

102 株鲍曼不动杆菌的临床分布及耐药状况分析

赵正军(江苏省扬州市中医院检验科 225009)

【关键词】 鲍曼不动杆菌; 临床分布; 耐药状况

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.087 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)16-2205-02

鲍曼不动杆菌近年来已成为医院感染的重要病原菌,其耐药性日益严重,尤其对危重患者的威胁很大^[1]。因此,定期对该菌的耐药性进行监测和分析,指导临床正确、合理使用抗生素,对其有效治疗和预防鲍曼不动杆菌感染非常重要。本文以临床标本分离 102 株鲍曼不动杆菌为研究对象,对其进行临床分布和耐药药物监测分析,现报道如下。

1 材料与与方法

1.1 一般资料 鲍曼不动杆菌 102 株,来自江苏省扬州市中医院 2011 年 1 月至 2012 年 6 月住院患者送检标本,包括尿液、咽拭子、分泌物、胆汁、留置针、痰液等。标本采集严格按照无菌操作进行,并立即送检。

1.2 方法

1.2.1 试剂 药敏纸片及生化反应管由杭州天和微生物试剂有限公司提供,血琼脂培养基及巧克力琼脂培养基由郑州博塞生物技术有限公司提供。所有试剂均在有效期内使用。

1.2.2 药敏试验方法 采用 K-B 纸片琼脂扩散法。

1.2.3 质控菌株 用标准菌株(大肠埃希菌 ATCC25922,铜绿假单胞菌 ATCC27853)进行室内质量控制,判断标准为美国临床实验室标准化委员会(NCCLS)标准。

2 结果

2.1 菌株的标本类型分布 2011 年 1 月至 2012 年 6 月从 102 例患者临床标本中分离出 102 株鲍曼不动杆菌(已剔除同一患者同一部位重复分离菌株),感染部位分布及构成比见表 1。

2.2 科室分布情况 102 株鲍曼不动杆菌在 ICU 中分布最多,为 39.22%(40/102);呼吸科为 35.29%(36/102);肿瘤科为 12.75%(13/102);外科为 10.78%(11/102);在肾病科分布最少,为 1.96%(2/102)。

表 1 102 株鲍曼不动杆菌感染部位构成比[n(%)]

标本	构成比	标本	构成比
尿液	2(1.96)	胆汁	1(0.98)
咽拭子	13(12.75)	留置针	1(0.98)
分泌物	2(1.96)	痰液	83(81.37)

2.3 102 株鲍曼不动杆菌 12 种抗生素的耐药情况 鲍曼不动杆菌对头孢唑啉、头孢西丁耐药率较高,分别达到 98.04%、90.20%,对亚胺培南、头孢哌酮/舒巴坦、丁胺卡那霉素敏感性较好,耐药率分别为 13.73%、14.71%、19.61%,见表 2。

表 2 鲍曼不动杆菌对 12 种抗生素的耐药情况[n(%)]

抗菌药物	敏感	中介	耐药
丁胺卡那霉素	79(77.45)	3(2.94)	20(19.61)
头孢唑啉	1(0.98)	1(0.98)	100(98.04)
头孢吡肟	56(54.90)	6(5.88)	40(39.22)
头孢噻肟	40(39.22)	38(37.25)	24(23.53)
头孢西丁	6(5.88)	4(3.92)	92(90.20)
头孢他定	63(61.76)	16(15.69)	23(22.55)

续表 2 鲍曼不动杆菌对 12 种抗生素的耐药情况[n(%)]

抗菌药物	敏感	中介	耐药
庆大霉素	76(74.51)	4(3.92)	22(21.57)
亚胺培南	88(86.27)	0(0.00)	14(13.73)
美洛培南	78(76.47)	3(2.94)	21(20.59)
哌拉西林/他唑巴坦	71(69.61)	8(7.84)	23(22.55)
左旋氧氟沙星	76(74.51)	4(3.92)	22(21.57)
头孢哌酮/舒巴坦	77(75.49)	10(9.80)	15(14.71)

3 讨论

本院 102 株鲍曼不动杆菌分布,呼吸道标本包括痰和咽拭子的分离率最高,占 94.12%,说明鲍曼不动杆菌主要引起呼吸道感染。鲍曼不动杆菌分离的病区分布以 ICU 比例最高(39.22%),说明鲍曼不动杆菌容易在重症监护室形成流行,这可能跟 ICU 的危重症患者较为集中,机械通气等侵入性操作的频繁使用,增加了其感染的机会,这与王日春等^[2]的研究结果相符合。同时,大量广谱抗菌药物的使用,使病原菌对多种抗菌药物产生了耐药性^[3]。

