

计学意义($P < 0.05$), 组间比较可见两组干预前 SAS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 组内比较可见试验组干预后 SAS 评分显著低于干预前($P < 0.01$), 而对照组则干预前后差异无统计学意义($P > 0.05$)。

音乐疗法有助于提高患者对手术室护理的整体满意度, 通过本科室自制局部麻醉患者满意度调查表显示, 试验组 50 例患者表示对护理满意较好, 满意率为 98.89%, 对照组 50 例患者表示对护理满意率为 87.70%, 试验组患者满意度高于对照组。

综上所述, 本文通过对本科室术前访视人员的专业培训, 有效将个性化音乐疗法对局部麻醉患者手术期间进行干预, 降低患者血压, 减慢患者心率, 减轻患者手术期间的焦虑状态。此外, 音乐疗法成本低、操作方法的简单患者易接受。所以说个性化的音乐疗法是一种可以推行的手术室局部麻醉患者的护理辅助方法。

参考文献

[1] 胜利. 围术期焦虑及干预[J]. 中国心理卫生杂志, 2013,

· 临床探讨 · DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.17.041

11(3):134.

[2] 周世斌. 音乐欣赏[M]. 重庆: 西南师范大学出版社, 2000:55.

[3] 管鑫, 陈冬梅, 解丽. 音乐疗法在临床护理中的应用现状及存在问题[J]. 护理管理杂志, 2013, 10(4):267.

[4] 周玲英. 音乐运动干预对改善急性冠脉综合征患者心理状态和生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2011, 8(31):132-134

[5] 邢春梅, 宋效英. 手术病人运用音乐疗法的体会[J]. 黑龙江医学, 2013, 28(12):930.

[6] 李咏, 陆红, 郑修霞. 音乐疗法缓解剖宫产病人手术前焦虑的效果分析[J]. 现代护理, 2014, 11(1):8-9.

[7] WAKIM J H, SMITH S, GUINN C. The efficacy of music-therapy[J]. J Perianesth Nurs, 2010, 25(4):226-232.

(收稿日期: 2019-02-14 修回日期: 2019-05-13)

医院感染多重耐药菌监测及防控分析

杨 丽

西安交通大学附属第一医院东院医学检验科, 陕西西安 710089

摘要:目的 了解该院感染多重耐药菌(MDRO)分布情况, 以加强预防与控制措施。方法 通过回顾性调查标本的方法, 对该院住院患者 MDRO 感染及病原菌分布情况进行监测。结果 该院 2016—2018 年住院患者感染标本中共分离出 MDRO 317 株, 其中大肠埃希菌 163 株(51.40%), 肺炎克雷伯菌 51 株(16.10%), 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA) 35 株(11.10%), 铜绿假单胞 32 株(10.10%), 鲍曼不动杆菌 27 株(8.50%), 耐碳青霉烯类肠杆菌 8 株(2.50%), 耐万古霉素的肠球菌 1 株(0.30%)。统计各菌株的来源科室, 其中肾脏内分泌科 61 株(19.20%), 普外科 58 株(18.30%), 神经外科 48 株(15.1%), 肿瘤科 43 株(13.60%), 神经内科 37 株(11.80%), 呼吸内科 36 株(11.30%), 骨科 21 株(6.62%), 感染疾病科 10 株(3.15%), 妇产科 3 株(0.93%)。结论 医院感染 MDRO 以革兰阴性杆菌为主, 主要防控措施是落实消毒隔离并加强对抗菌药物使用的管理。

关键词: 多重耐药菌; 医院感染; 防控分析

中图分类号: R446.5

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)17-2548-03

多重耐药菌(MDRO)主要是指对临床使用的 3 类或以上抗菌药物同时出现耐药的细菌。MDRO 感染是指患者出现临床感染症状、体征, 如发热、咳嗽、脓性分泌物等, 且痰培养标本送检其微生物检测结果报告为某种 MDRO^[1-2]。因其感染的复杂性和难治性, 可导致患者的住院时间延长, 治疗费用增加, 病死率增高, 给治疗和护理带来了极大的挑战^[3]。MDRO 是医院感染的主要病原菌, 呈现不断增加的趋势。为了解医院感染 MDRO 分布情况, 进一步加强预防与控制, 制订针对性措施, 避免医院感染暴发, 本研究对

