

染除碳青霉烯类以外另一较好选择。

3.4 新生儿科收治的患儿多营养不良、发育不全、体质量较低、病情危重、机体免疫系统发育不完全、抵抗力差、易发生医院感染,是医院感染防控的重点部门。因此,要提高医护人员预防感染意识,科学护理,严格执行消毒灭菌制度,规范手卫生行为;加强监测,做到“四早”,理顺医院感染防控路径^[13]。合理使用抗菌药物,根据药敏结果有针对性的进行治疗,才能降低院感发生率,保障患儿安全。

参考文献

[1] 任南,文细毛,易霞云,等.全国医院感染监控网儿科和产科新生儿室院内感染检测报告[J].中国当代儿科杂志,2003,5(2):120-122.

[2] 苏美如,骆安德.新生儿科 1 574 例医院感染病例分析[J].中华医院感染学杂志,2010,20(18):2788-2789.

[3] 杨敬芳,胡金树.新生儿重症监护病房医院感染调查及预防策略[J].中华医院感染学杂志,2010,20(16):2467-2469.

[4] Brady MT. Health care-associated infections in the neonatal intensive care unit[J]. Am J Infect control,2005,33(4):268-275.

[5] Yuan TM,Chen LH,Yu H. Risk factors and outcomes for ventilator-associated pneumonia in neonatal intensive care unit patients[J]. J Perinat Med,2007,35(4):334-338.

[6] 蔡力力,余晓红,徐雅萍,等.鲍曼不动杆菌的临床分布及

耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2010,20(6):878-879.

[7] 胡婧,都鹏飞.1 003 株鲍氏不动杆菌医院感染的分布及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2010,20(7):1010-1012.

[8] 何少茹,钟敏泉,农绍汉,等. NICU 院内感染病原菌流行分布情况及其耐药性变迁[J].临床儿科杂志,2009,27(3):226-229.

[9] 易世红,淘易,李明成,等.长春地区儿科医院感染肺炎克雷伯菌耐药性分析及产超广谱 β -内酰胺酶检测[J].中国妇幼保健杂志,2009,19(24):2710-2711.

[10] 刘露,陈国强.全国 11 个地区肺炎克雷伯菌产超广谱 β -内酰胺酶及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2005,15(9):1064-1066.

[11] 王丽,杨永弘,陆权,等.儿科常见革兰阴性杆菌耐药性现状分析[J].中国感染与化疗杂志,2008,3(8):177-182.

[12] Naumiuk L, Samer A, Dziemaszkiewicz E. Cefepime in vitro activity against derepressed extended-spectrum β -lactamases(ESBLs)-producing and non-ESBLs-producing *Enterobacter cloacae* by a disc diffusion method[J]. J Antimicrob Chemother,2001,48(2):321-322.

[13] 李六亿.我国新生儿医院感染控制工作面临的挑战[J].中国新生儿科杂志,2009,24(2):65-67.

(收稿日期:2011-02-17)

• 临床研究 •

D-二聚体和纤维蛋白原检测对肺癌的诊断价值

陈景章(湖南省益阳市第一中医医院 413002)

【摘要】 目的 通知检测肺癌患者及肺癌患者手术前后 D-二聚体(D-D)和纤维蛋白原(Fbg)的含量变化,为肺癌患者诊断及病情评估提供诊断价值。**方法** 采用全自动血凝仪对 45 例肺癌患者及 17 例手术后复发者,20 例手术后无复发者和 43 名健康人的 D-D 和 Fbg 进行检测。**结果** 肺癌患者与健康对照组比较,D-D、Fbg 显著高于健康对照组,差异有统计学意义(P 值均 <0.01)。经手术后 1 年内复发的 17 例肺癌患者和手术后 1 年内无复发的 20 例肺癌患者比较,差异有统计学意义(P 值均 <0.01)。**结论** D-D 和 Fbg 含量变化与患者病情和预后密切相关,可作为诊断和疗效观察的重要参考依据。

