

住院患者呼吸道鲍曼不动杆菌的耐药性分析

曾惠清 张雪玲

【摘要】 目的 对呼吸道分离的鲍曼不动杆菌的耐药性进行回顾性调查,方法 对我院 2002 年 1 月至 2004 年 12 月呼吸患者痰、下呼吸道分泌物、肺泡灌洗液等标本细菌培养获得鲍曼不动杆菌 370 株,并进行药敏结果分析。结果 鲍曼不动杆菌对大多数抗菌素耐药率逐年上升,耐药率最高的抗菌素是氨曲南,头孢西丁,安美汀,耐药率最低的抗菌药是亚胺培南,多粘菌素 B 及头孢吡肟。结论 鲍曼不动杆菌为院内感染的主要病原菌之一,临床医师应了解本地区的药敏,以正确选用抗菌素。

【关键词】 鲍曼不动杆菌 药敏试验

鲍曼不动杆菌是院内呼吸道感染的主要病原菌之一,该菌广泛存在于自然界、医院及人体皮肤,为条件致病菌。目前由于广谱抗菌的广泛应用,导致该菌对临床多种抗菌药出现了耐药性,给临床治疗带来了很大的困难。为了更好地指导临床用药,现就对我院呼吸科及其他科室 ICU 2002 年 1 月~2004 年 12 月的住院患者呼吸道标本分离的鲍曼不动杆菌的耐药性进行回顾性调查及分析的结果报告如下。

1 材料与方法

1.1 菌株选择

本文报告的菌株来自我院 2002 年 1 月至 2004 年 12 月住院患者的痰、下呼吸道分泌物、肺泡灌洗液等标本共 370 株,占同期采集标本的 8.3%。

1.2 抗菌的药物纸片和培养基

庆大霉素、复方新诺明:环丙沙星、派拉西林、四环素、头孢他定、头孢西丁等药物纸片购自北京天坛药物生物技术开发公司,氨曲南、阿莫西林-克拉维酸、派拉西林-三唑巴坦、安美汀、特美汀、多粘菌素 B、头孢吡肟等纸片为英国 OXO D 产品。

头孢哌酮-舒巴坦由辉瑞公司提供,亚胺培南由默沙东公司提供;MH 琼脂由法国生物梅里埃公司生产。

1.3 试验方法

采用纸片扩散法(K-B 法),操作及结果解释参照美国国家临床实验室标准委员会(NCCLS)标准 2002 年版执行。

1.4 药敏结果判断及耐药率统计

药敏结果根据美国国家临床实验室标准委员会(NCCLS) 1999 年推荐的标准进行判断,并用生梅里埃公司 VITEK 中文报告软件进行耐药率统计。

2 结果

2002 年至 2004 年,我院呼吸道鲍曼不动杆菌的分离率在普通呼吸病房逐年有所下降,分别为 10.7%、7.5% 及 4.1%。这与文献报告有所不同^[1],但在各科 ICU 病房却呈上升的趋势,分别为 10.8%、11.3%、14.5%。对各种抗菌药物的耐药率不论普通病房或 ICU 大部分呈上升的趋势,尤其 ICU 分离的鲍曼不动杆菌的耐药率比普通病房上升更为明显,具体见表 1 及表 2。本组资料中,鲍曼不动杆菌耐药最高的抗菌药是氨曲

南、头孢西丁、安美汀,前二者在 70% 以上,后者在 50% 以上,耐药率最低的抗菌药是亚胺培南、多粘菌素 B 及头孢吡肟,前二者均在 10% 以下,后者在 12% 以下。

表 1 3 年间鲍曼不动杆菌对部分抗菌素的耐药率比较(%)

抗菌素	2002 (157)	2003 (128)	2004 (85)
庆大霉素	23.6	35.2	45.1
环丙沙星	21.0	37.6	49.3
哌拉西林	24.9	34.3	46.7
复方新诺明	35.5	41.6	49.2
头孢他定	16.5	23.5	30.2
头孢哌酮—舒巴坦	4.8	11.7	22.2
亚胺培南	2.3	5.5	7.8
头孢吡肟	11.5	11.0	10.2
多粘菌素 B	2.9	5.6	8.1
安美汀	55.4	57.1	58.4
氨曲南	80.2	78.6	74.7
头孢西丁	80.4	77.3	73.6

