

- efficacy of macrolide antibiotics against genetically determined macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in paediatric patients [J]. *Respirology*, 2012, 17(2): 354-362.
- [5] MIYASHITA N, KAWAI Y, AKAIKE H, et al. Macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae* in adolescent with community-acquired pneumonia [J]. *BMC Infect Dis*, 2012, 12: 126.
- [6] AKAIDE H, MIYASHITA N, KUBO M, et al. In vitro activities of 11 antimicrobial agents against macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae* isolates from pediatric patients: results from a multicenter surveillance study [J]. *Jpn J Infect Dis*, 2012, 65(6): 535-538.
- [7] OKADA T, MOROZUMI M, TAJIMA T, et al. Rapid effectiveness of minocycline or doxycycline against macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae* infection in a 2011 outbreak among Japanese children [J]. *Clin Infect Dis*, 2012, 55(12): 1642-1649.
- [8] KAWAI Y, MIYASHITA N, KUBO M, et al. Therapeutic efficacy of macrolide, minocycline, and tosufloxacin against macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in pediatric patients [J]. *Antimicrob agents chemother*, 2013, 57(5): 2252-2258.
- (编辑:杨丹)
(收稿日期:2016-05-23 修回日期:2016-07-28)

doi:10. 13407/j. cnki. jpp. 1672-108X. 2016. 12. 007

• 论 著 •

耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌新生儿肺炎 53 例临床分析

陈鸿羽¹, 李媛媛¹, 邓春¹, 胡燕² (1. 重庆医科大学附属儿童医院, 儿童发育疾病研究教育部重点实验室, 儿童发育重大疾病国家国际科技合作基地, 儿科学重庆市重点实验室, 重庆 400014; 2. 重庆医科大学附属第一医院, 重庆 400042)

[摘要] 目的: 分析耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌新生儿肺炎的临床特点。方法: 回顾性分析重庆医科大学附属儿童医院新生儿科 2010 年 1 月至 2014 年 12 月痰培养确诊为耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌新生儿肺炎的临床资料。结果: 53 例耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌新生儿肺炎的临床表现及体征无特异性, 其对青霉素类、 β -内酰胺类加酶抑制剂、头孢菌素类及碳青霉烯类 100% 耐药, 但对阿米卡星、喹诺酮类高度敏感 (90.6%~98.1%)。结论: 耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌感染已是临床抗感染治疗的难题之一, 其临床表现与体征无特异性, 治疗上可结合药敏结果选用喹诺酮类药物, 但其安全性仍需深层次研究。

[关键词] 新生儿; 肺炎克雷伯菌; 碳青霉烯类

[中图分类号] R725. 1

[文献标识码] A

[文章编号] 1672-108X(2016)12-0019-04

Clinical Analysis of Carbapenem-Resistant *Klebsiella Pneumoniae* Pneumonia in 53 Newborn Infants

Chen Hongyu¹, Li yuanyuan¹, Deng Chun¹, Hu Yan² (1. Children's Hospital of Chongqing Medical University, Ministry of Education Key Laboratory of Child Development and Disorders, China International Science and Technology Cooperation Base of Child Development and Critical Disorders, Chongqing Key Laboratory of Pediatrics, Chongqing 400014, China; 2. The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400042, China)

[Abstract] **Objective:** To analysis the clinical features of neonatal pneumonia with carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae*. **Methods:** Retrospective analysis of the clinical data of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* pneumonia in Neonatal Department of Children's Hospital of Chongqing Medical University from Jan. 2010 to Dec. 2014. **Results:** The clinical features and signs of 53 neonatal pneumonia with carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* showed no specificity, they were nearly 100% resistant to penicillins, β -lactamase inhibition, cephalosporins and carbapenem, but they were highly sensitive to amikacin, quinolones, which the susceptibility rate were behind 90.6% and 98.1%. **Conclusion:** The infection of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* is one of difficult problems in clinical treatment, and its clinical features and signs showed no specificity, we can choose quinolones to treat which combined with drug sensitivity, but its security still need advanced study.

