

在 2.2 筛查时更易检出动力阴性或动力阳性而制动凝集试验阴性,在庆大霉素平皿上生长的可疑灰色湿润菌落。这也与社区获得性腹泻 7、8 月为发病高峰<sup>[4-5]</sup>相符。这可能与夏季雨水大,食用生鲜水产品有关。

本试验发现气单胞菌属所占比例很高,温和气单胞菌占 55.3%。曾有文献报道在 2005 年温和气单胞菌引起腹泻病例有散发病例,也有爆发流行<sup>[6]</sup>,在日常肠道门诊工作中也曾检出<sup>[7]</sup>。1991 年时曾有文献报道过自健康体检人群中检出该菌。本研究所用庆大霉素琼脂是针对霍乱弧菌的选择培养基,不针对气单胞菌属。因此,气单胞菌引起感染性腹泻的病例数有被低估的可能。除社区感染外,该菌还会引起医院感染<sup>[8]</sup>。

关于气单胞菌耐药性,有文献报道 2000~2009 年北京地区耐药率分析,其中温和气单胞菌耐药率为氨苄西林 85.9%、复方磺胺 48.6%、哌拉西林 35.4% 较高。不过该统计涵盖了肠道外感染病原。而自粪便中检出的气单胞菌属的耐药率为氨苄西林 87.9%、复方磺胺 61.3%、哌拉西林 40.7%<sup>[9]</sup>。同地区 2001~2003 年报道氨苄西林高耐药率,而哌拉西林耐药率未超过 20%<sup>[7]</sup>。云南在 2011~2012 对温和气单胞菌的耐药统计<sup>[10]</sup>中氨苄西林也呈高比例耐药,头孢唑林多为中敏。而从同是本地地区时间不同的两组耐药数据看哌拉西林耐药率逐渐增高。本研究显示氨苄西林、氨苄西林/舒巴坦耐药率分别是 90.9%、78.8%;复方磺胺约在 50%,而哌拉西林、氨曲南、头孢吡辛、头孢曲松、头孢吡肟、左氧氟沙星、环丙沙星耐药率约在 20%。和北京地区分离株报告相似<sup>[9]</sup>。国际上有氨基糖苷类耐药<sup>[11]</sup>、环丙沙星耐药<sup>[12]</sup>、产 VIM 型金属酶<sup>[13]</sup>嗜水气单胞菌所致感染病例报道。对气单胞菌所致腹泻,《桑福德抗微生物治疗指南》建议首选环丙沙星治疗。本研究显示环丙沙星耐药率在 20% 左右,可以选用进行治疗,因此建议临床遵从国际指南。

参考文献

[1] Baldi F, Bianco MA, Nardone G, et al. Focus on acute diarrhoeal disease[J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(27): 3341-3348.  
 [2] Practice DC. Bacterial diarrhea[J]. N Engl J Med, 2009, 361(16): 1560-1569.  
 [3] 张昕,高永军,冯子健,等. 2008 年全国其他感染性腹泻报

告病例信息分析[J]. 世界华人消化杂志, 2009, 17(32): 3370-3375.