本院 2016—2018 年住院患者送检标本的 MDRO 检测结果进行回顾性调查, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次调查标本均来源于本院 2016 年 1 月至 2018 年 12 月住院患者的送检标本, 来源于外科、内科、肿瘤科, 肾内科、感染疾病科及妇产科。

1.2 方法 住院患者病原学标本均由细菌室负责检测。按常规方法从各科临床标本分离细菌, 获纯培养后进行革兰染色和氧化酶试验。培养出的致病菌采用 ATB 微生物鉴定系统配套鉴定卡进行菌种鉴定。

MDRO 鉴定根据药敏试验结果进行分析。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件对数据进行分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2016 年送检临床疑似感染的培养标本 2 255 例,检出 MDRO 株 91 例,检出率 4.03%;2017 年送检临床疑似感染的培养标本 2 960 例,检出 MDRO 株 134 例,检出率 4.53%;2018 年送检临床疑似感染的培养标本 3 784 例,检出 MDRO 株 92 例,检出率 2.43%。2016、2017 年的 MDRO 检出阳性率比较,二者差异无统计学意义 ($P > 0.95$);2016、2017 年与 2018 年的 MDRO 检出阳性率比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2016—2018 年检出 MDRO 的标本类型分析,见表 1。2016—2018 年检出 MDRO 的科室分布,见表 2。2016—2018 年检出 MDRO 的细菌构成分析,见表 3。

表 1 MDRO 株主要标本类型[n(%)]

标本类型	2016 年	2017 年	2018 年
痰液	41(45.10)	72(53.70)	44(47.80)
尿液	28(30.70)	33(24.60)	32(34.70)
分泌物	13(14.30)	17(12.70)	9(9.78)
血液	9(9.90)	12(9.00)	7(7.60)
合计	91(100.00)	134(100.00)	92(100.00)

表 2 MDRO 的科室分布情况[n(%)]

科室	2016 年	2017 年	2018 年
呼吸内科	16(17.60)	14(10.40)	6(6.52)
神经内科	9(9.90)	20(14.90)	8(8.70)
感染疾病科	2(2.20)	5(3.71)	3(3.26)
肾脏内分泌科	20(22.00)	23(17.20)	18(19.60)
普外科	18(19.80)	19(14.20)	21(22.80)
骨科	4(4.40)	7(5.21)	10(10.90)
神经外科	7(7.70)	21(15.70)	20(21.70)
肿瘤科	14(15.30)	23(17.20)	6(6.52)
妇产科	1(1.10)	2(1.48)	0(0.00)
合计	91(100.00)	134(100.00)	92(100.00)

表 3 主要 MDRO 的细菌构成[n(%)]

细菌菌株	2016 年	2017 年	2018 年
大肠埃希菌 ESBLs	52(57.10)	66(49.10)	45(48.90)
多重耐药铜绿假单胞菌	9(9.90)	12(9.00)	11(12.00)
肺炎克雷伯菌 ESBLs	9(9.90)	30(22.3)	12(13.00)
耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌	4(4.40)	11(8.21)	12(13.00)
耐碳青霉烯类肠杆菌科(CRE)	0(0.00)	4(2.98)	4(4.40)
金黄色葡萄球菌(MRSA)	16(17.60)	11(8.21)	8(8.70)
耐万古霉素的肠球菌	1(1.10)	0(0.00)	0(0.00)
合计	91(100.00)	134(100.00)	92(100.00)

