

2014年~2016年某院真菌感染的临床分析

胡佳惠 张秀兰

(第十三师红星医院, 新疆 哈密 839000)

【摘要】目的 了解我院2014年~2016年真菌检出及感染的临床情况, 为临床合理用药提供依据。**方法** 采用VITEK2-COMPACT细菌鉴定仪进行鉴定确认。**结果** 3年共检出真菌488株, 以非白色念珠菌为主, 占55.7%, 主要分布在呼吸科、重症医学科, 以中老年55岁以上及伴介入治疗和严重基础疾病为主。**结论** 应重视对真菌进行动态监测, 参照药敏结果使用抗真菌药物, 为临床提供用药和调整治疗方案的依据, 并合理选择和使用抗真菌药物, 防止和延缓耐药真菌菌株的增加。

【关键词】 细菌; 革兰阳性; 革兰阴性; 耐药性变迁

中图分类号: R978.1; R379

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2018) 13-0153-02

DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2018.13.113

随着抗生素、激素的滥用问题日益严重, 各种介入治疗的普遍开展, 导致真菌感染的发病率在院内逐年增高, 由于其复杂性, 已经成为院内感染死亡的原因之一, 威胁患者的生命。因此, 及时了解和掌握院内真菌感染情况, 以期指导临床合理用药提供参考, 本文作者选取3年中真菌感染患者的临床信息, 对2016年真菌感染患者情况进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取2014年1月至2016年12月感染真菌的住院患者488例。其中, 女性142例, 男性270例。患者年龄分布在9~101岁, 平均年龄63.4岁, ≥55岁的老年患者304例 (68.1%)。

1.2 试剂和仪器: 采用沙保弱培养基25℃培养标本2~5 d, 涂片、革兰染色镜检为孢子后, 接种于科玛嘉念珠菌显色培养基35℃培养24~48 h, 进行分型鉴定, 同时通过VITEK2-COMPACT细菌鉴定仪确认。

2 结果

2.1 2014年~2016年真菌分离情况: 见表1。

2.2 2014年~2016年真菌在不同标本中的分布: 见表2。

2.3 2016年真菌在不同科室的分布: 见图1。

3 结论

3.1 真菌菌株种类: 3年中非白色念珠菌为主, 与国内外报道是一致的, 2016年中分离的真菌以白色念珠菌为主, 其他念珠菌呈逐年上升趋势, 非白色念珠菌对抗真菌药物有耐药现象, 特别是唑类药物。

3.2 送检标本类型: 以痰标本为主, 多分布在呼吸科、重症室、泌尿科和普外科; 人群多偏向老年患者, 其中55岁及以上的患者占68.1%,

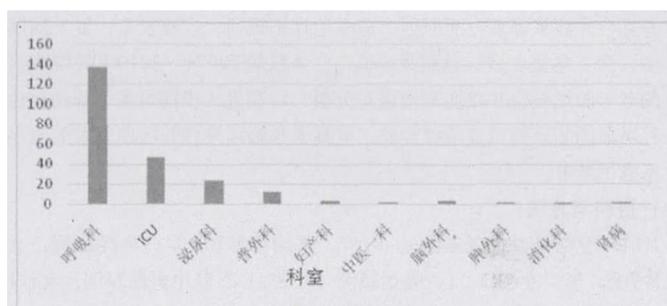


图1 2016年真菌在不同科室的分布

且多为患有慢性病等较严重基础疾病的老年患者, 由于其免疫力低下, 给真菌感染增加了机会。

4 讨论

4.1 临床标本的送检多为痰, 应提高血液、脑脊液标本的送检, 检出率不高, 血培养的送检结果具有一定的临床指导意义。因此, 临床医师应加强治疗患者用药前的送检, 以期送检结果对临床用药予以提供参考依据。

