

DOI:10.3969/j.issn.1671-9638.2016.06.016

下呼吸道感染鲍曼不动杆菌耐药性分析

Antimicrobial resistance of *Acinetobacter baumannii* causing lower respiratory infection

颜霞(YAN Xia)¹, 侯利剑(HOU Li-jian)¹, 谢明水(XIE Ming-shui)², 潜力(QIAN Li)²

(1 襄阳市中心医院北区, 湖北 襄阳 441003; 2 随州市中心医院, 湖北 随州 441300)

(1 Xiangyang Central Hospital, Xiangyang 441003, China; 2 Suizhou Central Hospital, Suizhou 441300, China)

[摘要] 目的 了解下呼吸道感染患者痰标本分离鲍曼不动杆菌(AB)的耐药性,为临床合理使用抗菌药物提供依据。方法 分析某院 2013 年 1 月—2015 年 1 月住院患者痰标本培养分离出的 172 株 AB。结果 172 株 AB 中多重耐药和泛耐药菌株共 128 株(占 74.42%)。主要分布在神经内科(56 株,43.75%)、重症监护病房(44 株,34.38%)。AB 对米诺环素的耐药率最低(9.30%),其次是对头孢哌酮/舒巴坦和氨苄西林/舒巴坦耐药率分别为 18.60%和 27.91%,对亚胺培南的耐药率为 47.67%。对哌拉西林/他唑巴坦和哌拉西林的耐药率分别为 62.79%、86.04%,对喹诺酮类、氨基糖苷类和第三、四代头孢菌素类的耐药率在 76.74%~81.40%之间。**结论** AB 对多种常见抗菌药物的耐药率均较高,多重耐药和泛耐药现象严重。

[关键词] 下呼吸道感染;鲍曼不动杆菌;抗药性;微生物;耐药性

[中图分类号] R181.3⁺2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-9638(2016)06-0426-02

鲍曼不动杆菌(*Acinetobacter baumannii*, AB)

是医院感染最常见的一种条件致病菌,近年来其分离率快速增长,耐药性亦呈现增强趋势。为了解 AB 引起的临床感染及其耐药性,本文对某院 2013 年 1 月—2015 年 1 月下呼吸道感染患者痰标本分离的 172 株 AB 进行耐药性分析,为临床合理选用抗菌药物提供依据。

1 资料与方法

1.1 菌株来源 某院 2013 年 1 月—2015 年 1 月住院患者痰标本培养分离出的 172 株 AB。

1.2 菌株鉴定与药敏试验 菌株鉴定与药敏采用迪尔全自动微生物分析仪(购自珠海迪尔生物工程有限公司)。结果判定依据 2012 年美国临床实验室标准化协会(CLSI)标准判定。

1.3 统计分析 应用 WHONET 5.0 软件对数据进行统计分析。

2 结果

2.1 多重耐药 AB 检出情况 2013 年 1 月—2015 年 1 月下呼吸道感染患者痰标本分离的 172 株 AB 中多重耐药和泛耐药菌株共 128 株(占 74.42%)。128 株多重耐药和泛耐药 AB 主要分布在神经内科(56 株,43.75%),其次为重症监护病房(44 株,34.38%)、神经外科(10 株,7.81%)、呼吸内科(8 株,占 6.25%)及其他科室(10 株,7.81%)。

2.2 药敏结果 AB 对米诺环素的耐药率最低(9.30%),对头孢哌酮/舒巴坦和氨苄西林/舒巴坦的耐药率分别为 18.60%和 27.91%,对亚胺培南、美罗培南的耐药率分别为 47.67%、65.12%,对哌拉西林/他唑巴坦和哌拉西林的耐药率分别为 62.79%、86.04%,对喹诺酮类、氨基糖苷类和第三、四代头孢菌素类都有较高的耐药性,耐药率在 76.74%~81.40%之间。

[收稿日期] 2015-07-01

[基金项目] 湖北省自然科学基金项目(2013CFB480)

