

1.2 方法 cTnT 测定采用罗氏公司专用诊断试剂,仪器为德国产 cobas-e-601 电化学发光分析仪。

1.3 统计学处理 SPSS10.0 软件进行 *t* 检验、方差分析及卡方检验,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,计数资料采用率表示, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 不同性别的差异 按性别分组后,病毒性心肌炎各组及健康对照组男女间差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 72 名健康对照者进行肌钙蛋白检测 结果 cTnT 全部为阴性。

2.3 204 例急性病毒性心肌炎患者入院 24 h 内检查结果 cTnT 阳性 92 例(≥ 0.1 ng/mL 为阳性),阳性率(45.0%)。

2.4 急性病毒性心肌炎患者入院 1、2、3 周及 3 个月后各检测项目复查结果 204 例病毒性心肌炎患者经抗病毒治疗、免疫调节及对症处理等治疗后,分别在入院后 1、2、3 周及 3 个月时复查上述指标。结果显示在连续监测中 cTnT 阳性率显著增高(表 1)。

表 1 急性病毒性心肌炎 204 例患者检测指标动态变化			
入院时间	<i>n</i>	cTnT($\bar{x}\pm s$, $\mu\text{g/L}$)	异常率[<i>n</i> (%)]
1 周	204	0.61 $\pm$ 1.57	88(43.1)
2 周	204	0.38 $\pm$ 1.34	62(30.4)
3 周	204	0.12 $\pm$ 0.96	88(43.1)
3 个月	204	0.02 $\pm$ 0.02	18(8.9)

表 2 cTnT 阳性组与 cTnT 阴性组治愈率比较[<i>n</i> (%)]			
组别	<i>n</i>	1 个月治愈率	3 个月治愈率
cTnT 阳性组	92	12(13.0)	60(65.2)
cTnT 阴性组	112	46(41.0)	100(89.3)

2.5 cTnT 阳性组与 cTnT 阴性组治愈率比较 按照临床治愈标准,临床症状及体征消失、实验室检查正常、X 线及心电图正常为治愈。作者分别将 cTnT 阳性组、cTnT 阴性组 1~3 个月的治愈率进行了比较:cTnT 阳性组 1 个月的治愈率(13.0%,12/92)显著低于阴性组(41.0%,46/112, $P<0.05$),3 个月的总治愈率 cTnT 阳性组(65.2%,60/92)明显低于阴性

组(89.3%,100/112, $P<0.05$),见表 2。

3 讨 论

病毒性心肌炎病变多属于局灶性,心肌坏死量小,故心肌酶谱变化较小、较轻,或不发生改变,而且心肌酶谱的变化缺乏足够的心肌灵敏度和特异性^[3-4]。因此,对病毒性心肌炎的诊断价值有限。本研究中 72 名健康对照组 cTnT 结果全部为阴性,提示 cTnT 对诊断病毒性心肌炎特异性最好。

通过对急性病毒性心肌炎患者入院后 1、2、3 周及 3 个月时 cTnT 指标的连续性检测证实,cTnT 在病毒性心肌炎的整个病程中阳性率显著增高。表明 cTnT 对病毒性心肌炎的诊断特异性、敏感性明显较高,且其诊断窗口期更长^[5-7]。因此作者认为,在病毒性心肌炎的诊断中,cTnT 具有更好的应用前景。

本资料中,急性病毒性心肌炎患者 cTnT 阳性组 1 个月的治愈率及 3 个月的总治愈率均低于阴性组($P<0.05$),表明 cTnT 阳性组病程长、病情重。从而再次证明 cTnT 对病毒性心肌炎的病情观察及疗效判断具有重要意义。

参考文献

[1] 杨英珍,王齐冰.对病毒性心肌炎诊治的一些见解[J].中华心血管病杂志,2002,30(2):129-131.
[2] 潘柏申.心肌肌钙蛋白的临床应用[J].上海医学检验杂志,2000,15(4):264-266.
[3] 刘凤奎,刘贵建.临床检验与诊断思路[M].北京:科学技术出版社,2008:68-76.
[4] 刘人伟,翁心植.现代实验诊断学:检验与临床[M].2 版.北京:化学工业出版社,2009:176-178.
[5] 丛玉隆,王鸿利.实用检验医学(上册)[M].北京:人民卫生出版社,2009:357-359.
[6] 陆再英,钟南山.内科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2010:344-346.
[7] 周新,府伟灵.临床生物化学与检验[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2008:242-246.