3 讨 论

随着抗菌药物广泛及不规范使用,临床抗菌药物的耐药状况日趋严峻,被称之为“超级细菌”的 MDRO 已呈现出全球蔓延的态势^[4]。尤其是 CRE 的出现,已成为临床抗感染治疗面临的严峻挑战,严重威胁患者生命^[5]。CRE 对目前临床上用于治疗革兰阴性杆菌最强效的抗菌药物——碳青霉烯类抗菌药物不敏感,临床在此类细菌导致的感染治疗中处于“无药可用”的艰难境地^[6]。从本次统计的标本类型来看,痰液标本检测出的 MDRO 最高,与文献^[7-8]报道一致,其次为尿液标本,二者检出率约占 75.00%以上。从科室分布来看,3 年检出率排列前 5 位的分别为肾脏内分泌科、普外科、神经外科、肿瘤科、神经内科。从细菌构成来看,排列前 5 位的分别是大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌、多重耐药铜绿假单胞菌、耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌,前两者总和已占到 60.00%以上,说明本院主要以这两种 MDRO 为主,与文献^[9-11]报道有一定差异,表明多重耐药现象在各地普遍存在,但情况会有所差异。针对此种现象,有必要对多重耐药的总体情况进行统计调查,分析本地区细菌耐药动态及 MDRO 流行趋势。本院 MRSA 的检出率呈逐年下降趋势,耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌则呈上升趋势,而 2016、2017 年的 MDRO 检出阳性率之间差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.886 8, P > 0.95$);2016、2017 年与 2018 年的 MDRO 检出阳性率比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明本院加强 MDRO 预防与控制管理取得了成效,控制工作必须坚持下去。

本次监测结果显示,本院肾脏内分泌科是 MDRO 高发科室,其科室大多是肾病综合征患者,年龄的增长,住院时间和病程的延长,免疫力低下,以及侵入性医疗操作的实施使患者的医院感染发生率逐渐增高^[12]。对本次调查结果,医院采取以下措施继续预防与控制 MDRO 传播:(1)加强临床医生的病原学送检意识,对感染或疑似感染患者采集相关部位标本进行细菌培养。对于临床诊断为细菌性感染的患者,在未获知细菌培养及药敏结果前,或无法获取培养标本时,可根据患者的感染部位、基础疾病、发病情况、发病场所、既往抗菌药物用药史及其治疗反应等推测可能的病原体,并结合当地细菌耐药性监测数据,先给予抗菌药物进行经验治疗^[13]。追踪检验结果,及时发现、早期诊断 MDRO 感染患者或定植患者。(2)临床微生物室将 MDRO 检测纳入危急值管理,对 MDRO 在检验报告进行上标注,及时上报医院感染管理部门及主管医生,采取有效的感染控制措施。(3)各科室接到 MDRO 感染患者或定植患者的报告,通报科室

医生、护士、保洁员全科医务人员知晓,并签收 MDRO 预防与控制通知书。由科主任、护士长负责病区内 MDRO 感染患者的预防和控制措施的落实,科室监控医生和监控护士积极配合。在标准预防的基础上,及时采取接触隔离,设立隔离标识。(4)如患者需要进行检查应在检查申请单上注明“此患者为 MDRO 患者”,以便检查科室加强 MDRO 感染防护。(5)科室患者解除隔离后由主管医生填写 MDRO 预防与控制处理及病情转归单上报感控科。(6)医院感染管理部门每月检查科室,加强监督重点部门落实消毒与隔离制度,包括手卫生措施、隔离措施、无菌操作、保洁与环境消毒。对防控措施落实不到位的及时限时整改,防止 MDRO 的扩散。(7)医院各部门加强合作,定期召开联席工作会,开展细菌耐药监测工作,每季度在质量简报发布临床常见分离细菌菌株及其药敏情况,及时掌握细菌耐药动态及 MDRO 流行趋势,促进抗菌药物的合理应用。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 多重耐药菌感染预防与控制技术指南(试行):卫办医政发[2011]5号[S]. 北京:中华人民共和国卫生部,2011.
- [2] 吴艳春,曾金莺,伍丽霞. 重症监护病房多重耐药菌感染临床特点及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志,2014,20(2):124-125.
- [3] 陈建蓉,张艳,钱霞,等. PDCA 循环在 RICU 多重耐药菌感染患者接触隔离中的应用[J]. 中国实用医药,2015,10

(30):289-290.

