15例、中度ARDS患者有9例、重度ARDS患者有6例;观察组男12例,女18例,年龄49~78岁,平均年龄57.33岁,轻度ARDS

患者有 13 例、中度 ARDS 患者有 10 例、重度 ARDS 患者有 7 例。两组患者在性别、年龄、轻中重度分型等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组患者拒绝行无创通气治疗,仅给予常规治疗;观察组患者在给予常规治疗的基础上,给予无创通气治疗。美国伟康 BiPAP Vision 无创呼吸机,经口鼻面罩正压通气,呼吸模式均设定为 S/T 模式,呼气气压为 3~8 cm H₂O,吸气气压为 5~18 cm H₂O,呼吸频率为每分钟 10~16 次,氧浓度控制在 40%~60%。密切观察患者的病情,可根据患者病情变化情况对呼吸机的参数进行调整。若患者的病情得到控制,且生化指标得到明显改善后,可降低呼吸机工作条件,逐渐的间断脱机,直至患者完全脱机。若在无创通气治疗治疗前后,患者的病情仍未得到改善,则应改为有创机械通气治疗。

表 1 两组患者在无创通气治疗前后的生化指标变化情况对比($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	PaO ₂ (mm Hg)	PaCO ₂ (mm Hg)	PaO ₂ /FiO ₂	WBC($\times 10^9$ /L)	CRP(mg/L)	PCT(ng/L)
对照组	治疗前	57.2±5.6	62.3±5.2	168.1±20.2	16.9±3.1	76.1±10.2	0.68±0.23
	治疗后 1 d	60.8±7.1	58.7±4.1	176.3±26.8	15.7±3.0	58.3±9.8	0.59±0.21
	3 d	74.3±8.8	53.5±3.6	205.2±28.9	15.5±3.1	39.1±8.2	0.56±0.25
	7 d	83.3±8.8	46.5±3.3	305.2±31.9	12.5±2.8	26.1±5.6	0.38±0.2
观察组	治疗前	58.1±5.9	65.1±5.6	171.1±21.6	17.0±3.2	76.8±11.3	0.69±0.26
	治疗后 1 d	63.3±8.3	51.5±4.6	213.5±23.9	13.6±3.1	59.1±7.2	0.51±0.21
	3 d	84.3±9.5*	43.5±3.1*	368.2±30.1*	11.5±2.5*	31.6±5.6*	0.31±0.22*
	7 d	96.3±9.8*	39.5±2.7*	435.6±50.6*	9.3±2.1*	16.1±3.1*	0.16±0.15*

注:与对照组同时间比较,* $P<0.05$ 。

3 讨 论

脓毒症为临床上较为常见的一种急性危重疾病,往往会使多个器官及系统受损,肺是其中最容易受损的器官之一。据报道,ARDS 中大约有 40%~60% 的患者是由脓毒症导致,而严重的脓毒症患者有 25%~50% 可发生急性肺损伤或 ARDS^[3-4]。脓毒血症时,大量的炎性介质和脂质代谢产物进入到血液循环内,刺激机体的炎性细胞在患者的肺组织内聚集、活化,从而产生较多的趋化因子、氧自由基细胞因子等,使炎性反应加重,形成连锁反应。此时,抗炎及促炎介质不能达到平衡,引起抗炎反应综合征,致使肺组织内毛细血管内皮细胞及肺泡的上皮细胞等受损,肺部毛细血管对蛋白质等通透性增加,且肺组织血管及血管间质间的液体交换发生障碍,最后导致渗透性肺水肿的发生。在临床表现上则会出现顽固性的低氧血症、呼吸窘迫等,严重者可发生多器官功能障碍综合征等。因此,及时有效的治疗有着重要的临床意义。无创机械通气是治疗 ARDS 的一种重要的措施,无需通过气管插管等,可直接经面(鼻)罩给患者提供通气治疗,不仅保留了患者的气道完整性,而且保护了患者的吞咽功能、上呼吸道防御功能等,防止了患者病情的继续发展^[5]。据 Malartic 等^[6]报道,无创通气一方面能够使患者塌陷的肺泡得以复张,增加肺的顺应性,使呼气末的肺容量增高;另一方面能够使气道扩张,使呼吸道的阻力下降,减少呼吸肌群的能耗,因而具有改善肺泡内气体交换的效果,增加氧气的弥散,改善缺氧状态。另据 Varghese 等^[7]报道,无创呼吸机治疗急性左心衰,能够降低升高胸内压,能够降低左心室收缩时的跨壁压,还能减少静脉的回流,使左心室的输出量增多,从而预防由肺损伤所诱发心衰的发生。

