

后果。因此,对于早期保守治疗不佳的患者应该及早行手术治疗,阑尾周围脓肿的I期手术主要适用于以下情况:(1)经短期规范抗菌药物治疗效果不明显甚至有病情恶化,脉搏、体温等有上升趋势,病发部位疼痛加剧的患者;(2)出现肠梗阻症状或局限性弥散性腹膜炎的患者;(3)长时间保守治疗后超声提示病变部位没有缩小的患者;(4)诊断不明确,需要进一步剖腹探查的患者;(5)不能排除其他病变的患者。

3.4 阑尾周围脓肿的手术体会 阑尾周围脓肿手术主要有以下注意事项:(1)术前积极控制感染等疾病,纠正水、电解质平衡和营养支持治疗,尽可能把病情控制稳定,以减少术中、术后并发症发生;(2)严格手术无菌操作,一般选择经腹直肌探查切口,切口宁大勿小,术野暴露尽量充分;注意保护腹壁切口免受污染,降低术后切口感染率;操作应在直视下进行,勿做过多潜行分离,以免损伤肠管和血管;对于阑尾根部糜烂无法结扎者可用I号丝线在阑尾根部盲肠壁上行间断缝合浆肌层,将邻近的系膜、皱襞等组织缝合覆盖,减少肠痿的发生。(3)切除炎症较重的网膜组织,清除坏死物、粪石等,一般不冲洗腹腔,若脓肿溃破已有弥散性腹膜炎,或脓腔较大者,可以用9%氯化钠注射液联用甲硝唑溶液冲洗腹腔并吸尽,避免脓液残留。(4)术后腹腔常规放置乳胶管引流管,确保引流充分,必要时留置双套管引流;对于引流及残端处理不良的手术伤口在残端附近放置引流管,这样即可避免发生腹腔脓肿也可将引发肠痿的肠液引流出;(5)术前给予抗菌药物,以避免发生伤口感染,同时可提高机体免疫能力;术后给予足量抗菌药物进行预防,必要时联合应用抗菌药物预防伤口感染。引发阑尾周围脓肿的细菌种类主要包括:大肠埃希菌和厌氧菌,因此,在抗菌药物的选

用中,一定要注意选用革兰阴性杆菌及厌氧菌的特效抗菌药物。

总之,要提高阑尾周围脓肿的治愈率,首先要重视对原发病急性阑尾炎的早期有效治疗,其次对阑尾周围脓肿的治疗用药要遵循:早期、足量、联合三原则,手术必须彻底,另外还要注意营养支持。

参考文献

[1] 吴在德. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:492.

[2] 景永军,韩顺昌. 局部麻醉与硬膜外麻醉下阑尾切除术320例分析[J]. 局解手术学杂志,2007,16(3):185.

[3] 王诚,林汉曼. I期手术切除治疗阑尾周围脓肿98例[J]. 基层医学论坛,2006,10(9):786.

[4] 戴先鹏,秦春宏,熊国祚. 急性阑尾炎术后切口感染的相关因素分析[J]. 中国普外基础与临床杂志,2009,1(1):64-65.

[5] 张河江. 阑尾切除术后切口感染原因及治疗体会[J]. 实用医院临床杂志,2009,6(1):107.

[6] Guller U, Hervey S, Purves H, et al. Laparoscopic versus open appendectomy outcomes comparison based on a large administrative database[J]. Ann Surg, 2004, 239(1): 43-51.

[7] 赵建更. 早期手术治疗阑尾周围脓肿63例分析[J]. 山西医科大学学报,2006,37(5):540-541.

