

能未恢复,肠道内潴留液体处于停止状态,使胆道内的胆汁不能及时排入肠道,致胆道内压较高,较多的胆汁经漏口流出,此时,只要能将渗漏出的胆汁及时充分地引流出体外,待肠蠕动功能恢复后(术后3 d左右),肠道内液体、气体不断地向远端运行,有利于胆汁流入肠道而使胆道内压力降低,渗漏胆汁量减少,有利于漏胆处的愈合。只要胆总管下端无梗阻,引流量会逐渐减少而自愈,一般2~4周漏口可自行闭合。保守期间要动态观察体温、腹部体征变化,同时行超声检查了解腹腔积液的情况,若腹膜炎体征逐渐加重、腹腔积液增多,则应果断行剖腹探查手术。本组胆漏3例,漏出胆汁经引流管引出,未出现弥漫性腹膜炎,给予保守治疗后,引流量逐日减少,术后第6天自行闭合1例,10 d闭合1例,25 d闭合1例,此3例病人恢复顺利,随访无胆管狭窄表现,可排除肝外胆管损伤所致胆漏。胆漏的预防:必须妥善处理胆囊管残端,尽可能完全闭合胆囊管及

胆囊颈;充分灭活残留胆囊床黏膜,破坏其分泌功能;注意避免热传导损伤胆管。于术后7 d左右,观察患者无发热、腹痛及腹腔积液等情况方可拔除腹腔引流管。

总之,胆囊部分切除术是一个创伤小、耗时短且有效的手术方式,主要适用于常规胆囊切除有困难,而又不得不切除的病例。

参考文献

- 1 黄洁夫. 腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:1398.
- 2 张永杰. 消化道手术中医源性胆道损伤的防治[J]. 中国实用外科杂志,2005,25(9):518-520.
- 3 张启瑜. 钱礼腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:659.
- 4 黄志强. 黄志强胆道外科[M]. 济南:山东科学技术出版社,2000:346-350.
- 5 张建宇. 部分胆囊切除术后胆漏的防治措施[J]. 浙江临床医学,2005,7(2):171-172.

[收稿日期 2011-04-14][本文编辑 谭毅 刘京虹]

临床研究·论著

早发型与晚发型新生儿败血症病原菌及药敏分析

蒙丹华, 韦秋芬

作者单位: 530003 南宁,广西壮族自治区妇幼保健院新生儿科

作者简介: 蒙丹华(1973-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:新生儿疾病诊治。E-mail: danhuameng@yahoo.com.cn

[摘要] 目的 探讨新生儿早发型和晚发型败血症的病原菌种类及药敏试验情况,以指导临床合理使用抗生素,降低耐药菌的产生。**方法** 收集新生儿病房收治血培养阳性的新生儿败血症48例,按发病时间分为早发型败血症和晚发型败血症,对其病原菌、药敏等临床资料进行回顾性分析。**结果** 早发型败血症以早产儿为主,致病菌以克雷伯杆菌、大肠埃希菌等革兰氏阴性菌占优势;晚发型败血症以足月儿为主,致病菌以葡萄球菌革兰氏阳性菌占优势。早发型败血症和晚发型败血症的胎龄与检出的革兰氏细菌比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。药物敏感性以万古霉素、美罗培南、左氧氟沙星、泰能最为敏感。**结论** 新生儿败血症应根据其发病类型、血培养及药敏结果选用合适的抗菌药物,以减少耐药菌株产生,提高治疗效果。

[关键词] 新生儿; 败血症; 病原菌; 药物敏感试验

[中图分类号] R 722.13 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2011)09-0848-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.09.14

Analysis of pathogens and their drug sensitivities in early-onset neonatal septicemia and late-onset neonatal septicemia MENG Dan-hua, WEI Qiu-fen. Department of Neonatology, Guangxi Women and Children Health Hospital, Nanning 530003, China

[Abstract] **Objective** To study the pathogens and their drug sensitivities of early-onset neonatal septicemia and late-onset neonatal septicemia, to direct the clinical usage of antibiotics and reduce the produce of drug-resistant bacteria. **Methods** A retrospective analysis was conducted on 48 cases of neonatal septicemia with positive blood