[4] 海山·卡德尔拜,刘民,代小秋,等. 北京市 2 所三级综合性医院肠道门诊就诊患者疾病种类分析[J]. 北京大学学报:医学版, 2010, 42(3): 308-313.  
 [5] 陈铭,于艳华,张立丽,等. 肠道门诊 165 例腹泻患者的病原菌及流行病学分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(11): 2247-2248.  
 [6] 周继琴. 一起由嗜水气单胞菌与温和气单胞菌混合污染引起食物中毒的检测[J]. 中国卫生检验杂志, 2006, 16(1): 99.  
 [7] 曲芬,鲍春梅,崔恩博,等. 气单胞菌不同种的流行及耐药性[J]. 中国抗感染化疗杂志, 2004, 4(5): 302-305.  
 [8] Cheng NC, Horng SY, Chang SC, et al. Nosocomial infection of *Aeromonas hydrophila* presenting as necrotizing fasciitis[J]. J Formos Med Assoc, 2004, 103(1): 53-57.  
 [9] 陈素明,鲍春梅,崔恩博,等. 北京地区气单胞菌的流行状况及耐药性分析[J]. 中国抗生素杂志, 2011, 36(5): 374-376.  
 [10] 李刚山,王惠莹,王意银,等. 云南战区部队驻地腹泻患者中首次检出温和气单胞菌[J]. 中国热带医学, 2012, 12(11): 1317-1319.  
 [11] Shak JR, Whitaker JA, Ribner BS, et al. Aminoglycoside-resistant *Aeromonas hydrophila* as part of a polymicrobial infection following a traumatic fall into freshwater[J]. J Clin Microbiol, 2011, 49(3): 1169-1170.  
 [12] Wang EW, Warren DK, Ferris VM, et al. Leech-transmitted ciprofloxacin-resistant *Aeromonas hydrophila* [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2011, 137(2): 190-193.  
 [13] Libisch B, Giske CG, Kovács B, et al. Identification of the first VIM metallo-beta-lactamase-producing multiresistant *Aeromonas hydrophila* strain[J]. J Clin Microbiol, 2008, 46(5): 1878-1880.

(收稿日期:2013-01-26 修回日期:2013-04-27)

• 临床研究 •

心理干预对脑卒中患者抑郁情绪的影响

杨 洁(陕西省铜川市中医医院内科 727000)

**【摘要】目的** 探讨心理干预对脑卒中患者抑郁情绪的影响。**方法** 将本院住院的 180 例脑卒中患者随机分为对照组和干预组各 90 例,对照组接受常规的治疗和健康教育,干预组除常规的治疗和健康教育外,给予心理干预。内容包括一般心理治疗、个别心理指导、身心放松法、集体心理治疗及家庭社会支持治疗。对所有入院患者抑郁症状采用抑郁自评量表(SDS)进行问卷调查。比较两组心理干预后 SDS 评分变化。**结果** 经过心理干预后,实验组效果优于对照组,实验组 SDS 评分明显低于对照组( $P < 0.01$ )。**结论** 对脑卒中患者进行心理护理干预,可改善其抑郁情绪,提高临床疗效。

**【关键词】** 脑卒中; 抑郁; 心理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)17-2308-03

随着生活水平的提高,生活节奏的加快,社会环境转变及 人口老龄化的加速,脑卒中的发病率呈逐年上升的趋势。高致

残率,高复发率,高病死率,是该病的特点,居我国居民死亡的首位,在农村居第二位,约有 3/4 的患者存在不同程度的劳动能力丧失,是当今危害人类健康的重要疾病之一。脑卒中患者除了肢体功能障碍、偏瘫外,还出现不同程度的认知和语言障碍,并产生一系列的情感行为变化,其中抑郁是最常见的心理障碍,称之为脑卒中抑郁(PSD)。PSD 的存在不仅影响了患者原发病的治疗及康复治疗的积极性,主动配合性,延长了治疗时间,也使患者生活质量显著降低<sup>[1]</sup>。因此对于脑卒中的患者,一定的心理干预对患者的全身心理健康具有十分重要的意义。本文采取心理干预措施对脑卒中患者抑郁情绪进行干预,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2011 年 7 月至 2012 年 5 月本院神经内科脑卒中患者 180 例,男 92 例,女 88 例,随机分为对照组和干预组各 90 例,纳入标准:(1)均经体检,CT 或 MRI 检查确诊。(2)均符合《中国精神障碍分类诊断标准》抑郁诊断标准。(3)排除严重认知障碍,意识障碍,或感觉性失语,严重心、肝、肾功能不全,恶性肿瘤患者,且脑卒中前均无抑郁病史及其他精神病史。均采用常规的脑卒中治疗。将 180 例病例随机分为对照组和干预组各 90 例,两组在年龄、性别、婚姻、职业、经济情况等方面比较,差异无统计学意义。

### 1.2 方法

**1.2.1 心理干预措施** 两组均常规护理,在脑卒中患者入院后,干预组由经验丰富的责任护士对其进行全面的评估,主要包括认知程度、躯体障碍情况、生活自理能力以及心理情绪、经济收入及家庭成员间的关系等,全面掌握是否存在容易影响患者发生抑郁的危险因素,从而制定系统有效的心理干预措施<sup>[2]</sup>。每次 30 min,每天 1 次,4 周为 1 个疗程。

