

[5] Rahmanian A, Mohebal N, Haghnegahdar A, et al. Serum levels of monocyte chemoattractant protein-1 correlate with poor clinical grades in cerebral aneurysms[J]. Iran J Immunol, 2015, 12(4): 302-310.

[6] Xiao L, Yan K, Yang Y, et al. Anti-vascular endothelial growth factor treatment induces blood flow recovery through vascular remodeling in high-fat diet induced diabetic mice[J]. Microvasc Res, 2016, 8(7): 96-98.

[7] 郭媛, 张杰, 张春刚, 等. 2 型糖尿病患者行白内障手术后黄斑水肿状况研究[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版), 2015, 15(14): 2662-2664.

[8] 沈胤忱, 许迅. 糖尿病黄斑水肿的治疗现状[J]. 中华眼底病杂志, 2013, 29(1): 108-111.

[9] 闫媛媛, 李加青, 曾婧, 等. 视网膜中央静脉阻塞黄斑水肿患者房水中血管活性分子的表达分析[J]. 中华眼底病杂志, 2013, 29(6): 556-559.

[10] Sajadi SM, Khoramdelazad H, Hassanshahi G, et al. Plasma levels of CXCL1 (GRO-alpha) and CXCL10 (IP-10) are elevated in type 2 diabetic patients; evidence for the involvement of inflammation and angiogenesis/angiostasis in this disease state[J]. Clin Lab, 2013, 59(2): 133-137.

[11] Xu J, Liao YF, Zhou WP, et al. The MCP-1 gene A-2518G polymorphism confers an increased risk of vascular complications in Type 2 Diabetes Mellitus patients[J]. Genet Test Mol Biomarkers, 2015, 19(8): 411-417.

[12] Ninomiya H, Katakami N, Osonoi T, et al. Association between new onset diabetic retinopathy and monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1) polymorphism in Japanese type 2 diabetes[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2015, 108(3): 35-37.

[13] Zhou Z, Ju H, Sun M, et al. Serum fetuin-A concentrations are positively associated with serum VEGF levels in patients with newly diagnosed type 2 diabetes[J]. Endocr J, 2015, 62(10): 879-885.

(收稿日期: 2017-03-06 修回日期: 2017-05-14)

• 临床探讨 •

老年胃癌患者手术治疗及疗效影响因素分析

韩文健, 谭远光, 肖龙敏
(湖北省恩施州民族医院外三科 445000)

摘要:目的 探讨老年胃癌患者进行手术治疗的相关危险因素, 进一步合理指导临床手术治疗, 改善患者预后生活质量。**方法** 选取 2013 年 2 月至 2014 年 9 月该院接受手术治疗的老年胃癌患者 82 例, 对照组 40 例, 观察组 42 例, 比较影响 2 组患者手术风险的相关因素。**结果** 2 组术前合并症比较, 观察组有较为复杂的术前合并症, 以内科疾病为主, 主要包括高血压、糖尿病、冠心病、肺部疾病等, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 脑部疾病、肝功能异常、电解质紊乱等合并症与对照组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组术后合并症比较, 与对照组比较, 观察组肺部感染、心律失常差异有统计学意义($P < 0.05$); 腹腔感染、吻合口瘘差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 老年胃癌患者自身的临床表现对手术及预后效果有影响因素, 降低风险是提高老年胃癌患者手术后的生活质量。

关键词: 老年患者; 胃癌; 手术治疗
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.14.053 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)14-2141-03