【关键词】 肺癌; D-二聚体; 纤维蛋白原

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)15-1866-02

肺癌是目前世界上最常见的恶性肿瘤,其发病率有逐年上升的趋势,病死率在全球肿瘤中居首位,外科手术切除是其主要治疗方式^[1-2]。目前其客观疗效仍需要根据治疗前后影像学上的肿瘤体积变化进行评价。但这种评价方法耗时长,干扰因素多,有一定局限性。可通过检测 D-二聚体和纤维蛋白原辅助诊断,疗效和预后进行评估,为临床提供诊断价值。

1 材料与方法

1.1 一般临床资料

1.1.1 研究对象 选取肺癌患者 45 例,其中男性 31 例,女性 14 例,年龄 43~84(平均 59 岁),其诊断符合《肺癌诊断和治疗指南》标准^[3](包括体征、X 摄片、CT、磁共振成像、痰脱落细胞、纤维支气管镜活检或胸腔积液脱落细胞学等检查确诊为肺癌的患者)。其中一年后 17 例手术复发,20 例手术无复发。健

康对照组 43 名,男性 29 名,女性 14 名,年龄 48~79 岁(平均 57 岁),均为健康体检合格者,无心、肝、肾、脑等重要脏器疾患,肝肾功能正常,无长期口服或肠外使用抗凝药物者。

1.2 方法

1.2.1 标本采集 患者组和健康对照组均以标准专用血凝采血管采集静脉血。标本采集后以 3 000 r/min 离心 10 min,分离血浆后于 2 h 内做 D-二聚体和纤维蛋白原测定。

1.2.2 仪器 D-二聚体和纤维蛋白原测定均使用 Sysmex-CA-1500 全自动血凝仪检测,严格按说明书操作。试剂由德国 Dade Behring Marburg 公司生产。

1.2.3 统计学分析 应用 SPSS10.0 统计软件对获得的数据做统计学分析,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

健康对照组和肺癌患者及手术治疗 1 年后复发与不复发者 D-二聚体和纤维蛋白原含量测定及结果比较见表 1。

表 1 各组 D-二聚体和纤维蛋白原水平比较(±s)			
组别	n	D-二聚体(mg/L)	纤维蛋白原(g/L)
健康对照组	43	0.28±0.15	3.257±0.713
肺癌患者组	45	3.47±1.26	4.678±1.023
手术后复发者组	17	2.38±1.04	3.984±0.967
手术后无复发者组	20	0.43±0.27	3.412±0.776

注:肺癌患者组与健康对照组比较 $P<0.01$,手术后复发者与手术后无复发者比较 $P<0.01$ 。

3 讨 论

血浆 D-二聚体是纤溶酶水解交联纤维蛋白原形成的一种稳定的终末期降解产物,为继发性纤维蛋白溶解症所特有的代谢物^[3]。机体发生凝血时,凝血酶使纤维蛋白原水解,释放出纤维蛋白肽 FPA 和 FPB,然后形成纤维蛋白单体(SFM),SFM α 链之间形成(-r 谷氨酰胺)-赖氨酸交联,形成稳定的纤维蛋白即交联纤维蛋白。这种 r 链之间的共价交联是形成 D-二聚体的结构基础。当纤维蛋白溶解系统被激活,交联纤维蛋白发生降解形成 D-二聚体等复合物^[4]。因此,血浆 D-二聚体水平的升高,在一定程度上反映了体内存在高凝状态,继发性纤维蛋白溶解症活性增强。纤维蛋白原升高也是高凝状态的一种表现。近年来有关恶性肿瘤患者血中 D-二聚体水平的变化引起了人们的关注。

肺癌组血浆 D-二聚体和纤维蛋白原的平均含量均高于健康对照组,说明在肺癌患者中,存在凝血活性亢进和继发性纤维蛋白溶解症,导致血液处于高凝状态^[5-6]。这种凝血机制异常可能有以下几种原因:(1)肺癌组织本身能分泌一些促凝血

