

目前,由于支原体感染率不断上升和抗生素药物的广泛应用,使得 Un+Mh 的耐药菌株也日趋增多,并且出现了支原体的多重耐药现象,给临床治疗带来了较大的困难,所以我们治疗非淋菌性尿道炎及宫颈炎要尽量杜绝经验用药,有

条件的医疗单位一定要根据药物敏感试验结果选择敏感抗生素,据药敏结果表明,在我们新登地区目前治疗泌尿生殖道支原体感染要首选交沙霉素、其次为克拉霉素、强力霉素、美满霉素。

院前使用抗生素对慢性阻塞性肺疾病急性发作期患者痰培养致病菌耐药性的影响

★ 殷晓玲¹ 指导:葛正行² (1. 贵阳中医学院 2006 级硕士研究生 贵阳 550002;2. 贵阳中医学院二附院 贵阳 550002)

关键词: AECOPD; 耐药性; 院前使用抗生素

了解慢性阻塞性肺疾病急性发作期(AECOPD)患者院前使用抗生素对致病菌耐药性的影响,为临床痰培养结果出来前选用抗生素提供参考,可以避免仅靠医生经验和用药习惯,导致抗生素使用上的盲目性和不合理性,从而可以缩短患者治疗时间及提高疗效。

1 对象与方法

选择 2007 年 1 月~2008 年 1 月期间因确诊 AECOPD (诊断标准参照叶任高主编第六版《内科学》)而入院并在入院前使用抗生素的患者 118 例,男 69 例,女 49 例。年龄(49~93)岁,平均年龄(64±7)岁,病程在 10~50 年之间。首诊前使用两种抗生素者 87 例,使用 3 种抗生素 18 例。同时合并患有冠心病 62 例,高血压 94 例,肺心病 76 例,2 型糖尿病 29 例,脑血管病变 15 例等基础疾病。

表 1 AECOPD 患者在入院前常用抗生素情况分析

抗生素	病例数	(%)
青霉素类		
青霉素	36	30.5
阿莫西林	48	40.7
头孢类		
头孢唑啉	21	17.8
头孢呋辛	37	31.3
头孢曲松	43	36.4
喹诺酮类		
左氧氟沙星	71	60.2
大环内酯类		
红霉素	58	49.2
阿奇霉素	37	31.3

痰标本留取及鉴定方法病人每天晨起后用清水漱口 3 次后,用力咳出气管深处痰液留作标本送检,连续送检 3 天。痰菌培养采用定量培养技术,抗生素敏感试验采用纸片扩散法,实验规格按美国临床实验室国家标准委员会(NCCLS)制定的指南进行。连续 3 次痰培养中,有两次以上痰菌阳性且为同一致病菌者为合格标本。所有原始数据均采用 SPSS10.0 for Windows 统计软件处理。

2 结果

118 例病人共检出致病菌株 126 株,入院前使用抗生素 COPD 患者主要致病菌株以革兰氏阳性菌株(55 株)为主占 43.5%,革兰氏阴性杆菌 48 株占 40.7%,其中肺炎链球菌株 14 株占 25.5%,流感嗜血杆菌株 9 株占 16.4%,阴沟肠杆菌株 7 株占 14.5%,金黄色葡萄球菌株 11 株占 20.0%,化脓性链球菌株 7 株占 12.7%。

主要致病菌对下列抗生素的耐药情况见下表:结果显示:肺炎链球菌对头孢唑啉最敏感,对复方新诺明耐药率最

高。流感嗜血杆菌对三代头孢、二三代氟喹诺酮类较敏感,对环丙沙星、氨卞青霉素耐药性高。阴沟肠杆菌对亚胺培南敏感性最高,与文献报导相符^[1],阿米卡星耐药率较低,其余均有不同程度的耐药,氨苄西林、头孢唑啉、头孢西丁、头孢唑啉的耐药率都比较高。化脓性链球菌对第一、二代头孢菌素和亚胺培南则保持相当敏感,对糖肽类抗生素(万古霉素)敏感性最高(表中未列出数据),对青霉素类有较强的耐药性。金黄色葡萄球菌对青霉素、红霉素耐药率最高,对头孢唑啉、苯唑西林比较敏感。

