

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 20. 038

2018 年某基层中医院临床分离病原菌的分布特点及耐药性分析

任继欣¹, 吴连杰¹, 周善荣²

1. 河北省唐山市丰润区中医医院检验科, 河北唐山 064000; 2. 河北省唐山市
丰润区人民医院检验科, 河北唐山 064000

摘 要:目的 回顾分析唐山市丰润区中医医院 2018 年临床分离的病原菌分布特点及其耐药性, 为医院临床抗感染治疗、合理使用抗菌药物及医院感染监控提供依据。**方法** 按照《全国临床检验操作规程》及仪器产品配套的使用说明书, 采用 VITEK2compact 对 2018 年全年临床送检标本进行鉴定和药敏试验。**结果** 2018 年临床送检标本 13 239 份, 分离病原菌 1 657 株, 检出率为 12. 5%, 其中革兰阴性杆菌 1 302 株, 占 78. 6%, 革兰阳性球菌 265 株, 占 16. 0%, 酵母样真菌 90 株, 占 5. 4%; 病原菌标本来源依次为痰液(57. 3%), 无菌尿液(18. 1%), 血液(10. 3%), 伤口拭子(7. 4%); 病原菌检出率排列前 5 位的细菌依次是: 肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌、金黄色葡萄球菌。革兰阴性杆菌中, 肺炎克雷伯菌和大肠埃希菌产超广谱 β -内酰胺酶比例分别为 38. 1% 和 57. 5%。革兰阴性杆菌中, 肠杆菌科细菌对替加环素、厄他培南、氨基糖苷类药物耐药性较低, 非发酵菌对黏菌素、头孢哌酮/舒巴坦、氨基糖苷类药物耐药性较低; 革兰阳性球菌中, 金黄色葡萄球菌的分离率居首位, 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌检出率占 38. 5%, 凝固酶阴性葡萄球菌次之, 耐甲氧西林凝固酶阴性葡萄球菌检出率占 82. 1%, 肠球菌属以屎肠球菌最多、粪肠球菌次之, 均未发现耐万古霉素的菌株; 酵母样真菌以白色假丝酵母菌检出最多。**结论** 对唐山市丰润区中医医院送检临床标本的病原谱构成、分布及耐药性进行回顾性统计分析, 有利于医院感染监控的预防控制, 减少医院感染发生, 并指导临床抗菌药物的正确使用, 对降低细菌耐药性有积极意义。

关键词:病原菌; 耐药性; 临床分布; 抗菌药物

中图法分类号:R446. 5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)20-3036-05

近年来, 随着现代医学的发展, 器官移植、介入治疗、血液透析、放疗、化疗、内镜和各种器官插管等诊疗技术在基层医院的广泛应用, 以及基层医院抗菌药物的使用缺乏合理性, 特别是一些超范围预防应用抗菌药物及一般感染就联合应用多种抗菌药物致耐药问题越来越突出, 导致医院感染源、易感人群和感染途径大大增加, 使医院感染呈日益严重趋势^[1]。医院感染监测是预防与控制医院感染的有效手段。通过对医院感染病原菌的监测, 掌握唐山市丰润区中医医院病原菌的分布特点及抗菌药物的耐药情况, 对临床医生合理、正确选择和使用抗菌药物, 控制病原菌耐药性的发展, 预防与减少医院感染具有重要临床实用价值^[2]。为此, 本研究对唐山市丰润区中医医院 2018 年全年临床标本中检出的 1 657 株病原菌分布特点及耐药情况进行回顾性分析, 旨在为临床医生合理应用抗菌药物提供依据, 做好医院感染和预防控制, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 标本种类及来源 收集唐山市丰润区中医医院 2018 年全年门诊、住院患者送检的临床细菌培养各类合格标本, 包括痰液、血液、无菌尿液、伤口拭子、胆汁、脑脊液、各种体液等, 去除同一患者相同标本类型的重复菌株。

