

受到最佳的服务,有利于提高护理质量,进而提升患者的护理满意度。这些均与 PAC 理论指导下护理人员调整沟通的自我状态,使得护理人员能够在成人心态下客观、协商解决护理问题,提升沟通效果,降低沟通能耗,提升工作满意度有关^[14]。

综上所述,在风湿性心脏病患者中应用基于 PAC 理论的延续性护理,可提高患者的治疗依从性,提升患者的生活质量,提高患者的满意度,值得临床上加以推广应用。

参考文献

[1] 赵淑琴,朱莉,陆迎.美托洛尔治疗风湿性心脏病慢性心力衰竭患者的疗效分析[J].中国临床保健杂志,2016,19(2):181-183.

[2] 秦诚成,张莉,王安素,等.风湿性心脏病机械瓣膜置换术后患者延续性护理的效果评价[J].重庆医学,2017,46(36):5090-5092.

[3] 郑斌娜,冯玲.强化降压方案对风湿性心脏病合并中度二尖瓣狭窄患者心功能实验室指标及不良反应的影响[J].中国药物与临床,2018,18(11):1891-1894.

[4] 庞永丽,侯黎莉.基于移动管理系统的肺癌化疗并发症延伸护理管理模式的构建[J].中国实用护理杂志,2017,33(22):1702-1706.

[5] ALLEN J, HUTCHINSON A M, BROWN R, et al. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review[J]. BMC Health Serv Res, 2014, 14(346):346.

[6] 李婷,孙洪巧,王萍,等.集束化护理对改善风湿性心脏病

患者睡眠障碍及心理状态的临床效果研究[J].国际精神病学杂志,2017,44(3):556-559.

[7] 顾建瑶,吴震群,潘丹丹,等.心理护理对风湿性心脏病心脏瓣膜置换术后精神状态及生活质量的影响[J].国际精神病学杂志,2017,44(2):342-344.

[8] 段长恩,周朝元,刘晓晨,等.血清心型脂肪酸结合蛋白在风湿性心脏病患者心功能评估中的应用价值[J].新乡医学院学报,2018,35(2):125-128.

[9] 孙德礼.压疮预警干预联合整体护理在风湿性心脏病患者行体外循环下心瓣膜置换术手术室护理中的应用观察[J].现代医用影像学,2018,27(6):217-218.

[10] 闫燕.基于 5E 理念的综合康复护理在风湿性心脏病瓣膜置换术后患者中的应用价值[J].现代中西医结合杂志,2017,26(12):1355-1359.

[11] ZOU R, SHI W, TAO J, et al. Efficacy of statin therapy related to baseline renal function in patients with rheumatic heart disease undergoing cardiac surgery[J]. Biomed Res Int, 2018, 11(14):1-8.

[12] 刘晓华,刘晓鹰.基于 PAC 理论的少数民族大学生心理危机应对策略研究:以重庆市 6 所职业院校土家族学生为例[J].贵州民族研究,2016,38(37):231.

[13] 秦诚成,张莉,王安素.风湿性心脏病机械瓣膜置换术后患者延续性护理的效果评价[J].重庆医学,2017,46(36):5090-5092.

[14] 胡嘉乐,阮洪.基于 PAC 人格模型理论对护患沟通的分析[J].护理研究 2012,26(16):79-80.

(收稿日期:2020-03-03 修回日期:2020-07-16)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.22.034

病原微生物检测对儿童细菌性腹泻诊断与治疗的 价值探讨

笪 力¹,蔡 峥¹,陈 蔚^{2△}

上海市杨浦区市东医院:1.检验科;2.药剂科,上海 200438

摘 要:**目的** 探讨病原微生物检测在儿童细菌性腹泻诊断与治疗中的临床应用价值。**方法** 随机抽取 600 例 2015 年 1 月至 2018 年 12 月在该院接受治疗的细菌性腹泻患儿的临床资料进行回顾性分析,所有患儿均接受病原微生物检测及药敏试验以及病原微生物的分布及药敏情况,分析相应的临床治疗方法。**结果** 600 例患儿中共检出 548 株病原微生物,检测阳性率为 91.33%。其中志贺菌的占比为 50.73%,远高于其他菌株($P<0.05$);药敏试验结果显示:各类病原微生物对抗菌药物均有不同程度的耐药性。**结论** 对细菌性腹泻患儿进行微生物检验及药敏试验,根据结果合理用药可以显著提高临床疗效,改善患儿的预后情况。

关键词:病原微生物; 儿童细菌性腹泻; 药敏试验; 耐药性; 合理用药

中图法分类号:R446.5 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)22-3336-03

细菌性腹泻是儿科的常见疾病,其主要是细菌感染引起的以腹泻为主要表现的一种肠道传染病。患儿的主要症状包括:大便次数的增多,大便颜色、性状的变化。若不及时加以诊治,患儿的病情会不断加重,轻者腹泻、腹痛,严重者可能出现脱水、休克甚至