表 2 主要致病菌对下列抗生素的耐药情况

	化脓性链球菌	阴沟肠杆菌	金黄色葡萄球菌	肺炎链球菌	流感嗜血杆菌	白色假丝酵母菌
阿莫西林	7	4	3	8	4	—
哌拉西林	3	6	7	3	2	—
头孢唑啉	3	6	7	3	2	—
头孢唑肟	2	7	6	1	1	—
头孢他啶	2	7	5	4	2	—
头孢呋辛	3	3	6	6	1	—
复方新诺明	7	7	3	13	4	—
亚胺培南	1	0	1	2	1	—
妥布霉素	2	4	7	5	5	—
阿米卡星	4	2	6	7	6	—
环丙沙星	5	3	8	7	7	—
氧氟沙星	5	5	7	3	1	—
庆大霉素	1	3	9	9	5	—
氟康唑	—	—	—	—	—	5
伊曲康唑	—	—	—	—	—	3
两性霉素 B	—	—	—	—	—	4

3 讨论

难以控制的肺部感染是导致慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者病情加重和死亡的主要原因之一。明确病原菌的种类及其对抗生素的敏感性,对于指导抗生素的使用、及时有效地控制病情发展及减少病死率极为重要,但临床上做到这一点极为困难。这是因为,患者入院前常已使用过多种抗生素,使病原菌培养的阳性率大大降低;病原菌培养的结果需要时间,这给及时针对性使用抗生素造成了极大的不便。COPD 患者病情常反复发作,反复使用多种抗生素,造成致病菌的耐药性产生,细菌性耐药具有地区性的特点,造成细菌性耐药的众多因素,特别与某一地区抗生素投入量及水平传播等有关^[2]。了解本地区耐药监测,特别是医院内感染致病菌的耐药特点,对合理使用抗生素及防止耐药菌播散将起到至关重要的作用。

本文与相关文献报道院外感染以革兰氏阳性菌为主相符合,但革兰氏阴性菌亦占相当大的比例,考虑与 COPD 患

者中年老体弱者占有很大比例,并且大多数患者合并冠心病、肺心病、高血压、糖尿病、脑血管疾病等基础病,由于疾病反复发作,使用了多种抗生素,导致革兰氏阴性杆菌的感染可能性高,革兰氏阴性杆菌的寄生与宿主的健康状况有关,原发病越重,革兰氏阴性杆菌寄生率越高,革兰氏阴性杆菌感染的发生机会就越大^[3]。NCCLS 对于细菌药物敏感试验中的抗菌药物选用有详细的分组^[4],临床上应优先选用一线药物或有效的窄谱抗菌药物。产 ESBLs 可以考虑使用碳青霉烯类和含酶抑制剂的药物,对于耐甲氧西林金黄色葡萄球菌及凝固酶阴性葡萄球菌(MRSA 和 MRCNS)可以选择多肽类、磺胺类、利福霉素类药物,而对于耐万古霉素肠球菌(VRE)可以选择氯霉素类、大环内酯类、四环素类和利福霉素类抗菌药物。某种抗菌药物使用一段时间出现耐药性的

趋势时,可考虑停用该药,而换用另一种临床有效的抗菌药物,不仅可提高疗效,而且耐药菌株也会明显减少。综上所述,细菌耐药率的升高直接与抗菌药物用量有关。

参考文献

- [1] 丁秀华,岳向荣. 67 株阴沟肠杆菌的感染及耐药性分析[J]. 临床荟萃,2006,21(12):887.
- [2] 魏殿军,宋诗铎. 天津八家医院院内、外感染常见病原菌耐药调查[J]. 天津医药,2004,5(32):262.
- [3] Aeourt C Garrard Cs. Nosocomial pneumonia in the intensiv care unit: mechanisms and significance[J]. Thorax,1992,47:465.
- [5] National Committee for Clinical Laboratory Standards Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility[S]. Ninth Informational Supplement, NCCLS,2004.