1.2 质控种类及来源 来源于温州康泰生物(为-20℃

冷冻保存的干粉), 种类包括: 大肠埃希菌 ATCC 25922, 金黄色葡萄球菌 ATCC 29213, 铜绿假单胞菌 ATCC 27853, 阴沟肠杆菌 ATCC 700323, 铅黄肠球菌 ATCC 700327, 白色假丝酵母菌 ATCC 14053。

1.3 试剂与仪器 法国生物梅里埃 VITEK2compact 全自动微生物鉴定仪及其配套使用的鉴定药敏卡(GN、GP、NH、GP-639、N-334、N-335), 法国生物梅里埃半自动 ATB 及与之配套的真菌鉴定和药敏卡, 英国 Oxoid 药敏纸片, 所用培养皿均为郑州安图生物产品。

1.4 方法

1.4.1 标本接种与分纯 标本接种与分纯培养均严格按照《全国临床检验操作规程》第 4 版执行^[3]。

1.4.2 细菌鉴定和药敏试验 室内质控在控, 仪器运转正常。使用 VITEK2compact 及其配套使用的鉴定和中国定制药敏卡(肠杆菌科选用 N-334, 非发酵菌选用 N-335, 阳性球菌选用 GP-639)进行试验, 所有卡片均在有效期内。仪器提示药敏试验结果不确定需要 K-B 纸片法复核结果时, 应严格按照《全国临床检验操作规程》第 4 版执行^[3]。结果参照最新版 CLSI 标准判读(头孢哌酮/舒巴坦参考头孢哌酮的折点)。

2 结 果

2.1 各科室病原菌分布及构成比 2018 年临床送检标本 13 239 份, 分离病原菌 1 657 株, 各科室病原菌分布及构成比分别为: 重症监护室(ICU) 551 株

(33.3%)、呼吸内科 312 株(18.9%)、内分泌科 150 株(9.1%)、消化内科 117 株(7.1%)、儿科 98 株(5.9%)、创伤科 96 株(5.8%)、心内科 75 株(4.8%)、脑外科 73 株(4.4%)、综合内科 66 株(4.0%)、普外科 40 株(2.4%)。

2.2 病原菌标本类型分布及构成比 检出 1 657 株病原菌的标本类型分布及构成比分别为:痰液 950 株(57.3%)、无菌尿液 300 株(18.1%)、血液 171 株(10.3%)、伤口拭子 122 株(7.4%)、胆汁 16 株(0.6%)、胸腔积液、腹水、体液共 7 株(0.4%)、脑脊液 6 株(0.3%)及其他类型标本 85 株(5.1%)。

2.3 13 239 份临床送检标本病原菌分布及构成比 13 239 份送检标本分离病原菌 1 657 株,阳性率为 12.5%,其中革兰阴性杆菌 1 302 株,占 78.6%,革兰阳性球菌 265 株,占 16.0%,酵母样真菌 90 株,占 5.4%。检出的病原菌居前 5 位的分别是肺炎克雷伯菌 486 株(29.3%),大肠埃希菌 294 株(17.8%),铜绿假单胞菌 195 株(11.8%),鲍曼不动杆菌 117 株(7.1%),金黄色葡萄球菌 89 株(5.4%),见表 1。