**1.2.1.1 一般心理治疗** 为患者创造一个清洁、整齐、舒适、安静的环境,护理人员在患者及家属面前要镇定从容,态度和蔼,护理动作轻柔、认真、熟练、以取得患者及家属的信任,积极配合治疗。耐心回答患者的疑问,体贴患者,运用沟通的技巧,取得患者的信任,建立良好的护患关系<sup>[3]</sup>。以同情、真诚、尊重、接纳和关心的态度与患者沟通,通过沟通识别和确认患者的自我概念,当时的情感和对危机事件的感知。语言的交流和共情是降低患者抑郁的第一步,应最大限度的接纳患者的言行并给予关注,鼓励患者用言语表达。同时进行妥善的治疗和护理,使患者感到受尊重,受重视,充分享有独立人格。

**1.2.1.2 个别心理指导** 根据每位患者的具体情况给予个体化的心理疏导。采用关心、同情、温和的语气和患者交谈,根据患者的接受能力与之探讨疾病的病因,危险因素,使患者以积极的心态去面对自己的健康状况。根据个体的不同,尽量将新入院的患者与康复良好的患者安排在同一病室,通过病友之间的交流增强康复的信心。同时了解患者内心的真实想法,针对不同个体,不同阶段,给予适当鼓励,以消除患者的不良情绪。

**1.2.1.3 身心放松法** 在责任护士的指导下,使患者学会控制情绪与动机进行自我控制,学会对抗紧张,减轻压力。可以采用肌肉放松法,稳定情绪,保持心境宁静,引导患者听音乐,读报刊杂志,淡化患者角色。

**1.2.1.4 集体心理疗法** (1)提供书面的健康宣传资料,举办专栏宣传有关疾病的知识,定期更换。(2)每周举行工休座谈会,鼓励患者发言,表达自己的感受疑问,及患者之间的互动交流。(3)定期请专家及主任医师进行咨询解答。

**1.2.1.5 家庭社会支持治疗** 家庭及社会的支持给患者带来

很多希望,从而促进患者能够积极应对。护士在对患者实施心理护理的同时亦要与患者家属建立有效沟通,鼓励其多探望、陪伴、交流,在心理精神上给予更多支持<sup>[4]</sup>。还应观察患者是否得到了有效的家庭和社会支持,如果没有,护士应帮助争取家庭的支持,加强对家属的宣传工作,使他们明白自己的言行对患者的影响,教会家属控制自己的不良情绪,帮助督促、观察、安慰患者,强化心理干预效果。此外,还鼓励亲友探视、陪护、减轻患者的孤独感及废用感。

**1.2.2 评价工具** 入院后对两组患者进行抑郁评分比较,采用抑郁自评量表评价抑郁情况。经过一个疗程心理干预后,根据头晕、失眠、纳差、肢体功能等临床变化及 CT 改变进行效果评价。

**1.3 统计学方法** 采用 SPSS10.0 软件包进行统计学处理。

### 2 结果

干预后两组 SAS 评分均较治疗前有显著性下降,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。干预组下降更显著,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组干预前后 SAS 评分( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	SAS	
		干预前	干预后
对照组	90	51.7 ± 8.01	37.2 ± 6.62 <sup>a</sup>
干预组	90	52.9 ± 8.27	26.6 ± 6.44 <sup>ab</sup>

注:各组与治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.01$ 。

### 3 讨论

脑卒中患者起病急,病程长,存活者 75% 以上有不同程度的后遗症,包括肢体,语言,认知方面障碍,严重影响患者日常生活能力<sup>[5]</sup>。易使患者感到压力,缺乏信心,悲观恐惧等。脑卒中后抑郁是一种并发症,据文献报道脑卒中后抑郁症的发病率可达 40%~67%<sup>[6]</sup>。脑卒中伴抑郁情绪不仅严重影响了患者的生存质量,也妨碍了患者神经功能的恢复,甚至可能导致死亡。而住院治疗又增加了患者及家属的经济负担,加之对预后的不确定性恐惧,担心,易产生悲观抑郁的心理反应。因此,脑卒中后抑郁情绪受到医学界的广泛关注,也成为了医学研究的重点课题。

