

乙肝肝衰竭患者血液病原微生物分布及药敏分析

刘鹏 席云^{通讯作者}

(中山大学附属第三医院 广东 广州 510000)

摘要:目的:探讨乙肝肝衰竭患者血液病原微生物分布及药敏结果分析。方法:选择2020年1月-2021年9月乙肝肝衰竭患者165例作为对象,所有患者入院后均采集血液标本,并完成病原菌培养;对分离的病原菌进行耐药性试验,分析血液病原微生物分布及耐药情况。结果:165例乙肝肝衰竭患者中均完成血液病原微生物分布,并常规培养病原菌165株,排在前两位的分别为:大肠埃希菌、肺炎克雷伯杆菌,分别占:19.3%和18.7%;对乙肝肝衰竭患者完成病原菌耐药性分析,结果表明:病原菌耐药性以耐青霉素类为主,占52.12%,其次为耐头孢类,占37.58%,30.30%患者不耐药。结论:多种微生物均可引起乙肝肝衰竭患者发生感染,病原菌以革兰阴性菌为主,且对青霉素类药物具有较高的耐药性,临床治疗应选择敏感抗菌药物。

关键词:乙肝肝衰竭;血液病原微生物;药敏分析

肝脏属于人体较为重要的器官之一,具有合成、解毒、代谢、分泌及免疫防御等功能。而乙肝肝衰竭则是由于肝脏受到病毒引起严重损害,引起大量肝细胞坏死,并发生严重障碍或失代偿,临床以凝血机制障碍、黄疸及感性脑部为主^[1]。乙肝肝衰竭患者病情较重,预后较差,部分患者并非死于肝脏疾病,更多的死于血液感染,导致机体免疫力下降,增加病原体侵袭身体。由于不同地区、不同医院乙肝肝硬化引起的感染病原体种类繁多,且耐药性差异较大,导致抗菌药物治疗及选择时缺乏统一的标准^[2]。因此,本研究以乙肝肝衰竭患者为对象,探讨乙肝肝衰竭患者血液病原微生物分布及药敏结果分析,报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选择2020年1月-2021年9月乙肝肝衰竭患者165例作为对象,男123例,女42例,年龄(11-88)岁,平均(53.57±5.71)岁;病程(1-15)年,平均(5.79±0.63)年。合并症:高血压12例,糖尿病10例,冠心病18例;肝衰竭分期:早期86例,中期45例,晚期34例。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准:(1)符合乙肝肝衰竭诊断标准^[3],并完成肝衰竭分期;(2)均完成血液采集及病原微生物鉴定;(3)生命体征平稳,研究期间均未有死亡病例;排除标准:(1)长期饮酒、自身免疫肝病者;(2)妊娠或哺乳期者;(3)过敏体质或伴有血友病、肝豆状核变性者。

表1 乙肝肝衰竭患者血液病原微生物分布

病原微生物分布	株数	构成比 (%)	病原微生物分布	株数	构成比 (%)
奥斯拉莫拉菌	1	0.6	罗非氏不动杆菌	1	0.6
白色念珠菌	4	2.4	马肠链球菌	1	0.6
鲍曼不动杆菌	6	3.6	木糖氧化无色杆菌	1	0.6
表皮葡萄球菌	8	4.8	脑膜脓毒性菌	1	0.6
产气肠杆菌	2	1.2	鸟肠球菌	1	0.6
迟钝爱德华氏菌	1	0.6	皮氏罗尔斯顿菌	1	0.6
催产克雷伯杆菌	1	0.6	普通变形杆菌	1	0.6
大肠埃希菌	32	19.3	热带念珠菌	3	1.8
肺炎克雷伯杆菌	31	18.7	人葡萄球菌人亚种	1	0.6
肺炎链球菌	2	1.2	溶血葡萄球菌	4	2.4
粪肠球菌	4	2.4	山羊葡萄球菌	1	0.6
光滑念珠菌	1	0.6	伤寒沙门氏菌	1	0.6
缓症链球菌	1	0.6	尿肠球菌	10	6.0
甲型副伤寒沙门氏菌	1	0.6	嗜麦芽糖寡养单胞菌	2	1.2
金黄色葡萄球菌	5	3.0	嗜水气单胞菌	3	1.8
近平滑念珠菌	1	0.6	停乳链球菌	1	0.6
孔氏葡萄球菌	1	0.6	铜绿假单胞菌	10	6.0
口腔链球菌	2	1.2	头状葡萄球菌	2	1.2

1.3 方法

(1)仪器及设备。VersaTREK全自动血液培养仪;WalkAway96全自动微生物药敏鉴定仪;药敏培养基;(2)标本采集。患者入院后次日采用双侧双套法取外周血5-10mL,注入血培养瓶;(3)检测方法。①病原菌分离及培养。将上述采集的标本立即送检,对于病原菌的培养严格参考《全国临床检验操作规程》操作,采用VersaTREK全自动血液培养仪及配套的培养瓶进行培养,对于5d后未见报警视为阴性。对于阳性标本,则将其转种在血平板、巧克力板,并完成涂片及革兰染色检查。②病原菌鉴定及药敏分析。将获得纯度较高的细菌借助WalkAway96全自动微生物鉴定仪进行鉴定及药敏分析^[4]。质控菌株为:金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、大肠埃希菌。②药敏补充实验。参考美国临床与实验室标准化协会(CLSI)标准,采用纸片扩散法(K-B法)完成药敏分析。

