

也有胆囊与膈肌和肝脏粘连,形成胆道胸腔瘘,胆道心包瘘和胆道血管瘘的报道。

胆囊内瘘后可发生如下病理生理变化:(1)内瘘形成后,可出现暂时的临床症状、体征减轻,但随着病情的迁延及胃肠内容物的反流作用,致胆道纤维样变,可并发胆管炎和肝炎。(2)炎症,结石和胆汁的作用使肠道或血管壁损伤时,可发生消化道出血。(3)嵌顿的巨大结石进入胃肠道时,特别是回盲部,易引起胆石性肠梗阻,本组有 1 例此类患者。

胆囊内瘘多见于长时间有胆道病史的老年人,女性多于男性,多数症状是引起内瘘的胆道原发病的表现。有反复发作的胆道疾病病史,曾有胆绞痛和黄疸,后又症状突然消失的高龄女性患者,应高度怀疑本病。不同部位的内瘘,其症状又各有不同。(1)胆囊十二指肠瘘的患者,恶心、呕吐常见,还可并发十二指肠溃疡、出血和胆石性肠梗阻。(2)胆囊结肠瘘可发生腹泻,主要为脂肪泻,患者一般情况差,可并发胆管炎和衰竭。(3)胆囊肝总管瘘常为胆道结石和胆管炎的症状,术前多漏诊。(4)胆道胸腔瘘主要表现为胸闷和呼吸困难,一侧呼吸音减弱。(5)胆道血管瘘表现为感染症状和胆道出血。

胆囊内瘘的主要并发症有低钠血症、营养不良与消瘦、胆道感染、胆石性肠梗阻、消化道出血等,部分患者还可并发胆囊癌。

胆囊内瘘的诊断主要借助于影像学检查,B 超对胆石症的诊断价值较高,但对胆囊内瘘诊断价值却不大。(1)在口服造影剂后 CT 扫描可见胆囊呈现与肠道等密度的高密度影。(2)钡餐造影及 X 线腹部平片,在排除 oddi 扩约肌松弛、气肿性胆囊炎、胆肠吻合等因素后,可见胆囊或胆管内有气体充盈。(3)经皮静脉胆管造影术可发现造影剂进入异常通道。(4)ERCP 可见胃和十二指肠有异常开口,并有胆汁溢出。本组 5 例术前确诊病例均经 CT 和 PTC 检查。

对于胆囊内瘘、有效的治疗方法是手术切除胆囊和修补瘘

口。手术原则是切除病变胆囊、中断瘘管、消除结石、瘘口修补、通畅胆道引流。但内瘘的手术方法随不同种类而有所不同。(1)胆囊十二指肠瘘是常见的胆囊内瘘,胆囊炎、胆石症所致者一般需手术治疗,继发于胆囊癌的胆囊十二指肠瘘,如病变进入晚期,则不宜手术,视病情决定治疗方案,胆囊十二指肠瘘在切除胆囊及修补瘘口后,常规要放置胃肠减压管,并将胃管送入瘘口以下,本组还施行了空肠造瘘术,保证修补瘘口的愈合,未发生肠瘘。(2)对胆囊结肠瘘,一般只做胆囊切除及结肠瘘口修补术。(3)胆囊肝总管瘘,则按 mirizzi 综合征的原则进行处理,但由于胆囊三角区粘连重,胆囊与胆管之间的解剖不清,术中应特别小心,最好作术中胆道造影,避免胆管的损伤。(4)对胆道胸腔瘘,力争做一次彻底的解除梗阻、去除病灶、通畅引流。如在急性期则主要是解除梗阻、置管引流。(5)对胆道血管瘘,选用肝动脉栓塞治疗,必要时行肝动脉结扎或肝切除。(6)对胆石性肠梗阻,则行肠切开取石,解除梗阻,并作胆囊和瘘口的处理。(7)目前尚可运用腹腔镜行胆囊内瘘修补术。

参考文献

- [1] 石景森,郝秀原,周连锁,等.胆内瘘的诊断与治疗[J].肝胆胰外科杂志,1997,9(3):124.
- [2] 龚建平,周永碧,韩本立,等.胆总管十二指肠瘘的诊断与治疗[J].第三军医大学学报,2000,22(3):292.
- [3] 黄志勇,扬东山.胆内瘘的分型、诊断与治疗[J].海南医学,2001,12(6):8.
- [4] 黄志强.现代腹部外科学[M].长沙:湖南科学技术出版社,1995:463.