死亡^[1-2]。患儿需要尽早接受治疗,以便取得较好的预后。近年来,病原微生物检测技术得到了高速发展,在临床中的普及率也不断提升,该技术在儿童细菌性腹泻的临床诊断与治疗中发挥了重要作用^[3]。本文选取 600 例细菌性腹泻患儿开展研究,旨在探讨

△ 通信作者, E-mail: Youyouran830@qq.com。

病原微生物检测在儿童细菌性腹泻诊断与治疗中的临床应用价值,如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 1 月至 2018 年 12 月收治的儿童细菌性腹泻患儿 600 例作为本次的研究对象。患儿中男 353 例,女 247 例;年龄 6 个月至 12 岁,平均(5.36±3.78)岁;病程 2~10 d,平均(5.83±0.42)d。患儿主要临床症状包括:大便次数增多、脱水、腹痛等。纳入标准:以中国腹泻病诊断及治疗方案为诊断依据,患儿大便次数增多、大便性质改变,并伴随发热、恶心、呕吐等症状;排除标准:其他原因导致腹泻、患有严重的精神疾病、重要器官有严重疾病的患儿。

1.2 方法 所有患儿均接受病原微生物检查及药敏试验。采集患儿的粪便标本,按照《全国临床检验操作规程》^[4]中的操作规范对细菌进行培养与分离。将标本涂片染色,之后进行镜检。用 SS 培养基进行标本的培养,在 35℃ 的恒温环境下培养 20 h,之后采用全自动微生物鉴定分析仪分析培养基中的可疑菌落,鉴定标准参考《伯杰氏细菌鉴定手册》(第 8 版)^[5]。之后通过血清凝集试验与生化反应对病原菌进行分类,之后取样进行药敏试验。各菌株在 35℃ 的环境下培养 18~20 h,之后测定抑菌圈的直径大小,根据抑菌圈情况对细菌的耐药情况进行评估^[6]。整个操作过程需要严格按照《全国临床检验操作规程》中的操作规范进行。

1.3 观察指标 统计 600 例患儿的病原微生物检测结果,并对不同菌株的耐药性进行分析评估。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析,计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,当 $P<0.05$ 时,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患儿病原微生物分布情况 检测阳性率为 91.33%(548/600),其中志贺菌 278 株(50.73%)、沙门菌 143 株(26.09%)、弧菌属 90 株(16.42%)、其他菌属 37 株(6.75%)。通过对比分析可知,志贺菌所占比例明显高于其他病原菌,差异有统计学意义($\chi^2=312.662, P<0.05$)。见表 1。

2.2 不同年龄患儿的病原微生物检出情况 各年龄

段患儿病原微生物检出率比较,差异无统计意义($\chi^2=0.189, P=0.979$),见表 2。

2.3 病原微生物与季节的关系 所有病原菌在全年的任何时间段均能检出,本次研究中春季(3~5 月)检出 82 株(14.96%),夏季(6~8 月)检出 237 株(43.25%),秋季(9~11 月)检出 167 株(30.47%),冬季(12~2 月)检出 62 株(11.31%),该病在夏秋季较为常见。各月的检出率比较,差异有统计学意义($\chi^2=190.268, P<0.001$)。

2.4 各种病原菌药敏试验结果 各病原菌的耐药性分析见表 3。

表 1 患儿病原微生物分布情况		
病原菌类型	株数(n)	所占比例(%)
志贺菌	278	50.73
福氏志贺菌	209	38.14
宋内氏志贺菌	55	10.04
痢疾志贺菌	9	1.64
鲍氏志贺菌	5	0.91
沙门菌	143	26.09
鼠伤寒沙门菌	65	11.86
伤寒沙门菌	45	8.21
肠炎沙门菌	20	3.65
其他	13	2.37
弧菌属	90	16.42
副溶血弧菌	60	10.95
霍乱弧菌	17	3.10
拟态弧菌	7	1.28
其他	6	1.09
其他菌属	37	6.75

表 2 不同年龄患儿的病原微生物检出情况			
年龄	患儿例(n)	检出菌株(n)	检出率(%)
0~<2 岁	48	43	89.58
2~<4 岁	105	96	91.43
4~<8 岁	279	261	93.55
8~12 岁	168	148	88.10
注:0~<2 岁为婴儿期;2~<4 岁为幼儿期;4~<8 岁为学龄前期;8~12 岁为学龄期。			

表 3 各病原菌的药敏试验结果[n(%)]

抗菌药物	志贺菌(n=278)		沙门菌(n=143)		弧菌属(n=90)		其他菌属(n=37)	
	耐药株(n)	耐药率(%)	耐药株(n)	耐药率(%)	耐药株(n)	耐药率(%)	耐药株(n)	耐药率(%)
头孢三嗪	113	40.65	98	68.53	22	24.44	15	40.54
头孢哌酮	120	43.17	83	58.04	15	16.67	14	37.84
氨苄西林	158	56.83	90	62.94	68	75.56	22	59.46
阿莫西林	128	46.04	60	41.96	52	57.78	7	18.92

续表 3 各病原菌的药敏试验结果[n(%)]

