

动脉多有栓塞,加重胆囊血运障碍,一旦胆囊炎胆石症发作,容易发生胆囊坏疽,甚至穿孔,易引起弥漫性腹膜炎、中毒性休克。因此,老年人结石性胆囊炎的病理生理基础和临床表现较为特殊和复杂,病死率较高。

老年结石性胆囊炎大多以右上腹疼痛、发热、恶心呕吐等为主要临床表现,但是老年人对痛觉反应迟钝,腹痛表现往往轻微或不明显、起病症状隐匿,压痛、腹肌紧张和反跳痛等体征不如年轻人明显,体温和 WBC 可不升高或升高不明显。因此,老年结石性胆囊炎的病理改变大多较其临床表现为重。加之老年患者常常合并有多种疾病,最为常见的是高血压、冠心病、慢性支气管炎、肺气肿、糖尿病等,而且大多数老年人并发两种以上疾病。这些并存疾病会给老年人结石性胆囊炎的保守或手术治疗增加复杂性和风险性。

3.2 手术时机的选择 心血管意外是胆囊结石、胆囊炎患者手术后死亡最常见的原因。由于老年患者对麻醉及手术的应激能力降低,耐受性差,再加上有并发症,增加了手术的危险性,如急性期延误手术时机带来更严重的后果。针对老年人生理和病理的特点,选择合理得当的手术时机至关重要^[3]。老年人体质弱,并发症多,机体应激能力和抵抗力较低,应尽可能避免急诊手术,手术最好选择在患者症状相对较轻,并发症相对稳定时进行。老年患者胆囊炎一旦急性发作,则应该进行积极的治疗,如果患者症状不能改善,病情加重而不能控制时,如有手术适应证时,就应该尽早手术,术前准备要充分。对起病急、病情重,有一定程度的毒血症患者,依据血象变化、血生化、内环境是否稳定及重要脏器功能状况与耐受能力,应及时处理,使脏器功能得到改善。此时手术越早、创伤越小对患者的身体打击就越小。要依据患者的耐受情况来决定手术范围与方式。强调 I 期胆囊摘除只有在各方面条件均良好时方可

进行,遵循“抢救生命第一”的原则。对不具备 I 期胆囊摘除条件时,手术应力求简单有效,尽可能缩短手术时间,如胆囊造瘘术和胆管引流术等。

3.3 老年急性结石性胆囊炎治疗方法选择 以往认为结石性急性胆囊炎除具有明显的腹膜炎外,多采用保守治疗,直至胆囊化脓或坏疽穿孔时才考虑手术治疗。最新的治疗理念是在完善必要的检查后,果断采取手术治疗,可以取得理想的治疗效果。

由于老年患者通常合并多种并存疾病,会增加病情的复杂性和危险性,严重影响患者手术耐受能力,增加手术风险。因此,针对合并多种内科疾病的患者,要在术前准确掌握患者心、肺、肝、肾等重要脏器的功能情况,结合各项代谢、生化检测结果,作出全面评估,选择恰当手术时机、方式,以减少术中术后并发症发生。

总之,老年人急性结石性胆囊炎要采取及时适当的手术治疗,不要因为老年人体质差、并发症多等因素而延误手术时机。对于危重患者应以抢救生命,解除症状为目的,尽量以简便有效、安全为原则。

参考文献

- [1] 李先军. 老年急性结石性胆囊炎 38 例治疗体会[J]. 临床外科杂志, 2006, 5(13): 328.
- [2] 彭其芳. 老年人急性胆囊炎的外科治疗[J]. 实用外科杂志, 2007, 7(9): 463.
- [3] 冯雪峰, 应福明. 腹腔镜治疗急性结石性胆囊炎的手术时机[J]. 现代实用医学, 2008, 20(5): 352-353.