(收稿日期:2010-09-02)

细菌耐药性监测的临床体会

邹 文(四川省邻水县人民医院 638500)

【摘要】 目的 分析邻水县人民医院 2009 年分离致病菌的菌株特点及其耐药情况。**方法** 收集临床各科送检的标本,采用 Vitek-Compact 系统对病原菌进行鉴定,采用肉汤稀释法测定病原菌对相应抗菌药物的最小抑菌浓度值,并根据美国临床实验室标准化委员会的指导原则判定细菌耐药性。**结果** 共分离出致病菌株 723 株,其中革兰阳性球菌 204 株(占 28.2%),革兰阴性杆菌 519 株(71.8%)。**结论** 细菌对常用抗菌药物的耐药率增高,临床需加强细菌耐药性监测。

【关键词】 细菌耐药; 抗菌药物; 革兰阳性球菌; 革兰阴性杆菌

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)04-0486-03

近年来,随着广谱抗菌药物的广泛应用,细菌的耐药性日益成为医药界关注的问题。细菌耐药性监测对准确掌握细菌对抗菌药物的耐药动向和耐药性变迁,指导临床合理用药具有重要意义^[1-2]。现对本院 2009 年分离培养细菌情况和耐药情况分析报道如下。

1 材料与方法

1.1 细菌来源 收集 2009 年 1~12 月本院各科送检的血、尿、痰、大便、分泌物、前列腺液等标本,所有细菌均按常规方法进行培养、分离和鉴定。

1.2 药敏板条 革兰阴性杆菌药敏板条 GN13、GN09,革兰阳性球菌药敏板条 P535 均购于法国生物梅里埃公司。

1.3 试验方法 对临床送检标本按常规进行病原菌分离,采用 Vitek-Compact 系统对病原菌进行鉴定,采用肉汤稀释法测定对相应抗菌药物的最小抑菌浓度(MIC)值,并根据美国临床实验室标准化委员会(NCCLS)的指导原则判定细菌耐药性。

1.4 统计学方法 采用 WHONET5.4 软件进行统计分析。

2 结果

2.1 病原学检查 全年送检病例共 1 762 例,其中细菌阳性者 723 例,阳性率为 41.0%。723 例中革兰阳性球菌为 204 例,占 28.2%;革兰阴性杆菌为 519 例,占 71.8%。

2.2 细菌种类的构成 分离率占前 5 位的革兰阴性杆菌为:鲍曼不动杆菌 174 株(33.5%),铜绿假单胞菌 132 株

(25.4%),大肠埃希菌 115 株(22.1%),肺炎克雷伯菌 56 株(10.8%),阴沟肠杆菌 35 株(6.7%)。分离率占前 5 位的革兰阳性球菌为:金黄色葡萄球菌 65 株(31.9%),表皮葡萄球菌 32 株(15.7%),溶血葡萄球菌 30 株(14.7%),粪肠球菌 28 株(13.7%),尿肠球菌 26 株(12.7%)。

2.3 常见细菌的耐药率 见表 1、2。

表 1 革兰阴性杆菌对常用抗菌药物的耐药率

细菌	抗菌药物耐药率		
	>80%	>50%	<30%
鲍曼不动杆菌	氨苄西林、头孢替坦、头孢曲松、头孢唑林、氨曲南、呋喃妥因	氨苄西林/舒巴坦、庆大霉素、哌拉西林/他唑巴坦、亚胺培南、左氧氟沙星、头孢吡肟、妥布霉素、头孢他啶、环丙沙星、复方新诺明、丁胺卡那霉素	无
铜绿假单胞菌	头孢克洛、头孢唑林、头孢呋辛、头孢呋辛酯、氨苄西林、氨苄西林/舒巴坦、头孢替坦、头孢曲松、呋喃妥因、复方新诺明	无	哌拉西林/他唑巴坦、亚胺培南、美洛培南、阿米卡星、头孢吡肟、丁胺卡那霉素
大肠埃希菌	氨苄西林	氨苄西林/舒巴坦、头孢唑林、头孢他啶、头孢曲松、氨曲南、头孢吡肟、庆大霉素、左氧氟沙星、环丙沙星、复方新诺明	头孢替坦、哌拉西林/他唑巴坦、亚胺培南、美洛培南、阿米卡星、妥布霉素、呋喃妥因、丁胺卡那霉素
肺炎克雷伯菌	氨苄西林	无	环丙沙星、哌拉西林/他唑巴坦、亚胺培南、左氧氟沙星、妥布霉素、丁胺卡那霉素、厄它培南
阴沟肠杆菌	头孢唑林、氨苄西林、氨苄西林/舒巴坦、头孢替坦	头孢曲松、头孢他啶、复方新诺明	哌拉西林/他唑巴坦、头孢吡肟、亚胺培南、丁胺卡那霉素、环丙沙星、左氧氟沙星