2.4 主要革兰阴性杆菌耐药率 见表 2。共检出革兰阴性杆菌 1 302 株,占 78.6%。

2.5 主要革兰阳性球菌耐药率 见表 3。共检出革

兰阳性球菌 265 株,占 16.0%,以金黄色葡萄球菌为主,肠球菌属以屎肠球菌为主。

表 1 1 657 株病原菌分布及构成比

病原菌	株数 (n)	构成比 (%)	病原菌	株数 (n)	构成比 (%)
革兰阴性杆菌	1 302	78.6	革兰阳性球菌	265	16.0
肺炎克雷伯菌	486	29.3	金黄色葡萄球菌	89	5.4
大肠埃希菌	294	17.8	表皮葡萄球菌	40	2.4
铜绿假单胞菌	195	11.8	人葡萄球菌	31	1.9
鲍曼不动杆菌	117	7.1	屎肠球菌	32	1.9
奇异变形杆菌	67	4.0	粪肠球菌	15	0.9
阴沟肠杆菌	31	1.9	肺炎链球菌	9	0.5
嗜麦芽窄食单胞菌	16	0.9	其他凝固酶阴性葡萄球菌	18	1.1
黏质沙雷菌	7	0.4	其他革兰阳性球菌	31	1.9
产气肠杆菌	5	0.3	酵母样真菌	90	5.4
类香味菌属	13	0.8	白色假丝酵母菌	60	3.6
其他革兰阴性杆菌	71	4.3	光滑酵母菌	18	1.1
			热色带假丝酵母菌	12	0.7

表 2 主要革兰阴性杆菌对抗菌药物的耐药率[n(%)]

抗菌药物	肺炎克雷伯菌(n=486)	大肠埃希菌(n=294)	铜绿假单胞菌(n=195)	鲍曼不动杆菌(n=117)
阿米卡星	15(3.06)	9(3.10)	48(24.43)	4(3.10)
妥布霉素	25(5.26)	16(5.47)	53(27.26)	72(61.61)
哌拉西林/他唑巴坦	128(26.28)	41(14.11)	2(1.28)	79(67.31)
头孢哌酮/舒巴坦	98(20.16)	32(10.77)	41(21.16)	36(30.77)
环丙沙星	49(10.00)	125(42.63)	52(27.00)	73(62.63)
头孢他啶	146(30.10)	114(38.84)	59(30.10)	77(65.84)
左氧氟沙星	150(31.02)	156(53.06)	48(25.02)	68(58.06)
头孢吡肟	174(35.84)	105(35.63)	26(13.24)	53(45.63)
亚胺培南	21(4.44)	16(5.42)	67(34.44)	62(53.42)
美罗培南	26(5.26)	15(5.20)	57(29.26)	60(51.20)
替加环素	0(0.00)	0(0.00)	—	0(0.00)
复方磺胺甲噁唑	215(44.14)	138(47.00)	—	59(50.40)
阿莫西林/克拉维酸	165(34.02)	47(16.02)	—	—
氨苄西林/舒巴坦	77(15.79)	193(65.63)	—	—
氨曲南	89(18.21)	101(34.21)	—	—
头孢曲松	209(42.93)	152(52.00)	—	—
头孢西丁	153(31.48)	62(21.20)	—	—
厄他培南	126(25.86)	16(5.34)	—	—
呋喃妥因	20(4.10)	44(15.00)	—	—
头孢呋辛钠	301(61.90)	188(64.08)	—	—
头孢呋辛酯	302(62.24)	191(65.10)	—	—
黏菌素	—	—	6(3.11)	2(2.13)
多西环素	—	—	—	76(65.34)
米诺环素	—	—	—	48(41.11)

注:—表示无统计数据

表 3 主要革兰阳性球菌对抗菌药物的耐药率[n(%)]

抗菌药物	金黄色葡萄球菌 (n=89)	凝固酶阴性葡萄球菌 (n=89)	肠球菌属(n=47)	
			屎肠球菌(n=32)	粪肠球菌(n=15)
万古霉素	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
替考拉宁	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
利奈唑胺	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
达托霉素	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
替加环素	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
青霉素	83(93.59)	84(94.05)	27(84.00)	3(23.08)
呋喃妥因	0(0.00)	0(0.00)	7(22.22)	0(0.00)
环丙沙星	27(30.00)	53(60.10)	25(77.20)	8(50.00)
左氧氟沙星	15(16.67)	52(58.06)	26(80.00)	7(46.00)
莫西沙星	9(10.26)	28(31.04)	27(84.00)	7(46.12)
红霉素	63(70.51)	65(73.08)	28(88.00)	12(76.92)
苯唑西林	34(38.46)	73(82.13)	—	—
头孢洛林	0(0.00)	0(0.00)	—	—
克林霉素	59(66.67)	62(69.20)	—	—
利福平	7(7.69)	37(41.02)	—	—
复方磺胺甲噁唑	18(20.51)	58(65.38)	—	—
庆大霉素	15(16.67)	30(33.85)	—	—