胃癌是常见的恶性肿瘤之一, 病死率较高, 老年人更是胃癌的高发人群^[1-3]。目前手术治疗是治疗老年胃癌的主要方式, 临床大多表现自身免疫功能和代谢功能下降, 各项生理功能有所减退。由于老年患者术前有各种合并症, 术后易出现各种术后并发症, 因此给手术带来很大风险, 也给预后带来诸多问题。现探讨老年胃癌患者进行手术治疗时存在的相关危险因素, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 2 月至 2014 年 9 月该院接受手术治疗的老年胃癌患者 82 例, 男 58 例, 女 24 例。年龄 45~86 岁, 45~<60 岁患者 40 例, 平均年龄(50.9±4.5)岁, 作为对照组; 60~86 岁患者 42 例, 平均年龄(67.8±7.3)岁, 作为观察组。全部患者通过电子胃镜及病理确诊为胃癌, 病程 3~30 个月, 肿瘤位于胃上部 13 例, 胃中部 18 例, 胃下部 48 例, 此外有 3 例病灶累计到全胃。2 组患者的性别、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。患者出院后以门诊复查、信访、电话等随访形式, 由医院随访组进行。每 2 个月随访 1 次, 病死为随访终点, 随访截至 2014 年 9 月, 随访最长时间 21 个月, 失访率 3.4%。

1.2 手术方法 所有患者术前均进行全身麻醉, 手术采用胃癌根治术, 采用 D1、D2 手术作为进行淋巴结清扫的方式。术后密切观察和记录患者的生命体征; 特别注意维持患者体内的水、电解质、酸碱代谢平衡; 注意观察引流管引流液的性质和用量, 并保持通畅引流; 采用抗菌药物预防术后感染。

1.3 手术风险评估 包括术前风险和术后风险。术前风险主要为是否存在其他合并症, 如糖尿病、心脏病、高血压、心脑血管疾病及呼吸系统疾病等, 针对合并症请相关科室进行会诊检查及积极的治疗。术后风险主要为术后并发症, 如肺、腹腔感染、心律失常、肠梗阻、吻合口狭窄、消化道出血、淋巴瘘等并发症。针对术后风险进行相应的处理和治疗。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析, 计数资料以例数或百分率表示, 组间比较使用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者术前合并症结果比较 观察组患者高血压、糖尿病、冠心病、肺部疾病与对照组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 其他内科疾病如脑部疾病、肝功能异常、电解质紊乱及外科合并症与对照组比较, 差异无统计学意义($P >$

0.05)。见表 1。

表 1	2 组患者术前合并症结果比较[n(％)]			
项目	观察组(n=42)	对照组(n=40)	χ^2	P
内科合并症	32(76.20)	15(37.50)	8.21	<0.05
高血压	18(42.90)	7(17.50)	7.43	<0.05
糖尿病	7(17.00)	2(5.00)	4.64	<0.05
冠心病	10(24.00)	3(7.50)	3.82	<0.05
肺部疾病	13(31.00)	6(15.00)	5.11	<0.05
心电图异常	21(50.00)	5(12.50)	8.12	<0.05
脑部疾病	2(4.80)	0(0.00)	1.34	>0.05
肝功能异常	4(9.50)	2(5.00)	0.36	>0.05
电解质紊乱	5(11.90)	3(7.50)	0.45	>0.05
低蛋白血症	4(9.52)	1(2.50)	1.92	>0.05
贫血	3(7.14)	2(5.00)	0.36	>0.05
外科合并症	7(16.67)	8(20.00)	0.32	>0.05
幽门梗阻	5(11.90)	2(5.00)		
腹部手术史	2(4.77)	6(15.00)		

2.2 2 组患者术后并发症结果比较 2 组患者肺部感染、心律失常比较,差异有统计学意义($P<0.05$);腹腔感染、吻合口瘘差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2	2 组患者术后并发症结果比较[n(％)]			
疾病类型	观察组(n=42)	对照组(n=40)	χ^2	P
腹腔感染	2(4.76)	1(2.50)	0.254	>0.05
肺部感染	9(21.43)	2(5.00)	6.920	<0.05
吻合口瘘	3(7.14)	1(2.50)	0.310	>0.05
心律失常	7(16.67)	3(7.50)	4.780	<0.05

2.3 2 组患者肿瘤分期结果比较 观察组与对照组 T、N、TNM 分期比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。经 Log-rank 检验分析,2 组患者总体生存期比较,差异有统计学意义($P<0.05$),分期越高,总体预后越差。见表 3、4。

