

次痰培养,留标本前予苏打水嗽口,弃去第一、二口痰。如两次均为同一种真菌需做 3 次,记为 1 例;如 2 次为不同菌种或有 1 次无菌者,不必做第 3 次痰培养,也不能算做真菌性肺炎,记为 0。见表 1。

表 1 痰培养结果

分组	阴性人数	阳性人数	合计	感染率(%)
中药介入组	18	2	20	10
对照组	12	8	20	40
合计	30	10	40	25

采用 χ^2 分析, $\chi^2 = 4.8, P < 0.05$ 。对照组感染率高于中药介入组。

4 结论

抗生素广泛地应用于各种感染。在有效治疗病菌的同时,往往带来一系列诸如体内菌群失调、细菌耐药、二重感染等问题。引发真菌感染尤其肺部感染是其中一个值得注意的方面,本病以继发为主,不易根治,具有高发病率、高致死率、高复发率特征,目前还无法早期诊断。对高危人群如能

做到未病先防应更有价值,正如《类经·针刺类》云:“救其萌芽,治之早也。早者易,功收万全;迟者难,反因病以败其形。”治未病正是中医之所推崇。我们认为,在抗生素条件下应用中药预防首先需对抗生素负面因素进行分析:由于抗生素主治各类温病实邪,故应属性寒味苦易败胃之品;又因伴有各种副作用,尤易损害肝、脾、肾,而产生一系列症状。而此三脏均与水津气化运行有关,故易于造成痰湿秽浊内蕴,与机体阴虚内热合而发病。故治疗上应养阴清热、化湿和胃,区别于通常意义上的滋阴清热。薛氏参麦汤应用于此较为合适。临床应用,我们去人参力雄气壅而代以太子参温和之品,去莲子之苦寒,以生麦芽易谷芽并加生山楂以加强健运脾胃之力。加芦根、竹茹给邪以出路,加佩兰、藿香治此未病。《本草正义》称:“盖疫以气染入,无非湿浊秽病之熏蒸,感之者由口鼻吸入,胃先受之。芳香得清气之正。而藿香气味和平,不嫌辛燥,故助脾胃而无流弊。”佩兰性平,长于去陈腐,辟秽浊,两者相须为用,其力更大。取得了较好预防效果。

泌尿生殖道支原体培养及药敏结果分析

★ 徐晓红 (浙江省富阳市第二人民医院检验科 富阳 311404)

关键词:泌尿生殖道;解脲支原体;人型支原体;药物敏感试验

支原体是引起非淋菌性泌尿生殖道炎的重要病原体之一。近年来,泌尿生殖道支原体感染有上升的趋势,其耐药机制也不断变化。为了了解新登地区支原体感染现状和其耐药性,指导临床合理用药,对我院 675 例支原体培养阳性的药物敏感实验结果进行分析报道如下:

1 材料与方法

1.1 一般资料 所有资料均来源于我院 2005 年 1 月~2007 年 9 月间妇产科门诊的患者 1331 例,其中女性 1064 例,男性 267 例,男女之比为 1:4。

1.2 标本采集 女性患者用无菌棉拭子插入宫颈口 2~4 cm 处,旋转 2 周,停留片刻后取出放入运送培养基中立即送检。

1.3 试剂 采用珠海黑马生物工程有限公司生产的支原体培养基、鉴定、计数及药敏试验一体化试剂盒。板内包被的 12 种抗生素分别是四环素(TET)、左氧氟沙星(LEV)、红霉素(ERY)、交沙霉素(jos)、强力霉素(DOX)、环丙沙星(CIP)、氧氟沙星(OFL)、美满霉素(MIN)、罗红霉素(ROX)、阿奇霉素(AZI)、克拉霉素(CLA)、司巴沙星(SPA)。

2 结果

2.1 支原体阳性率和各种支原体分布情况 1331 例标本中 675 例支原体培养阳性,阳性率 51.00%;其中解脲支原体(un)阳性 487 例,占其阳性率 72.30%;人型支原体(Mh)阳性 18 例,占其阳性率 2.60%,Uu + Mh 阳性 170 例占其阳性率 25.10%。

2.2 药敏实验结果 敏感性最高强力霉素(95.16%)、克拉霉素(94.46%)、交沙霉素(92.39%)、美满霉素(92.04%)、

四环素(89.27%);敏感性最低为红霉素(2.08%)、环丙沙星(2.42%),结果见表 1。

表 1 支原体对 12 种抗生素的药物敏感率(%)

抗菌药物	敏感		中介		耐药	
	例数	敏感数	例数	中介数	例数	耐药数
强力霉素	624	95.16	24	3.94	9	13.35
克拉霉素	638	94.46	13	1.39	24	3.60
交沙霉素	624	92.34	18	2.71	33	4.90
美满霉素	621	92.04	18	2.71	36	5.25
四环素	603	89.27	28	4.26	44	6.47
左氧氟沙星	250	37.02	290	43.02	135	19.96
罗红霉素	229	33.91	303	44.96	143	21.13
阿奇霉素	163	24.22	358	53.10	154	22.37
司巴沙星	297	43.94	201	29.84	177	26.22
氧氟沙星	107	15.92	275	40.70	293	43.38
环丙沙星	16	2.42	246	36.43	413	61.15
红霉素	14	2.08	52	7.75	609	90.17

3 讨论

支原体是一种介于细菌和病毒之间的原核细胞型微生物,Un 和 Mh 是引起人类泌尿生殖道感染的重要病原体,其对机体的损伤已日益引起人们的高度重视,严重影响人类健康和生活质量。

药敏试验表明:支原体对交沙霉素、克拉霉素、强力霉素、美满霉素的敏感率平均大于 92.00%;次之为四环素、罗红霉素、左氧氟沙星、司巴沙星、阿奇霉素;对红霉素、环丙沙星显示耐药。单纯 Un 感染占感染支原体的绝大多数(72.30%);单纯 Mh 感染的较少(2.6%);值得注意的是 Un + Mh 混合感染率占 25.10%,比以往文献报道 Un + Mh 感染率 17.00% 增高,并有逐年上升趋势。

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