(收稿日期:2012-03-14)

某院 2009 ~2012 年临床常见细菌分布及耐药性分析

李元宽(重庆市垫江县中医院检验科 408300)

【摘要】 目的 探讨细菌耐药原因及药敏检测情况,为临床正确诊断、合理应用抗菌药物提供理论依据。**方法** 将本院 2009 年 3 月至 2011 年 3 月垫江县中医院门诊及住院患者取得 1 056 例血液样本。细菌及真菌用 VITEK 2 Compact 鉴定系统进行鉴定,药敏试验运用 MIC 法。**结果** 1 056 例血培养中,阳性标本 287 例,阳性率为 27.18%。其中革兰阳性球菌 189 株(65.85%),革兰阴性杆菌 83 株(28.92%),真菌 9 株(3.14%),革兰阳性杆菌 3 株(1.05%)。**结论** 临床医师应根据血培养的药敏结果合理使用抗菌药物。

【关键词】 细菌耐药; 药敏试验; 耐药性; 分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.072 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)17-2229-02

细菌耐药是指长期使用抗菌药物之后,细菌对抗菌药物的敏感性降低,从而使抗菌疗效降低或消失^[1]。近年来,随着抗

菌药物的广泛应用,临床病原菌类型的变化及抗菌药物的耐药性发生很大变化。细菌耐药性已成为全球医疗领域中最受关

注的问题之一。本研究选取本院 2009 年 3 月至 2011 年 3 月门诊和住院患者取得 1 056 例血培养标本,进行体外药敏结果进行分析,为本院临床合理选用抗菌药物提供参考,现将其报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取 2009 年 3 月至 2011 年 3 月本院门诊及住院患者 1 056 例血液样本进行细菌培养。所有患者无论男女年龄均大于 65 周岁。按常规方法进行鉴定,删除同一患者相同部位的重复菌株。

1.2 细菌药敏卡片 细菌药敏卡片由美国 bioMerieux, Inc 生产。

1.3 质控菌株 大肠埃希菌 ATCC 25922、大肠埃希菌 ATCC 35218,均由国家卫生部临床检验中心供应。

1.4 细菌培养及药敏试验 细菌培养严格参照《全国临床检验操作规程》中规定的要求进行培养^[2]。药敏试验严格参照美国 NCCLS 中规定的标准进行实验研究及结果评定。

1.5 菌种鉴定 选择 VITEK 2 Compact 全自动细菌鉴定仪[梅里埃(上海)生产]对菌株进行鉴定。

1.6 统计学处理 应用 WHONET5.0 统计方法对数据进行分析。

2 结 果

1056 例血培养中,阳性标本 287 例,阳性率为 27.18%。其中革兰阳性球菌 189 株(65.85%),革兰阴性杆菌 83 株(28.92%),真菌 9 株(3.14%),革兰阳性杆菌 3 株(1.05%)。主要病原菌有凝固酶阴性葡萄球菌 106 株,约占 36.93%;金黄色葡萄球菌 87 株,占 46.03%;大肠埃希菌 50 株,占 17.42%;肠球菌 29 株,占 10.10%;肺炎克雷伯菌 10 株,占 3.48%。革兰阳性球菌药敏试验结果,见表 1。革兰阳性杆菌对苯唑西林、氨苄西林、红霉素、左氧氟沙星等耐药率高;革兰阴性杆菌对苯唑西林、头孢吡肟、左氧氟沙星、头孢他啶高耐药率,结果见表 1。

