

3 讨 论

本院大肠埃希菌产 ESBLs 菌株的检出率(65.6%)高于克雷伯菌属产 ESBLs 菌株(54.0%),二者检出率均高于 2007 年湖北省地区为 57.2%和 37.8%的报道^[1],但与 2007 年武汉地区为 74.3%和 51.3%的报道^[2]基本一致,说明本院耐药现象日趋严重。产 ESBLs 大肠埃希菌和克雷伯菌属对所测试的大部分药物的耐药率均高于非产 ESBLs 菌株($P<0.05$)。本院变形杆菌属对大多抗菌药物耐药率表现较低;但肠杆菌属、枸橼酸杆菌属和沙雷菌属表现为对大多抗菌药物耐药或高度耐药,这与其产 ESBLs 外,还与产 AmpC 酶^[3]有关;志贺菌属对氨苄西林的耐药率很高,已经不应再作为临床治疗和首选药,腹泻病原菌的治疗首选喹诺酮类抗菌药物^[4]。

不发酵糖革兰阴性菌铜绿假单胞菌、嗜麦芽窄食单胞菌和不动杆菌属感染日益增多,分别占革兰阴性杆菌的第 2、6、7 位,其耐药性亦非常严重,铜绿假单胞菌除对头孢他啶、氨曲南和环丙沙星的耐药率均不高于 14.0%,对其他抗菌药物耐药率均大于 30.0%;不动杆菌属耐药率较高,除对亚胺培南耐药率 6.9%、哌拉西林-他唑巴坦耐药率为 34.5%外,对多数测试的抗菌药物耐药率在 42.0%~83.0%;嗜麦芽窄食单胞菌药敏谱与汪复等^[5]和杨青等^[6]基本一致,本院对亚胺培南耐药率 100.0%,对米诺环素的抗菌活性较高,97.0%的敏感,对喹诺酮类敏感率在 60.0%上下。

细菌的高耐药性已是全球医学专家关注的话题,为遏制耐药性的增长,应加强抗菌药物的监督管理,合理使用抗菌药物,同时注重医院感染的控制,从而延缓耐药菌株的发生与传播。

参考文献

- [1] 李丽,简翠,孙自镛,等. 2007 年湖北省细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志,2009,8(6):466-470.
- [2] 简翠,孙自镛,李丽,等. 2007 年武汉同济医院细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志,2009,9(1):42-47.
- [3] 田磊,李莉,张蓓,等. 阴沟肠杆菌产 AmpC 酶与 ESBLs 的研究[J]. 中华医院感染学杂志,2009,19(15):1941-1943.
- [4] 李景云,马越,张力,等. 临床 52 家医院常见分离菌株的药物敏感性监测[J]. 中华检验医学杂志,2006,29(5):452-457.
- [5] 汪复,朱德妹,胡付品,等. 2007 年中国 CHINET 细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志,2008,8(5):352-353.
- [6] 杨青,诸葛小玲,腾敏. 4 551 株临床分离细菌耐药性分析[J]. 浙江检验医学,2007,5(2):3-7.

(收稿日期:2012-01-03)

呼吸抑制气管插管对重型颅脑损伤治疗体会

郑 荣(重庆市九龙坡区第一中医院神经外科 400080)

【摘要】 目的 探讨静脉复合丙泊酚在重型颅脑损伤急救中的作用。**方法** 回顾性分析 43 例重型颅脑损伤患者,在急救过程中静脉复合丙泊酚,早期控制气道,积极预防并发症的作用。**结果** 本组中低氧血症 40 例得到纠正,有效防止了误吸的发生,加强了对气道的管理,颅内高压得到改善。**结论** 合理使用丙泊酚明显减少了颅脑损伤急救中的并发症,为后期治疗创造了条件,提高了颅脑损伤患者抢救的成功率。

【关键词】 静脉复合丙泊酚; 气管插管; 重型颅脑损伤

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)13-1655-02

重型颅脑损伤指伤后格拉斯哥昏迷(GCS)评分小于或等于 8 分,且持续 6 h 以上的严重创伤,是目前创伤致死重要原因之一,重型颅脑损伤是神经外科疾病中治疗的难点之一。及时救治、合理的手术治疗以及防治并发症等是降低重型颅脑损伤病死率的关键。2006 年 1 月至 2010 年 12 月本院收治重型颅脑损伤患者 43 例,回顾分析该类患者急救处理方法,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 43 例,男 31 例,女 12 例,年龄 17~78 岁。致伤原因:车祸伤 22 例,坠落伤 6 例,打击伤 4 例,挤压伤 3 例。损伤类型:脑挫裂伤并硬膜外、硬膜下血肿 21 例,颅内血肿 32 例。合并症:口腔颜面损伤 15 例,腹部损伤 10 例,胸部损伤 8 例,四肢躯干多发性骨折及其他 7 例,脑疝 5 例,多发性肋骨骨折伴创伤性湿肺 2 例。临床主要表现按 GCS 评分:3~5 分 13 例,6~8 分 30 例,其中 30 例有不同程度的意识障碍、呼吸抑制(R 8~12/min)和脑膜刺激征,清醒、呼吸急促($R>25/\text{min}$),P:80~165/min, BP 90~19/40~100 mm Hg,血氧饱和度 60%~90%。43 例均早期气管插管。

