

2.2 两组胃镜下主要表现 治疗前后比较,两组治疗后胃镜下表现均有不同改善,治疗组疗效优于对照组。见表 2。

2.3 两组不良反应比较 两组均有 3 例出现便秘、眩晕、食欲降低。几天后自行好转。

表 1 两组临床表现疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	72	54	18	0	100.0
对照组	60	38	11	11	81.7

表 2 两组胃镜下主要表现治疗前后比较(n)

组别	时间	糜烂	充血	出血	溃疡
治疗组	治疗前	72	72	56	56
	治疗后	12	4	3	3
对照组	治疗前	60	60	50	50
	治疗后	10	18	10	10

注:糜烂,充血,出血,溃疡组间比较 $\bar{x}$ 分别为 5.87、6.41、5.26、5.26, $P<0.05$ 。

3 讨 论

胃诸多病症究其原因均有一个共同点:胃黏膜血流缓慢,微循环灌注不良,胃黏膜血流量减少,微血栓形成,胃黏膜缺血坏死,出现病变。

胃黏膜血流(GMBF)直接反映胃黏膜微循环灌注的状态,与胃溃疡和糜烂出血等的愈合密切相关。胃黏膜表面血管网丰富,黏膜受损则易出血。关于胃黏膜血液供应在溃疡病与胃黏膜病变中的发生所起作用,李益农和陆星华^[1]在 1986 年应用激光多频勒血流仪(PF2)对胃溃疡和胃黏膜病变的患者进行了研究。证明了患溃疡及胃黏膜病变的患者全胃 GMBF 均值均较正常人低。其中溃疡边缘与全胃平均 GMBF 的关系显示,活动期溃疡时,溃疡边缘血流量为(2.19±0.24)mL,全胃平均血流量为(2.34±0.19)mL,前者明显低于后者($P<0.05$),经系统治疗溃疡后溃疡边缘 GMBF 迅速升高,达到(3.31±0.16)mL,反而显著高于全胃 GMBF(2.86±0.15)mL,溃疡边缘血流量的明显增高为溃疡的修复和愈合提供了物质基础,胃黏膜微循环灌注不良,不但与溃疡、胃黏膜糜烂出

血等的形成有关,而且与它们的发展、愈合都有密切关系^[1]。2000 年全国性胃炎研讨会共识意见认为 HP 感染是其主要原因。并认为胃黏膜一定程度的退行性病变与供血不足致胃黏膜营养不良、分泌功能低下、黏膜屏障功能减退有关。云南白药组成中主要成份有三七、冰片、麝香、重楼、白及等多种中草药制成。三七主要归肝胃经,有化瘀止血、活血定痛、祛腐生肌等功效。现代药理研究证明三七总苷能明显增加血流量,增加微循环,可用于需要改善微循环的各种病程中辅助治疗,有研究表明三七对 HP 有抑制作用^[2]。云南白药药理实验证明其能有效降低毛细血管通透性,改善胃肠黏膜的微循环,减少炎性渗出,消除黏膜水肿,抑制腹痛,同时促进溃疡愈合。云南白药能降低血的黏度,改善血液的血流状态,加快微循环的血流速度,能有效促进胃黏膜病变周围的 GMBF,使炎症水肿迅速消退。动物实验证明,云南白药能增强巨噬细胞的吞噬功能,增强机体的免疫力,并有抑制前列腺素、组胺的释放,促进肾上腺素分泌的功能。因此云南白药可有效地减少病变部位的炎性渗出,抑制病变部位,加快病变的好转及愈合^[3]。