表 3	2 组患者病理分期结果比较[n(％)]			
病理分期	观察组(n=42)	对照组(n=40)	χ^2	P
T 分期				
T1	5(11.90)	7(17.50)	0.12	>0.05
T2	7(16.67)	8(20.00)	0.45	>0.05
T3	20(47.62)	15(37.50)	0.25	>0.05
T4	10(23.81)	10(25.00)	0.70	>0.05
N 分期				
N0	13(30.95)	12(30.00)	0.67	>0.05
N1	4(9.52)	6(15.00)	0.56	>0.05
N2	9(21.43)	8(20.00)	1.32	>0.05
N3	16(38.10)	14(35.00)	0.45	>0.05

表 4	2 组患者病理 TNM 分期结果比较[n(％)]			
TNM 分期	观察组(n=42)	对照组(n=40)	χ^2	P
0 期/Ⅰ期	7(16.67)	10(25.00)	0.67	>0.05
Ⅱ期	9(21.43)	9(22.50)	0.56	>0.05
Ⅲ期	24(57.14)	19(47.50)	2.34	>0.05
Ⅳ期	2(4.76)	2(5.00)	0.54	>0.05

3 讨 论

随着人口老龄化的不断加重,老年胃癌病死率呈不断增长趋势^[4]。有研究表明 50~80 岁是胃癌发病高峰^[5]。目前治疗胃癌最理想、最主要的方法是手术。手术治疗一方面可以切除单一肿瘤,同时又具有根治性、安全性及功能性特点^[6]。手术治疗可减轻手术创伤、恢复脏器功能、提高生活质量的目标,标准的淋巴结清扫及辅助化疗等可明显增加患者的术后生存时间。有文献[7-10]报道,老年胃癌患者多伴随一些重要器官的慢性病变,术前合并症较为复杂,术后并发症发生率较高。老年患者自身免疫功能低下,体质较弱,再加之营养不良,导致机体对各种疾病的抵抗能力下降。老年胃癌患者的临床症状具有自身特点,一方面合并症较多,肿瘤生长较慢,病程较长;另一方面是常在术后产生较多并发症,因此手术风险较高^[11]。此外,老年胃癌不易查明,较隐匿,一旦出现贫血、黑便、上腹疼痛、饱胀不适等症状应加强相关检查,尽早明确诊断。有研究报道,高血压、心脏病等多种合并症构成老年胃癌手术治疗的潜在风险因素^[12]。本研究观察组肺部感染、心律失常高于对照组($P<0.05$),可能心肺功能存在一定程度的减退。权继传等^[13]研究表明,肿瘤分期、手术根治性、术前合并症数、术后并发症数对老年胃癌预后具有重要的影响作用。

本研究结果表明,老年胃癌患者术前各种合并症给手术带来风险,其中术前合并症以内科合并症为主。本研究观察组患者高血压、糖尿病、冠心病、肺部疾病的概率较高。术后各种并发症影响预后,本研究结果显示,肺部感染、心律失常差等因素的影响较大,比较观察组与对照组 T、N、TNM 分期,发现不同病理结果在 2 组的分布差异无统计学意义($P>0.05$);比较 2 组患者的总体生存期,提示分期越高,总体预后越差。证实不同年龄老年胃癌患者的临床病理表现及预后因素方面,差异有统计学意义($P<0.05$),将患者分为不同年龄组进行研究将有助于指导治疗和判断预后。

老年胃癌患者的特殊性,应重视早期诊断,加强防癌意识,加大防癌宣传力度。有文献[14]报道,内镜检查是胃癌诊断较为准确可靠的方法,准确率达 97.4%。手术治疗应争取实施根治性手术切除,有利于延长患者生命,同时保证改善患者生活质量。难以实施根治术的患者,可实施姑息性胃切除术,其可有效缓解梗阻、出血、疼痛等症状,还可减少癌中毒与免疫负荷,延长生存期。同时还需加强胃癌术后肠内营养支持治疗,增强机体抵抗力,使患者及时完成辅助全身化疗等综合治疗。

综上所述,老年患者进行手术治疗时应更加慎重,合并症状况在手术前应充分考虑。根据患者具体情况,选择合理的手术方法;手术过程密切观察患者病情进展,及时发现术后并发症并做出相应救治措施;此外重视提高老年患者的免疫力也会对手术效果产生重要作用。实施手术治疗时,需要评估术前及术后风险,采取积极有效措施治疗并发症,提高患者预后效果。

参考文献

[1] Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002[J]. CA Cancer J Clin, 2015, 55(2): 74-108.