表 1 主要的革兰阳性菌及革兰阴性菌对常用抗菌药物的耐药率[n(%)]

抗菌药物	金黄色葡萄球菌	肺炎克雷伯菌	大肠埃希菌
苯唑西林	74(85.06)	95(89.62)	47(94.00)
氨苄西林	—	94(88.68)	—
阿奇霉素	6(6.90)	13(12.26)	9(18.00)
红霉素	50(57.47)	92(86.79)	21(42.00)
克林霉素	48(55.17)	—	11(22.00)
头孢吡肟	22(25.29)	21(19.81)	33(66.00)
头孢他啶	16(18.39)	24(22.64)	29(58.00)
罗红霉素	47(54.02)	33(31.13)	15(30.00)
左氧氟沙星	27(31.03)	84(79.25)	31(62.00)
甲氧苄氨/磺胺甲恶唑	—	52(49.06)	—
亚胺培南	26(29.89)	—	—

注:—表示无数据。

3 讨 论

3.1 细菌耐药的原因 (1)抗菌药物重复生产严重:目前,零售市场上同一有效成分的抗菌药物,剂型及规格化不同,且不同产家生产的商品名不同,因而,导致抗菌药物过多、过滥,从而导致细菌耐药的发生^[3]。(2)抗菌药物滥用现象普遍:医疗体制改革后,“用药养医”的现状频繁发生,医生处方药品,以实现药物及自身利益最大化为最终目标,因而,导致抗菌药物滥用现象严重^[4]。(3)医师用药意识及业务水平:医师未能严格掌握药品的适应证,预防用药使用不当;病原学诊断不明确,而广泛应用广谱药物及不当的联合用药^[5];医生不完全了解抗菌药物的抗菌谱和抗菌特点,选取药物不当;医生在选择药物治疗时,对其使用剂量、疗程、给药途径指导不合理;医生对患者治疗时,过分依赖抗菌药物,忽视其他治疗措施。

3.2 加强抗菌药物的合理应用 为了克服细菌耐药性发生,临床医生应该加强抗菌药物的合理使用,选择正确的适应证,给予足够的剂量和疗程,严格掌握联合用药时机,有计划、有目的地轮换用药^[6]。同时,药品研发人员应努力提高研发水平,开发新的抗菌药物,使之具有耐酶特性或者容易进入菌体^[7]。

本组数据表明,血培养阳性菌株中,凝固酶阴性葡萄球菌 106 株,约占 36.93%;金黄色葡萄球菌 87 株,占 46.03%。随着抗菌药物在临床上的广泛应用,细菌耐药率日渐高涨。因而,临床在治疗应用抗菌药物时,不能单纯根据自己的经验,而还要有明确的抗菌药物指征,以免产生药物耐药性,影响患者的治疗效果。同时,合理应用抗菌药物可以有效地延缓细菌耐药性的产生,提高临床细菌感染的治愈率,预防院内感染的发生与传播。

参考文献

[1] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3 版.南京:东南大学出版社,2006:890.
[2] 魏凌.某院抗菌药物临床应用与细菌耐药分析[J].中国药事,2011,3(11):226-228.
[3] 邵聪婷,辛玲歌.2006~2008 年医院细菌耐药监测与抗菌药物应用分析[J].西北药学杂志,2009,22(6):176-178.
[4] 张洁,王晓旋.某院住院患者抗菌药物用药分析[J].中国药物经济学,2011,13(2):74-75.
[5] 陈振德,杨红英,贾孟良,等.某院抗菌药物临床应用与细菌耐药性监测分析[J].中国医院药学杂志,2007,15(2):224-226.
[6] 袁勇,杨勤,何丽霞,等.某院 1 120 株细菌耐药性分析[J].中国现代医药杂志,2010,12(03):43-45.
[7] 冯瑞华,李志强,赵希玲.某院 2009 年关于病原菌检测及抗菌药物耐药性分析[J].医护论坛,2011,8(11):172-173.

(收稿日期:2012-06-06)