表 2 革兰阳性球菌对常用抗菌药物的耐药率

细菌	抗菌药物耐药率		
	>80%	>50%	<30%
金黄色葡萄球菌	青霉素 G、阿奇霉素、克拉霉素	苯唑西林、头孢克洛、头孢呋辛、头孢曲松、红霉素、环丙沙星、四环素、氯霉素、复方阿莫西林、头孢噻肟、亚胺培南、氨苄西林/舒巴坦、庆大霉素	复方新诺明、莫西沙星、磷霉素、利福平、利奈唑烷、替考拉宁、万古霉素、呋西地酸、喹努普汀/达福普汀
表皮葡萄球菌	青霉素 G、苯唑西林、红霉素、阿奇霉素、克拉霉素、氯霉素、复方阿莫西林、头孢克洛、头孢呋辛、头孢曲松、头孢噻肟、亚胺培南、氨苄西林/舒巴坦、环丙沙星	四环素、复方新诺明	庆大霉素、莫西沙星、利福平、呋西地酸、利奈唑烷、替考拉宁、万古霉素、喹努普汀/达福普汀、磷霉素
溶血葡萄球菌	青霉素 G、苯唑西林、红霉素、阿奇霉素、克拉霉素、氯霉素、磷霉素、复方阿莫西林、头孢克洛、头孢呋辛、头孢曲松、头孢噻肟、亚胺培南、氨苄西林/舒巴坦、环丙沙星	庆大霉素、复方新诺明	四环素、莫西沙星、利福平、呋西地酸、利奈唑烷、替考拉宁、万古霉素、喹努普汀/达福普汀
粪肠球菌	氯霉素、复方新诺明、红霉素、氨苄西林、喹努普汀/达福普汀、四环素	红霉素、高耐庆大霉素、高耐链霉素	莫西沙星、利奈唑烷、替考拉宁、万古霉素
尿肠球菌	氯霉素、复方新诺明、氨苄西林、红霉素、环丙沙星、莫西沙星、高耐庆大霉素、亚胺培南、氨苄西林/舒巴坦	高耐链霉素	利奈唑烷、替考拉宁、万古霉素、喹努普汀/达福普汀

3 讨 论

从细菌分离结果来看,2009 年本院感染性疾病以革兰阴性杆菌感染率较高,占 71.8%。本院临床最常见的革兰阴性杆菌依次为鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌、大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、阴沟肠杆菌。耐药率较低的抗菌药物是哌拉西林/他唑巴坦、亚胺培南、美洛培南、阿米卡星、头孢吡肟、丁胺卡那霉素,耐药率低于 30%。耐药率较高的是氨苄西林、头孢替坦、头孢唑林。大肠埃希菌作为临床最常见的感染菌,其耐药发展趋势与临床抗菌药物的使用历史密切相关。对大肠埃希菌感染的用药选择,一般的广谱青霉素及第 1 代头孢菌素已不能作为选择,目前可选的有第 3 代及第 2 代头孢菌素,碳青霉烯类如亚胺培南可作为最后的选择,其他的如氨基糖苷类有近 50%的敏感率尚可选择,而喹诺酮类已不能作为经验选择用药。

分离率居前 5 位的革兰阳性球菌分别为金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、溶血葡萄球菌、粪肠球菌、屎肠球菌。耐药率较低的抗菌药物为万古霉素、替考拉宁、利奈唑烷。细菌耐药率低于 30%;耐药率高的是青霉素 G、苯唑西林、头孢克洛、头孢呋辛、氯霉素和红霉素,耐药率均在 60%以上。由于葡萄球菌

的大多数菌株可产生 β -内酰胺酶,对青霉素耐药,故青霉素 G 已不宜作为金黄色葡萄球菌感染的经验用药。临床选用青霉素 G、苯唑西林和红霉素治疗革兰阳性球菌感染时应慎重,宜以药物敏感试验结果为依据。

定期对细菌进行耐药性监测,对于指导临床合理用药,防止抗菌药物的滥用具有十分重要的意义。本次耐药性监测表明,临床分离的病原菌对常用抗菌药物的耐药性较严重,因此应建议医生在临床选择抗菌药物前应进行病原学培养,根据药物敏感试验选择用药;其次要尽量选择耐药率低的品种,以提高抗菌效果。

参考文献

[1] 张卓然. 临床微生物学和微生物检验[M]. 北京:人民卫生出版社,2003.
[2] 娄永新. 实用临床细菌学检验与进展[M]. 天津:科技翻译出版公司,1993.