表 2 3 年间普通病房与 ICU 病房鲍曼不动杆菌对部分抗菌素的总耐药率比较(%)

抗菌素	普通病房 (212)	ICU (158)
庆大霉素	27.7	41.6
环丙沙星	29.8	42.1
哌拉西林	29.3	41.4
复方新诺明	30.7	53.5
头孢他定	18.8	28.0
头孢哌酮—舒巴坦	20.1	25.7
亚胺培南	2.2	9.2
头孢吡肟	10.5	11.3
多粘菌素 B	2.4	9.2
安美汀	48.1	65.7
氨曲南	78.5	79.2
头孢西丁	75.4	78.8

3 讨论

近年来,随着抗菌药物尤其是第三代头孢菌素的广泛应用,出现了多重耐药菌。鲍曼不动杆菌为院内感染的主要病原菌之一,对各种抗生素具有较高的耐药率,随着产 B 内酰胺酶种类和数量的增加,抗生素渗透障碍,易引起临床抗感染治疗的失败。本资料结果显示,2002 年至 2004 年间鲍曼不动杆菌对临床常用抗菌药物的耐药性呈上升趋势。ICU 中的分离株的耐

药性更高。在普通病房,亚胺培南仍保持 90% 以上的敏感性,但也有所下降。从 2002 年的 97.7% 下降至 92.2%。头孢哌酮—舒巴坦更从 2002 年敏感性 95.2% 下降至 77.8%,此与我院长期以来,该药应用量较大有关。而头孢吡肟几年间的敏感性仍保持在 89% 左右不变,与文献报道不同^[2],同厦门地区四代头孢刚应用于临床不满 1 年,时间短有关。本文资料显示氨曲南、头孢西丁的耐药率最高在 70% 以上,与文献一致^[3]。但两者的耐药性均下降有 10% 以上,分析原因,厦门地区近 3 年缺货,临床极少应用。此结果提示在同一地区定期轮换针对敏感细菌的抗菌素,对减少细菌耐药率是否确有临床价值,值得再进一步探讨。

我院 ICU 患者大多较严重的基础疾病,如重症肺炎、败血症、脑血管意外、颅脑外伤、心脏手术、器官移植等,上述患者机体抵抗力低,主动排痰能力差,加上气管切开较多,增加了感染机会,尤其 ICU 应用三代头孢,亚胺培南及头孢哌酮—舒巴坦等复方制剂明显大,且多数联合应用抗真菌药物,使耐药的鲍曼

不动杆菌的分离率以及耐药率不断升高。提示应在 ICU 病房加强护理,促进痰液排出,增加机体的抵抗力,合理使用抗菌药物。

本资料结果提示,连续性耐药监测对临床应用药具有重要意义,可及时发现病房内细菌耐药的状况,为制定抗生素使用提供依据。

参考文献

- [1] 杨文杰,陶家驹,宋秀玲,等.综合性医院细菌耐药性监测及其临床意义,中国抗感染化疗杂志,2002,2:231~233
- [2] 张坚磊,陈锦燕,王世喻,等.重症监护病房革兰氏阴性杆菌感染的分布与耐药性,中国抗感染化疗杂志,2002,2:179~180
- [3] 马越,李景云,姚蕾等.不同地区鲍曼不动杆菌临床分离株的耐药性比较.中国抗感染化疗杂志,2003,3:396~308

[收稿日期:2005-06-06]