在医学研究中,脑卒中伴抑郁情绪的发病机制尚不明确,目前主要有两种观点,一种是原发性内源性学说,认为由遗传因素引起的患者脑卒中后去甲肾上腺素和 5-羟色胺酸之间的平衡失调。另一种是发病机制学说,认为由家庭,社会等因素导致的使患者脑卒中后对疾病的过分恐惧及家庭环境、经济基础的影响,导致情绪低落,不愿与人交流,最终发生抑郁<sup>[7-8]</sup>。心理干预的最佳时间应从临床治疗开始,在躯体症状和抑郁情绪同时存在时,应当躯体治疗和心理干预同时进行。抑郁和脑卒中的发作能够互相影响,彼此强化。患者躯体症状明显减轻,功能恢复良好,可以增强患者的信心。减轻或消除抑郁情绪。而抑郁情绪的持续存在使患者治疗的积极性、顺应性、主动性减弱,从而影响生活质量、功能恢复,而脑卒中治疗成功与否,与患者抑郁状态有着直接的关系。心理干预的特点在于激发患者潜在的内心资源。协助患者度过危机,应对困境,以有效的方式去面对疾病,提高安全感,使患者对以后有希望,能有信心的发挥自己的潜能,增强生活的信心。从而主动加强功能锻炼,进行神经功能的恢复。本研究采用了常规治疗结合心理干预,结果发现,单纯的常规治疗,与心理干预在治疗四周后抑

郁状态均有改善,但干预组效果更显著。提示临床工作者在常规治疗的基础上,对住院患者进行心理干预,可减轻抑郁情绪,提高临床疗效。

综上所述,对住院脑卒中患者进行心理干预不仅可以减轻患者的负性情绪,促进患者的康复,还可以使患者建立良好的认知模式,提高患者的运动能力和自理能力,掌握一些缓解负性情绪的方法,促进患者身心健康。

## 参考文献

- [1] 李惠勉,朱永林.老年脑卒中后抑郁的临床分析[J].中国老年杂志,2005,25(9):1116.
- [2] 吴云.重庆地区脑卒中患者的年龄性别和社会经济状况对脑卒中后抑郁的影响[J].重庆医学,2005,34(2):246-247.
- [3] 王钊.早期康复联合健康教育对脑卒中患者肢体功能恢

复的疗效观察[J].中国实用内科杂志,2006,9(7):25-27.

- [4] 黄芸香,刘连杏,姚心女,等.脑卒中后抑郁症相关因素调查分析及护理对策[J].护理实践与研究,2010,7(15):126-129.
- [5] 张瑞丽,刘丽华.脑卒中患者压力与护理对策的研究进展[J].中华护理杂志,2008,43(7):637-638.
- [6] 陈惠芝.脑卒中后的护理干预[J].基层医学论坛,2010,14(1):94-95.
- [7] 许二平.脑卒中后抑郁症的研究进展[J].河南中医,2007,27(1):75-78.
- [8] 周志明.脑卒中后抑郁症发病机制浅谈析[J].河南中医,2010,30(4):335-336.

(收稿日期:2013-01-26 修回日期:2013-04-16)

## · 临床研究 ·

# 肠杆菌科产超广谱 $\beta$ -内酰胺酶细菌耐药性分析

左崇宇(重庆市垫江县人民医院检验科 408300)