[2] Kato M, Asaka M. Recent development of gastric cancer prevention[J]. Jpn J Clin Oncol, 2012, 42(11): 987-994.

[3] Morris AC, Hay AW, Swann DG, et al. Reducing ventilator-associated pneumonia in intensive care: Impact of implementing a care bundle[J]. Crit Care Med, 2011, 9(6): 186-189.

[4] Ozer I, Bostanci EB, Koc U, et al. Surgical treatment for gastric cancer in Turkish patients over age 70; early post-operative results and risk factors for mortality[J]. *Lange-nbecks Arch Surg*, 2010, 395(8): 1101-1106.

[5] 孙秀娣, 李牧人, 周有尚, 等. 中国胃癌死亡率 20 年变化情况及其发展趋势预测[J]. *中华肿瘤杂志*, 2004, 269(1): 4-9.

[6] Moriawaki Y, Kobayaahi S, Kunisaki C, et al. Is D2 lymph-adenectomy in gastrectomy safe with regard to the skill of the operator[J]. *Digest Surg*, 2001, 18(2): 111-117.

[7] Lars-Tue S, Afshin-Malaki L, Wille-Jorgensenl P, et al. Risk factors for mortality and postoperative complications after gastrointestinal surgery[J]. *J Gastrointest Surg*, 2007, 11(7): 903-910.

[8] Hwang S, Park D, Jee Y, et al. Risk factors for operative complications in elderly patients during laparoscopy-assisted gastrectomy[J]. *J Am Coll Surg*, 2009, 208(2): 186-192.

[9] Huang T, Hu F, Fan CW, et al. A simple novel model to predict hospital mortality, surgical site infection, and pneumonia in elderly patients undergoing operation[J]. *Digest Surg*, 2010, 27(3): 224-231.

[10] Franco R, Daniele M, Alfonso S, et al. Complications after surgery for gastric cancer in patients aged 80 years and over[J]. *JPN J Clin Oncol*, 1998, 28(2): 116-122.

[11] 陈磊, 吕文杰, 张文杰, 等. 老年胃癌患者手术风险因素分析[J]. *中华消化杂志*, 2010, 30(9): 502-605.

[12] 陆琪, 李蔚萍, 朱捷, 等. 128 例老年胃癌患者手术风险因素分析[J]. *老年医学与保健*, 2012, 18(4): 232-235.

[13] 权继传, 张汝鹏, 王学军, 等. 435 例老年胃癌根治术后临床病理及预后分析[J]. *中国肿瘤临床*, 2012, 39(17): 1299-1304.

[14] 池肇春. 实用临床胃肠病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2001: 344-346.

(收稿日期: 2017-01-17 修回日期: 2017-02-25)

• 临床探讨 •

91 株金黄色葡萄球菌毒力基因和耐药基因分布研究

王冬梅, 刘传桂, 梁晓静, 欧阳德宏
(广东省佛山市顺德区均安医院检验科 528329)

摘要:目的 探讨 91 株金黄色葡萄球菌菌株的毒力基因和耐药基因分布。方法 采用 PCR 方法检测金黄色葡萄球菌 30 个毒力基因和 13 个耐药基因。结果 毒力基因除肠毒素基因 *see* 和 *sep*, 其他 28 个均可在 91 株金黄色葡萄球菌菌株中检测到, 且某些毒力基因如溶血素基因 *hla*、*hld*、*hlg-v* 和杀白细胞毒素基因 *lukED* 的阳性率较高(>80%); 耐药基因除氨基糖苷类耐药基因 *ant4'*, 其他 12 个均可在 91 株金黄色葡萄球菌菌株中检测到, 特别是青霉素耐药基因 *blaZ*, 阳性率达 100%。结论 金黄色葡萄球菌流行株均携带多个毒力基因和耐药基因。

