

康对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

2.2 以 200 mg/L 为界, LP(a) 水平越高, CHD 的发病率也越高, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.95, P < 0.01$), 见表 1。

表 1 CHD 组与健康对照组血清 LP(a) 水平分布

组别	<200 mg/L	≥200 mg/L
CHD 组	69	37
健康对照组	45	7

3 讨 论

1963 年 Berg 在血浆脂蛋白电泳时发现 β -脂蛋白部分有一种新的抗原成分, 并与低密度脂蛋白 (LDL) 结合, 将此抗原成分命名为脂蛋白 LP(a)。其后证实, LP(a) 是一种 LDL 样脂蛋白, 其脂质和蛋白成分与 LDL 类似, 由一分子 ApoB100 和一分子 LP(a) 特有的 Apo(a) 组成, 被认为是心血管疾病的危险因素^[4]。LP(a) 代谢的突出特征是个体间 LP(a) 水平可相差 100 倍, 但同一个体 LP(a) 水平的变化则相对较小。年龄、饮食习惯、生活方式对 LP(a) 影响不大^[1]。

体外研究发现, LP(a) 与 LDL 具有相似的氧化修饰行为, 在动脉血管壁修饰后的 LP(a) 被巨噬细胞吞噬, 促进其转变成泡沫细胞, 有利于粥样斑块形成。LP(a) 成分和 LDL 及纤溶酶原都有相似性^[2], LP(a) 可以对纤溶酶原和纤维蛋白及细胞表面的结合进行竞争, 而抑制纤维蛋白水解作用, 使其在动脉

硬化及心血管疾病的发生、发展中起一定作用。因此, LP(a) 有增加动脉粥样硬化和动脉血栓形成的危险性。现在大多数的研究结果都认为 LP(a) 升高和 CHD 有关^[3], LP(a) 浓度的增加是动脉粥样硬化心血管疾病的一个独立的危险因素, 甚至在有其他危险因素同时存在时, LP(a) 可能是一个更强的预测 CHD 的危险因素^[4]。本研究显示, CHD 患者血清 LP(a) 水平明显高于健康对照组, LP(a) 水平和 CHD 的发病呈正相关。

参考文献

[1] Milionis HJ, Winder AF, Mikhailidis DP. Lipoprotein(a) and stroke[J]. J Clin Pathol, 2000, 53(7):487-496.
 [2] Marcovina SM, Koschinsky ML. Evaluation of lipoprotein (a) as a prothrombotic factor: progress from bench to bedside[J]. Curr Opin Lipidol, 2003, 14(4):361-366.
 [3] Scanu AM. The role of lipoprotein(a) in the pathogenesis of atherosclerotic cardiovascular disease and its utility as predictor of coronary heart disease[J]. Curr Cardiol Rep, 2001, 3(5):385-390.
 [4] 李健斋, 王抒. 低密度脂蛋白、脂蛋白(a)与冠心病[J]. 中华医学检验杂志, 1999, 22(1):5-8.

(收稿日期: 2010-06-21)

老年急性结石性胆囊炎手术治疗临床分析

朱文荣(江苏省常州市武进区南夏墅街道卫生院 213166)

【摘要】 目的 探讨老年结石性急性胆囊炎手术治疗体会。**方法** 回顾性分析近年来收治的 16 例老年结石性急性胆囊炎患者的临床资料。**结果** 16 例老年结石性急性胆囊炎患者经手术治疗, 治愈 16 例, 治愈率为 100%。**结论** 针对老年结石性急性胆囊炎患者, 应早期诊断, 早期治疗, 以提高手术的成功率, 减少并发症, 降低死亡率。

【关键词】 老年; 急性结石性胆囊炎; 手术治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.055

中图分类号: R575.61

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2010)21-2393-02

我国已进入老年社会阶段, 老年急性胆囊炎患者逐年增多, 老年患者患急性胆囊炎主要是胆囊结石导致胆囊管或胆囊壶腹梗阻所致, 而胆囊结石的发病率随着年龄的增长而增加。老年急性结石性胆囊炎指患者年龄在 60 岁以上的急性胆囊炎合并胆囊结石的患者, 而 70 岁以上的患者发病率为 13%~50%, 80 岁以上老年人发病率为 38%~53%, 而且老年人胆囊穿孔的危险性高达 40%~70%。随着我国人口老龄化问题的加重, 老年人胆道结石的发病率逐年上升^[1]。老年急性胆囊炎、胆石症患者在急性发作时最初症状往往不典型, 病情发展快且并发症多, 治疗比较复杂, 病死率高。2006~2009 年本院共收治老年急性结石性胆囊炎 16 例, 均采用手术治疗, 现将资料总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 16 例患者中男 7 例, 女 9 例, 年龄 65~81 岁, 全部有胆囊结石、慢性胆囊炎病史。以右上腹疼痛、压痛及局限性腹膜炎体征为表现者 12 例, 有 4 例腹痛较轻且无腹膜炎体征, 但手术时见胆囊已化脓。查血常规 WBC $> 10.0 \times 10^9/L$ 15 例。入院时体温平均 37.9℃, 有 2 例体温低于

37.5℃。

1.2 术中所见及术式选择 胆囊炎性水肿者 4 例, 萎缩性胆囊炎 2 例, 化脓性胆囊炎 9 例, 胆囊部分坏疽 1 例。单纯胆囊切除 10 例, 胆囊造瘘 2 例, 胆囊切除及胆总管切开引流 4 例。

1.3 并存疾病 本组有 8 例合并有各种慢性疾病, 依次为慢性支气管炎、肺气肿、原发性高血压、冠心病、糖尿病, 其中合并两种以上者 4 例。

2 结 果

本组 16 例均采用手术治疗, 术后治愈出院, 治愈率为 100%; 住院时间 10~25 d, 平均 13.5 d。术后并发切口感染 1 例, 肺部感染 1 例。

3 讨 论

3.1 老年人结石性胆囊炎的临床特点 老年患者机体细胞功能减退, 各脏器机能呈退行性改变, 对疼痛刺激不敏感, 故症状体征反应均不明显。临床表现与病理变化不一致, 常轻于组织学损伤, 甚至发生腹膜炎时腹痛也不明显^[2]。本组中有 4 例腹痛较轻且无腹膜炎体征, 但手术时见胆囊已化脓。老年人由于全身动脉硬化和血液黏稠度增加, 胆囊炎性反应时胆囊壁细小

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