[Keywords] neonatal; *Klebsiella pneumoniae*; carbapenem

肺炎克雷伯菌 (*Klebsiella pneumoniae*, Kpn) 广泛存在于自然界, 在正常人的呼吸道、肠道均可寄居, 对环境适应能力较强, 是院内感染的重要致病菌。新生儿尤其是早产儿、低出生体重儿, 由于身体发育不成熟、免疫

功能低下, 容易感染 Kpn, 同时有创性治疗或操作 (如机械通气、插管及静脉穿刺等) 更容易引起院内感染。碳青霉烯类抗生素是目前临床上抗菌谱最广、抗菌活性最强的非典型 β -内酰胺类抗生素, 尤其适用于治疗产超广

作者简介: 陈鸿羽 (1989. 12 ~), 女, 硕士, 主要从事新生儿疾病研究, E-mail: 1005692296@qq. com。

通讯作者: 胡燕 (1967. 04 ~), 女, 硕士, 主治医师, 主要从事产科新生儿临床工作, E-mail: huyancq@163. com。

谱 β -内酰胺酶 (ESBLs) 和头孢菌素酶 (AmpC) 肺炎克雷伯菌所引起的严重感染。但随着临床广泛使用, 导致耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌 (carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae*, CRKP) 的出现。由于耐碳青霉烯类肠杆菌 (carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae*, CRE) 的耐药基因可在菌种间快速传播^[1], 造成院内感染的暴发与流行, 给临床治疗带来巨大挑战。本文回顾性分析我院 2010–2014 年新生儿病房收治的 53 例耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌肺炎患儿的临床资料, 以提高对 CRKP 的认识, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院新生儿科 2010 年 1 月至 2014 年 12 月痰培养结果显示为 CRKP 新生儿肺炎的临床资料, 新生儿日龄为 0~28 d。纳入标准: (1) 诊断符合新生儿肺炎的诊断标准^[2]; (2) 除外合并新生儿呼吸窘迫综合征、吸入性肺炎、早期慢性肺部疾病及肺不张; (3) 除外重复及污染或定植菌株。

1.2 方法

收集 CRKP 肺炎患儿的一般情况、实验室检查、治疗与转归。入选患儿均在入院 24 h 内、撤机后进行痰标本采集。清洁口腔后, 严格无菌操作下经气管插管用无菌吸痰管吸取下呼吸道分泌物送检。

选择合格痰标本进行培养、涂片及染色。采用美国 BD Phoenix100 全自动微生物分析仪严格按照流程操作进行药敏试验 (K-B 纸片扩散法), 纸片来自英国 OXOID 公司, 结果判断参照美国实验室质量标准 (2013CLSI)。ESBLs 菌采用纸片法筛选和酶抑制剂增效确证试验。质控菌株为大肠埃希菌 ATCC25922。耐碳青霉烯类菌株采用改良 Hogde 试验确证, 判读标准即为对厄他培南、美罗培南或亚胺培南任一药物耐药。

1.3 统计学方法

应用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示, 计数资料以率或构成比表示。

2 结果

2.1 患儿一般情况

符合标准的有 53 例, 其中, 男 32 例, 女 21 例; 早期新生儿 (日龄 ≤ 7 d) 26 例, 晚期新生儿 (日龄 8~28 d) 27 例, 平均日龄 (9.05 $\pm$ 8.67) d; 出生体重 (2 766.9 $\pm$ 832.1) g, 其中, <2.5 kg 17 例, ≥ 2.5 kg 且 <4.0 kg 33 例, ≥ 4.0 kg 3 例; 早产儿 21 例, 足月儿 28 例, 过期产儿 3 例, 孕周不详 1 例。合并疾病: 先天性心脏病 24 例 (45.3%), 呼吸衰竭 12 例 (22.6%), 新生儿败血症 7 例 (13.2%), 血小板减少 6 例 (11.3%)。再入院 5 例 (9.4%), 入住 ICU 26 例 (49.1%)。