- [4] 张冀霞,王占伟,王启,等. 替加环素对临床常见多重耐药菌的体外抗菌活性研究[J]. 中华检验医学杂志,2013,36(4):308-312.
- [5] 何颜霞. 耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌感染的治疗对策[J]. 中国小儿急救医学杂志,2016,2(1):1-4.
- [6] 刘立荣,李向阳,瞿玲娜,等. 替加环素对不同耐药基因型耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌的敏感性研究[J]. 检验医学,2016,31(5):383-386.
- [7] 鹿红梅,撒珂,严乃富,等. 某基层医院多重耐药菌感染监测结果分析[J]. 国际检验医学杂志,2017,38(5):700-702.
- [8] 买尔旦·阿不来,董正梁,王鑫,等. 某三甲专科医院结核重症监护病房多重耐药菌分布情况[J]. 新疆医学,2016,46(10):1297-1299.
- [9] 尹怀文,侯高林,王刚. 某三甲医院多重耐药菌感染及分布[J]. 热带医学杂志,2017,17(7):912-914.
- [10] 杨旭,何薇,王清,等. 某三甲综合医院多重耐药菌分布及耐药性分析[J]. 国际检验医学杂志,2016,36(20):2958-2960.
- [11] 吕春兰,丁志红,杭国琴,等. 医院多重耐药菌的耐药分析[J]. 中国感染控制杂志,2015,14(5):350-352.
- [12] 曲振瑞. 肾病综合征患者医院感染率与危险因素分析[J]. 中国伤残医学,2014,22(4):30-31.
- [13] 中华人民共和国卫生部. 抗菌药物临床应用指导原则(2015年版):国卫办医发[2015]43号[S]. 北京:中华人民共和国卫生部,2015.

(收稿日期:2019-02-02 修回日期:2019-04-20)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.17.042

营养支持结合姑息护理对肿瘤患者营养状态及生存质量的影响

马运侠¹,柯希兰^{2△},郭薇³

陕西省安康市中医医院:1.肿瘤科;2.血液风湿科;3.感染管理科,陕西安康 725000

摘要:目的 探讨营养支持结合姑息护理对肿瘤患者营养状态及生存质量的影响。方法 按照随机数字表法将 160 例晚期恶性肿瘤患者分为观察组及对照组,每组各 80 例。两组患者均给予姑息护理,观察组在此基础上给予营养支持,于干预前及干预 6 周后测定体质量指数(BMI)、清蛋白(ALB)、血红蛋白(Hb)等营养状况指标,采用主观综合营养评价量表(SGA)及癌症患者生存质量评价量表进行营养及生活质量的评估。结果 干预后观察组 BMI、ALB、Hb 水平均显著升高($P < 0.05$),对照组 ALB 显著升高($P < 0.05$);干预后观察组 BMI、ALB、Hb 均显著高于对照组($P < 0.05$);干预后观察组 SGA 评级显著优于对照组($P < 0.05$);干预后两组患者躯体、角色、情绪、认知及社会功能得分显著升高($P < 0.05$),晚期肿瘤模块显著降低($P < 0.05$),观察组干预后躯体功能、认知功能及晚期肿瘤模块等方面均显著优于对照组($P < 0.05$)。结论 营养支持结合姑息护理可显著提高晚期恶性肿瘤患者营养状况,提高生活质量,具有一定临床应用价值。

关键词:营养支持; 姑息护理; 恶性肿瘤; 营养状态; 生活质量

中图法分类号:R473.73

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)17-2550-04

恶性肿瘤现已成为人类第二致死性因素,晚期恶

性肿瘤患者治愈希望渺茫,此时临床干预原则多以缓