(收稿日期:2012-03-15)

• 临床研究 •

54例病理性黄疸患儿γ-谷氨酰氨基转移酶测定结果分析

李 丽,刘文亮,张彩宁,邵杰锐(广东省茂名农垦医院检验科 525200)

【摘要】 目的 探讨γ-谷氨酰氨基转移酶(γ-GT)活性变化在病理性黄疸患儿中的临床意义。**方法** 应用国际临床化学学会推荐的血清γ-GT测定方法,测定病理性黄疸患儿治疗前后的血清γ-GT活性变化。**结果** 有92.6%(50/54)的患儿γ-GT增高;γ-GT活性也随着年龄的增长而增加;>7~15 d组和>15~42 d组治疗前后的γ-GT活性变化差异有统计学意义(P<0.05)。**结论** γ-GT活性测定对出生7 d以上的病理性黄疸新生儿有临床参考价值。

【关键词】 γ-谷氨酰氨基转移酶; 病理性黄疸; 儿童

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.15.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)15-1900-02

新生儿黄疸是一种较为常见的儿科临床病症。有相关的文献报道和调查资料显示,有60%的足月出生新生儿在出生后1周就会有新生儿黄疸的临床表现,约有80%的早产儿在其出生之后的24 h之内就可能发生新生儿黄疸^[1]。临床上新生儿黄疸分为生理性和病理性两种,生理性黄疸在出生2~3 d左右出现,7~10 d可自行消失,无需特殊处理和治^[2]。病理性黄疸对新生儿的健康有较大影响,为探讨和研究病理性黄疸患儿血清γ-谷氨酰氨基转移酶(γ-GT)的活性变化情况,作者对54例病理性黄疸患儿的血清γ-GT作了检测,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集符合儿科第5版教材^[3]病理性黄疸诊断标准,本院内儿科2009年1月至2011年12月住院确诊为病

理性黄疸患儿54例,其中男30例,女24例,足月产46例,早产8例,分为3组:≤7 d组23例,>7~15 d组18例,>15~42 d组13例。

1.2 方法 (1)试剂及仪器:血清γ-GT试剂盒由中生生物高技术公司提供,采用国际临床化学学会推荐的血清γ-GT测定法,采用AU-640奥林巴斯全自动生化分析仪测定。(2)全部患儿早晨空腹抽取静脉血3 mL,并排除溶血标本后作γ-GT测定。

1.3 统计学处理 采用SPSS13.0统计软件进行分析,并进行t检验。

2 结 果

γ-GT活性随着年龄的增长而增加,最高值出现在>15~42 d组;54例病理性黄疸患儿中有4例患儿γ-GT在参考正常

值范围(0~40 μmo/L),超过正常范围有 50 例(2.6%)。治疗后 γ-GT 活性变化:最高值出现在 >15~42 d 组;以治疗前后变化情况来看,≤7 d 组的 γ-GT 活性变化差异有统计学意义(P>0.05),>7~15 d 组和 >15~42 d 组治疗前后有明显变化,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 1。

表 1 54 例病理性黄疸患儿治疗前后的 γ-GT 活性变化(μmo/L, $\bar{x} \pm s$)

日龄	n	治疗前	治疗后
≤7 d	23	109.9±34.9	107.8±37.9
>7~15 d	18	204.7±23.8	159.0±45.1
>15~42 d	13	257.1±25.8	171.6±34.7

3 讨 论

γ-GT 是人体内容胱甘肽代谢的一种相关酶,主要来自肝胆。当肝胆疾病时,该酶可明显升高,是肝胆疾病中检出阳性率最高和指标之一。肝脏中的 γ-GT 主要定位存在于胆小管上皮细胞以及肝细胞的滑面内质网中^[4]。新生儿由于胆红素合成增多,肝脏摄取、合成、排泄缺陷及胆红素的肝肠循环不良等方面因素所致造成了新生儿黄疸,导致了胆红素代谢障碍,使一部分胆红素在血液中淤积,血中过多的胆红素导致肝功能损害,胆汁排泄延迟和淤积可诱导胆小管上皮细胞及肝细胞合成 γ-GT,胆汁可使 γ-GT 从膜结合部位溶解释出,含高浓度 γ-GT 的胆汁反流入血,以及细胞通透性改变或受损,从而导致