2.2 临床表现

临床症状: 气促 32 例 (60.4%), 发绀 18 例 (34.0%),

咳嗽 12 例 (22.6%), 反应差 11 例 (20.8%), 吐奶 4 例 (7.5%), 鼻塞 5 例 (9.4%), 呛奶 3 例 (5.7%), 发热 1 例 (1.9%), 黄疸 1 例 (1.9%)。体征: 呼吸音粗 53 例 (100.0%), 中粗或中细湿啰音 16 例 (30.2%), 三凹征 5 例 (9.4%)。

2.3 辅助检查

血常规中 WBC ($5 \sim 10$) $\times 10^9/L$ 15 例, ($>10 \sim 20$) $\times 10^9/L$ 32 例, $>20 \times 10^9/L$ 6 例; CRP < 8 mg/L 43 例, >8 mg/L 9 例, 1 例未做 CRP 检测。I/T 正常 41 例, 升高 2 例, 未做 10 例。26 例进行血培养, 仅 2 例感染株 (1 例为白色假丝酵母菌, 1 例为肺炎克雷伯菌)。胸片表现: 正常 3 例, 条絮影 40 例 (其中大片致密影 3 例), 双肺纹理增多 7 例, 肺不张 1 例, 合并节段性实变 3 例。合并感染: 4 例检测出呼吸道合胞病毒, 1 例检测出大肠埃希菌, 1 例检测出嗜麦芽假单菌, 1 例检测出产吡啶黄杆菌。ESBLs 阳性株感染 37 例 (69.8%)。药敏结果显示 53 株肺炎克雷伯菌对青霉素类、 β -内酰胺类加酶抑制剂、头孢菌素类及碳青霉烯类近 100% 耐药, 其次为氨曲南 (92.5%)、环丙沙星 (9.4%)、左氧氟沙星 (7.5%) 及阿米卡星 (1.9%)。见表 1。

表 1 53 株肺炎克雷伯菌的药敏结果 株 (%)

抗菌药物	敏感	耐药
哌拉西林	0(0)	53(100)
阿莫西林/克拉维酸	0(0)	53(100)
氨苄西林/舒巴坦	0(0)	53(100)
哌拉西林/他唑巴坦	0(0)	53(100)
头孢唑林	0(0)	53(100)
头孢噻肟	0(0)	53(100)
头孢他啶	0(0)	53(100)
头孢吡肟	1(1.9)	52(89.1)
氨曲南	4(7.5)	49(92.5)
阿米卡星	52(98.1)	1(1.9)
环丙沙星	48(90.6)	5(9.4)
左氧氟沙星	49(92.5)	4(7.5)
美罗培南	0(0)	53(100)
亚胺培南/西司他丁钠	0(0)	53(100)

2.4 治疗与转归

入院后 39 例予以第一代或第三代头孢菌素联合 β -内酰胺类加酶抑制剂抗感染, 4 例予以第二代头孢菌素 (如头孢西丁或头孢替安), 2 例使用三代头孢菌素或拉氧头孢, 8 例使用 β -内酰胺类加酶抑制剂 (哌拉西林/三唑巴坦或哌拉西林/舒巴坦), 并辅以雾化、拍背、营养等对症支持治疗, 14 例呼吸困难者予以呼吸机辅助通气, 4 例予以丙种球蛋白支持治疗。51 例 (2 例因病情危重未及时换药, 要求出院) 根据痰培养结果调整用药, 其中, 31 例换为喹诺酮类 (24 例使用环丙沙星, 7 例使用左旋氧氟沙星), 10 例单用帕尼培南倍他米隆, 3 例单用阿米卡星, 3 例单用亚胺培南/西司他丁钠 (药敏提示中介, 但是用药后症状有改善), 1 例单用氨曲南, 1 例喹诺酮类联合氨曲南, 2 例先后予以克倍宁、环丙沙星。换

药后 10 例复查痰培养结果正常(2 例为定植菌),故停用抗生素。46 例临床治愈或好转,3 例更换抗生素疗程不足要求出院,4 例因病情危重放弃治疗或死亡。住院时间为 (20.7 ± 10.3) d。