注：—表示无统计数据

2.6 酵母样真菌耐药率 见表 4。共检出酵母样真菌 90 株,以白色假丝酵母菌为主,对药物的敏感性普遍较好。

表 4 酵母样真菌对常用抗真菌药物耐药率[n(%)]

抗菌药物	白色假丝酵母 (n=60)	光滑假丝酵母菌 (n=18)	热带假丝酵母菌 (n=12)
5-氟胞嘧啶	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
两性霉素 B	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
氟康唑	2(2.33)	0(0.00)	0(0.00)
依曲康唑	2(3.33)	0(0.00)	0(0.00)
伏立康唑	2(3.33)	0(0.00)	0(0.00)

2.7 特殊细菌阳性检出率 检出的 486 株肺炎克雷伯菌产超广谱 β-内酰胺酶(ESBLs)菌株 185 株,比率为 38.1%;检出的 294 株大肠埃希菌中产 ESBLs 菌株 169 株,比率为 57.5%;检出的 89 株金黄色葡萄球菌中耐甲氧西林金黄色葡萄球菌菌株 34 株,比率为 38.2%;检出的 89 株凝固酶阴性葡萄球菌中耐甲氧西林凝固酶阴性葡萄球菌菌株 73 株,比率为 82.0%。

3 讨 论

医院感染病原菌的分布是经验性抗菌药物治疗的重要参考依据,因而成为医院感染监测的重要内容。唐山市丰润区中医医院 2018 年临床送检微生物标本 13 239 份,共分离出病原菌 1 657 株(12.5%),其中革兰阴性杆菌 1 302 株(78.6%),革兰阳性球菌

265 株(16.0%),酵母样真菌 90 株(5.4%),与相关报道以革兰阴性杆菌检出为主一致^[4-6]。革兰阴性杆菌中检出最高的是肺炎克雷伯菌[486 株(29.3%)],其次是大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌,分别为 17.8%、11.8%、7.1%,这与相关报道的数据有一定差异^[7-9],原因可能是因为医院患者来源构成不同,医院的性质和地区差异也都是影响因素。按仪器法检出产 ESBLs 肺炎克雷菌和大肠埃希菌的发生率分别为 38.1%和 57.5%,低于胡雪飞等^[10]报道的 72.3%、49.3%,却高于张雪英^[8]报道的 22.3%和 48.9%,这与不同层次医院,患者病情不同,地域差异,以及临床抗菌药物使用习惯等有关。

本研究显示,唐山市丰润区中医医院感染发生率居前 5 位的科室是 ICU、呼吸内科、内分泌科、消化内科、儿科,这些科室收治的患者通常病情危重且复杂,患者本身抗病能力低下,是医院感染的易感人群。另外,患者病程普遍较长,长期应用抗菌药物引起耐药菌株增多、造成菌群失调的大剂量激素、广谱抗菌药物的使用,易诱发二重感染;大部分患者存在基础疾病而导致心、肺、肾等脏器功能低下,而且侵入性操作多,如气管切开,呼吸机的使用,留置氧气,胃、尿管和静脉通道等,大大增加了易感途径。

本研究显示,唐山市丰润区中医医院以痰液标本的送检率和检出率最高,这与有关报道相一致^[11],其他依次是无菌尿液、血液和伤口拭子等。随着学科领域研究的深入,对痰液这种有菌部位标本的临床意义