1.4 统计分析

采用SPSS24.0软件处理,计数资料行 χ^2 检验,采用n(%)表示,计量资料行t检验,采用($\bar{x} \pm s$)表示, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 乙肝肝衰竭患者血液病原微生物分布

165例乙肝肝衰竭患者中均完成血液病原微生物分布,并常规培养病原菌165株,排在前两位的分别为:大肠埃希菌、肺炎克雷伯杆菌,分别占:19.3%和18.7%,见表1。

里昂葡萄球菌	1	0.6	豚鼠气单胞菌	1	0.6
唾液链球菌	2	1.2	咽峡炎链球菌	3	1.8
维罗纳气单胞菌	1	0.6	洋葱伯克霍尔德氏菌	2	1.2
新生隐球菌	1	0.6	阴沟肠杆菌	3	1.8
血液链球菌	1	0.6	荧光/恶臭假单胞菌	1	0.6

2.2 乙型肝炎患者病原菌耐药性分析

对乙型肝炎患者完成病原菌耐药性分析, 结果表明: 病原菌耐药性以耐青霉素类为主, 占 52.12%, 其次为耐头孢类, 占 37.58%, 30.30% 患者不耐药, 见表 2。

表 2 乙型肝炎患者病原菌耐药性分析

耐药性	例数	构成比 (%)
不耐药	50	30.30
耐氨基糖苷类	32	19.39
耐大环内酯类	23	13.94
耐单环β内酰胺类	33	20.00
耐氟康唑、伊曲康唑、伏立康唑	1	0.61
耐磺胺类	36	21.82
耐利福霉素类	9	5.45
耐林可胺类	8	4.85
耐青霉素类	86	52.12
耐沙星类	37	22.42
耐四环素类	12	7.27
耐碳青霉烯类	16	7.70
耐头孢类	62	37.58

3 讨论

从本研究结果看出, 乙型肝炎患者感染中, 病原体分布以革兰阴性菌为主。而病原菌类型中以大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌为主, 本研究中, 165 例乙型肝炎患者中均完成血液病原微生物分布, 并常规培养病原菌 165 株, 排在前两位的分别为: 大肠埃希菌、肺炎克雷伯杆菌, 分别占: 19.3% 和 18.7%, 出现这种现象原因是由于患者身体免疫力过低, 再加上第三代头孢类抗菌药物的滥用有

关。碳青霉烯类抗生素作为临床常用的治疗药物, 对于常见的病原菌具有较强的杀菌作用^[5]。但是, 随着各类广谱抗菌药物的滥用、临床各种入侵式操作的增多, 均增加临床治疗难度。本研究中, 对乙型肝炎患者完成病原菌耐药性分析, 结果表明: 病原菌耐药性以耐青霉素类为主, 占 52.12%, 其次为耐头孢类, 占 37.58%, 30.30% 患者不耐药。因此, 临床上乙型肝炎患者应加强病原菌监测和鉴定, 并完成药敏分析, 尽可能选择敏感抗菌药物, 提高治疗效果^[6]。

综上所述, 多种微生物均可引起乙型肝炎患者发生感染, 病原菌以革兰阴性菌为主, 且对青霉素类药物具有较高的耐药性, 临床治疗应选择敏感抗菌药物。

参考文献:

- [1]葛学顺, 陆正民, 刘冉, 等. 2017—2018 年血培养标本病原菌分布及耐药性分析[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40 (2): 22-31.
- [2]姚运海, 赵卫峰, 甘建和. 终末期肝病模型联合动脉血乳酸对乙型肝炎病毒相关慢加急性肝衰竭预后的评价: 97 例患者的回顾性分析[J]. 中华肝脏病杂志, 2019, 27 (4): 256-260.
- [3]李晨, 谭钧元, 许祥. 乙型肝炎肝硬化急性恶化患者慢加急性肝衰竭的发生情况及预后分析[J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36 (9): 50-55.
- [4]常文娇, 陈莉, 戴媛媛, 等. 血液病患者血流感染病原菌分布及耐药性分析[J]. 临床输血与检验, 2019, 21 (4): 5.
- [5]叶成林, 侯建, 梁爱斌, 等. 中性粒细胞缺乏伴发热骨髓衰竭患者的病原菌分布及药敏情况分析[J]. 检验医学与临床, 2019, 16 (24): 3596-3599, 3602.
- [6]沈敏, 吴坤亮, 何晶, 等. 血清白细胞介素-37 在乙型肝炎病毒相关慢加急性肝衰竭患者中的变化及其临床意义[J]. 天津医药, 2019, 47 (7): 4.