

DOI:10.3969/j.issn.1671-9638.2015.04.015

基层综合医院多重耐药菌分布现状

Distribution of multidrug-resistant organisms in a basic-level general hospital

罗义敏(LUO Yi-min)

(麻城市人民医院,湖北 麻城 438300)

(People's Hospital of Macheng City, Macheng 438300,China)

[摘要] **目的** 探讨某基层综合医院多重耐药菌的临床分布和标本来源情况,为控制多重耐药菌感染和暴发提供依据。**方法** 回顾性分析该院 2013 年 7 月—2014 年 5 月微生物实验室检出的 326 株多重耐药菌监测资料。**结果** 居前 4 位的多重耐药菌依次是大肠埃希菌(26.07%)、金黄色葡萄球菌[21.78%,其中耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA,13.50%)],鲍曼不动杆菌(17.18%)、肺炎克雷伯菌(10.43%)。多重耐药菌株主要来源于痰标本(68.71%),高发科室依次是综合重症监护室(ICU,26.38%)、儿科(17.79%)、普通内科(11.04%)和神经外科(10.12%)。鲍曼不动杆菌和 MRSA 主要分布在综合 ICU,大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌以儿科分布相对较多。**结论** 加强医护人员多重耐药菌预防控制知识和手卫生培训,落实消毒隔离措施,有利于预防多重耐药菌的感染和暴发。

[关键词] 基层;综合医院;病原菌;多重耐药;医院感染

[中图分类号] R181.3⁺2 R197.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-9638(2015)04-0272-02

多重耐药菌是指对临床使用的 3 类或 3 类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌。多重耐药菌感染是导致住院患者死亡率增加和医疗费用上涨的主要因素^[1]。笔者通过 LIS 系统提取本院 2013 年 7 月—2014 年 5 月微生物实验室资料,进行回顾性调查,旨在了解多重耐药菌的临床科室和标本来源情况,为控制多重耐药菌感染和暴发提供依据。

1 材料与方法

1.1 菌株来源 本院微生物实验室收集的痰、尿、血、分泌物等标本分离培养的 326 株多重耐药菌,剔除同一患者同一标本同种细菌。

1.2 菌株分离鉴定及药敏试验 细菌分离及鉴定按《全国临床检验操作规程》(第 3 版)执行,药敏试验采用 K-B 法。

2 结果

2.1 多重耐药菌菌株构成 326 株多重耐药菌中居前 4 位的依次是大肠埃希菌(26.07%)、金黄色葡萄球菌[21.78%,其中耐甲氧西林金黄色葡萄球菌

(MRSA,13.50%)],鲍曼不动杆菌(17.18%)、肺炎克雷伯菌(10.43%),共 75.46%。见表 1。

表 1 326 株多重耐药菌菌株分布

病原菌	株数	构成比(%)
大肠埃希菌	85	26.07
金黄色葡萄球菌	71	21.78
鲍曼不动杆菌	56	17.18
肺炎克雷伯菌	34	10.43
肺炎链球菌	18	5.52
不动杆菌属	14	4.30
人葡萄球菌	11	3.37
其他细菌	37	11.35
合计	326	100.00

2.2 多重耐药菌标本来源及病区分布 多重耐药菌株标本来源主要为痰(68.71%)、尿(11.35%)、伤口分泌物(9.20%)和血(7.36%)。高发科室依次是综合重症监护室(ICU,26.38%)、儿科(17.79%)、普通内科(11.04%)和神经外科(10.12%),其他科室散在分布。鲍曼不动杆菌和 MRSA 主要分布在综合 ICU,其次是神经外科;大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌以儿科分布相对较多。见表 2~3。

[收稿日期] 2014-08-22

[作者简介] 罗义敏(1963-),女(汉族),湖北省麻城市人,副主任护师,主要从事护理管理方向研究。

[通信作者] 罗义敏 E-mail:418998471@qq.com

表 2 多重耐药菌标本来源 (株数, %)