万方数据

culture who were admitted to the neonatal section of our hospital. The study was carried out to analyze the blood culture results and their drug sensitivities. The cases were assigned into two categories, early-onset neonatal septicemia and late-onset neonatal septicemia according to the time of onset of septicemia. **Results** Early-onset neonatal septicemia mainly happened in premature neonates, while late-onset neonatal septicemia mainly happened in full term neonates. The bacteria in the early-onset neonatal septicemia group were mainly gram-negative bacillus (escherichia coli, klebsiella pneumoniae, and so on), and the pathogens in the late-onset neonatal septicemia group primarily consisted of gram-positive bacillus. Between the early-onset neonatal septicemia group and the late-onset neonatal septicemia group, there were significant statistical differences in gestational age and pathogens ($P < 0.05$). The pathogens were highly sensitive to vancomycin, meropenem, levofloxacin, tienam. **Conclusion** The reasonable choice of antibiotics in treatment of neonatal septicemia should be based on the disease, pathogenic bacteria and results of drug susceptibility. It can reduce the growth of drug-resistant bacteria and improve clinical treatment effects.

[**Key words**] Neonate; Septicemia; Pathogen; Drug sensitive test

新生儿败血症是新生儿时期严重的感染性疾病,发病率及病死率均较高^[1,2]。新生儿败血症按发病时间分为早发型和晚发型。早发型败血症以产前或产时感染为主,晚发型败血症多为生后获得性感染为主,两者在感染菌上存在一定差别。现将我院血培养阳性的 48 例新生儿败血症患儿,按发病时间分为早发型和晚发型两组,对两型的病原菌、药物敏感等情况进行分析,以指导临床诊治。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2008-01 ~ 2009-12 我院新生儿病房血培养阳性的 48 例新生儿败血症患儿,其中男 30 例,女 18 例;早产儿 23 例,足月儿 25 例;入院日龄 1 ~ 28 d,发病日龄 1 ~ 14 d,均符合 2003 年昆明会议制定的《新生儿败血症诊疗方案及确诊标准》^[3]。早发型(发病日龄 < 7 d) 26 例,其中足月儿 10 例,早产儿 16 例;胎膜早破 8 例,羊水浑浊 4 例。晚发型(发病日龄 ≥ 7 d) 22 例,其中足月儿 15 例,早产儿 7 例;胎膜早破 3 例,羊水浑浊 0 例。临床表现:黄疸 33 例,发热 17 例,反应差 17 例,皮肤发花 9 例,皮肤硬肿 3 例,体温不升 8 例,呼吸快 29 例,腹胀 4 例,抽搐 2 例,并发新生儿肺炎 20 例,化脓性脑膜炎 3 例。

1.2 血培养和菌种鉴定及药敏试验方法 采用 BACTEC9050 全自动血培养系统,血培养瓶为美国 BD 公司生产的专用含树脂小儿增菌培养瓶。菌株鉴定及药物敏感试验使用 MIC 法,采用法国生物梅里埃公司的 BacT/Alert3D120 全自动微生物培养仪。质控菌株为金黄色葡萄球菌 ATCC29213,大肠埃希菌 ATCC25922,铜绿假单胞菌 ACTT27853。