3 讨论

肺炎克雷伯菌是临床常见的革兰阴性条件致病菌,已成为院内和社区获得性感染的重要肠杆菌科细菌。据我国 2011 年 CHINET 耐药资料显示,克雷伯菌属占有革兰阴性菌第 2 位(16.46%),且多为肺炎克雷伯菌^[3]。该菌易产生 ESBLs 和 AmpC 酶,对常用药物包括第三代头孢菌素和氨基糖苷类药物表现出严重的多重耐药性。而针对产酶菌株引起的感染,临床上常选用碳青霉烯类药物,这促使产生耐碳青霉烯类菌株产生。文献报道,Kpn 对碳青霉烯类的耐药机制包括产碳青霉烯酶、高产 AmpC 酶合并外膜孔蛋白的缺失或数量的减少、青霉素结合蛋白对碳青霉烯类亲和力下调等机制^[4],其中最常见为产碳青霉烯酶。迄今已发现 70 多种碳青霉烯酶,分 3 类,A 类最多见,为 KPC 型碳青霉烯酶;B 类即为金属酶,常见有 IMP、VIM、NDM 和 GIM 酶;D 类,如 OXA-48 型^[5]。国际流行的有 KPC、IMP、VIM 及 NDM 酶,而我国流行的主要为 KPC 和 IMP 酶^[6]。

本文中 CRKP 患儿的临床表现无特异性,多表现为气促、发绀、咳嗽及反应差,伴有吐沫、吐奶、呛奶及鼻阻,可见点头样呼吸或三凹征,肺部可闻及湿啰音。通常情况下,患儿体温正常,少数有发热,本文中 1 例有发热。胸片表现也无特异性。文中合并新生儿败血症或血小板减少者,多为早期新生儿或早产儿,与其本身机体发育不成熟相关,其中仅 2 例血培养阳性。研究发现肺炎克雷伯菌是新生儿败血症的主要病原菌^[7];而本文血培养的阳性率不高,考虑与抗生素的使用、送检血标本的量与时机有一定关系;且小部分患儿为入院时行血培养结果多为阴性,当发生 CRKP 时,并未复查血培养。因此,对确诊为新生儿肺炎克雷伯菌感染时,我们应高度重视血培养的动态检测,对了解有无血源性感染有重要意义。

目前,耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌是临床抗感染治疗面临的严重问题之一,其发病率与病死率较高,治疗药物选择较狭窄^[8]。本文中该菌对碳青霉烯类、青霉素类、头孢菌素及氨基糖苷类在内的所有 β -内酰胺类抗生素高度耐药,仅对阿米卡星、喹诺酮类耐药率低($<10\%$),提示治疗时可考虑选用此两类药物。国内细菌耐药监测网的专家们根据感染程度制定治疗方案。对于轻中度感染:单用敏感药物即可,如氨基糖苷类、喹诺酮类、磷霉素等,也可联合用药,如氨基糖苷类联合环丙沙星、环丙沙星联合磷霉素等;重度感染:根据药敏结果,选择敏感或中介的药物联合用药,如替加环素联合多粘菌素或磷霉素或氨基糖苷类、碳青霉烯类联合氨基糖苷类或多粘菌素、喹诺酮类联合碳青霉烯类等^[6]。Daikos G L