1.2 方法

1.2.1 患者入室后监测生命体征及血氧饱和度,迅速清理呼

吸道的血性分泌物及呕吐物,保证气道畅通、面罩给氧、迅速开放 2~3 条静脉通道,快速评估。

1.2.2 静脉注射丙泊酚 0.5~2.0 mg/kg,注射时间为 15~30 s。操作者自注射丙泊酚时即以双手托颌法打开气道的同时观察注射丙泊酚后的生命体征变化,无创通气 30 s 后快速经口(或经鼻)明视下气管插管,连接呼吸机,调节呼吸模式。

1.2.3 维持用生理盐水 500 mL+维库溴胺 28 mg+丙泊酚 1 400 mg+咪达唑仑 50 mg 静脉滴注(10~15 滴/分),呼吸机辅助呼吸 12~16/分,血氧饱和度 95%以上。严密观察生命体征变化,保证循环呼吸功能稳定,完善血生化、影像检查等,以指导治疗。同时积极处理并发症。对创伤性湿肺患者作者采用纤支镜通过气管插管冲洗肺部,对保证患者气道通畅有明显效果。

2 结 果

经急救处理及气管内插管,呼吸机控制呼吸后,40 例患者血氧饱和度均能迅速得到改善(95%~100%);但有 3 例患者插管前已发生误吸,气管插管后血氧饱和度仅由 76%升至 91%,伴有气道压力升高(30 cm H₂O),经积极吸引、冲洗等处理后气道压力降至 10~20 cm H₂O,血氧饱和度升至 95%;4 例病情发展快速,脑压升高迅速,形成脑疝,心跳骤停,经抢救

无效死亡;全组早期静脉复合丙泊酚后再插管成功率为 98%;插管应激反应:呛咳 3 例;支气管痉挛 4 例;躁动、抽搐、呕吐症状明显减轻。

3 讨 论

在重型颅脑损伤中,约有 46% 的患者存在意识恢复期间的低氧血症并且引起非常严重的后果^[1],严重颅脑损伤患者早期建立气道通畅是防止脑缺血的主要方法。由于气道阻塞造成意识障碍,所以 GCS≤8 分的患者都需要气管插管和辅助通气。一些患者可能同时还存在进一步损害供氧的情况,如连枷胸、血胸或气胸、上呼吸道外伤和颈椎损伤。伤后 1 h 为颅脑损伤救治的黄金时间,50% 的患者在此阶段救治可以挽回生命。早期低氧血症的发生率为 48%~72%。Udekwu 等^[2]报道了 116 例脑外伤后能说话患者的死亡原因,认为首位并发症即为低氧血症。患者因创伤、窒息、昏迷,其吞咽、咳嗽反射减弱或消失,气道分泌物排出困难以及呕吐物或胃内容物反流误吸,肺泡表面活性物质分泌不足,肺间质水肿,肺泡内渗液,肺不张,从而导致低氧血症。脑实质淤血水肿,中枢性呼吸功能不全,换气量不足所致的呼吸功能障碍,并进一步引起继发性脑损伤。因此,重型颅脑损伤患者抢救中及时气管插管,保持呼吸道通畅是治疗的关键措施之一。气管插管术是急救工作中常用的重要抢救技术,是呼吸道管理中应用最广泛、最有效最快捷的手段之一。是医务人员必须熟练掌握的基本技能,对抢救患者生命、降低病死率起着至关重要的作用,且能够及时吸出气管内分泌物或异物,防止异物进入呼吸道,保持呼吸道通畅,进行有效的人工或机械通气,防止患者缺氧和二氧化碳潴留。气管插管最佳时机为呼吸衰竭早期,即患者表现为呼吸肌乏力、呼吸道分泌物增多、发绀、意识障碍(浅昏迷)时立即进行气管插管,保证有效通气,改善缺氧,提高患者的存活率、减少致残率,及时纠正缺氧,一定不要等到呼吸停止,深度昏迷时才

