

缺陷的患者中引起感染。尤其是出现了对所有抗菌药物均耐药的鲍曼不动杆菌,给临床治疗带来了困难。本院 2010 年~2012 年共分离出 556 株鲍曼不动杆菌,分离率以痰液标本为主,提示呼吸系统感染最常见。

从表 1 中看出,本院鲍曼不动杆菌体外对多数抗菌药物呈现较高水平耐药,多数抗菌药物的耐药率高于黄卫春等^[1]的报道。加舒巴坦的抗菌药物耐药率明显低于其他抗菌药物,与文献^[2]报道一致,以 2012 年为例,头孢哌酮/舒巴坦耐药率 50.9%,其他头孢菌素类耐药率均在 80%以上,氨苄西林/舒巴坦耐药率 59.8%,氨苄西林耐药率 100%,因此,不加酶抑制剂的抗菌药物,最好不要作为经验用药。2012 年本院增加了米诺环素耐药率监测,结果显示在所选抗菌药物中耐药率最低为 39.6%。本院鲍曼不动杆菌对多种抗菌药物呈现较高水平耐药可能与患者年龄大、机体免疫力低、常进行侵入性操作、并在治疗中多经验性选择比较敏感的亚胺培南,而使其耐药菌株不断增多有关。

本院 2010~2012 年对鲍曼不动杆菌耐药监测除耐药率较高这一特点外还呈现多数抗菌药物耐药率上升趋势,并呈现多重耐药特点。该菌对抗菌药物耐药机制极为复杂,有研究发现其外膜通透性仅为大肠埃希菌的 1%~3%,抗菌药物不易渗入菌体^[3-4];另外鲍曼不动杆菌耐药菌株可产多种 β 内酰胺酶^[5-6],对亚胺培南和美罗培南耐药主要是可产生碳青霉烯酶,尤其是 B 类和 D 类金属酶是造成碳青霉烯类抗菌药物耐药的主要原因^[7-9]。本院 2010~2012 年鲍曼不动杆菌对亚胺培南、美洛培南的耐药率上升最为显著,分别由 2010 年的 47.9%和 51.4%逐年上升至 2012 年的 71.9%和 74.5%。但鲍曼不动杆菌对左氧氟沙星、青霉素类和头孢菌素类及其含酶抑制药物的耐药率 2012 年与 2011 年相比略有下降趋势,这可能与本院日益关注病原菌耐药率,加强病房消毒管理,并根据药敏试验结果合理用药有关。556 株鲍曼不动杆菌对所测抗菌药物全部耐药的有 232 株,占鲍曼不动杆菌检出总数的 41.7%。

鲍曼不动杆菌耐药率逐年增加,应加强对鲍曼不动杆菌的

耐药性监测,准确掌握其对抗菌药物的耐药性变迁,指导临床合理用药。同时,加强院内感染控制措施,积极治疗基础疾病,提高患者自身免疫力,减少侵入性操作,合理使用抗菌药物,从而降低细菌耐药率。

参考文献

- [1] 黄卫春,项盈,傅启华. 2007~2009 年临床分离鲍曼不动杆菌的分布及耐药性监测[J]. 现代检验医学杂志,2011,26(1):156-158.
- [2] 危卫平. 235 株鲍曼不动杆菌的临床分布及耐药性分析[J]. 检验医学与临床,2010,7(13):1362-1363.
- [3] 张永,唐英春,陆坚,等. 鲍曼不动杆菌对亚胺培南耐药分子机制的研究[J]. 中国抗生素杂志,2005,30(4):217-221.
- [4] 周铁丽,林小玲,冯红军,等. 鲍曼不动杆菌对亚胺培南耐药机制研究[J]. 浙江检验医学,2006,4(4):375-378.
- [5] 王辉,郭萍,孙宏莉,等. 碳青霉烯类耐药的不动杆菌分子流行病学及其泛耐药的分子机制[J]. 中华检验医学杂志,2006,29(12):1066-1073.
- [6] 朱德妹,张婴元,汪复,等. 2008 年上海地区细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志,2009,9(6):401-411.
- [7] 熊樱,李小凤,苏小燕,等. 亚胺培南耐药鲍曼不动杆菌的耐药性及耐药基因型分析[J]. 重庆医学,2011,40(28):2830-2832.
- [8] 郭宇航,王勇,周薇薇,等. 鲍曼不动杆菌的临床分布及耐药性分析[J]. 国际检验医学杂志,2011,32(8):899-900.
- [9] 邓健康,林芳,郭晓兰,等. 四川东北地区 353 株鲍曼不动杆菌的临床分布及耐药性分析[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2010,4(7):1077-1079.

