

168 例剖宫产围手术期抗感染用药分析

王花花

(福建省南平市妇幼保健院 南平 353000)

摘要:目的:探讨分析剖宫产围手术期使用抗感染药物的情况。方法:将入选的 168 例行剖宫产手术产妇随机分为围手术期用药组和传统用药组,比较两组的最高体温、退热时间、感染率以及不良反应率。结果:经各自用药后,围手术期用药组的最高体温、退热时间、感染率以及不良反应率均显著优于传统用药组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:临床上对行剖宫产手术的孕妇产于手术前后均预防性使用抗感染药物,更有利于控制患者体温,有效降低不必要的术后感染及不良反应发生率,效果显著,值得临床研究与进一步推广。

关键词:剖宫产;抗感染;用药分析

中图分类号:R969.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.067

剖宫产围手术期是指产妇在进行手术治疗前、中与后的一个全部阶段^[1]。而进行剖宫产手术后,易破坏产妇阴道与宫颈部位内的微生物环境的平衡,增加术后发生感染及不良反应的风险^[2],因此预防性使用抗感染药物在整个围手术期阶段的治疗过程中占有十分重要的地位,有利于保证患者的治疗质量水平^[3]。本文对我院行剖宫产手术的 168 例产妇进行分组使用抗感染药物,对比不同用药方式的

18.0%,头孢哌酮舒巴坦为 21.0%,而多粘菌素 E 的耐药率为 0%,其他大多数抗生素耐药率较高(>50%)。见表 3。

表 3 166 株鲍曼不动杆菌对常用抗生素的耐药率和敏感率 (%)			
抗生素	敏感率	中介率	耐药率
美洛培南	73.5	4.6	21.9
亚胺培南	78.6	3.4	18.0
妥布霉素	40.3	0.0	59.7
头孢他啶	23.5	6.5	70.0
头孢西丁	12.5	7.7	79.8
头孢哌酮舒巴坦	66.7	12.3	21.0
多粘菌素 E	100.0	0.0	0.0

3 讨论

鲍曼不动杆菌已成为我国院内感染的主要致病菌之一。根据 2010 年中国 CHINET 细菌耐药性监测网数据显示^[4],我国 10 省市 14 家教学医院鲍曼不动杆菌占临床分离革兰阴性菌的 16.1%,仅次于大肠埃希菌与肺炎克雷伯菌。该菌可引起肺炎、败血症、腹腔感染、中枢神经系统感染、泌尿系统感染、皮肤软组织感染等。

本调查显示鲍曼不动杆菌主要分布 ICU (占 39.2%),神经外科及呼吸内科次之,因为以上科室收治的患者多为原发病严重或免疫功能低下,且治疗过程中行气管切开或插管以及广谱抗生素的广泛使用^[5]。鲍曼不动杆菌为条件致病菌,本院分离的鲍曼不动杆菌临床标本大部分为痰,占 80.1%,证实呼吸道是鲍曼不动杆菌高发部位,其余依次为组织分泌物、尿液和引流液,表明该菌引起组织创面感染,及其他部位感染中也占有一定的比例。由此,为

疗效,旨在为提高我院合理用药水平提供更多参考依据。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 2~12 月期间我院收治的行剖宫产手术产妇共 168 例,排除恶性肿瘤及头孢呋辛钠药物过敏史患者。所有患者随机分为围手术期用药组和传统用药组各 84 例。围手术期用药组年龄 24~43 岁,平均(28.85±3.03)岁;传统用

减少鲍曼不动杆菌的感染和院内传播,应尽可能减少侵袭性操作,及早拔除留置管,提高患者的免疫力,加强消毒隔离,注意医护人员手卫生及各种医疗器械的消毒。

本调查表明鲍曼不动杆菌对绝大部分抗菌药物产生耐药,包括 β -内酰胺类、氨基糖苷类、氟喹诺酮类、碳青霉烯类和磺胺类抗生素。据报道^[6],对 β -内酰胺类抗生素耐药主要是产 β -内酰胺类酶(甲氧西林酶、金属酶、AmpC 酶和超广谱 β -内酰胺酶)、外排泵的激活、外膜孔蛋白的缺失及青霉素结合蛋白的改变;对氨基糖苷类抗生素耐药主要是产氨基糖苷修饰酶(AME)及 16SrRNA 甲基化酶。由此提醒,临床应根据药物敏感试验有针对性地合理使用抗菌药物,减少抗生素选择压力,延缓和控制泛耐药菌的产生与扩散。

综合上述,我院鲍曼不动杆菌的耐药状况较为严重,日益增多的多耐药菌株给临床抗感染治疗带来极大挑战。建议医院感染管理部门加强管理和宣传,注重感染性疾病病原菌的检查,定期公布耐药菌的监测,为临床控制感染及合理使用抗菌药物提供有力依据。

参考文献

[1]朱德妹,汪复,胡付品,等.2010 年中国 CHINET 细菌耐药性监测[J].中国感染与化疗杂志,2011,11(5):321-329
[2]张运丽,李艳明,李宪.2010 年湘雅医院鲍曼不动杆菌临床分布及耐药性分析[J].中国现代医学杂志,2012,22(15):108-111
[3]汪志方,张益辉,王泽球.鲍曼不动杆菌感染的危险因素及耐药性分析[J].临床肺科杂志,2012,17(1):14-16

(收稿日期:2013-07-09)

药组患者年龄 23~43 岁,平均(27.12± 4.93)岁。两组患者一般资料对比无显著性差异,具有可比性。

1.2 方法 传统用药组患者仅在剖宫产术后静脉滴注头孢呋辛钠,1.5 g/ 次,2 次/d,3 d 内若患者血常规检测结果正常,且未发生感染症状则改为口服抗生素;围手术期用药组患者分别在术中断脐后及术后 6 h,各使用 1 次头孢呋辛钠,1.5 g/ 次,静脉滴注。