有了新的认识,应该提高对无菌部位标本的重视和送检率。无菌体液更能反映分离菌株的致病性,所以应该鼓励多送检无菌体液标本或者灌洗组织标本,以提高分离菌株对感染性疾病的临床符合性。

本研究显示,唐山市丰润区中医医院检出的主要革兰阴性杆菌耐药情况严重,如肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌主要耐药机制是产 ESBLs,产 ESBLs 菌株可通过接合、转化、转导等形式使耐药基因在细菌菌株间扩散,进一步导致产 ESBLs 菌株流行,给临床治疗带来困难。肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌对氨基糖苷类、替加环素、某些复合制剂具有较好的抗菌活性,可作为治疗的首选用药,其中耐药率均超过 50.00% 的有第 2 代头孢菌素、广谱青霉素,应引起临床医生的高度重视,对革兰阴性杆菌感染应尽量不用广谱青霉素类抗菌药物。尤其是大肠埃希菌对喹诺酮类、氨苄西林/舒巴坦出现较高的耐药性。有研究显示,由于抗菌药物的滥用,产 ESBLs 菌株增多,产酶菌的高耐药性可能是大肠埃希菌耐药率不断上升的原因^[12],选用时应慎重,避免盲目经验性用药。唐山市丰润区中医医院统计的非发酵菌属的铜绿假单胞菌耐药率比较高,铜绿假单胞菌是引起医院感染最常见的致病菌,也是 ICU 最为棘手的细菌,其耐药机制是自身特点决定的,主要是细菌表面形成物理屏障,降低了抗菌药物渗透性和产 ESBLs,它对大多数 β -内酰胺类抗菌药物,如氨苄西林、阿莫西林、氨苄西林/舒巴坦、阿莫西林/克拉维酸、头孢唑啉、头孢西丁、头孢呋辛、四环素类/替加环素、厄他培南、复方磺胺甲噁唑天然耐药。对黏菌素、哌拉西林/他唑巴坦具有较好的活性,其余药物的耐药性均在 30.00% 左右。

不动杆菌属在医院感染细菌中所占比例越来越高,以鲍曼不动杆菌为主,是近年来引起医院感染的常见细菌,多来自长期住院、用过广谱抗菌药物患者的标本。不动杆菌属对碳青霉烯类耐药性不断增强,并呈多药耐药趋势,对碳青霉烯类的主要耐药机制是产生质粒或染色体编码的碳青霉烯酶。唐山市丰润区中医医院检出鲍曼不动杆菌的耐药率是所有革兰阴性杆菌中最高的,除替加环素、黏菌素、阿米卡星、头孢哌酮/舒巴坦具有较好的敏感性外,其余耐药率(>40.00%)均较高,这也是 ICU 患者、老年严重呼吸系统疾病及免疫力低下患者治疗的难题,或许与医院感染预防和控制有关,应加大医院感染预防和控制力度,做好手卫生防护,落实好医院环境监测。除此之外,也要考虑检出的鲍曼不动杆菌是不是主要的致病菌或者是定植菌,综合分析才能得出最好的结论。

本研究结果显示,检出的革兰阳性球菌主要有金黄色葡萄球菌和凝固酶阴性葡萄球菌,其次是肠球菌属。虽然此次监测尚未发现耐万古霉素的葡萄球菌菌株,但是葡萄球菌属存在相当严重的耐药状况,仅对头孢洛林、万古霉素、替考拉宁、替加环素、达托霉