进行气管插管^[3-4]。重度颅脑损伤患者伴有昏迷、躁动、抽搐等。损伤重、并发症多、病情变化快。实施清醒插管患者难以配合,而且呛咳可能加重颅内高压和加重脑缺氧。在最短时间内经静脉复合丙泊酚麻醉插管,通过控制呼吸、保证氧供、减少 CO₂ 蓄积、减少脑血管扩张,可降低颅内压,避免用药物或操作引起颅内压增高。丙泊酚为烷基酚类短效麻醉药,通过激活 GABA 受体——氯离子复合物,发挥镇静催眠作用。其药理作用有起效快、作用时间短的特点,能降低颅内压,减少脑耗氧量^[5-6]。

参考文献

- [1] Chesnut RM, Marshall LF, Marshall SB. Medical management of intracranial pressure[M]. 3rd ed. In Cooper PR (ed): Head Injury, 1993; 225-246.
- [2] Udekwu P, Kromhout-Sehiro S, Vaslef S, et al. Glasgow coma scale score, mortality, and functional outcome in headinjured patients[J]. J Trauma, 2004, 56(5): 1084-1089.
- [3] 王秀聪. 重型颅脑损伤呼吸道护理体会[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(14): 2158-2159.
- [4] 陶征, 荣英. 重型颅脑损伤人工气道的护理[J]. 中国社区医师, 2010, 12(7): 140.
- [5] 甘国胜, 宋晓阳, 余剑波, 等. 异丙酚对急性颅脑外伤手术脑保护作用的临床研究[J]. 解放军医学杂志, 2005, 30(10): 923.
- [6] 张利华. 颅脑外伤病人气管插管的护理[J]. 临床和实验医学杂志, 2008, 7(2): 189.

(收稿日期: 2011-12-31)

艾滋病患者血培养结果分析

李圣聪, 柳丽娟(福建省福州市传染病医院检验科 350025)

【摘要】 目的 了解福州地区艾滋病患者血液感染状况。**方法** 采用回顾性统计的方法,统计 2008 年 1 月至 2010 年 6 月收治的 273 例艾滋病患者血培养检测结果,并进行分析。**结果** 273 例患者血培养检测,共检出 67 例阳性标本,阳性率为 24.5%。其中马尔尼菲青霉菌 42 例、革兰阴性杆菌 12 例、其他真菌 6 例、葡萄球菌 3 例,其他 4 例。马尔尼菲青霉菌感染占阳性标本的 62.7%。**结论** 福州地区艾滋病患者合并血液感染比例较高,其中马尔尼菲青霉菌感染居首位,应引起临床医生的重视,应积极进行血液、骨髓培养或其他病理学检查,以明确诊断。

【关键词】 马尔尼菲青霉菌; 获得性免疫缺陷综合症; 血培养

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 13. 068 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)13-1656-02

艾滋病(AIDS)患者免疫力低下,易合并各种机会性感染。在东南亚, AIDS 患者合并感染依次是结核杆菌、隐球菌、马尔尼菲青霉菌,而在香港,约有 10% AIDS 患者感染马尔尼菲青霉菌。本文对本院收治的 273 例 AIDS 患者血培养结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 1 月至 2010 年 6 月 273 例本院收治的 AIDS 患者,所有患者均经福建省或市疾病预防控制中心用免疫印迹试验(Western blot)确认人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体阳性,诊断均符合 2006 年中华医学会感染病分会 AIDS 学组制定的 AIDS 诊断标准^[1]。

1.2 方法 所有患者在住院期间进行血培养检测。均使用需氧树脂瓶和溶血素瓶(适于真菌、结核菌生长)采集标本同时送

检,采用 BD 公司的 BACTEC9120 全自动血培养仪培养,待阳性报警后,同时转种沙保罗平板及血平板,沙保罗平板分别置于 37℃ 和 25℃ 孵育,血平板置 37℃ 孵育。若为真菌生长,分别在 24、48、72 h 观察两种温度下菌落形态、产色素情况,分别取菌落制成湿片置高倍镜下观察真菌孢子和菌丝形态(酵母样真菌移种显色培养基)。根据菌落及镜下形态、产生的色素及 25℃ 和 37℃ 培养的双相菌特点鉴定。其他细菌采用法国梅里埃 API 鉴定系统鉴定。

2 结 果

2008 年 1 月至 2010 年 6 月, 273 例 AIDS 患者血培养检测共检出阳性标本 67 例,阳性率为 24.5%,其中马尔尼菲青霉菌 42 例、革兰阴性杆菌 12 例、其他真菌 6 例、葡萄球菌 3 例、