4.2 随着人口老龄化, 老年人入院后抗感染治疗, 由于药物选择不当, 重复换药或广谱抗生素的使用, 本身免疫力的低下, 为真菌的感染提供滋生的温床, 致使老年患者真菌感染后的病死率上升。不规范的抗菌药物使用也是成为诱发真菌医院感染的重要因素。因此, 基础疾病的积极治疗是减少感染的重要措施。同时, 应加强无菌化管理和老年患者医疗器械消毒及介入性操作的控制, 对病房要做到消毒隔离。

4.3 对于入院时存在高危感染因素的人群应加强使用抗菌药物前的微

表1 2014年~2016年真菌种类构成比

年份	白色念珠菌		非白色念珠菌		合计 株数
	株数	构成比(%)	株数	构成比(%)	
2014	26	36.6	45	63.4	71
2015	78	42.9	104	57.1	182
2016	112	47.7	123	52.3	235

表2 2016年检出真菌送检标本分布情况

真菌	标本	分离株数量	标本										
			痰	尿液	血液	伤口分泌物	引流液	咽拭子	脑脊液	大便	妇科分泌物	其他	
白色念珠菌		112	95	5	-	3	1	4	1	1	1	1	1
光滑念珠菌		47	37	6	1	2	-	-	-	-	-	1	-
近平滑念珠菌		27	22	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-
克柔夹丝酵母菌		20	18	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
热带念珠菌		16	14	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
曲霉菌		12	11	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
新生隐球菌		1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-

老年肺结核并咯血33例临床分析

兰 晓

(湖北襄阳市结核病防治院, 湖北 襄阳 441003)

【关键词】老年; 肺结核; 咯血; 临床分析

中图分类号: R521

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2018) 13-0154-02

DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2018.13.114

老年结核是指在老年期发病或老年前期发病未彻底治愈, 而迁延至老年期者。近年来, 我国老年肺结核日益增多已成为当前结核病流行的一个特征^[1]。因老年肺结核患者存在生理功能老化, 各系统器官功能减退(肝功能仅为青少年40%, 肾功能仅为青少年的50%)^[2]。并且合并症多等多方面原因, 造成治疗不规则, 疗效较差, 复发病例多, 合并咯血者多, 且病死率高等。本文就2007年~2010年我院收治的老年肺结核合并咯血33例进行分析, 旨在进一步探讨老年肺结核合并咯血的临床特点及治疗经验, 提高老年肺结核合并咯血患者的生存率提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 患者年龄60~83岁, 平均年龄70.5岁, 男性26例, 女性7例, 男:女=3.7:1, 吸烟25例(75.8%), 其中男性24例, 女性1例, 肺结核病程1个月~10年, 病程1年以上者有12例。

1.2 临床资料: 33例病例均有咳嗽、咳痰、咯血, 其中痰中带血14例(42.4%), 少量咯血(<100 mL/d) 9例(27.3%), 中等量咯血(100~500 mL/d) 7例(21.2%), 大量咯血者(>500 mL/d) 3例(9.1%), 发热12例(36.4%), 胸闷气喘24例(72.7%), 消瘦13例(39.4%), 乏力25例(75.7%), 盗汗5例(15.1%), 杵状指8例(24.2%)。临床诊断: 33例均诊断为继发型肺结核。合并症有: 合并肺部感染20例(60.1%), 慢性阻塞性肺病15例(45.5%), 2型糖尿病9例(27.3%), 高血压病17例(51.5%), 冠心病3例(9%), 肺癌2例(6%)。

1.2 影像学资料: 有空洞者16例(48.9%), 肺毁损4例(12.1%), 合并胸腔积液5例(15.1%), 均为单侧, 肺部块影3例(9%), 肺不张7例(21.2%)。病灶多, 占4个肺叶以上者20例(60.6%)。