· 误诊分析 ·

膈右上结核性冷脓肿误诊为肝脏病变 1 例

刘 琪 胡代玉

患者男性:40岁,商人,2004年2月3日因咳嗽、发烧、盗汗、体重下降、精神、食欲明显减退半月,自服抗生素效果不佳,以发热待查被收入某市立医院,入院后胸片示“双侧肺野弥漫分布大小、密度、均匀的针尖状粟粒结节影”,诊断为“粟粒型肺结核”。经用异烟肼(H)、利福平(R)、乙胺丁醇(E)、吡嗪酰胺(Z)抗痨治疗和对症处理,不良症状很快得到控制,出院后继续上述药物抗痨治疗。2004年3月25日复查胸片,双肺粟粒结节性病灶较前略有减少。抗痨治疗80天复查胸片,双肺粟粒病灶已经完全吸收。抗痨治疗三个月后,停用吡嗪酰胺(Z),继续使用HRE治疗。2004年4月初一度出现恶心、呕吐、食欲不振等,经对症治疗后,胃肠功能恢复,在治疗胃肠不适的时候(2004年4月6日),曾在某市综合医院做“B超”检查:发现肝右叶囊性占位(肝囊肿大小约1.7×1.4cm,壁薄),继续服用抗痨药物治疗10月余。患者病情稳定、精神食欲良好。

2004年12月20日,因右上腹出现疼痛,伴发热、精神、食欲差、视力明显减退,到某市大型综合医院就诊行“彩色超声波”检查显示:肝右后叶膈顶部(肝上方、膈肌下方)见55×33mm的低回声结节,边界清楚,形态规则,内回声均质,加彩后未见确切血流信号。“彩超”报告为肝右后叶上方,膈肌下方实性占位,无血供,性质待查。进一步CT检查报告:肝脏CT扫描,肝右叶近第二肝门处低密度肿块,考虑肝脓肿可能性大;

右下肺炎症伴右下胸膜少许胸腔积液;肝右后叶小囊肿可能。胸片显示:右肋角变钝,於2004年12月22日以“肝脓肿、肺结核”被收入某大型综合医院肝胆外科住院治疗,入院后再次CT检查显示:肝右叶顶部占位,性质待查,右侧胸腔积液。核磁共振(MRCP)显示:右肝占位考虑肝癌,右侧胸腔积液。12月24日患者在全麻下行剖腹探查术,开腹后发现肝脏息

常,开胸后见膈上方病变为脓性液体,在脓液附近胸腔内无其它异常发现,术中作右膈上脓液清创引流,胸腔积液引流术,脓液化验检查为结核性冷脓肿液。术后给予抗炎、止血、补液及继续抗结核治疗,患者恢复良好,於住院16天出院。

讨 论:

结核性冷脓肿是由结核性炎性渗出物、干酪坏死组织聚积局部形成,脓肿局部一般无炎症红、肿、热、痛的特征,脓液通常为苍白、黄色、缺乏粘性,多发生在骨关节结核的周边组织,其它部位发生较少。本病例误诊原因是:(1)因冷脓肿的部位较特殊,而且该病例已明确诊断为“粟粒型肺结核”,患者服用抗结核药物后咳嗽、发烧、盗汗症状消失,精神、食欲明显好转,体重也逐渐恢复正常,复查胸片肺部病灶有明显吸收,正规抗结核药治疗10个月后,才有不典型的胃肠道症状出现,致使医生一般不会考虑结核性冷脓肿的发生。(2)因实验室多次检查(B超、CT、核磁共振)报告的都是肝脏疾患为主,虽然报告中也提到到右侧胸腔有少许积液,但都未引起足够的重视。(3)临床医师分析病案的时候未仔细询问患者的病史,不了解结核性冷脓肿形成的相关知识,2004年4月“B超”显示肝右后叶膈顶部(肝上方、膈肌下方)见55×33mm的低回声结节,边界清楚,形态规则,内回声均质,“肝脏”上的病变已从1.7增大到5.5cm,患者一直没有胃肠道不适的症状,如果是肝囊肿或是其它肝脏方面的病变,都应该有一些胃肠道方面的不良反应,如肝区胀痛、食欲不振、嗝气、恶心、呕吐、消瘦等。如果能在手术前根据患者的现有疾病,结合实验室检查的线索仔细分析,考虑患者的疾病可能来自胸部,应首先作剖胸探查术,避免了误行剖腹探查术减少病人不必要的损伤。

[收稿日期:2005-06-15]