(收稿日期:2010-08-30)

健康人群与空腹血糖受损人群糖耐量结果比较分析

季晓庆,陈吉阳,赖陈洁(浙江省金华市婺城区疾控中心 321000)

【摘要】 目的 探讨不同空腹血糖水平对筛查糖耐量受损和糖尿病的效果评价。**方法** 将 128 例空腹血糖为 5.50~7.00 mmol/L 人群按空腹血糖水平分为空腹血糖正常人群(A 组)和空腹血糖受损人群(B 组)进行葡萄糖耐量试验。实验数据采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。**结果** B 组查出糖尿病患者比例高于 A 组,差异有统计学意义。A 组与 B 组查出糖耐量受损者比例相当,差异无统计学意义。**结论** 空腹血糖受损人群查出糖尿病患者比例较高,应作为糖尿病患者筛查的重点人群。空腹血糖为 5.50~6.10 mmol/L 人群与空腹血糖受损人群查出的糖耐量受损人群比例相当,建议临床将空腹血糖 5.50 mmol/L 作为排查糖耐量受损人群的切点水平。

【关键词】 糖耐量受损; 糖尿病; 血糖

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)04-0488-02

糖耐量受损(impaired glucose tolerance,IGT)是由糖耐量正常向糖尿病(diabetes mellitus,DM)发展的过渡阶段,是 DM 自然病程中的一个重要阶段。本研究旨在分析空腹血糖(FPG)为 5.50~6.1 mmol/L 人群与 FPG 受损(IFG)人群的糖耐量试验(OGTT)结果,从不同 FPG 水平对筛查 IGT 和 DM 的效果进行评价。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从本辖区内参加健康体检人群 3 998 例中选择空腹血糖为 5.50~7.0 mmol/L 且未被诊断为糖尿病的人员共 128 例,根据 WHO1999 年修订的诊断标准^[1],按 FPG 结果将人群分为两组:A 组为 FPG 结果正常人群 98 例,B 组为 IFG 人群 30 例。

1.2 FPG 水平 受试者均隔夜禁食(正常晚餐)10 h 以上,于次日清晨空腹静脉采血分离血浆,2 h 内完成测定。

1.3 OGTT 选取 FPG 在 5.50~7.0 mmol/L 的体检者再进行 OGTT,受试者准备同上。OGTT 方法:早上 7:00 空腹采血测 FPG,采血后将 75 g 葡萄糖溶于 300 mL 温开水在 5 min 内服下且记录时间,至服用后 2 h 再次采血测餐后葡萄糖。OGTT 期间不能再进食,不进行剧烈活动,停药影响代谢的药物。

1.4 仪器与试剂 迈瑞 220 全自动生化分析仪及其原装试剂、标准品、质控液,参数设置按说明书进行。

1.5 OGTT 结果判断标准 根据 WHO1999 年修订的诊断标准,OGTT 结果分为:(1)正常人群:FPG $\leq$ 6.1 mmol/L,OGTT 餐后 2 h 血糖(2 h PG) $<$ 7.7 mmol/L;(2)IFG 人群:FPG 6.1~6.9 mmol/L;(3)糖耐量受损人群:OGTT 2 h PG 7.8~11.0 mmol/L;(4)DM 患者:FPG $\geq$ 7.0 mmol/L 或 OGTT 2 h PG $\geq$ 11.1 mmol/L。

1.6 统计学方法 实验数据差异显著性检验用方差分析,率的显著性检验用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

128 例受检者 OGTT 结果见表 1。从表 1 可见 A 组查出血糖正常人群比例高于 B 组,B 组查出 DM 患者比例高于 A 组,差异有统计学意义;A 组查出的糖耐量受损人群高于 B 组,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 128 例受检者 OGTT 结果[n(%)]

分组	n	正常人群	糖耐量受损	糖尿病
A 组	98	60(61.22)	30(30.61)	8(8.17)
B 组	30	4(13.33)	8(26.67)	18(60.00)

3 讨 论

3.1 从表 1 结果中可以看出,IFG 人群查出 DM 的比例是较高的,仅以 FPG 或随机血糖结果来诊断 DM 将会带来较大的