素、利奈唑胺、呋喃妥因敏感,对大多数抗菌药物(包括大环内酯类、喹诺酮类等)的敏感性均较差,尤其是凝固酶阴性葡萄球菌更加耐药,其耐药谱越来越广,应引起临床的广泛关注。耐甲氧西林葡萄球菌所致严重感染宜首选糖苷类抗菌药物,其中万古霉素对耐甲氧西林的葡萄球菌具有高度抗菌活性,目前在国内应用较广泛,重症金黄色葡萄球菌全身性感染,万古霉素与利福平或磷霉素联合应用疗效明显提高。肠球菌属的分离率逐年增加,成为医院感染的重要条件致病菌,肠球菌属具有天然的多重耐药性,对大多数抗菌药物高度耐药,尤其以屎肠球更明显,这与它能产生氨基糖苷钝化酶、利用叶酸进行代谢及其外膜的结构特点有关。本研究虽未检出耐万古霉素的菌株,但国内外已有文献报道发现耐万古霉素的金黄色葡萄球菌和肠球菌属,且呈增长趋势,由此提示不仅临床要慎用万古霉素,以延缓耐药株产生,而且要加强监测,采取积极措施预防控制其在医院内流行。

本研究结果显示,酵母样真菌中白色假丝酵母菌检出率为 3.6%,目前对真菌尤其是酵母样真菌的致病意义还存在争议,究竟是按感染对应治疗还是视为定值,临床应该密切结合患者的临床表现及其他相关检查资料综合全面分析,主要遵循以下原则决定真菌是否鉴定和药敏:在标本合格的前提下,真菌血清学检测(G 试验、GM 试验)是否 2 次以上阳性;革兰染色涂片镜检是否有菌丝;CT 影像学资料是否支持;临床诊断是否有真菌感染诊断;免疫功能是否免疫抑制;是否长期使用激素和抗菌药物;是否以前有酵母菌感染的病史,特别是酵母菌常定植在人体与外界相通的腔道中,其是否为致病菌需要从宿主因素、临床高危因素、实验室相关检查共同决定^[13-15],这需要在以后的工作中多加关注,进一步学习探讨。

随着抗菌药物的广泛应用,耐药菌株越来越多,耐药指数越来越高,菌群失调、真菌感染逐年增加、细菌耐药问题及耐药菌株引起的感染日益严重,人类将面临无抗菌药物可用的局面^[16]。通过对 2018 年病原菌的分布和耐药性进行分析,临床微生物检验人员和感染监控人员要加强病原菌的耐药性监测工作,为临床用药提供极好的指导,只有这样才能有效诊治感染性疾病,减少耐药菌株在医院内的传播,使临床有效、合理使用抗菌药物治疗。

参考文献

- [1] 周彦娇,张鹏,吴尚为. 医院感染的病原体及耐药现状[J]. 中华医院感染学杂志,2005,15(11):1317-1320.
- [2] 杨志辉,牟静,阮菊琴,等. 2000—2004 年住院患者医院感染调查[J]. 中华医院感染学杂志,2006,16(7):755-757.
- [3] 尚红,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2015:322-324.
- [4] 邹明祥,邹靖敏,李军,等. 湘雅医院细菌耐药性监测[J].

实验预防医学, 2011, 18(10): 1823-1826.

- [5] 林志勇. 2005—2009 年我院细菌室分离菌株的分布及耐药性分析[J]. 中国现代药物临床应用, 2010, 4(23): 158-159.
- [6] 李多, 李光荣, 向成玉. 2008 年临床分离病原菌分布及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(8): 1155-1158.
- [7] 廖换兰, 李启伟, 李松, 等. 2015 年某院临床分离的病原菌的分布及耐药性分析[J]. 国际检验医学杂志, 2016, 37(15): 2148-2149.
- [8] 张雪英. 县级医院病原菌临床分布及耐药性分析[J]. 实验与检验医学, 2018, 36(3): 360-362.
- [9] 汪红, 宁长秀, 钟桥, 等. 2012 年临床分离菌分布及耐药性分析[J]. 中国感染与化疗杂志, 2014, 14(1): 63-68.
- [10] 胡雪飞, 廖晚珍, 孙爱娣, 等. 临床分离主要病原菌的感染分布及耐药性检测[J]. 实验与检验医学, 2010, 28(6): 555-557.
- [11] 王林. 医院感染病原菌流行菌株及耐药性分析[J]. 中国临床探讨 • DOI: 10.3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 20. 039

医学工程, 2009, 17(1): 65-70.