[作者简介] 颜霞(1974-),女(汉族),湖北省孝感市人,主管检验师,主要从事临床检验研究。

[通信作者] 谢明水 E-mail: XMS996@sina.com

3 讨论

AB已成为下呼吸道感染的重要病原菌,耐药机制十分复杂,耐药性日趋严重,是呼吸机相关性肺炎患者及长期卧床患者感染常见的病原菌。本研究中多重耐药和泛耐药 AB 主要分布在神经内科和重症监护病房。这些科室均以高龄和重症患者为主,由于住院时间长、原发病重、长期卧床免疫力低下、长期使用抗菌药物,加上气管插管等侵入性操作,导致 AB 多重耐药和泛耐药菌株检出率高^[1]。AB 耐药严重,导致临床可选择的抗菌药物逐渐减少,尤其是多重耐药和泛耐药 AB 的不断出现^[2],给临床治疗带来极大困扰。

本研究显示,AB 对米诺环素、头孢哌酮/舒巴坦、氨苄西林/舒巴坦的耐药率较低,分别为9.30%、18.60%、27.91%。米诺环素耐药率低可能与临床应用较少有关;头孢哌酮/舒巴坦、氨苄西林/舒巴坦临床应用较多,其耐药率明显增高,与文献报道一致^[3];AB 对碳青霉烯类亚胺培南的耐药率为47.67%,对美罗培南的耐药率为65.12%,由于碳青霉烯类以亚胺培南为主,对革兰阴性菌具有超强的抗菌能力,在临床应用越来越多,造成耐亚胺培南的非发酵菌 AB 分离率越来越高,国内外均有相关文献报道^[4-5]。AB 产生耐药的原因之一为抗菌药物诱导耐药生成和选择耐药菌生存与繁殖的结果。所以 AB 多重耐药和泛耐药的发生,与临床上大量不合理使用此类抗菌药物有直接关系。AB 对喹诺酮类、氨基糖苷类和第三、四代头孢菌素类的耐药率在76.74%~81.40%之间,对哌拉西林/他唑巴坦和哌拉西林的耐药率分别为62.79%、86.04%。AB 呈现很强耐药性,多重耐药和泛耐药 AB 占分离 AB 的74.42%。

对多重耐药和泛耐药 AB 引起的下呼吸道感

染,临床医生首先要根据患者的个体状况,完善病原学检查,区分定植菌与感染菌,依据药敏结果有针对性合理选用抗菌药物是遏制细菌耐药性快速增长的必要手段。

综上所述,AB 随着临床分离率增加,其泛耐药性也逐渐增强。不仅对目前常用抗菌药物产生耐药,并且由于其生存能力强易在医院内造成广泛的交叉感染引起暴发流行^[6-7],给临床治疗和防控带来严峻挑战。所以加强对 AB 的监测,掌握其耐药性特征,合理使用抗菌药物,预测和控制细菌耐药性增长趋势,严格无菌操作,尽量减少侵入性治疗措施,以减少耐药菌株的产生与传播,有效控制多重耐药和泛耐药菌的感染。

[参考文献]

- [1] 胡美春,王莉宁,梁小英.某院2012年多重耐药菌分布及耐药性[J].中国感染控制杂志,2014,(13)2:89-92.
- [2] 李智山,肖慈然.医院感染鲍氏不动杆菌的临床分布及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2011,21(18):3945-3946.
- [3] 陈晓玲,谢明水.254株鲍氏不动杆菌的分布及耐药性[J].中华医院感染学杂志,2012,22(19):4351-4353.
- [4] Katsaragakis S, Markogiannakis H, Samara E, et al. Predictors of mortality of *Acinetobacter baumannii* infections: A 2-year prospective study in a Greek surgical intensive care unit [J]. Am J Infect Control, 2010, 38(8): 631-635.
- [5] 邹玖明,张爱平,李智山,等.OXA-23基因阳性耐亚胺培南鲍曼不动杆菌感染暴发调查研究[J].中国感染控制杂志,2010,(9)4:235-237.
- [6] Perez F, Endimiani A, Bonomo RA. Why are we afraid of *Acinetobacter baumannii*? [J]. Expert Rev Anti Infect Ther, 2008, 6(30): 269-271.
- [7] 朱凤娇.鲍氏不动杆菌医院感染分布及耐药性监测[J].中华医院感染学杂志,2011,21(5):1010-1012.

(本文编辑:陈玉华)