(收稿日期:2013-02-16 修回日期:2013-04-12)

• 临床研究 •

阿立哌唑结合认知行为疗法对精神分裂症患者疗效和生活质量的影响

严叶良,陆晋军(江苏省江阴市第三人民医院精神科 214400)

【摘要】 目的 观察阿立哌唑结合认知行为疗法对精神分裂症患者疗效和生活质量的影响。**方法** 选择 2011 年 10 月至 2012 年 10 月 80 例精神分裂症患者,采用随机数字表法将患者随机均分为观察组 and 对照组,疗程均为 12 周。对照组给予阿立哌唑 10~30 mg/d 口服,2 次/天,观察组在对照组的基础上结合认知行为疗法(寻找错误认知,论证、分析和重建合理认知,强化重建认知)。观察治疗前、治疗 12 周后患者的简明精神病评定量表(BPRS)、阳性症状评定量表(SAPS)和阴性症状评定量表(SANS)评分、治疗时出现的症状量表(TESS)疗效和生活质量量表(SQLS)变化。**结果** 治疗前,两组 BPRS、SAPS、SANS 评分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 12 周后,两组各项评分显著降低($P<0.05$),但观察组降低比对照组明显($P<0.05$)。观察组 TESS 的总有效率为 95.00%,显著高于对照组的 80.00%($P<0.05$)。治疗后两组 SQLS 各项评分均明显减少,但观察组减少比对照组更明显($P<0.05$)。**结论** 阿立哌唑结合认知行为疗法可明显提高精神分裂症患者的疗效,改善生活质量。

【关键词】 精神分裂症; 阿立哌唑; 认知行为疗法; 疗效; 生活质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.20.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)20-2716-03

精神分裂症患者普遍存在药物治疗依从性差,影响治疗效果^[1-2]。临床研究认为,阿立哌唑治疗精神分裂症临床疗效好,

可明显改善患者的意志缺乏和注意障碍,但远期疗效仍有一定的局限性,且有食欲减退、口干、失眠等不良反应^[3]。作者采取

阿立哌唑结合认知行为疗法治疗精神分裂症,效果较为理想,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院医学伦理委员会同意,并与患者和监护人签署知情同意书。选择 2011 年 10 月至 2012 年 10 月本院精神科住院治疗的精神分裂症患者 80 例,其中男 47 例,女 33 例,年龄 23~65(40.59±15.67)岁,病程 0.5~12(6.27±4.63)年,采用随机数字表法,将 80 例患者随机均分为观察组和对照组。80 例患者均符合《中国精神障碍诊断与分类标准》第 3 版精神分裂症诊断标准,住院治疗时间大于 3 个月,无高血压病、高血脂、糖尿病、冠心病、乙醇依赖和肥胖症等病史,能够配合治疗和护理,具有认知能力,排除妊娠或哺乳期妇女。两组患者的性别、年龄、病程、住院治疗时间、并发症等比较差异无统计学意义($P>0.05$),资料具有可比性。

1.2 方法 对照组仅口服阿立哌唑治疗,不给予其他抗精神分裂症药物,初始给予 10 mg/d 口服,1 周后改为 20 mg/d 口服,第 3 周开始 30 mg/d 口服,2 次/天,可对症应用苯二氮卓类药物和抗胆碱类药物。观察组在阿立哌唑治疗的基础上结合认知行为疗法,具体方法如下。

1.2.1 寻找错误认知 入科治疗第 1 周,通过询问病史、治疗反馈、病情沟通等方式建立和谐、诚信的医患关系,每天下午与患者及其家属交谈 30~45 min,在此基础上了解患者的个性特点、内心体验等,评估其心理障碍的严重程度,探究其不合理认知或错误理念的根源。

1.2.2 论证、分析和重建合理认知 治疗第 2~3 周,认真论证、分析第 1 周患者的错误认知,浅显易懂地宣教精神分裂症

的临床症状、产生原因等,协助患者树立正确的认知和理性行为能力,强化心理治疗与康复,针对其错误认知,诱导患者内心反省,努力做到自我修复和重建合理认知。每周 1~5 下午进行生活自理能力、行为技巧训练和娱乐、学习等内容的指导,每次 45~60 min,提高生活能力。