标本	鲍曼	大肠	肺炎	MRSA
	不动杆菌	埃希菌	克雷伯菌	
导管尖端	1(1.79)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.27)
痰	55(98.21)	45(52.94)	26(76.47)	37(84.09)
分泌物	0(0.00)	12(14.11)	4(11.77)	1(2.27)
腹腔积液	0(0.00)	1(1.18)	0(0.00)	0(0.00)
尿	0(0.00)	23(27.06)	3(8.82)	0(0.00)
脓液	0(0.00)	3(3.53)	0(0.00)	1(2.27)
引流液	0(0.00)	1(1.18)	0(0.00)	0(0.00)
血	0(0.00)	0(0.00)	1(2.94)	4(9.09)
合计	56(100.00)	85(100.00)	34(100.00)	44(100.00)

表 3 多重耐药菌病区分布 (株数, %)

科室	鲍曼	大肠	肺炎	MRSA
	不动杆菌	埃希菌	克雷伯菌	
综合 ICU	33(58.93)	7(8.24)	5(14.71)	23(52.27)
普通内科	5(8.93)	13(15.29)	5(14.71)	2(4.55)
神经内科	2(3.57)	8(9.41)	0(0.00)	3(6.82)
神经外科	13(23.21)	3(3.53)	4(11.77)	6(13.64)
心内科	3(5.36)	3(3.53)	2(5.88)	3(6.81)
儿科	0(0.00)	14(16.47)	7(20.59)	2(4.55)
妇科病区	0(0.00)	4(4.70)	1(2.94)	0(0.00)
普通外科	0(0.00)	9(10.59)	2(5.88)	2(4.55)
感染科	0(0.00)	7(8.24)	1(2.94)	0(0.00)
泌尿外科	0(0.00)	9(10.59)	1(2.94)	0(0.00)
肾内科	0(0.00)	2(2.35)	3(8.82)	3(6.81)
胸心外科	0(0.00)	2(2.35)	0(0.00)	0(0.00)
中医科	0(0.00)	1(1.18)	1(2.94)	0(0.00)
肿瘤科	0(0.00)	3(3.53)	2(5.88)	0(0.00)
合计	56(100.00)	85(100.00)	34(100.00)	44(100.00)

区,应完善其医护人员耐药菌感染防控知识的培训,加强手卫生教育,提高手卫生依从性^[2];做好消毒隔离,有效切断传播途径,以预防多重耐药菌的感染和暴发。

本院多重耐药菌株主要来源于痰标本,以下呼吸道感染为主,排名居前 4 位的多重耐药菌株依次是鲍曼不动杆菌、大肠埃希菌、MRSA、肺炎克雷伯菌。针对耐药菌下呼吸道感染患者多重耐药发病率高的情况,应加强气管插管和使用呼吸机患者的管理;规范吸痰操作流程;强调抬高患者床头 30~45°^[3],避免食物反流误吸,减少患者发生下呼吸道感染的概率。同时,也应注意物体表面清洁消毒,合理使用抗菌药物,诊疗器械专人专用或一人一用一消毒,均是控制多重耐药的关键措施^[4]。

[参考文献]

- [1] 常洪美,张丕,柴建华,等.重症监护室住院患者多重耐药定植菌调查与临床分析[J].中国感染控制杂志,2013,12(6):439-441.
- [2] 李露池,沈晖.某三级综合医院多重耐药菌临床分布[J].中国感染控制杂志,2014,13(4):242-245.
- [3] 吴洪巧,李丹霓,裴风艳,等.血培养阳性报告对临床抗菌药物处方策略的影响分析[J].中华医院感染学杂志,2012,22(12):2666-2668.
- [4] 邵利江,宗建平.急诊 ICU 病原菌分布及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2012,22(7):1503-1505.

3 讨论

(本文编辑:张莹)

针对综合 ICU、神经外科等多重耐药菌高发病