(收稿日期: 2010-06-03)

小儿患者院内微生物感染的分布常态与药敏试验结果分析

谢 伟, 周 俊(广东省韶钢钢铁集团有限公司医院检验科 512123)

【摘要】 目的 了解和分析小儿患者在医院内感染的细菌分布常态与对临床常用的药物敏感性试验结果,为临床第一线用药提供可靠的科学依据。**方法** 对 66 例临床确诊为医院内肺部感染的患者送检痰液标本按常规方法进行培养,并按照美国临床实验室标准协会标准用 K-B 法测定细菌对临床常用药物的敏感性。**结果** 66 例患者的送检标本中,有 46 例分离出微生物,阳性分离率为 69.7%(46/66)。在分离出的细菌中,革兰阴性杆菌占 76.1%(35/46),其中以克雷伯菌属的检出率最高,为 51.1%(18/35),其他依次为大肠埃希菌和假单胞菌属。革兰阳性菌检出率占 23.9%(11/46),其中以葡萄球菌属的检出为主(7/11),其次为酵母样菌(3/11),链球菌的分离率最低,仅有 1 株被检出。对 10 种临床常用的抗生素敏感率较高的是亚胺培南,其次是氨基糖甙类,革兰阳性菌(葡萄球菌属)对万古霉素的敏感率为 100%,其他依次是庆大霉素、亚胺培南和利福平。**结论** 医院内感染的病原菌以革兰阴性杆菌为主,对亚胺培南有较高的敏感性,其次是氨基糖甙类药物。革兰阳性菌中则以葡萄球菌属为主,其对万古霉素敏感,其次为庆大霉素、亚胺培南和利福平。

【关键词】 患者/小儿; 医院内/感染; 病原菌; 药物/敏感性

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.056

中图分类号: R969.4

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2010)21-2394-02

小儿因其机体的免疫系统还未完善,加上其自身患病使机体免疫系统低下,因而极易造成感染或二重感染。或因需要使用抗生素,但不合理使用或滥用会导致真菌与耐药菌株的产生,给临床治疗带来一定困难。因此,了解小儿患者医院内感染的病原菌分布常态及对药物的敏感性^[1],对指导临床第一线

治疗医院内感染患者具有一定的意义。为此本文对本院住院而确认获得医院内感染的患者共 66 例送检痰液标本进行了微生物培养和鉴定以及药物敏感性试验(药敏试验)。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 均为本院 2009 年 1~12 月在本院住院后证

实有医院内呼吸道感染的小儿患者共 66 例送检的痰液标本。

1.2 培养基 由广州医学院临床医学检验中心提供的血平板和 MH 培养基。

1.3 药敏试纸 购自北京天坛药物生物技术公司出品的药敏试纸。

1.4 方法

1.4.1 培养与鉴定 所有送检的合格标本均按常规进行培养和鉴定^[2]。

1.4.2 药敏试验 所有实验菌株均按美国国家临床实验室标准协会制定的实验室标准执行^[3],用 K-B 法对临床常用的 10 种药物(包括氨曲南、头孢唑林、头孢他啶、头孢噻肟、头孢曲松、环丙沙星、庆大霉素、亚胺培南、利福平和万古霉素)进行药敏试验^[4]。

2 结果

2.1 细菌分离 66 例证实有医院内感染患者的送检痰液标本中,有 46 例共分离出微生物 52 株,阳性分离率为 69.7% (46/66);其中有 6 例标本同时检出两种微生物,混合感染占感染总数的 9.1% (6/66);在分离出的微生物中,以革兰阴性杆菌为主,占 76.1% (35/46),其中以克雷伯菌属的检出率最高,为 51.1% (18/35),其他依次为大肠埃希菌和假单胞菌属。革兰阳性菌检出率占 23.9% (11/46),其中以葡萄球菌属的检出率为主,占 63.7% (7/11),其次为酵母样菌,占 37.3% (3/11),链球菌的分离率最低,仅有 1 株被检出。微生物分离阳性结果见表 1。

表 1 52 株临床分离株的分布 (%)