鲍曼不动杆菌对全部氨基青霉素、一及二代头孢菌素和一代喹诺酮类抗生素天然耐药,同时也可对 β-内酰胺类,喹诺酮类,氨基糖苷类等耐药。多重耐药的鲍曼不动杆菌已经成为临床治疗面临的难题之一。结果显示本院分离到的鲍曼不动杆菌对亚胺培南的耐药率最低(13.73%),其次为对头孢哌酮/舒巴坦的耐药率(14.71%)。对头孢唑啉的耐药率最高(98.04%),其次为头孢西丁(90.20%)。由此可见,临床要根据药敏结果选药,或经验性的选择亚胺培南,头孢哌酮/舒巴坦来治疗鲍曼不动杆菌引起的感染。

近年来,随着广谱抗生素的大量使用,已经导致耐药菌株的不断增多。在本院分离的 102 例鲍曼不动杆菌菌株中,有 12 例多药耐药菌株,占 11.76%,它们对包括亚胺培南在内的所测药物同时呈现高度耐药,虽然检出率低于史俊艳等^[4]报道,但应引起临床的高度重视。鲍曼不动杆菌对碳青霉烯类耐药机制主要为:产碳青霉烯酶、外膜孔蛋白丢失、外排泵的过度表达、青霉素结合蛋白的改变,而最重要的是碳青霉烯酶的产生^[5-6],因此临床在使用亚胺培南等碳青霉烯类抗生素时也不能毫无顾忌,也需要适当控制使用。

严格规范抗菌药物的合理使用,强化消毒隔离措施,重视感染性疾病的病原学检查,加强抗生素的耐药性监测,可以达到控制多耐药菌株的产生与播散,预防医院感染暴流行的目的^[7]。

参考文献

[1] 邱华红,成玲,陈惠瑜. 某院鲍曼不动杆菌的耐药趋势分析[J]. 检验医学与临床,2010,7(14):1488-1489.
 [2] 王日春,许玲英,方中飞,等. 鲍曼不动杆菌的临床分布及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志,2011,21(19):4146-4147.
 [3] 孙各琴,曾宗跃,王柏旺,等. 重症监护病房感染患者鲍曼不动杆菌耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20

(16):2491-2493.

- [4] 史俊艳, 张小江, 徐英春, 等. 2007年中国 CHINET 鲍曼不动杆菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志, 2009, 9(3):196-200.
- [5] 胡巧娟, 胡志东, 李静, 等. 耐亚胺培南鲍曼不动杆菌碳青霉烯酶及整合子分布[J]. 中华检验医学杂志, 2011, 34(4):363-366.

- [6] Poirel L, Nordmann P. Carbapenem resistance in *Acinetobacter baumannii*; mechanisms and epidemiology[J]. Clin Microbiol Infect, 2006, 12(9):826-836.
- [7] 吴晓燕, 邹立新, 赵思阳, 等. 鲍曼不动杆菌感染分布及耐药性分析[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(14):1463-1464.

(收稿日期:2012-12-17 修回日期:2013-04-23)

阴道血肿误诊前庭大腺炎 1 例

韦淑珍(广西壮族自治区南宁市第四人民医院 530023)

【关键词】 阴道血肿; 误诊; 前庭大腺炎; 经验总结

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.088 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)16-2206-02

本院 2011 年 10 月对 1 例产后阴道出血患者诊断错误, 现将详细过程报道如下。

1 临床资料

患者为女性, 年龄 29 岁, 2011 年 10 月 2 日患者因诊断为头盆不称第二产程延迟, 在本院施行剖宫产术。术后第 2 天察觉外阴中后部有红肿硬块且疼痛灼热感产生, 肿块大小约黄豆样大小, 压迫且有刺痛感, 排尿触痛感明显。后经几天观察肿物逐渐变大, 呈蚕豆样大小。相继出现排尿困难, 但无尿急尿频和无尿的症状, 且肛门疼痛, 行走时外阴部阵痛。2011 年 10 月 7 日随家人来本院进行就诊。对患者进行查体, 37.1 °C, BP 116/81 mm Hg, 对心肺部进行听诊, 未见任何异常心肺音。腹部检查: 腹部柔软, 未发现有肝下移等病状。妇科检查: 阴道外大阴唇下有肿物, 大小约为 5 cm×3 cm, 触之较硬, 且患者有疼痛感产生。再对患者血液分析, WBC 14.6×10⁹/L, 尿液检验各项指标结果正常。诊断为前庭大腺炎, 后对患者施行前庭大腺囊肿造口术, 取出肿块, 肿块大小约为核桃大, 呈暗红色, 对患者进行手术缝合, 未见明显出血点。再对肿块进行切片镜检查观察肿块组织。经镜检发现肿物为大量血细胞和血小板凝集物, 是血肿血块。诊断结果应该为阴道血肿, 并非前庭大腺炎, 诊断错误。