1.3 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件对数据进行分析,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 败血症类型及病原菌 早发型败血症 26 例,以早产儿为主(16/26, 61.54%),临床多以黄疸、体温不升、反应差、腹胀、硬肿、皮肤发花、呼吸困难、肺炎等为主要表现,且并发症较晚发型多。晚发型败血症 22 例,以足月儿为主(15/22, 68.18%),临床表现多不典型。两组患儿胎龄比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。48 例败血症均为单一细菌感染,在检出的病原菌中,革兰氏阳性菌 26 例,以表皮葡萄球菌、金黄色葡萄球菌和溶血性葡萄球菌为主要病原菌,分别占 25% (12/48)、14.59% (7/48) 和 8.33% (4/48)。革兰氏阴性菌 22 例,以克雷伯杆菌和大肠埃希菌为主要病原菌,分别占 22.92% (11/48) 和 16.67% (8/48)。早发型败血症的病原菌中革兰氏阳性菌 9 株,革兰氏阴性菌 17 株,以克雷伯杆菌和葡萄菌为主;晚发型败血症的病原菌中革兰氏阳性菌 17 株,革兰氏阴性菌 5 株,以葡萄球菌为主。两组检出的革兰氏细菌比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。两组克雷伯杆菌比较差异有统计学意义($P < 0.05$),葡萄球菌比较差异有统计学意义($P < 0.01$),大肠埃希菌比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 1 早发型和晚发型败血症新生儿的胎龄比较[n(%)]

型别	例数	早产儿	足月儿
早发型败血症	26	16(61.54)	10(38.46)
晚发型败血症	22	7(31.82)	15(68.18)
χ^2	-	4.218	
P	-	0.049	

表 2 早发型和晚发型新生儿败血症革兰氏细菌比较[n(%)]

型别	例数	革兰氏阳性菌	革兰氏阴性菌
早发型败血症	26	9(34.62)	17(65.38)
晚发型败血症	22	17(77.27)	5(22.73)
χ^2	-	8.734	
P	-	0.003	

表3 早发型和晚发型新生儿败血症主要致病菌比较[n(%)]

型 别	例数	克雷伯杆菌	大肠埃希菌	葡萄球菌	其他病原菌
早发型败血症	26	9(34.62)	6(23.07)	7(26.92)	4(15.39)
晚发型败血症	22	2(9.09)	2(9.09)	16(72.73)	2(9.09)
χ^2	-	4.395	1.678	10.018	0.432
<i>P</i>	-	0.037	0.183	0.002	0.676

表4 主要病原菌的药敏率[% (株)]

药 物	金黄色葡萄球菌	表皮葡萄球菌	溶血葡萄球菌	克雷伯杆菌	大肠埃希菌
青霉素 G	0.00(0/7)	0.0(0/12)	0.00(0/4)	0.00(0/11)	0.00(0/8)
苯唑西林	71.43(5/7)	25.00(3/12)	25.00(1/4)	0.00(0/11)	0.00(0/8)
克林霉素	71.43(5/7)	50.00(6/12)	0.00(0/4)	0.00(0/11)	0.00(0/8)
万古霉素	85.71(6/7)	83.33(10/12)	100.00(4/4)	0.00(0/11)	0.00(0/8)
复方新诺明	28.57(2/7)	16.67(2/12)	0.00(0/4)	0.00(0/11)	0.00(0/8)
阿奇霉素	42.86(3/7)	16.67(2/12)	25.00(1/4)	0.00(0/11)	0.00(0/8)
红霉素	42.86(3/7)	16.67(2/12)	25.00(1/4)	0.00(0/11)	0.00(0/8)
头孢呋辛	14.29(1/7)	25.00(3/12)	25.00(1/4)	0.00(0/11)	0.00(0/8)
左氧氟沙星	42.86(3/7)	75.00(9/12)	75.00(3/4)	81.82(9/11)	62.50(5/8)
头孢噻肟钠	0.00(0/7)	0.00(0/12)	0.00(0/4)	81.82(9/11)	37.50(3/8)
头孢哌酮钠	0.00(0/7)	0.00(0/12)	0.00(0/4)	45.45(5/11)	62.50(5/8)
头孢曲松	14.29(1/7)	0.00(0/12)	0.00(0/4)	81.82(9/11)	50.00(4/8)
头孢他啶	14.29(1/7)	0.00(0/12)	75.00(3/4)	72.73(8/11)	62.50(5/8)
美罗培南	85.71(6/7)	16.67(2/12)	50.00(2/4)	45.45(5/11)	50.00(4/8)
亚胺培南	57.14(4/7)	25.00(3/12)	25.00(1/4)	27.27(3/11)	62.50(5/8)