雷贝拉唑是新一代质子泵抑制剂,它属于 H⁺、K⁺-ATP 酶抑制剂,制酸作用强于奥美拉唑,与其他质子泵抑制剂一样,对幽门螺杆菌是有明显的体外抗菌活性,与抗生素同时使用时可有效地消除幽门螺杆菌感染,加用阿莫西林与克拉霉素一起能有效清除幽门螺杆菌。通过临床实践证明,活动期胃溃疡伴出血及糜烂出血,胃黏膜急性病变出血等患者,在常规的三联疗法的基础上,加用云南白药促进胃黏膜的 GMBF,改善胃黏膜的微循环,能有效促进胃溃疡的愈合,出血的消失,糜烂面的痊愈及好转,明显缩短病程,提高疗效,值得临床推广。

参考文献

[1] 李益农, 陆星华. 消化内镜学[M]. 北京:科学出版社, 1996.
[2] 张万岱,王继德. 幽门螺杆菌研究的最新进展[J]. 新消化病学杂志,1994,2(1):10-12.
[3] 杨巨才. 云南白药的药理作用[M]. 北京:北京科学出版社,1996:5.

(收稿日期:2010-03-05)

120 例烧伤患儿医院感染分析

彭玉芳(湖北省黄石市第五人民医院 435005)

【摘要】 目的 为了进一步预防患儿的医院感染的发生。**方法** 采用回顾性调查方法。**结果** 医院感染发生率为 61.67%,其中感染部位以上呼吸道为主,占医院感染例次的 33.78%,住院时间越长,感染发生率越高,其中以革兰阴性菌且多为条件致病菌为主,占 52.61%,革兰阳性菌占 36.96%,真菌占 10.43%,药敏实验对第 2 代头孢类耐药性增加,肠球菌对青霉素类、部分头孢第 2 代产生耐药。**结论** 医院感染与住院时间、患儿免疫功能低下、抗生素的应用密切相关,病原菌的耐药率呈增加趋势,故合理使用抗生素显得尤其重要。

【关键词】 烧伤; 医院感染; 儿童
DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.17.059
中图分类号:R729 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)17-1889-02

为了进一步预防烧伤患儿医院感染的发生,作者对本院烧伤科 2006 年 3 月至 2009 年 5 月住院烧伤患儿进行了医院感染的调查分析,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 对自 2003 年 3 月至 2008 年 5 月住院的 120 例烧伤患儿进行回顾性调查分析,其中男 76 例,女 44 例,年龄

1~14 岁。

1.2 方法 对烧伤创面或痂下物进行细菌培养,加药敏分析,按调查内容进行统计,判断医院感染是依据卫生部 2000 年发布的《医院感染规范》为标准。

2 结 果

2.1 不同住院时间医院感染及构成比 120 例烧伤患儿发生医院感染 74 例,医院感染发生率为 61.67%。其中住院时间超过 50 d 为医院感染发生高峰,共 40 例,占 33.3%;住院时间在 30~50 d 为 16 例,占 13.3%;住院时间在 15~30 d 为 11 例,占 9.17%;少于 15 d 为 7 例,占 5.83%。

2.2 医院感染发生部位构成比 医院感染 74 例中,肺部感染为 25 例,占 20.83%;消化道感染 22 例,占 18.33%;泌尿系感染 12 例,占 10%;口腔感染 6 例,占 5.0%。

表 1 检出微生物类型构成比

微生物		例次	构成比(%)
革兰阴性菌	铜绿假单胞菌	37	16.09
	大肠埃希菌	26	11.30
	沙雷菌	20	8.69
	棒状杆菌	11	4.78
	克雷伯菌	10	4.34
	产气杆菌	8	3.50
	阴沟肠杆菌	5	2.17
	变形杆菌	4	1.74
革兰阳性菌	金黄色葡萄球菌	20	8.70
	肠球菌	18	7.83
	微球菌	16	6.96
	枯草杆菌	11	4.78
	表皮葡萄球菌	9	3.91
	甲型链球菌	8	3.48
	不动杆菌	3	1.30
真菌	白色念珠菌	24	10.43
合计		363	100.00