2 讨论

阴道血肿的患者多为产后女性, 患者生理致病的原因主要是由于患者在生产时, 全身小动脉和毛细血管发生持续性收缩, 致使血流通过组织细胞减少而又导致血管内皮细胞受损, 组织细胞发生缺血、缺氧和小面积的水肿, 当此部分组织受到外力挤压时, 就会导致阴道黏膜下的毛细血管发生破裂, 导致阴道出血, 在阴道非结缔组织如皮肤下层中很快扩展为血肿^[1-2]。临床上按照产后血肿发生的时间将其分为两种类型, 速发型和迟发型^[3]。速发型一般是指患者在分娩后数小时内就出现阴道血肿, 而迟发型是指患者在产后数天内发生阴道血肿^[4]。而此例患者为阴道血肿迟发型。本院医生对患者进行询问时, 患者主述外阴部有压迫时有刺痛感, 且排尿触痛感明显, 在对其进行常规的检查, 阴道外大阴唇下有肿块, 且有红肿硬块且疼痛灼热感产生, 辅助检查时其 WBC 14.6×10⁹/L, 尿液检验各项指标结果正常。临床医生根据其病发部位接近前庭大腺, 且患者排尿困难, WBC 14.6×10⁹/L, 故误诊断为前庭大腺囊炎。

一般阴道血肿是在孕妇分娩完毕, 但阴道发生撕裂, 有血液聚集形成肿块。临床表现为肛门疼痛, 伴有出血症状, 出血量随患者病情的变化而变化, 患者面容较苍白, 呈贫血样容貌^[3-5]。进行肛诊时, 可在坐骨直肠窝或直肠内触及有突出于阴道黏膜的肿性包块。患者有痛感产生。患处有红肿热现象

发生, 且患者因患处的原因会产生排尿困难, 排便也出现苦难的可能。而前庭大腺腺炎的临床表现有 4 种, (1) 大阴唇后 1/3 处发现有红肿硬块, 患者有灼热感且疼痛, 触诊时患者疼痛明显排尿疼痛较困难、步行时患处有阵痛产生难以正常行走、有时也会致大小便困难^[3]。(2) 当前庭大腺时脓肿内部压力增大, 表面皮肤会被撑起变薄, 脓肿因此自行破溃, 若破口不大, 部分脓液未能排出患处, 淤积于患处引起患处组织溃败病变, 而导致此病反复发作^[6]。(3) 此患处表面红肿发热, 触之患者有刺痛感。(4) 检查 WBC 含量大于正常范围。

阴道血肿和前庭大腺腺炎的临床特征有以下相似之处: (1) 二者在表面都形成肿块且都有疼痛感产生, 且肿块的大小都差不多, 没有特异性。(2) 阴道血肿可发生在阴道各种部位, 而前庭大腺炎只发生于前庭部, 当阴道血肿发生在前庭处, 则易将两者混淆。(3) 患者在患病后, 都会产生排尿刺痛且困难, 触之患处则有疼痛感产生^[7]。而本例发生的误诊是因为患者的肿物部位在前庭部, 患者感觉红肿热且排尿困难, 在进行检查时其 WBC 值高于正常值, 但患者并未有其他炎症产生, 诊断为前庭大腺炎, 未考虑到其患病时间和患处并未有流脓现象产生, 且询问患者时患者并未陈述到有此现象。临床医生在进行诊断时未进行全面的考虑。在进行检查时并未更进一步对患者进行检查, 导致病情误诊。好在患者在取出肿物后, 对伤口进行缝合, 患者于 5 日后康复出院, 未有任何并发症产生。

在诊断治疗阴道血肿, 要综合性考虑患者的发病时间和临床表现, 尤其在遇到病例相似情况时, 更应仔细, 进行多方位的诊断, 辨明病因及进行对症治疗。经此案例, 在进行阴道血肿时, 遇到患者的病情与前庭大腺腺炎的特征相似时, 临床医生可以从以下几个方面进行判断: (1) 患者的患处是否发生过流脓现象, 是否产生红肿热现象。(2) 对患者进行血液检查时, 若患者的 WBC 数值高于正常值, 且未有其他炎症产生时, 不能就此武断的判定为前庭大腺腺炎, 比如此案例患者为产后女性, 由于生产等原因, 可能导致体内的白细胞数值偏高, 但与前庭大腺腺炎无关, 并非发生炎症^[8]。(3) 由于发生阴道血肿的一般都为产后女性, 若患者为产后女性, 一般较易发生阴道血肿。因为产后患者由于在生产时阴道发生撕裂, 产后护理不到位易发生阴道血肿。

作为一名临床医生, 要认真仔细地对患者病情进行诊断, 切勿因其中某一点病症与某种疾病相似, 就迅速的下结论。由此可能对患者造成不可弥补的过错, 贻误患者病情, 甚至导致患者死亡。

参考文献

- [1] 田中太, 周永慧, 唐志宏. 产道血肿 20 例临床分析[J]. 中