1.3 评价指标 记录患者在治疗前及治疗后 1、3、7 d 的动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)、动脉血氧分压(PaO₂)、氧合指数(PaO₂/FiO₂)、白细胞(WBC)、C 反应蛋白(CRP)、血浆凝血激酶(PCT)等指标的变化情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 对数据进行分析处理,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计量资料组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

在治疗前,两组患者的 PaCO₂、PaO₂、PaO₂/FiO₂、WBC、CRP、PCT 水平比较差异无统计学意义($P>0.05$),在治疗后 3 d 及 7 d 时,观察组患者 PaO₂ 水平、PaO₂/FiO₂ 水平高于对照组,PaCO₂、WBC、CRP 以及 PCT 均低于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

本研究发现,在治疗前,两组患者的 PaCO₂、PaO₂、PaO₂/FiO₂、WBC、CRP、PCT 的水平差异无统计学意义($P>0.05$),在治疗后 3 d 及 7 d 时,观察组患者各项指标均优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),表明无创通气治疗能够显著提高患者的氧合指数,改善患者的缺氧状态,抑制炎性反应,从而有效的治疗急性肺损伤。本研究结果与相关研究结果基本一致^[8]。表明无创通气能够迅速提高患者的血氧饱和度,使患者的病情得到有效的控制,防止病情的进一步发展。

综上所述,无创通气能够有效的改善由脓毒症所引起 ARDS 患者的气体交换,无需气管切开,可提高患者的生活质量,促进患者的康复。

参考文献

- [1] Yang Z, Zhang Y, Zhang R, et al. A case-control study of high-intensity focused ultrasound combined with sonographically guided intratumoral ethanol injection in the treatment of uterine fibroids[J]. J Ultrasound Med, 2014, 33(4):657-665.
- [2] 中华医学会重症医学分会. 急性呼吸窘迫综合征诊断和治疗指南(2006)[J]. 中华急诊医学杂志, 2007, 16(4): 343-349.
- [3] 陈天山, 梁波, 黄维, 等. 无创正压通气治疗急性呼吸窘迫综合征临床分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2012, 20(5):886-887.
- [4] 华玮, 宋红转, 俞斌, 等. 无创正压通气对脓毒症所致急性呼吸窘迫综合征患者血流动力学的影响[J]. 同济大学学

报(医学版),2013,34(3):113-115.

[5] 何忠红,邓上安,池琦,等. 无创正压通气治疗急性呼吸衰竭临床研究[J]. 中国医学创新,2015,12(2):58-60.

[6] Malartic C, Morel O, Rivain AL, et al. Evaluation of symptomatic uterine fibroids in candidates for uterine artery embolization; comparison between ultrasonographic and MR imaging findings in 68 consecutive patients[J]. Clin Imaging,2013,37(1):83-90.

[7] Varghese BV, Koohestani F, McWilliams M, et al. Loss of the repressor REST in uterine fibroids promotes aberrant

G protein-coupled receptor 10 expression and activates mammalian target of rapamycin pathway[J]. Proc Natl Acad Sci U S A,2013,110(6):2187-2192.

[8] Froeling V, Meckelburg K, Schreiter NF, et al. Outcome of uterine artery embolization versus MR-guided high-intensity focused ultrasound treatment for uterine fibroids: long-term results[J]. Eur J Radiol,2013,82(12):2265-2269.

(收稿日期:2016-02-18 修回日期:2016-04-22)

• 临床探讨 •

围术期护理干预减少白内障术后感染性眼内炎的效果观察和满意度调查

宋君¹, 易娟², 余时智¹, 易姝^{1△}

(1. 重庆市人民医院眼科 400014; 2. 西南医科大学护理学院, 四川泸州 646000)

摘要:目的 探讨围术期整体护理干预对减少白内障术后感染性眼内炎的效果观察和满意度调查。方法 回顾分析 2011 年 06 月至 2015 年 6 月,在该院实施白内障超声乳化吸除加人工晶状体植入手术的患者共有 2 634 例患者。其中白内障手术 1 258 例 1 359 眼按照传统方法进行护理(对照组),1 376 例 1 453 眼白内障手术患者按围术期整体护理进行干预(干预组),比较两组患者在术后眼内炎的发病率和患者满意度。结果 对照组有 10 眼发生眼内炎,干预组只有 1 眼发生眼内炎,两组比较差异有统计学意义($P=0.012$)。对照组满意度 92.29%,整体护理干预组满意度 98.84%,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。结论 对白内障手术患者加强围术期的护理干预,能够有效预防术后眼内炎的发生,提高患者的满意度。

