

急诊内科肺炎克雷伯菌引发肺部感染患者的用药分析

普春霖

玉溪市通海县人民医院 云南通海 652700

〔摘要〕目的 对急诊内科肺炎克雷伯菌导致肺部感染患者的用药情况予以分析。方法 选取本院 2007 年 1 月-2017 年 1 月急诊内科收治的 350 例肺部感染肺炎克雷伯菌患者, 对其用药与耐药性情况予以调查。结果 急诊内科常用药物包括头孢类占 26.57%、大环内酯类占 20.86%、喹诺酮类占 18%、青霉素类占 8.86%、氨基糖苷类占 8.86%、四环素类占 5.14%、硝基咪唑类占 4.29%、联合用药占 3.42%、其他占 4%; 鉴定分离出的 350 株肺炎克雷伯菌, 药敏试验结果显示其对药物的耐药率分别为: 头孢类占 61.14%、大环内酯类占 46.86%、喹诺酮类占 33.14%、青霉素类占 28.29%、氨基糖苷类占 28.29%、四环素类占 28.29%、硝基咪唑类占 19.14%。结论 急诊内科肺炎克雷伯菌导致肺部感染治疗的常用药物包括头孢类、大环内酯类等, 使用情况存在差异性, 耐药性和患者的临床用药相符合。

〔关键词〕急诊内科; 肺炎克雷伯菌; 肺部感染; 用药分析

〔中图分类号〕R563.1 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 04-0030-02

因为急诊内科的特殊性, 更容易引发医院感染。肺部感染属于急诊内科常见并发症, 症状表现为慢性肺病等, 感染致病菌类型有革兰阳性菌与真菌等, 最常见的致病菌为肺炎克雷伯菌。现阶段, 因为患者感染的反复出现, 频繁应用抗菌药物等治疗, 引发患者感染菌群持续变迁, 演变为菌株广泛的耐药趋势, 使肺部感染患者的治疗难度进一步加大^[1]。现对急诊内科肺炎克雷伯菌导致肺部感染患者的用药情况予以分析, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2007 年 1 月-2017 年 1 月急诊内科收治的 350 例肺部感染肺炎克雷伯菌患者, 都通过痰样本的微生物血检查确诊, 其中, 呼吸系统感染、消化系统感染、全身感染、泌尿生殖系统感染、皮肤感染、传染病感染、结核病感染、神经系统感染、其他类型感染分别有 110 例、69 例、54 例、36 例、25 例、21 例、10 例、6 例。有男 236 例, 女 114 例, 年龄 (60.12±8.63) 岁; 超过 60 岁患者出现发布感染较多, 占 70% 左右。

1.2 方法

由一些肺炎克雷伯菌感染患者中分离病原菌, 通过全自动细菌鉴定仪对肺炎克雷伯菌予以分析, 耐药性采用 K-B 法予以分析, 按照 2015 年 NCCLS 标准对菌株药敏试验结果予以判定。药敏实验用药品都由哈药六厂生产, 包括头孢类、青霉素类等。

1.3 统计学分析

借助 SPSS21.0 统计软件, 对患者的感染情况与耐药情况等予以整理与统计。

2 结果

2.1 药物使用情况

急诊内科常用药物包括头孢类占 26.57%、大环内酯类占 20.86%、喹诺酮类占 18%、青霉素类占 8.86%、氨基糖苷类占 8.86%、四环素类占 5.14%、硝基咪唑类占 4.29%、联合用药

占 3.42%、其他占 4%。

表 1 药物使用情况

抗菌药物	例数 (n)	所占比例 (%)
头孢类	93	26.57
大环内酯类	73	20.86
喹诺酮类	63	18.00
青霉素类	31	8.86
氨基糖苷类	31	8.86
四环素类	18	5.14
硝基咪唑类	15	4.29
联合用药	12	3.42
其他	14	4.00
总计	350	100.00

2.2 耐药情况分析

如表 2: 鉴定分离出的 350 株肺炎克雷伯菌, 药敏试验结果显示其对药物的耐药率分别为: 头孢类占 61.14%、大环内酯类占 46.86%、喹诺酮类占 33.14%、青霉素类占 28.29%、氨基糖苷类占 28.29%、四环素类占 28.29%、硝基咪唑类占 19.14%。

表 2 耐药情况分析

药物名称	耐药性		敏感性	
	株数 (n)	耐药率 (%)	株数 (n)	耐药率 (%)
头孢类	214	61.14	136	38.86
大环内酯类	164	46.86	186	53.14
喹诺酮类	116	33.14	234	66.86
青霉素类	99	28.29	251	71.71
氨基糖苷类	99	28.29	251	71.71
四环素类	99	28.29	251	71.71
硝基咪唑类	67	19.14	282	80.86

3 讨论

肺部感染属于急诊内科常见的并发症, 对患者的生命安全有直接威胁。肺部感染的常见致病菌为肺炎克雷伯菌, 感染因素包括基础疾病与医源性两类: 长时间治疗的急诊内科

(下转第 32 页)

作者简介: 普春霖 (1976.5-), 云南通海, 汉族, 主治医师, 本科, 主要从事临床急诊科工作。

观察组近期疗效有效率 (26.0%) 显著高于对照组 (8.0%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组近期疗效比较 [n(%)]

组别	例数	有效	无效	有效率
观察组	50	45	5	90.0
对照组	50	37	13	74.0
χ^2				4.136
P				0.042

2.3 病死率及预后疗效比较

表 3 两组病死率及预后疗效比较 [n(%)]

组别	例数	病死率	预后疗效有效率
观察组	50	3 (6.0)	13 (26.0)
对照组	50	10 (20.0)	4 (8.0)
χ^2		4.332	5.741
P		0.037	0.017