抗菌药物	志贺菌(<i>n</i> = 278)		沙门菌(<i>n</i> = 143)		弧菌属(<i>n</i> = 90)		其他菌属(<i>n</i> = 37)	
	耐药株(<i>n</i>)	耐药率(%)	耐药株(<i>n</i>)	耐药率(%)	耐药株(<i>n</i>)	耐药率(%)	耐药株(<i>n</i>)	耐药率(%)
头孢他啶	86	30. 94	69	48. 25	62	68. 89	6	16. 21
头孢曲松	108	38. 85	65	45. 45	61	67. 78	12	32. 43
加替沙星	76	27. 34	40	27. 97	44	48. 89	9	24. 32
环丙沙星	67	24. 10	56	39. 16	46	51. 11	8	21. 62
复方磺胺	178	64. 03	76	53. 15	69	76. 67	24	64. 86
庆大霉素	—	—	—	—	60	66. 67	22	59. 46
头孢呋辛	—	—	—	—	58	64. 44	23	62. 16
头孢唑啉	—	—	—	—	73	81. 11	26	70. 27

注:—表示该项试验未做。

3 讨 论

细菌性腹泻是一种常见的儿童疾病,该病具有起病急、流行性发作等特征。患儿间的临床症状可能存在较大的差异^[7],多数患儿以胃肠道症状为主,伴有恶心呕吐、腹泻腹痛等症状,部分患儿可能出现发热畏寒等情况,病情严重的患儿可能出现脱水、休克等症状,甚至引起患儿的死亡^[8]。对于该病的治疗,临床上主要采用的是抗菌药物治疗方法。在使用抗菌药物治疗时需要注意抗菌药物使用的合理性与规范性,以求获得较好的疗效情况^[9]。这就必须做好对于的病原微生物检测及药敏试验工作,通过了解患儿的病原微生物分布及耐药情况,合理用药,争取提高患儿的临床治疗效果。

通过病原微生物检测分析,发现细菌性腹泻的主要致病菌包括:志贺菌、沙门菌、弧菌属与其他菌属,且志贺菌的占比最高,说明志贺菌是导致儿童细菌性腹泻的主要病原菌。志贺菌在入侵机体之后有一定的潜伏期,在该阶段其会不断地分泌内毒素,导致机体的内环境出现紊乱,从而导致人体发病^[10]。抗菌药物是治疗细菌性感染疾病的有力手段,但临床不合理用药的事件屡见不鲜,所以使用抗菌药物治疗时做到合理用药是确保治疗效果的关键。

通过药敏试验结果可知,本次研究检出的细菌性腹泻的主要致病菌对常用的抗菌药物均表现出不同程度的耐药性。所以需要结合每种病菌的耐药情况合理用药,确保患儿获得较好的治疗效果,改善疾病的预后情况。此外,对于儿童细菌性腹泻的预防工作还有待加强。预防该病的最有效地方法即从源头上减少儿童被病原微生物感染的可能性,这就需要家长监督儿童勤洗手、勤换衣,不食用未清洗的食物,不使用未清洁的餐具,有效的切断疾病的传播途径,从源头上避免疾病的发生,保障儿童的健康安全。由于儿童还处在生长发育阶段,各机体组织尚不成熟,免疫功能相对较弱。故一旦出现腹泻症状就需要引起家

长的警惕,尽可能的做到早发现、早诊断、早治疗,以便提高临床治疗效果,改善患儿预后情况。

综上所述,病原微生物检测在儿童细菌性腹泻诊断与治疗中表现出较高的临床应用价值,可以通过病原微生物的检测明确病原微生物的分布情况,同时结合药敏试验结果,了解各病原菌的耐药情况,对于临床合理用药,提高患儿的治疗效果有着十分积极的影响。

参考文献

[1] 何燕. 病原微生物检测对儿童细菌性腹泻的治疗价值[J]. 临床医学, 2016, 36(2): 117-118.

[2] 余长发. 儿童细菌性腹泻 80 例病原微生物和药敏检测结果分析[J]. 当代医学, 2017, 23(11): 113-114.

[3] 芦珂, 文秋洁. 某市 21 例儿童细菌性腹泻的病原微生物检验结果分析[J]. 中国医药指南, 2016, 14(27): 155-156.

[4] 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: 568-574.

[5] BUCHANAN R E, GIBBONS N E. Bergey's manual of determinative bacteriology[M]. 8th ed. Beijing: Science Press, 1984: 744-745.

[6] 王杏辉. 儿童细菌性腹泻的 300 例病原微生物检验结果分析[J]. 疾病监测与控制, 2017, 11(5): 391-392.

[7] 韦卓起, 冯兰兰, 谢秀琼. 病原微生物检验在儿童细菌性腹泻诊断中的应用效果[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(15): 235-236.

[8] 徐德英, 汤景荣. 2013 年-2016 年阿勒泰市细菌性腹泻病监测结果分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2018, 28(19): 2404-2405.

[9] 张仙云. 儿童细菌性腹泻的 260 例病原微生物检验结果分析[J]. 黑龙江中医药, 2018, 47(5): 165-166.

[10] 王利军. 儿童细菌性腹泻的病原微生物检验[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(17): 150-151.