脑出血外科微创手术治疗 47 例

★ 黄金根 周小华 邹燕敏 黄智勇 (江西省新钢中心医院 新余 338001)

关键词: 高血压;脑出血;微创手术

高血压脑出血是指由于原发性高血压病引起的脑实质内出血。其起病突然,发病率、致残率和死亡率都很高,虽然高血压脑出血的治疗方式日益增多,但目前其病死率仍在 40% 左右,且约有 3/4 的存活患者遗有不同程度的残疾^[1]。随着外科手术方法的改进和手术技术的提高,治疗效果明显提高,死亡率亦明显下降,我科自 2004 年 6 月~2007 年 4 月采用微创手术方法治疗高血压脑出血 47 例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 47 例男 31 例,女 16 例;年龄 45~87 岁,平均 69.3 岁。47 例均有高血压病史,入院时按格拉斯哥昏迷(GCS)评分,12~14 分 6 例,9~11 分 21 例,6~8 分 17 例,3~5 分 3 例。呕吐 43 例,一侧偏瘫 36 例,失语 3 例。

1.2 出血部位和出血量 CT 扫描结果显示壳核出血 31 例,皮质下出血 12 例,丘脑出血 4 例。血肿量按多田公式计算:15~30 ml 21 例,30~60 ml 23 例,60~110 ml 3 例。

1.3 出血至手术时间 7 小时内 5 例,7~12 小时 26 例,12~48 小时 12 例,超过 48 小时 4 例。

1.4 治疗方法 本组在头颅 CT 扫描时运用长立方体三维立体定向原理^[2]在患者头部行三维立体定向画线,定出血肿的最大层面及血肿中心垂直对应的头皮点。同时测量出头皮至硬膜下、头皮至血肿靶点中心的长度等数据。术前病人烦躁者给适当镇静剂。术前血压高时给予硝苯地平片舌下含服,将血压控制在 140~170/90~100 mmHg 之间。局麻下应用 YL-1 型颅内血肿碎吸针进行钻颅,注意把握好方向,尽量避开脑部重要结构和功能区,垂直穿入脑内,缓慢进针到血肿边缘,穿刺深度为 CT 片上所测的血肿中心距颅骨的长度。术中抽出血肿量一般不超过出血量的 60%~70% 为宜,并用生理盐水反复冲洗,其余部分尿激酶溶解治疗,每天尿激酶 5 万 U+2 ml 生理盐水注入血肿腔内,且夹管 2~4 小

时放开引流管。术后给予积极内科治疗,20% 甘露醇 125 ml,8 小时/次脱水,及时减量、停用,以免血肿不易引流,生命体征平稳后尽早行神经内科康复治疗及高压氧治疗。

2 结果

2.1 术后并发症 术后再出血 2 例,应急性溃疡上消化道出血 7 例,肺部感染 9 例。

2.2 预后 本组 47 例患者恢复良好 31 例,中残 11 例,重残 3 例,死亡 2 例,其中 1 例术后 1 天脑内再出血,家属放弃抢救而死亡;1 例 10 天后死于严重的肺部感染。

3 讨论

高血压脑出血的治疗是一个综合过程,任何一个环节处理不好均将导致患者的死亡。因此,脑出血应早期或超早期手术,手术于发病后 3~6 小时较好,及早减轻血肿对脑组织的压迫,打破出血后一系列继发改变所致的恶性循环。对于脑内残留的血肿,行尿激酶溶解治疗。因为尿激酶能使纤维蛋白原降解为纤溶酶,纤溶酶可使纤维蛋白分解而使血凝块液化,尿激酶无抗原性及毒性,所以清除血肿快速彻底。

应用 YL-1 型颅内血肿碎吸针治疗过程中应注意以下几点问题:术前定位要准确;定位时尽量要避开脑重要功能区、硬脑膜窦及颅内外主要血管等重要结构;进针时一定要依据三维立体定向原理把握好穿刺方向、角度,以防偏离靶心;首次抽吸量应不宜过大,一般不超过出血量的 70%;加强术后综合治疗脑出血的症状,术后控制血压,脱水剂的正确使用及控制感染,减少并发症的发生和继发出血。

参考文献

- [1] 章翔. 临床神经外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:374-380.
- [2] 王忠诚,于春江,吴中学,等. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1998:253-254.