观察组病死率 (6.0%) 显著低于对照组 (20.0%), 预后疗效有效率 (26.0%) 显著高于对照组 (8.0%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

3 讨论

高血压脑出血起病急骤、恶化快, 可在数分钟至数小时内发展到高峰, 导致偏瘫、瞳孔变化、颅内压增高、呼吸困难等严重不良反应, 已经成为我国临床研究中致死病因的主要病症之一^[4-5]。目前临床治疗主要以外科手术为主, 不同手术方式的选择对高血压脑出血的救治及预后起着重要作用。

传统的大骨瓣开颅血肿清除术能够充分显露出血部位, 术野清晰, 能彻底清除血肿, 但手术创伤较大, 持续时间较长。经软通道微创颅内血肿清除术采用微创方式治疗, 手术适应证较宽, 不受患者年龄、病情、麻醉等方面限制, 操作简单, 能显著减轻手术创伤, 缩短手术时间^[6]。本研究中观察组手术时间、术中出血量及住院时间显著优于对照组, 近期疗效有效率显著高于对照组, 表明经软通道微创颅内血肿清除术能显著改善手术情况, 降低术中出血量。同时本研究还发现观察组病死率显著低于对照组, 预后疗效有效率显著高于对

对照组, 即经软通道微创颅内血肿清除术预后疗效显著优于大骨瓣减压血肿清除术, 与近年来研究报道一致^[7-8]。其原因可能与以下几点有关: ①手术过程中能有效避开皮层大血管和脑组织重要功能区, 减轻对脑组织的直接损伤; ②手术时间短, 创伤小, 术后恢复快, 并发症少; ③术中出血量少, 一般不需二次颅骨修补, 减轻患者负担。

综上所述, 经软通道微创颅内血肿清除术能有效降低高血压脑出血患者术中出血量, 改善患者预后, 降低疾病病死率高, 具有较高临床应用价值。

[参考文献]

- [1] 余鹏飞, 麦兴进, 符树强, 等. 不同手术方式治疗高血压脑出血的疗效比较及复发影响因素分析 [J]. 重庆医学, 2015, 44(13):1839-1841.
- [2] 刘彦西, 郝东宁, 周峰, 等. 高血压脑出血患者不同手术治疗的疗效及预后分析 [J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(19):83-85.
- [3] 黄春刚, 郭金栓, 张国栋, 等. 定向软通道微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的疗效观察 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(2):17-19.
- [4] 常奎, 徐敬斌, 马思贤. 软通道微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血 30 例 [J]. 蚌埠医学院学报, 2015, 40(2):203-204.
- [5] 翟延青. 超早期软通道微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的可行性及效果分析 [J]. 中国实用医刊, 2017, 44(1):41-43.
- [6] 皮水平, 刘杰. 微创软通道血肿清除术治疗高血压脑出血 62 例疗效观察 [J]. 医学信息, 2016, 29(18):184-184.
- [7] 杜宏瑞, DuHongrui. 微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床疗效 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 2(22):90-92.
- [8] 熊国文. 定向软通道微创术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血疗效对比研究 [J]. 中国现代医生, 2015, 53(27):30-33.

(上接第 30 页)

患者的免疫功能降低, 大部分患者还需要进行化学药物治疗, 为肺炎克雷伯菌素的侵入提供条件; 并且 2 代头孢菌素的应用导致呼吸道分泌物在肺泡中坠积, 儿童患者机体清除分泌物能力与防御能力下降, 本身微生物结构受到破坏, 菌群移位失调, 致使肺炎克雷伯菌大量繁殖, 引发患者肺部感染的几率明显增加。另外, 住院患者如果进行手术治疗, 手术极易对肺部造成挤压, 对肺门与支气管产生刺激作用, 使急诊内科患者的自主呼吸功能明显减弱, 使肺部感染几率增加。所以, 急诊内科患者肺部感染已受到临床的充分关注^[2]。因为医院治疗中采用大量抗菌药物, 引发患者肺部感染的致病菌对多种抗菌药物出现一定耐药性, 其直接影响肺部感染的治疗效果, 对急诊内科患者致病菌感染情况及时监控, 便于治疗中合理选择临床药物。

急诊内科就诊患者一般会先进行手术抢救治疗, 会面临不同病原菌的感染, 防治感染类疾病, 主要是在对病原菌分离鉴定与药敏试验结果的前提下, 借助合理选择抗生素来完成的。但急诊内科患者具有起病迅速与病情严重的特点, 就诊过程中医生几乎没有确诊检查时间, 要求主治医生根据患

者的症状表现, 在较短时间内确定治疗方案, 所以, 在急诊内科采用抗菌药物时, 经验性用药占大部分比例, 抗菌药物选择的合理性对患者预后有积极影响, 除了可对患者病情发展有效控制以外, 还可以对耐药性的发展严格控制。所以, 急诊内科医师需对相关感染类疾病的临床特点与抗生素适应证充分掌握, 注意联合用药, 使临床经药性用药的准确性进一步提高^[3]。

总之, 急诊内科常用抗菌药物包括头孢类、大环内酯类、喹诺酮类等, 且不同药物的使用情况存在差异, 耐药情况和肺部感染患者的临床用药相符。

[参考文献]

- [1] 杨朵, 李娜, 辛续丽, 等. 北京世纪坛医院亚胺培南耐药肺炎克雷伯菌院内感染流行病学调查 [J]. 重庆医学, 2017, 46(7):941-942.
- [2] 郭世辉, 李泰阶, 李萌, 等. 2006—2015 年肺炎克雷伯菌耐药性监测 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(18):4089-4092.
- [3] 李小侠, 马娟, 程倩, 等. 成人患者全自动血液培养病原菌分布及药敏分析 [J]. 现代检验医学杂志, 2017, 32(6):102-105.