等^[9]收集雅典两家三级医院 2009 年至 2010 年 12 月收治的 205 例 CRKP 血源性感染成年患者的临床资料,回顾性分析在单用多粘菌素或替加环素与联合用药治疗对患者并发症及预后的相关性,指出联合用药更能降低败血症、休克等的发生率,改善预后,但该方案对于儿童尤其是新生儿是否适用,仍需进一步临床验证。本研究中该菌对阿米卡星的耐药率仅 1%,且低于喹诺酮类,但考虑其耳毒性与肾毒性,我院临床上基本不用或仅少数情况下在征得家属同意后局部雾化使用。由于喹诺酮类药物对软骨有损害,在儿童中限制使用。而早在 1991 年 Schaad 等对环丙沙星在治疗儿童疾病中进行多项研究,随访病例未发现软骨损害;2003 年 Grady R 的报道表明适当使用喹诺酮类在治疗儿童严重感染时是安全的^[10]。国内邵红梅^[11]对广州某医院 92 例新生儿予以环丙沙星抗感染治疗,随访 6 个月亦未发现关节病变,且对新生儿感染有良好疗效,且不良反应较少。本文根据药敏换为环丙沙星或左氧氟沙星,治疗有效率为 65.2%(30/46)。另外,部分病例选用碳青霉烯类(中介的)或氨基糖苷类,也有一定疗效。故对于新生儿 CRKP 的治疗,我们的经验建议仍是结合药敏选择敏感药物;药物上可选用环丙沙星,剂量为 $10 \sim 30 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,但有悖于该类药物的药品说明限定使用要求,故对其安全性仍需深层次临床研究证实,同时注意痰标本的动态监测。本文中 1 例胎龄 31 周早产儿 CRKP 合并肺炎克雷伯菌所致败血症患儿入院后根据痰培养、血培养结果先后调整为喹诺酮类联合氨基糖苷类抗感染治疗,并复查血培养、痰培养及炎症指标,好转出院。而另外 1 例胎龄 39⁺周早期新生儿先后换为注射用帕尼培南倍他米隆、替考拉宁联合亚胺培南/西司他丁钠、环丙沙星、两性霉素 B 治疗,但因患儿反复上呼吸机、感染控制欠佳且存在重度缺氧缺血性脑病,预后极差(死亡)。这均说明感染 CRKP 增加了临床治疗的难度。

蔡冰超等^[12]对 ICU 感染 CRKP 进行危险因素分析,指出使用碳青霉烯类抗菌药物 ≥ 1 周和与感染 CRKP 者住同病区 ≥ 1 周是发生 CRKP 感染的危险因素,且呈正相关。而肺炎克雷伯菌的感染与早产儿、极低出生体质量儿、免疫系统功能不成熟、侵入性操作、长时间住院、静脉营养及肠道优势菌(如乳酸杆菌、双歧杆菌)的延迟建立或数量减少等相关。故临床感染管理科应制定科学的院感预防与控制制度,加强医务人员院感培训,提高对不合理使用碳青霉烯类药物危害性的认识,并指导临床正确送检微生物标本,保证送检样本的有效性。同时,临床医师也应严格掌握碳青霉烯类的应用指征,加强手卫生,重视病房消毒,防止 CRE 播散;针对性保护早产儿、极低出生体质量儿,减少侵入性操作及留置管道的的时间,减少交叉感染。对于已发生定植与感染者,及时隔离,即便为定植菌,适当条件下去定植^[13]。

本研究样本量小、且资料收集本身存在一定的偏倚,仅对 CRKP 肺炎进行临床描述分析,尚未对相关危

险因素和预后进行评估及基因型检测和分型(在成人已有相应报道)。因此,我们仍要深入研究,尽早控制 CRKP 的产生与流行。

参考文献:

- [1] HUDSON C M, BENT Z W, MEAGHER R J, et al. Resistance determinants and mobile genetic elements of an NDM-1-encoding *Klebsiella pneumoniae* strain [J]. PLoS One, 2014, 9(6): e99209.
- [2] 邵肖梅,叶鸿瑁,丘小汕. 实用新生儿学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社,2011:401-405.
- [3] 胡付品,朱德妹,汪复,等. 2011 年中国 CHINET 细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志,2012, 12(5): 321-329.
- [4] LITTLE M L, QIN X, ZERR D M, et al. Molecular diversity in mechanisms of carbapenem resistance in paediatric *Enterobacteriaceae* [J]. Int Antimicrob Agents, 2012, 39(1): 52-57.
- [5] 陈玉宇,李辉军,许春燕,等. 肺炎克雷伯菌产碳青霉烯酶特性与耐药趋势研究[J]. 中国微生态学杂志,2015, 27(2): 174-181.
- [6] 徐英春,肖永红,卓超,等. 中国碳青霉烯类耐药肠杆菌科细菌的流行病学和防控策略[J]. 中国执业医师,2013, 10(4): 3-8.
- [7] 唐晓娟,冯星. 1 606 例新生儿败血症病原菌分布及其耐药

性分析[J]. 临床儿科杂志,2014, 32(3): 210-213.