了血清中 γ-GT 活性增高^[5-6]。本研究显示,病理性黄疸患儿经过治疗,γ-GT 显著下降,以>7~15 d 组和 >15~42 d 组治疗前后的 γ-GT 变化差异有统计学意义(P<0.05)。因此,作者认为 γ-GT 的活性测定在病理性黄疸新生儿的诊断和治疗中有一定的参考意义,可作为一个监测指标应用于临床。

参考文献

- [1] 杨俊梅,杨莉. 新生儿血清 γ-谷氨酰转肽酶活性的研究[J]. 河南职工医学院学报,2010,15(2):2436-2437.
- [2] 刘义. 新生儿黄疸的胆红素与 γ-谷氨酰转肽酶相关性研究[J]. 广西医学杂志,2002,24(1):70.
- [3] 王慕逖. 儿科学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2000:118.
- [4] 李丽星,李丽梅,王育哲. 新生儿高胆红素症病因与血清酶的关系分析[J]. 中国儿童保健杂志,2005,13(2):178.
- [5] 周惠兰,林小容,张惠平,等. 病理性黄疸患儿 γ-谷氨酰转肽酶与胆红素活性变化[J]. 广东医学,2009,30(2):271-272.
- [6] 陈洪敏,张锡莲. 新生儿黄疸中 COHb 与 γ-谷氨酰转肽酶相关性研究[J]. 中国优生与遗传杂志,2004,12(6):75-76.

(收稿日期:2012-02-23)

• 临床研究 •

206 株铜绿假单胞菌的分布情况及药物敏感性分析

张 砾,申建维(武钢第二职工医院检验科,武汉 430085)

【摘要】 目的 分析该院临床分离的铜绿假单胞菌分布情况及药物敏感性。方法 将患者的送检标本进行分离、培养、鉴定,并进行药敏试验。结果 共分离出 206 株铜绿假单胞菌,主要来自于痰或咽拭子(81.55%),以呼吸内科和肿瘤科为主,其对氨基苄西林/舒巴坦、复方新诺明耐药率最高,分别为 97.08%和 91.75%。其对多粘菌素 B 敏感性最高(100.0%),其次为亚胺培南(88.83%),阿米卡星(84.95%),美洛培南(84.95%)。结论 铜绿假单胞菌临床检出率高,建议临床医生根据药敏结果合理使用抗菌药物。

【关键词】 铜绿假单胞菌; 交叉感染; 抗药性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.15.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)15-1901-02

铜绿假单胞菌是临床常见的条件致病菌,也是医院感染的主要致病菌,可引起人体各部位的感染。近年来,抗菌药物被广泛使用,细菌对抗菌药物的耐药性日益严重,使临床对感染性疾病的治疗越来越困难。铜绿假单胞菌对多种抗菌药物有着天然与获得性耐药^[1]。为了解本院铜绿假单胞菌的分布及耐药状况,现回顾性分析 2010 年 1~12 月本院临床各种标本中分离的 206 株铜绿假单胞菌的资料,现报道如下。

1 材料与方 法

1.1 菌株来源 从本院 2010 年 1~12 月门诊及住院临床各科室送检的脓液、血液、尿液、痰液、创面分泌物等感染性标本中分离出 206 株铜绿假单胞菌。

1.2 仪器和试剂 采用法国梅里埃公司提供的分析系统;M-H 琼脂及药敏纸片均由英国 Oxoid 公司提供。质控菌株为铜绿假单胞菌 ATCC2783,购自湖北省临床检验中心。

1.3 方法 分离鉴定严格按照《全国临床检验操作过程》3 版

进行操作^[2]。

2 结 果

206 株铜绿假单胞菌在院内的科室分布以肿瘤科主,其余依次为内科、外科及其他科室(表 1)。206 株铜绿假单胞菌中以痰液或咽拭子为主,其余依次为脓液及创面分泌物、尿液、血液(表 2)。206 株铜绿假单胞菌对 16 种抗菌药物体外药敏试验结果见表 3。

表 1 铜绿假单胞菌在病区中的分布构成比

病区	株数	构成比(%)
肿瘤科	91	44.17
内科	75	36.41
外科	20	9.71
门诊	9	4.37
康复科	6	2.91