1.2.3 强化重建认知 第 4 周开始,强化患者的合理认知能力,如对精神分裂症的正确理解,初步学会与负性心理认知进行自我辩论,坚持药物治疗等,不断提高患者的认知能力,树立积极治疗疾病的心理。

1.3 观察指标 观察两组治疗前、治疗 12 周后简明精神病评定量表(BPRS)、阳性症状评定量表(SAPS)和阴性症状评定量表(SANS)评分变化、治疗时出现的症状量表(TESS)疗效和生活质量量表(SQLS)评分变化。疗效标准:显效,症状完全消失,自知力存在;有效,症状基本消失,自知力部分存在;无效,症状无改善,自知力无恢复。SQLS 包括心理社会、动力和精力、症状和不良反应 3 个量表,评分 0~100 分,生活质量与分数呈正比。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件包分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用方差分析,等级资料应用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 BPRS、SAPS 和 SANS 评分 治疗前两组 BPRS、SAPS 和 SANS 评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗 12 周后各项评分明显降低,但观察组降低比对照组明显($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 BPRS、SAPS 和 SANS 评分变化比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	BPRS		SAPS		SANS	
		治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后
观察组	40	49.72±6.43	29.84±6.03	40.56±6.86	26.36±4.37	50.44±7.09	26.08±6.71
对照组	40	50.84±7.91	34.28±6.56	41.32±6.73	29.44±3.81	48.56±7.04	32.28±7.35
F		0.30	6.21	0.16	7.06	0.89	9.70
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 TESS 疗效 观察组治疗总有效率为 95.00%,明显高于对照组的 80.00%($P<0.05$),见表 2。

2.3 SQLS 评分 治疗前两组 SQLS 各项评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗 12 周后评分明显减少,且观察组减少比对照组更明显($P<0.05$)。见表 3。

表 2 两组 TESS 疗效比较

组别	n	显效(n)	有效(n)	无效(n)	总有效率(%)
观察组	40	21	17	2	95.00
对照组	40	16	16	8	80.00

注:两组比较, $\chi^2=4.11$, $P<0.05$ 。

表 3 两组 SQLS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	心理社会		动力和精力		症状和不良反应	
		治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后
观察组	40	56.04±14.09	37.68±10.29	61.36±8.13	47.48±7.58	32.88±7.67	23.44±7.11
对照组	40	53.72±15.83	44.64±10.37	58.84±10.05	52.32±7.15	33.68±7.03	27.88±7.61
F		0.30	5.35	0.95	5.39	0.15	4.54
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨 论

药物是治疗精神分裂症的主要措施,目的是有效控制或缓解患者的临床症状,尽可能恢复心理、认知、社会等功能,改善生活质量^[4]。但临床治疗发现,药物治疗后患者的病情易复

发,且患者的心理认识、情绪认知、记忆等仍存在一定缺陷。为提高疗效和改善患者的生活质量,以抗精神分裂症药物为主的综合治疗措施是临床治疗的重要方法。

阿立哌唑是第二代非典型喹啉类抗精神病药物,能够有效

平衡多巴胺(DA)系统和 5-羟色胺(5-HT)系统,依据血液中 DA 和 5-HT 浓度自动调节药物的激动(D2、5-HT_{1A}受体)、拮抗(5-HT_{2A}受体)能力,从而显著改善 DA 功能亢进的阳性症状和 DA 功能低下、5-HT 能神经递质紊乱的阴性症状^[5]。对照组治疗 12 周后,患者的 BPRS、SAPS 和 SANS 评分明显降低,提示阿立哌唑能够有效改善精神分裂症患者的阳性、阴性症状,与文献[6]报道一致,而且 SQLS 各项评分亦显著降低,说明阿立哌唑有效改善患者的生活质量,与 Taylor 等^[7]报道一致。对照组 TESS 的总有效率 80.00%,与安孝群等^[8]报道的疗效基本相似,机制可能与阿立哌唑平衡 DA 系统正常的生理功能有关^[9]。临床研究表明,认知行为疗法能够促进阳性精神症状的消失,改善阴性症状,提高患者服药依从性,有利于疗效的巩固和提高^[10]。观察组 BPRS、SAPS 和 SANS 评分明显低于对照组,TESS 疗效明显高于对照组,说明认知行为疗法可有效提高阿立哌唑的治疗效果,原因与纠正患者的不良认知、消除负面情绪、提高治疗依从性等有关。同时,治疗后 SQLS 各项评分亦显著降低,提示认知行为疗法可提高患者的生活能力,改善生活质量,与文献[11]报道一致。精神分裂症的治疗涉及生物-心理-社会等各方面,单纯依靠某一种药物很难取得理想的疗效,医务人员在实施认知行为疗法时,需要不断提高自身的综合素质,而且根据患者的性别、年龄、病程、文化程度、社会背景等进行个体化干预,才能取得较好的治疗效果。