- [12] 王浩, 陈军平, 黎小平, 等. 2010—2012 年大肠埃希菌的耐药性变迁[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(2): 290-292.
- [13] 邹晓艳, 杨德远, 孔昌盛, 等. 4 690 株医院感染病原菌分布特征调查[J]. 实验与检验医学, 2015, 33(3): 376-378.
- [14] 张静. 医院感染病原菌分布特征及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(10): 2206-2208.
- [15] 兰海丽, 卢兰芬, 欧阳能良, 等. 综合性医院病原菌培养分布特征与耐药性研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(24): 5626-5628.
- [16] LITTLE P, RUMSBY K, KELLY J, et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection—a randomized controlled trial [J]. JAMA, 2005, 293(24): 3029-3035.

(收稿日期: 2019-03-14 修回日期: 2019-06-20)

柴芍六君汤对胃食管反流病患者有效性及患者食管运动功能的影响

郭 政¹, 郭志奇¹, 张 敏^{2△}

1. 陕西省榆林市府谷县人民医院中医科, 陕西榆林 719400; 2. 陕西省延安市
黄陵县中医医院中医内科, 陕西延安 727300

摘要:目的 探讨柴芍六君汤对胃食管反流病患者有效性及患者食管运动功能的影响。方法 选取 2017 年 3 月至 2018 年 3 月在榆林市府谷县人民医院进行治疗的胃食管反流病患者 114 例作为研究对象, 分为两组, 对照组应用常规药物埃索美拉唑进行治疗, 研究组应用柴芍六君汤进行治疗。比较两组患者临床效果、症状评分及食管运动功能。**结果** 研究组患者临床效果优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后研究组患者症状评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后研究组患者食管体部下段蠕动波压力、食管体部上段蠕动波压力、顺行性蠕动波均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 研究组患者反向蠕动波、非传导波均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 应用柴芍六君汤治疗胃食管反流病, 临床效果明显, 可有效改善患者临床症状, 改善患者食管运动功能, 可在临床广泛推广使用。

关键词:柴芍六君汤; 胃食管反流病; 症状评分; 食管运动功能; 中医药疗法

中图分类号:R573.9; R28

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)20-3040-03

胃食管反流病是消化系统一种较为常见的病症, 它指的是胃、十二指肠内容物通过反流进入患者食管, 从而导致患者出现胸痛、烧灼感、反酸等症状, 同时可能会导致患者出现反流性食管炎, 以及邻近食管的咽喉、气道等组织出现损伤^[1]。胃食管反流病的主要发病机制为攻击因子作用及抗反流防御机制下降。临床上治疗胃食管反流病的主要方法为质子泵抑制剂抑酸治疗法, 必要时会给予抑制剂 5-羟色胺及抗抑郁药物进行治疗, 通过治疗, 多数患者病情会出现好转, 临床症状缓解, 但仍有一部分患者未达到治疗效果, 而且其中有部分患者不接受抗抑郁药物治疗, 而去找寻中医药进行治疗^[2]。榆林市府谷县人民医院应用柴芍六君汤治疗胃食管反流病患者, 其临床效果

明显, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 3 月至 2018 年 3 月在榆林市府谷县人民医院进行治疗的胃食管反流病患者 114 例作为研究对象, 分为两组, 对照组 57 例, 男 37 例, 女 20 例, 年龄 19~68 岁, 平均(39.4±4.7)岁; 研究组 57 例, 男 36 例, 女 21 例, 年龄 20~69 岁, 平均(40.1±4.9)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。此研究经榆林市府谷县人民医院伦理委员会签字同意。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)经榆林市府谷县人民医院确诊为胃食管反流病患者; (2)所有患者均为成年患者;