3 讨论

3.1 新生儿败血症是新生儿期细菌或真菌侵入血液循环并在其中生长繁殖,产生毒素所造成的全身性感染^[4]。由于新生儿特别是早产儿、低出生体重儿的免疫功能不成熟,对细菌入侵的屏障功能差,故败血症一直以来都是新生儿的危重症,也是新生儿死亡的重要原因。

3.2 新生儿败血症按发病时间分为早发型和晚发型。早产、低出生体重、母亲胎膜早破、母亲分娩前的感染等都是早发型败血症的主要危险因素;而新生儿重症监护病房(NICU)中心静脉插管、经皮下留置管、机械通气则是晚发型败血症的主要危险因素。本研究48例新生儿败血症中,早发型败血症26例,其中早产儿16例(61.54%),足月儿10例(38.46%),胎膜早破8例,羊水浑浊4例;晚发型败血症22例,其中足月儿15例(68.18%),早产儿7例(31.82%),胎膜早破3例,羊水浑浊0例。早发型与晚发型胎龄比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.218, P = 0.049$),与 Martius 等^[5]研究相符。

3.3 随着临床使用抗生素范围扩大,致病菌也在不断变化。总的趋势为革兰氏阴性杆菌感染明显增多。但本研究的新生儿血培养还是以革兰氏阳性菌为主,且以葡萄球菌感染为主,与刘春枝等^[6]研究

2.2 主要病原菌药敏情况 检出的主要病原菌中金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、克雷伯杆菌和大肠埃希菌对青霉素均不敏感。革兰氏阳性球菌对万古霉素的敏感性最高,对左氧氟沙星、美罗培南、亚胺培南的敏感性也较高。革兰氏阴性杆菌对左氧氟沙星、第三代头孢菌素、美罗培南及亚胺培南的敏感性较高。见表4。

相吻合。新生儿败血症早发型的致病菌中革兰氏阳性菌和革兰氏阴性菌分别为34.62%和65.38%,革兰氏阴性菌占优势,以克雷伯杆菌和大肠埃希菌为主;晚发型败血症的致病菌中革兰氏阳性菌和革兰氏阴性菌分别为77.27%和22.73%,革兰氏阳性菌明显占优势,以表皮葡萄球菌和金黄色葡萄球菌为主。早发型与晚发型革兰氏细菌比较差异有统计学意义($\chi^2 = 8.734, P = 0.003$)。两组的克雷伯杆菌比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.395, P = 0.037$),葡萄球菌比较差异有统计学意义($\chi^2 = 10.018, P = 0.002$)。从而进一步说明早发型和晚发型败血症致病菌不同。由于新生儿败血症早期临床症状无特异性,起病急、进展快,血培养取材困难,标本易污染,培养时间较长,是阳性率低的原因。

3.4 本组检出的主要病原菌表皮葡萄球菌、金黄色葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、克雷伯杆菌和大肠埃希菌,这些病原菌对青霉素均不敏感,耐药率达100%。葡萄球菌为主的革兰氏阳性球菌对第三代头孢类抗生素的敏感性较低,敏感率仅为14.29%。金黄色葡萄球菌对苯唑西林、阿奇霉素、红霉素、克林霉素、美罗培南、亚胺培南有较高的敏感性。溶血葡萄球菌对头孢他啶、美罗培南的敏感性也较高。三种葡萄球菌对万古霉素的敏感性均较高,溶血性

葡萄球菌对万古霉素的敏感性达 100%。万古霉素因其抗菌作用强大,现已成为葡萄球菌败血症首选药物,特别是 MSA 和 MRCNS 的治疗更是依赖万古霉素。近年来国内已报道有耐万古霉素的溶血葡萄球菌和表皮葡萄球菌的产生^[7],所以应合理使用万古霉素,减少耐药菌株产生。克雷伯杆菌和大肠埃希菌革兰氏阴性杆菌对美罗培南、亚胺培南及第三代头孢菌素的敏感性较高。因克雷伯杆菌和大肠埃希菌是条件致病菌,易产生超广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)菌。对未产生 ESBLs 的患儿可选用第三代头孢菌素,对已产生 ESBLs 的患儿则可用添加增效剂的复方制剂,如头孢哌酮/舒巴坦,或选用对 ESBLs 稳定的抗生素,如亚胺培南、美罗培南等。五种主要检出细菌对氧氟沙星的敏感性均较高,但因动物试验显示喹诺酮类对幼年动物有软骨损害,故临床很少使用于新生儿。而吴仕孝^[8]及 Korman 等^[9]研究发现喹诺酮类药物对人类的类似损害极少见,故对于多重耐药菌株所致的重度感染,还是可以考虑使用喹诺酮类药物。