菌株名称	株数	分离率 (%)
克雷伯菌属	18	34.6
大肠埃希菌	12	23.1
假单胞菌属	7	13.5
肠杆菌属	4	7.7
葡萄球菌属	7	13.5
酵母样菌属	3	5.8
链球菌属	1	1.9

2.2 药敏试验结果 除 3 株酵母样菌属外,其他分离出的 49 株细菌对 10 种药物的敏感性试验结果见表 2。

表 2 49 株细菌对 10 种抗生素的敏感性 (%)

抗生素	革兰阴性菌		革兰阳性菌	
	敏感株数	敏感率 (%)	敏感株数	敏感率 (%)
氨曲南	25	60.9	—	—
头孢唑林	11	26.8	2	25.0
头孢他啶	25	60.9	—	—
头孢噻肟	27	65.9	4	50.0
头孢曲松	27	65.9	—	—
环丙沙星	21	51.2	4	50.0

续表 2 49 株细菌对 10 种药物的敏感性结果 (%)

药物名称	革兰阴性菌		革兰阳性菌	
	敏感株数	敏感率 (%)	敏感株数	敏感率 (%)
庆大霉素	36	87.8	5	62.5
亚胺培南	38	92.7	6	75.0
利福平	—	—	5	62.5
万古霉素	—	—	7	87.5

注:—表示无数据。

3 讨论

小儿患者院内感染分离出的菌株以克雷伯菌属、大肠埃希菌、假单胞菌属以及葡萄球菌属为主。本文从 66 例确诊为医院内感染患者送检的痰液标本中,共有 46 例分离出微生物共 52 株,阳性分离率为 69.7% (46/66);其中以革兰阴性杆菌为主^[5],占 76.1% (35/46)。革兰阳性菌分离率仅占 23.9% (11/46)。在革兰阴性杆菌的检出率中以克雷伯菌属的分离率最高,革兰阳性菌则以葡萄球菌属为主。在 66 例确诊为医院内感染的小儿患者中,混合感染两种微生物的有 6 例,占感染总数的 9.1% (6/66);在混合感染的细菌中,患者以肺炎克雷伯菌混合感染酵母样菌(白色念珠菌)的为主,占混合感染的 66.7% (4/6);另 2 例则以大肠埃希菌混合感染链球菌属。

革兰阴性杆菌中,克雷伯菌属和大肠埃希菌产超广谱 β-内酰胺酶菌株为 43.3% (13/30)。其对头孢菌素第 1 代呈现高度耐药,其次是喹诺酮类,敏感率仅为 48.9%,第 3 代头孢菌素和氨曲南的敏感率也仅在 65.9~60.9% 之间,但对氨基糖甙类和碳青霉烯类则仍显示出较高的敏感性。

在革兰阳性球菌中,耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的分离率为 50.0% (2/4),其中葡萄球菌属对万古霉素的敏感率为 100.0%,其次是庆大霉素、利福平和碳青霉烯类。与革兰阴性杆菌一样,革兰阳性球菌对头孢菌素第 1 代药物呈现高度的耐药性,而第 3 代头孢菌素和喹诺酮类药物的敏感率也仅为 50.0%。

综上所述,本文认为,对于住院患者,一旦有感染的症状,一定要做细菌学检查,药物敏感性试验尤其重要。

参考文献

[1] 翁心华,潘孝彰,王岱明. 现代感染病学[J]. 上海:上海医科大学出版社,1998:1179-1198.

[2] 李影林. 中华医学检验全书[M]. 北京:人民卫生出版社,1996:1329-1632.

[3] NCCLS. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing: Eighteen information supplement [M]. Wayne, Ortho-Mc Neil pharmaceutical Inc,1998:72-78.

[4] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 南京:东南大学出版社,1991:386-388.

[5] 辛力华,郭华,江涛,等. 944 株病原菌的分布及耐药性[J]. 检验医学与临床,2009,6(3):338-342.