关键词:金黄色葡萄球菌; 毒力基因; 耐药基因

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2017. 14. 054 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)14-2143-04

金黄色葡萄球菌是一种侵袭性细菌, 广泛地存在于自然界, 能产生多种毒素, 引起皮肤、软组织感染, 关节、骨感染, 心内膜炎、败血症及中毒性休克。自首次发现耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)后, 耐药金黄色葡萄球菌便迅速成为医院感染的主要致病菌, 并在全球扩散^[1]。监测数据显示耐药金黄色葡萄球菌在我国也是引起院内感染的主要致病菌, 是临床分离率最高的革兰阳性细菌, 多篇文献[2-4]报道耐药金黄色葡萄球菌引起院内感染。对耐药金黄色葡萄球菌进行毒力基因和耐药基因的检测, 可进一步了解耐药金黄色葡萄球菌的流行特点和耐药机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集该院近年来从临床标本中分离的金黄色葡萄球菌 91 株, 其中痰标本 33 株, 伤口分泌物 25 株, 穿刺液 13 株, 血液 11 株, 尿液 9 株。

1.2 菌株鉴定及药敏试验 菌株的形态学鉴定使用革兰染色镜检观察, 菌株的生化鉴定和药敏试验均使用梅里埃 VITEK 2 Compact 全自动细菌鉴定及药敏分析系统。

1.3 DNA 提取 将金黄色葡萄球菌菌株接种至血平板过夜培养, 挑取菌落于 100 μ L 裂解液中制成菌悬液。将其置于干式恒温器上 100 $^{\circ}$ C 加热 10 min, 然后冰浴 5 min, 12 000 r/min

离心 10 min, 取上清液作为 PCR 扩增模板。

1.4 毒力基因检测 溶血素基因(*hla*、*hlb*、*hld*、*hlg*、*hlg-v*), 肠毒素基因(*sea*、*seb*、*sec*、*sed*、*see*、*seg*、*seh*、*sei*、*sej*、*sek*、*sel*、*sem*、*sen*、*seo*、*sep*、*seq*、*ser*、*seu*), 杀白细胞毒素基因(*lukM*、*lukED*、*lukPV*), 表皮剥脱素基因(*eta*、*etb*、*etd*)、中毒性休克综合征毒素基因(*tsst*)的引物序列参照文献[5]合成。反应程序: 95 $^{\circ}$ C 预变性 5 min, 95 $^{\circ}$ C 变性 1 min, 55 $^{\circ}$ C 复性 30 s, 72 $^{\circ}$ C 延伸 1 min, 共 30 个循环, 最后 72 $^{\circ}$ C 延伸 10 min。同时设阳性对照和阴性对照, 阳性对照为工人合成的目标基因 DNA 片段, 阴性对照为蒸馏水。

1.4 耐药基因检测 青霉素耐药基因(*blaZ*)、克林霉素耐药基因(*linA*)、四环素耐药基因(*tetK*、*tetL*、*tetM*)、氨基糖苷类耐药基因(*acc6'*、*aph2'*、*aph3'-III*、*ant4'*)、大环内酯类耐药基因(*ermA*、*ermB*、*ermC*、*msrA*、*msrB*)的引物序列参照文献[5]合成。反应程序: 95 $^{\circ}$ C 预变性 5 min, 95 $^{\circ}$ C 变性 1 min, 55 $^{\circ}$ C 复性 30 s, 72 $^{\circ}$ C 延伸 1 min, 共 30 个循环, 最后 72 $^{\circ}$ C 延伸 10 min。同时设置阳性对照和阴性对照, 阳性对照为工人合成的目标基因 DNA 片段, 阴性对照为蒸馏水。

1.5 扩增产物电泳分析 取 5 μ L PCR 扩增产物, 与上样缓冲液混合, 点样在 1% 琼脂糖凝胶中电泳, 电压 5 V/cm。电泳