**【摘要】** 目的 分析产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶(ESBLs)肺炎克雷伯菌和大肠埃希菌的耐药性,指导本地区临床合理用药。**方法** 对该院 2012 年 4 月至 2013 年 3 月临床分离的 853 株肺炎克雷伯菌(459 株)和大肠埃希菌(394 株),采用梅里埃 VIKET2 自动鉴定仪检测确定 ESBLs 菌株,进行抗菌药耐药分析。**结果** 产 ESBLs 的肺炎克雷伯菌和大肠埃希菌共 360 株,总阳性率为 42.2%。其中大肠埃希菌 242 株,阳性率为 61.4%;肺炎克雷伯菌 118 株,阳性率为 25.7%。各类标本中,产 ESBLs 率以尿标本分离株(58.7%)最高,其次为呼吸道标本痰和咽拭子(55.7%)和脓液(53.4%)、血液标本(38.3%);各科室中,产 ESBLs 率以泌尿科(72.9%)最高,重症监护室(ICU)分离株(52.2%),其次为肛肠科(50.8%)和普外科(50.1%)。除亚胺培南和阿米卡星外,产 ESBLs 菌对其他 14 种常用抗菌药物的耐药率均明显高于非产 ESBLs 菌;产 ESBLs 菌株不仅对青霉素、头孢菌素、氨基糖苷类等抗菌药广泛耐药,同时对喹诺酮类、氨基糖苷类、磺胺类等多种抗菌药物耐药,仅对亚胺培南、头孢替坦、阿米卡星的耐药率较低(分别为 0.00%、1.7~11.2%、0.8~12.0%)。**结论** 临床分离大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌产 ESBLs 率较高。治疗 ESBLs 菌导致的感染应选用碳青霉烯类、头霉素类等药物。同时临床医生应根据病原菌药敏结果合理选用抗菌药物,以提高治疗效果。

**【关键词】** 超广谱  $\beta$ -内酰胺酶; 肺炎克雷伯菌; 大肠埃希菌; 耐药

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.052 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)17-2310-02

超广谱  $\beta$ -内酰胺酶(ESBLs)是一大类基于 TEM-1、TEM-2 和 SHV-1 型  $\beta$ -内酰胺酶基础上经突变而成的多种  $\beta$ -内酰胺酶<sup>[1]</sup>,是一类能水解青霉素、头孢菌素类、单环酰胺类的  $\beta$ -内酰胺酶,为丝氨酸蛋白酶。在大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌最为常见,其他肠杆菌科细菌和非发酵菌也存在。水解青霉素、广谱青霉素、头孢菌素、单环类、第四代头孢菌素,对碳青霉烯类、头霉素类药物敏感<sup>[2]</sup>。除了对  $\beta$ -内酰胺类抗菌药耐药外,经常伴随对氨基糖苷类等其他抗菌药的耐药性,呈现多重耐药<sup>[3-4]</sup>。

第三代头孢菌素和单环  $\beta$ -内酰胺类抗菌药的广泛应用是导致产 ESBLs 菌株出现及传播的主要因素,此外,ESBLs 也可通过质粒介导,使得耐药基因广泛传播,导致医院感染率逐年上升<sup>[5]</sup>。若临床出现产 ESBLs 菌株,会在患者和医院之间及不同菌株之间相互传播,导致临床高病死率及高比率持续性定植,应充分引起注意。在治疗时,减少第三代头孢菌素和单环  $\beta$ -内酰胺类抗菌药的应用,可以显著降低产 ESBLs 菌株的出现<sup>[5]</sup>。因此,及时了解本地区的 ESBLs 菌的发生率及耐药情

况,控制其传播尤为主要。现对本院 2012 年 4 月至 2013 年 3 月临床分离的 394 株肺炎克雷伯菌和 459 株大肠埃希菌进行统计,分析其耐药性,报道如下。

## 1 材料与方法

### 1.1 材料

**1.1.1 菌株** 本院 2012 年 4 月至 2013 年 3 月临床分离的肺炎克雷伯菌和大肠埃希菌。

**1.1.2 药敏试验** 采用法国梅里埃公司生产 VIKET2 自动鉴定分析仪,药敏板条系法国梅里埃公司生产 VIKET2 自动鉴定仪鉴定配套药敏板条,药敏结果参照 CLSI2012 年(M100-S22)判断标准。

### 1.2 方法

**1.2.1 ESBLs 测定** 法国梅里埃公司 VIKET2 自动鉴定仪鉴定检测确定 ESBLs 菌株。

**1.2.1.1 筛选试验** 选用头孢泊肟、头孢他啶、氨基曲南、头孢噻肟或头孢曲松至少 2 种以上,用阳离子增强的 MH 肉汤(标