关键词:白内障手术; 眼内炎; 围术期整体护理; 满意度

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.13.042 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)13-1848-03

白内障是全球常见的可预防性致盲性眼病,在我国因白内障致盲者占 46%,随着人口的老齡化,白内障的发病率及患病总例数都在不断上升。迄今为止,世界上还没有任何一种能够治疗白内障的药物,手术是治疗白内障唯一有效的方法。感染性眼内炎是白内障术后罕见但最严重的手术并发症^[1]。感染性眼内炎是指眼球壁的一层或多层及相邻的眼内腔隙的感染性炎症,90%的感染性眼内炎发生于白内障术后^[2]。白内障术后眼内炎多在术后 1~4 d 内急骤起病,伴剧烈眼部疼痛和视力急剧下降。如果抢救措施得当,能帮助部分患者恢复视力,但还有少部分患者会因此眼球萎缩、丧失视力,甚至摘除眼球。本研究旨在探讨围术期整体护理干预对减少白内障术后感染性眼内炎的效果和满意度。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 06 月至 2015 年 6 月在本院实施白内障超声乳化吸除加人工晶状体植入手术的患者共有 2 634 例患者 2 812 眼。其中选取 2011 年 6 月至 2013 年 5 月白内障手术 1 258 例 1 359 眼为对照组,该组女 721 例,男 537 例,平均年龄 63.3 岁;选取 2013 年 6 月至 2015 年 6 月白内障手术 1 376 例 1 453 眼为整体护理干预组,该组女 699 例,男 677 例,平均年龄 65.8 岁。两组患者手术切口均为透明角膜切口,术前术眼矫正视力低于 0.5。两组患者年龄、性别、术前术眼矫正视力等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。排除标准:术中发生后囊膜破裂。

1.2 方法

1.2.1 对照组 认真接待患者,向患者介绍白内障手术常识。

术前行泪道冲洗,如有慢性泪囊炎,应推迟手术,待病灶清除后再安排白内障手术。术前准备:术前 1 d 嘱咐患者洗头洗澡,搞好个人卫生;手术当天早晨用生理盐水冲洗手术眼结膜囊和泪道,一旦发现脓性分泌物,要提前告知医生终止手术。术中护理:对人工晶状体等手术材料,按照国家规范要求使用;做到手术器械的一人一用一灭菌,冲洗用管路及冲洗液一人一用一更换;术中使用的各种药品和一次性物品必须在有效期内,必须符合国家规定标准。术后护理:手术当天术眼敷料包扎,观察术眼反应;遵医嘱合理用药,在术后第 1 天起开始遵医嘱点抗生素、激素眼液,晚上休息前点眼膏;密切观察术眼反应,询问患者有无头痛、眼胀等感觉,发现眼部是否出现异常分泌物,及时告知医生进行处理。

1.2.2 干预组 认真做好围手术期护理评估,排除手术禁忌症。如术前发现患者感冒、发热等情况,及时通知医生延迟手术;如有睑缘炎,结膜炎等外眼疾病,先行治疗待结膜囊细菌培养阴性后再安排手术。术前眼局部应用抗菌药物,在术前 1~3 d 用抗菌药物眼药水滴术眼,要求每日 4 次,如果在手术前 1 d 开始滴用抗菌药物眼液,应每日 6 次及以上。监督特检室做术眼 ERG 和 A 超检查时,接触眼球的检查仪器一定用 75% 的酒精擦拭待干后使用。术室布局合理,温湿度适宜,按医院感染防控要求进行各项生物培养或监测,各项指标符合要求。手术开始前器械护士用 5% 聚维酮碘溶液滴术眼并用生理盐水冲洗结膜囊结膜,冲洗时开睑器充分暴露穹隆部、睑结膜球结膜及睑缘,其在冲洗后 1 min 开始产生杀菌作用,能够杀灭 96.7% 的细菌并持续 1 h 以上^[3]。术中减少人员流动,严格执

△ 通讯作者, E-mail: easybook@126.com。