表 2 抗生素种类使用构成比

抗生素	使用例次	构成比(%)
青霉素	52	33.98
头孢呋辛	38	24.84
哌拉西林	21	13.73
阿莫西林	15	9.81
头孢噻肟	13	8.49
头孢曲松钠	12	7.84
氨苄西林/舒巴坦	2	1.31
合计	153	100.00

2.3 生物分布及构成比 74 例医院感染病例中从患儿创面

及痂下分泌物中培养出微生物 230 株,其中革兰阴性菌 121 株,占 52.61%;革兰阳性菌 85 株,占 36.96%;真菌 24 株,占 10.43%,见表 1。

2.4 抗生素使用 120 例烧伤患儿中有 105 例使用过抗生素治疗,使用率达 87.5%,见表 2。

2.5 药敏实验结果 结果表明大肠埃希菌对阿莫西林 100%耐药,铜绿假单胞菌对头孢呋辛、阿莫西林、氨苄西林及氨苄西林/舒巴坦的耐药率均达 100%,对头孢他啶的耐药率为 85%,对青霉素、头孢曲松钠(罗嗦)的耐药率 50%;金黄色葡萄球菌对青霉素耐药也是 100%,对阿莫西林、氨苄西林耐药率为 75%,但对苯唑西林仍然敏感;肠球菌对青霉素、哌拉西林、苯唑西林、阿莫西林、头孢呋辛等耐药率均达 75%以上。

3 讨 论

以上资料表明医院感染发生率为 61.67%,其中以创面感染、呼吸道感染及消化道感染为主,其次是泌尿系感染和口腔感染。大面积烧伤患儿由于应激反应和免疫功能低下等原因易发生医院感染,故保持病房温度和相对湿度是空气中细菌含量至关重要的因素。结果还表明医院感染与住院时间的长短呈正相关,住院时间越长医院感染的耐药越高,因此耐药菌株是医院感染的必备条件。故长期住院的烧伤患儿需加强其营养与基础护理,采取相应的保护隔离措施以预防外源性感染尤为重要。

经过检出的常见病源菌分析,革兰阴性菌是引起感染的主要感染菌,占 52.61%,主要为铜绿假单胞菌、大肠杆菌、沙雷菌等;革兰阳性菌占 36.96%,依次为金黄色葡萄球菌、肠球菌、微球菌等;真菌感染为 10.43%,以白色念珠菌为主。药敏实验显示,铜绿假单胞菌对头孢二代 100%耐药,对头孢三代的耐药率为 50%左右。大肠埃希菌除对阿莫西林 100%耐药外,其余抗生素均较敏感。金黄色葡萄球菌对青霉素 100%耐药,但对苯唑西林敏感。肠球菌对青霉素类抗生素均耐药,对少数头孢二代抗生素如阿莫西林、头孢呋辛等 100%耐药,故抗生素的使用加重了耐药菌株的形成。烧伤多是以应用抗革兰阴性菌的抗生素为主,培养出的革兰阴性杆菌为其主要耐药优势菌群,其次是真菌,说明随着新的抗生素的出现和不断应用,大多数菌株的耐药性逐年增加,为广谱抗生素使用所致^[2]。因此杜绝感染的途径,首先是医护人员要严格无菌操作,为烧伤患儿操作前要严格浸泡双手,保证医用物品及时消毒、定期更换患儿使用的物品、保护患儿烧伤创面干燥、防止再损伤、定时对病房进行消毒;其次是保持病房空气的干湿度,和严格控制监护人员及探视人员、严格合理使用抗生素及严格控制广谱抗生素的使用,做到治疗前进行微生物学的监测,使抗生素的使用更加合理、更加准确,减少患者不必要的感染。

参考文献

[1] 汪奇伟,汪先春,王金兰.86 例小儿白血病医院感染分析[J].中华医院感染学杂志,1998,8(3):160.

[2] 李家泰,Weinstein AJ,杨敏,等.中国细菌耐药监测研究[J].中华医学杂志,2001,81(1):8-15.