综上所述,阿立哌唑结合认知行为疗法能够有效降低精神分裂症患者的 BPRS、SAPS、SANS 和 SQLS 评分,提高 TESS 疗效,改善生活质量,值得精神科推广应用。

参考文献

- [1] Rui S, Casu MA, Casu G, et al. Effects of controlled-release formulations of atypical antipsychotics on functioning and quality of Life of schizophrenic individuals[J]. Expert Opin Pharmacother, 2012, 13(11): 1631-1643.
- [2] Gigaux J, Le Gall D, Jollant F, et al. Cognitive inhibition and quality of Life in schizophrenia; a pilot study[J]. Schizophr Res, 2013, 143(2-3): 297-300.
- [3] Moteshaifi H, Stip E. Comparing tolerability profile of quetiapine, risperidone, aripiprazole and ziprasidone in

schizophrenia and affective disorders; a meta-analysis[J]. Expert Opin Drug Saf, 2012, 11(5): 713-732.

- [4] Chang JS, Lee NY, Ahn YM, et al. The sustained effects of aripiprazole-augmented clozapine treatment on the psychotic symptoms and metabolic profiles of patients with refractory schizophrenia[J]. J Clin Psychopharmacol, 2012, 32(2): 282-284.
- [5] Croxtall JD. Aripiprazole; a review of its use in the management of schizophrenia in adults[J]. CNS Drugs, 2012, 26(2): 155-183.
- [6] 王占敏, 必为峰, 王晓志, 等. 阿立哌唑与喹硫平治疗精神分裂症的疗效和安全性[J]. 中国临床药理学杂志, 2012, 28(12): 941-943.
- [7] Taylor D, Hanssens L, Loze JY, et al. Preference of medicine and patient-reported quality of Life in community-treated schizophrenic patients receiving aripiprazole vs standard of care; results from the STAR study[J]. Eur Psychiatry, 2008, 23(5): 336-343.
- [8] 安孝群, 陈优, 伍毅. 阿立哌唑与利培酮治疗住院精神分裂症患者的对照研究[J]. 四川精神卫生, 2012, 25(4): 219-221.
- [9] Melnik T, Soares BG, Puga ME, et al. Efficacy and safety of atypical antipsychotic drugs (quetiapine, risperidone, aripiprazole and paliperidone) compared with placebo or typical antipsychotic drugs for treating refractory schizophrenia; overview of systematic reviews[J]. Sao Paulo Med J, 2010, 128(3): 141-166.
- [10] Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia; an empirical review[J]. J Nerv Ment Dis, 2012, 200(10): 832-839.
- [11] Mortan Sevi O, Tekinsav Sütçü S. Cognitive-behavioral group treatment for schizophrenia and other psychotic disorders- a systematic review[J]. Turk Psikiyatri Derg, 2012, 23(3): 206-218.

(收稿日期: 2013-01-21 修回日期: 2013-06-12)

• 临床研究 •

血必净联合乌司他丁对重症脓毒症的临床研究

赵广阔, 刘永华(辽宁省大连市中心医院急诊科 116033)

【摘要】 目的 评价乌司他丁联合血必净对重症脓毒症患者的疗效和安全性。**方法** 将 132 例重症脓毒症患者随机分为乌司他丁组、血必净组、乌司他丁+血必净组。观察治疗前后血浆脂多糖(LPS)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素(IL)-6、IL-10、降钙素原(PCT)浓度,并统计患者机械通气时间、重症监护病房(ICU)住院时间、APACHE-II 评分。**结果** 联合治疗组治疗后血浆 LPS、TNF- α 、IL-6、PCT 浓度、机械通气时间、ICU 住院时间、28 d 生存率均优于单一治疗组。**结论** 乌司他丁联合血必净能够显著改善重症脓毒症患者的病情,降低脓毒症的病死率。

【关键词】 重症脓毒症; 血必净; 乌司他丁

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.20.044 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)20-2718-03

多项研究表明,脓毒症时患者体内炎性细胞过度激活,释放大量细胞因子,这些细胞因子在其病理生理中起决定作