1.3 化实验室检查: 痰结核菌涂片阳性者13例(39.4%), 血沉>40 mm/h

者有18例(54.5%)。

1.4 纤维支气管镜检查: 33例中, 影像表现有块影及肺不张者中有8例行纤维支气管镜检查, 5例支气管有不同程度的扭曲、变形, 合并有支气管结核2例, 支气管新生物3例, 病检证实合并肺癌者2例。

2 结果

2.1 33例患者中均予抗结核治疗, 初治方案2-3HL2Z (E) /4-6HL2, 复治方案2-3PaL2LfxAmk (Z) /15-18PaL2Lfx. (H异烟肼, L利福喷丁, Z比嗪酰胺, E乙胺丁醇, Pa对氨基水杨酸异烟肼片, Lfx左氧氟沙星, Amk丁胺卡那)。同时予止血治疗, 中、大量咯血者, 无心肺功能障碍及高血压者用垂体后叶素, 不宜使用垂体后叶素者用654-2和消心痛或酚妥拉明治疗, 云南白药胶囊口服或氨甲环酸等止血药。

2.2 止血时间及转归: 23例在2周内咯血停止, 其中有5例咯血反复。另10例止血效果不佳, 其中咯血量较大5例转院行介入止血治疗, 2例发生窒息死亡, 1例因其他并发症死亡, 2例合并肺癌伴少量咯血者止血无效。见表1。

表1 咯血时间分布

咯血状况	窒息(夜间发生)	死亡	发作时间		合计
			白天	夜间	
痰血	0	0	12	2	14
少量咯血	0	1	3	6	9
中量咯血	1	1	3	4	7
大量咯血	1	1	1	2	3

3 讨论

咯血是老年肺结核患者的常见症状之一。由于老年肺结核患者体质衰退, 并存病多。本组病例合并慢阻肺15例占45.5%, 并糖尿病9例(27.3%), 并高血压17例(51.5%), 并冠心病3例(9%), 肺癌2例, 有20例合并肺部感染, 且老年肺结核病程长(本组病程1年以

生物送检, 合理选用抗菌药物的同时也要加强必要的免疫和营养支持, 进而降低医院内真菌感染率。

在抗真菌药物的选择上, 非白色念珠菌对抗真菌药物有报道耐药现象, 尤其是唑类药物, 高龄、多发创伤和侵袭性操作是发生白色念珠菌感染的危险因素, 白色假丝酵母菌感染患者首选卡泊芬净, 对念珠菌属和曲霉属真菌及非白色念珠菌均有效, 尤其是严重肺部真菌感染患者治疗率达100%, 且安全性高, 不良反应较少。

参考文献

- [1] 周馨, 马筱玲, 张翠萍, 等. 某三甲医院临床分离的革兰阴性杆菌分布及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(3): 578-580.
- [2] Widmer AF. Replace hand washing with use of a waterless alcohol hanrub[J]. Clin Infect Di, 2010, 31(1): 136-143.
- [3] Sickbert-Bennett EE, Weber DJ, Gergen-Teague MF, et al. The effects of test variables on the efficacy of hand hygiene agents[J].

Am J Infect Control, 2004, 32(2): 69-83.

- [4] 董杰, 叶晓光. 泛耐药鲍曼不动杆菌感染临床治疗的研究进展[J]. 广东医学, 2010, 31(17): 2312-2314.
- [5] 朱会英, 王艳, 张海燕. 2012年老年科患者常见病原菌分布及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(21): 4602.
- [6] 汪复, 朱德妹, 胡付品, 等. 2009年中国CHINET 细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志, 2010, 10(5): 325.
- [7] Hospital Infection Program. Center for Disease Control and Prevention NNIS semiannual report. 1996. Internet 1996. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/nnis/nnis0596.htm>.
- [8] Philippe E, Weiss M, Shuhz JM, et al. Emergence of highly antibiotic-resistant pseudomonas aeruginosa in relation to duration of empirical antipseudomonal antibiotic treatment[J]. Clin Perform Qual Health Care, 1999, 7(2): 83-87.