物质,如促血小板聚集物质等,使机体处于高凝状态,形成血栓倾向;(2)被肺癌细胞浸润的血管内膜因为丧失了抗血栓形成的能力,使得血栓容易形成;(3)反应性白细胞释放物质的刺激作用;(4)血循环中癌细胞的直接作用;(5)有学者报道 D-二聚体水平可能与肿瘤的分期有关,其中包括肺癌,认为二者具有一定相关性。检测血中 D-二聚体水平的升高程度,对肺癌的早期诊断、临床分期、肿瘤负荷以及预后判断可能有一定的帮助。

肺癌患者血浆 D-二聚体和纤维蛋白原水平均显著高于健康对照组,手术后复发组均显著高于手术后无复发组。提示针对肺癌患者进行 D-二聚体、纤维蛋白原检测,有利于肺癌的诊断和预后分析。

参考文献

[1] Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer Statistics, 2007 [J]. CA Cancer J Clin, 2007, 57(1): 43-66.

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1697-1709.

[3] 田应选, 杨栓盈, 南岩东. 血清标志物在肺癌早期诊断中的应用现状及研究发展[J]. 国际呼吸杂志, 2007, 27(20): 1570-1572.

[4] 谭齐贤. 临床血液学和血液检验[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 285-286.

[5] 黄晟. 肺癌患者测定血浆 D-二聚体的临床意义[J]. 浙江实用医学, 2002, 7(3): 136-140.

[6] 伍建辉, 施为建, 鞠文东, 等. 肺癌患者凝血功能异常相关性研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(8): 1140-1141.

(收稿日期: 2011-05-05)

• 临床研究 •

94 例矽肺患者痰标本病原菌分布及耐药性分析

陈贤云, 薛 莲(湖北省武汉市武昌医院 430011)

【摘要】 目的 探讨矽肺患者痰标本病原菌分布情况及其耐药性特点。**方法** 回顾性分析 2008 年 6 月至 2010 年 12 月 94 例矽肺患者临床资料, 通过对其痰标本进行细菌分离培养, 鉴定病原菌种类, 并对主要病原的耐药性进行试验。**结果** 革兰阴性杆菌占主导地位, 占 67.59%, 其次为革兰阳性球菌和真菌, 分别为 16.99% 和 15.42%。矽肺患者病原菌感染以肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌、卡他莫拉菌、铜绿假单胞菌、黏质沙雷菌、表皮葡萄球菌为主。主要致病菌对常用抗菌药物耐药性普遍升高, 真菌感染也呈上升趋势。**结论** 合理使用抗生素是解决矽肺患者耐药问题和预防双重感染的关键。

【关键词】 矽肺; 细菌培养; 分布; 耐药性

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.041 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)15-1867-03

矽肺是一种职业病, 是临床最常见的呼吸系统疾病之一, 且病死率高^[1]。目前抗菌药物在治疗矽肺中是临床应用中用最广泛的药物之一, 但随着其广泛使用, 滥用现象也不断出现, 以及耐药性日趋增长和复杂性, 增加了该疾病感染的控制难度。因此, 了解矽肺病中的病原菌耐药性的发生及发展趋势, 对制定各种感染治疗方案、抗菌药物的临床应用策略及细菌耐药性的防治都具有重要的指导意义, 为临床合理用药提供科学依据。本院对矽肺患者的痰标本进行细菌分离培养, 鉴定病原菌种类, 并对主要病原的耐药性进行试验, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 6 月至 2010 年 12 月本院住院的 94 例矽肺患者, 均根据国际 GB5906-86《尘肺 X 线诊断标准及处理原则》给予确诊。其中 I 期矽肺 72 例, II 期矽肺 17 例, III 期矽肺 5 例, 均为男性, 年龄 47~75 岁, 平均年龄(61.8±5.3)岁, 住院时间 35~289 d, 平均住院时间为(79.6±8.5)d。

1.2 方法

1.2.1 标本取材 住院后第 3 天采用口痰培养法收集标本。第 3 天清晨患者均经等渗盐水漱口, 用力深咳, 咳出深部痰液