3.5 本组结果提示,临床医师应掌握本地区新生儿败血症的主要致病菌和药物敏感性,根据临床分型、临床表现、细菌培养及药敏结果,早期合理使用有效的抗菌药物,减少耐药菌株的产生。同时,应加强围

产期保健,加强医护人员手部消毒,加强重症监护室、各种导管、器械的清洁,减少医院感染的发生。

参考文献

- 1 Volante E, Moretti S, Pisani F, et al. Early diagnosis of bacterial infection in the neonate[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2004, 16(Suppl 2): 13-16.
- 2 Tiskumara R, Fakharee SH, Liu CQ, et al. Neonatal infections in Asia[J]. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2009, 94(2): F144-F148.
- 3 中华医学会儿科学分会新生儿学组, 中华医学会中华儿科杂志编辑委员会. 新生儿败血症诊疗方案(2003 年 昆明)[J]. 中华儿科杂志, 2003, 41(12): 897-899.
- 4 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 342-349.
- 5 Martius JA, Roos T, Gora B, et al. Risk factors associated with early-onset sepsis in premature infants[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1999, 85(2): 151-158.
- 6 刘春枝, 马 超. 新生儿败血症 45 例临床分析[J]. 内蒙古医学杂志, 2010, 42(7): 841-843.
- 7 余加林, 贾慧群, 毋灿荣, 等. 新生儿感染耐甲氧西林葡萄球菌的药敏分析[J]. 儿科药学杂志, 2001, 7(1): 20-22.
- 8 吴仕孝. 喹诺酮类药物在儿科应用的新认识[J]. 中华儿科杂志, 1999, 37(12): 773-774.
- 9 Korman TM, Turnidge JD, Grayson ML. Risk factors for adverse cutaneous reactions associated with intravenous vancomycin[J]. J Antimicrob Chemother, 1997, 39(3): 371-381.

[收稿日期 2011-06-13][本文编辑 黄晓红 蓝斯琪]

临床研究 · 论著

围绝经期妇女重度抑郁症综合康复治疗的临床疗效分析

罗红玲, 李 雪

作者单位: 547300 广西, 天峨县人民医院妇产科(罗红玲); 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇产科(李 雪)

作者简介: 罗红玲(1965-), 女, 大学专科, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病诊治。E-mail: 1197810560@qq.com

通讯作者: 李 雪(1964-), 女, 研究生学历, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 妇科内分泌疾病诊治。E-mail: gxlxue2006@yahoo.com.cn

[摘要] **目的** 探讨围绝经期妇女重度抑郁症综合康复治疗的临床疗效。**方法** 对 26 例围绝经期重度抑郁症妇女给予服用尼尔雌醇、氟西汀、解郁汤及心理治疗, 采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和自评抑郁量表(SDS)评分进行治疗前后对比观察和治疗效果评价, 同时检测血清雌二醇(E2)、血清促卵泡素(FSH)含量变化。**结果** 经过 8 周的综合康复治疗, 患者 E2 水平明显增高($P < 0.01$), FSH 含量显著降低($P < 0.01$), HAMD 和 SDS 评分明显降低($P < 0.01$)。26 例患者经治疗后, 治愈 16 例(61.5%), 显效 6 例(23.1%), 有效 4 例(15.4%), 总有效率为 100%。**结论** 综合康复治疗围绝经期妇女重度抑郁症疗效好、副作用小, 是安全有效的治疗方法。

万方数据