- [8] KONTOPIDOU F, GIAMARELLOU H, KATERELOA P, et al. Infections caused by carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* among patients in intensive care units in Greece: a multi-centre study on clinical outcome and therapeutic options [J]. Clinical microbiology infection, 2014, 20(2): 117-123.
- [9] DAIKOS G L, TSAOUSI S, LEONIDAS S. Carbapenemase-Producing *Klebsiella pneumoniae* Bloodstream Infections: Lowering Mortality by Antibiotic Combination Schemes and the Role of Carbapenems [J]. Antimicrobial agents and chemotherapy, 2014, 58(4): 2322-2328.
- [10] GRADY R. Safety profile of quinolone antibiotics in the pediatric population [J]. Pediatr Infect Dis J, 2003, 22(12): 1128-1132.
- [11] 邵红梅. 环丙沙星对新生儿院内感染的疗效及其不良反应的分析[J]. 中国临床药理学杂志,2013, 29(1): 25-27.
- [12] 蔡冰超,顾崎,沈瑞红,等. ICU 患者耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌医院感染危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志,2015, 25(21): 4847-4849.
- [13] 陈美恋,贾会学,李六亿. 多重耐药菌感染监测及防控现状综述[J]. 中国感染控制杂志,2015, 14(8): 571-576.

(编辑:曾敏莉)

(收稿日期:2015-12-24 修回日期:2016-03-05)

doi:10. 13407/j. cnki. jpp. 1672-108X. 2016. 12. 008

· 论 著 ·

小儿肺热咳喘口服液配合纤支镜肺泡灌洗术辅助治疗儿童难治性肺炎支原体肺炎合并肺部大片病灶的临床效果

李文劲,高锦艳,胡银菊(云南省洱源县人民医院,云南大理 671200)

[摘要] 目的:观察小儿肺热咳喘口服液配合纤维支气管镜肺泡灌洗术(BAL)辅助治疗儿童难治性肺炎支原体肺炎(RMPP)合并肺部大片病灶的临床效果。方法:选取我院2011年2月至2015年3月收治的82例RMPP合并肺部大片病灶患儿作为研究对象,随机分为对照组和观察组各41例。两组均进行基础抗感染治疗,同时均给予纤维支气管镜BAL治疗,观察组在此基础上加用小儿肺热咳喘口服液,比较两组治疗效果,观察患儿临床症状改善情况,测定两组患儿治疗前后血清白介素-6(IL-6)、白介素-4(IL-4)、 γ 干扰素(IFN- γ)水平的变化。结果:(1)观察组总有效率为92.7%,高于对照组的75.6%($P<0.05$)。(2)治疗后,两组患儿各症状评分均降低,与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$),且观察组各症状评分降低幅度大于对照组($P<0.05$)。(3)治疗后,两组患儿各炎症指标水平均降低,与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$),且观察组降低幅度大于对照组($P<0.05$)。(4)观察组患儿退热时间、肺部体征消失时间及住院时间均短于对照组($P<0.05$)。结论:在常规抗感染的基础上,采用小儿肺热咳喘口服液配合纤支镜BAL辅助治疗RMPP合并肺部大片病灶患儿,可下调血清炎症因子水平,显著改善肺部症状及体征,提高总有效率。

[关键词] 难治性;肺炎支原体肺炎;肺部病灶;肺泡灌洗术;小儿肺热咳喘口服液

[中图分类号]R725.6

[文献标识码]A

[文章编号]1672-108X(2016)12-0022-05

Clinical Effect on Xiaoer Feire Kechuan Oral Solution Combined with Fiberoptic Bronchoscopic Bronchoalveolar Lavage in the Treatment of Children with Refractory *Mycoplasma Pneumoniae* Pneumonia Complicated with Large-Area Lesions

Li Wenjin, Gao Jinyan, Hu Yinju (Eryuan County People's Hospital of Yunnan Province, Yunnan Dali 671200, China)