1.3 观察指标 术后测量患者体温,观察与记录其最高体温数据、退热时间、手术切口感染发生的例数及发生不良反应患者例数。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者退热时间与最高体温对比 围手术期用药组在最高体温与退热时间均显著低于传统用药组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者退热时间与最高体温对比 ($\bar{X} \pm S$)			
组别	n	最高体温(℃)	退热时间(d)
围手术期用药组	84	37.1± 0.2	1.0± 0.9
传统用药组	84	37.9± 0.5	3.3± 0.9
t		1.9785	1.97
P		0.0000	0.0000

2.2 两组患者感染率与不良反应率对比 治疗后,围手术期用药组的感染率与不良反应率均显著低于传统用药组,差异显著($P<0.05$)。见表 2。出现的感染症状主要为切口红肿、乳腺红肿及发热等症状,不良反应主要为霉菌性阴道炎、恶心等症状,经进一步处理治疗后,均好转。

表 2 两组患者感染率与不良反应率对比表 例(%)			
组别	n	感染	不良反应
围手术期用药组	84	1(1.19)	0(0.00)
传统用药组	84	6(7.14)	10(11.90)

3 讨论

产妇阴道与宫颈部位内存在有大量微生物,且疾病发作时期,微生物将打破正常情况下生态微环境平衡格局^[4],非优势细菌与致病细菌将大量侵袭患者,导致术后出现诸多感染症状。据有关研究^[5]发现,在剖宫产围手术期阶段,若不使用抗生素进行预防治疗,则术后发生感染的比率将显著高于预防性使用患者的发生率^[6],因此说明,在剖宫产围手术期使用抗生素,对预防术后感染具有重要作用。此外,抗生素使用类型及不同的给药方式,其预防性治疗效果亦有差异,并引起许多专家的进一步评估

(上接第 25 页)perioperative morbidity in knee arthroplasty[J].Clin Orthop,2000,378:183-191
[5]喻长纯,王战朝,尚延春.膝关节内翻屈曲畸形全膝关节置换的软组

分析。根据临床患者的细菌类型与表现特点,需采用具有杀菌力功能强、抗菌谱广及半衰期较长的抗生素类型药物,才能有效预防剖宫产术后的感染,而临床采用的头孢呋辛具备上述优点^[7],该药系通过抑制患者体内细菌细胞壁的合成而产生预防性抗感染的效果,据诸多研究均证明头孢呋辛的良好效果,而在本次研究中,传统用药组与围手术期用药组,均使用该药物进行治疗与研究,以进一步证实该抗感染药物的疗效,为我院妇产科的临床用药提供更多可靠依据。有研究^[8]指出,在选择不同的抗感染药物治疗时,还需考虑药物的毒副作用,尽量避免使用药物后导致产妇与婴儿发生不良反应。本研究中,两组患者使用头孢呋辛,感染率及不良反应率均较低,说明该药物的安全可靠性较高。而在使用抗生素药物时间选择方面,有研究^[9]对比分析术中、后与仅在术后使用抗生素预防治疗,发现前者更能有效地降低术后感染的发生,本研究中围手术期用药组的最高体温、退热时间、感染率及不良反应率等,均显著优于传统用药组,差异具有统计学意义,说明术中、后两次给药显著降低了不良反应发生率,不仅减少了药物直接引起的不良反应,且对于继发性菌群紊乱的不良反应症状亦具有十分有效的抑制作用,值得进一步研究。

综上所述,临床对行剖宫产手术的孕妇于术前、后均预防性使用抗感染药物,更有利于控制患者体温,有效降低术后感染及不良反应发生率,效果显著,值得临床研究与进一步推广。

参考文献

[1]张蔚.妇产科手术围手术期生殖道感染抗生素的应用[J].实用妇产科杂志,2008,24(6):332
[2]孙明霞,卢秀英.妇产科围手术期预防性使用抗生素的临床分析[J].中国妇幼保健研究,2011,22(4):467-468
[3]Chang WC,Hung YC,Li TC,et al.Short course of prophylactic antibiotics in laparoscopically assisted vaginal hysterectomy [J].J Reprod Med,2005,50(7):524-528
[4]徐关德,刘继荣,黄章骞.妇科 I 类切口手术围手术期末用抗生素的临床研究[J].中华医院感染学杂志,2008,18(7):1 018-1 019
[5]Chang WC,Lee MC,Yeh LS,et al.Quality-initiated prophylactic antibiotic use in laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy [J].Aust N Z J Obstet Gynaecol,2008,48(6):592-595
[6]何雪梅.305 例剖宫产围手术期抗感染用药分析[J].中华医院感染学杂志,2010,20(1):85-86
[7]梁琼,苏美如.剖宫产患者目标性监测与分析[J].中华医院感染学杂志,2010,20(15):2 233-2 234
[8]张晓静,邓少嫦,梁丽笙,等.剖宫产围手术期合理选用抗生素的临床研究[J].实用妇产科杂志,2010,26(2):128-130
[9]杨慧霞,任苗.剖宫产围手术期预防性抗生素的应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2008,24(10):732-734

(收稿日期: 2013-06-20)

织平衡[J].中国修复重建外科杂志,2007,21(10):1 062-1 066
[6]顾强荣,王黎明,桂鉴超,等.老年人全膝关节置换术围手术期相关问题处理体会[J].医学研究生学报,2007,20(5):509-512

(收稿日期: 2013-07-15)