

金属离子可与喹诺酮类络合而影响胃肠道吸收,导致血液大幅度下降^[15]。如必须合用抗酸剂可选用对CPLX生物利用度影响较小的含钙抗酸剂。

11. 服用CPLX时不宜过度硷化尿液,因胃液酸度降低致吸收减少,肾排泄增加而降低药效。此外,在硷性尿液中极易产生结晶尿^[16]。

12. 与哌仑西平、胃复安合用分别延迟及加速其胃排空,但对生物活性是否改变尚有不同看法,有待于今后进一步研究探讨。可能具有潜在的临床意义。

综上所述,CPLX在抗感染领域已取得了很大的进展,目前的当务之急是加强合理用药,避免滥用,以免造成严重后果。CPLX与其它药物在药动学方面的相互作用极为复杂,因而本文述及的内容仅作为临床应用之参考。

参考文献

[1] D. A Murdoch et al. Br. J. Urolog.

1987. 60:153

[2] 周维康等. 中国抗生素杂志, 1992, 17(2):154

[3] Harold C. Am. J. Med 1987, 82(Suppl 14A):395

[4] 周准英等. 中国医院药学杂志, 1992, 12(7):300

[5] 孙忠民等. 中国临床药理学报, 1990, 6(2):100

[6] B. M Limson et al, Infection, 1989, 17:105

[7] A. J. Lesse et al. Am. J. Med, 1987, 82(Suppl 14A):247

[8] 魏振满等. 中国抗生素杂志, 1992, 17(2):155

[9] C. H Ramirez-Ronda et al. Am. J. Med 1987, 82(Suppl 14A):220

[10] 张致平. 中国新药杂志, 1992, 1(2):15

[11] 钱漪等主编. 儿科临床药物手册, 湖南科技出版社, 第一版. 1986. 146

[12] 姜素情等主译, 最新广谱喹诺酮抗微生物药. 第一版. 人民军医出版社, 1988. 176

[13] 杨毓英等, 不合理用药分析200例, 第一版. 上海科技出版社, 1983. 155

[14] 郑晓淳等, 中国抗生素杂志, 1992, 17(2):133

[15] 陈惠芳译. 国外药讯, 1992, 3:39

[16] 陈新谦等主编. 新编药理学. 第13版. 北京人民出版社, 1992. 101

临床分离菌及其耐药性实验研究

空军成都医院(成都 610061) 戴德银 贾淑芳 郭顺明

我们将本院1992年10月至1993年1月的临床分离菌及其耐药性实验研究报告如下。

实验方法

1. 按常规方法对全院病房常用物品如床头柜、门把、水龙头、办公桌、医护人员的手等用浸湿生理盐水的无菌棉拭子按医院感染监测规定方法,在其表面来回涂抹数次,并置于无菌管内,按常规法进行细菌学检查。

2. 对全院各科治疗室、急救室、检查室消毒后于室内四角及中央将培养器皿暴露空

气15min采样,置孵箱37℃孵育18~24h,按常规进行细菌学检查。

3. 对1992年10月~1993年1月的251例住院2周以上,确诊为急性白血病、肿瘤、肺炎、肺结核及手术后患者血(痰)直接进行细菌学培养、检查。

4. 将临床分离菌中的绿脓杆菌、大肠杆菌、产气肠杆菌、肠球菌、表皮葡萄球菌(简称表葡萄菌)、金色葡萄球菌(简称金葡萄菌)用纸片法进行耐药性检查。受试用纸片(杭州微

生物试剂厂)的抗菌药物及其浓度分别为:诺氟沙星30μg/片,氨苄青霉素10μg/片,丁胺卡那霉素30μg/片,卡那霉素30μg/片,链霉素10μg/片,氯霉素30μg/片,头孢唑啉30μg/片,青霉素G钠10μg/片,红霉素为15μg/片,四环素30μg/片。6种临床分离菌对10种抗菌药物的敏感性和耐药性均按WHO规定的抑菌环直径大小进行判断。

实验结果

1. 病房 195 份样本细菌学常规检查结果:细菌阳性率42.8%,其中革兰氏阳性菌占48.4%,革兰氏阴性菌占51.6%;大肠杆菌分离率最高为 10.6%,表葡菌9.5%,金葡菌4.2%,尚有少数不动杆菌和肠球菌。

2. 各种治疗室、检查室、急救室消毒后空气采样共464点,培养分离出细菌335株。主要菌株为枯草杆菌、微球菌;大肠杆菌仅占3.7%,表葡菌2.3%,金葡菌0.5%,尚有少量不动杆菌和奴卡氏菌。

3. 各种消毒浸泡液取样48份,检出表葡

菌3份,枯草杆菌2份,肠球菌、棒状杆菌、微球菌各1份,细菌阳性率16.7%。48位护理人员浸泡消毒后的手上检出17例,其中表葡萄球菌12例,微球菌13例,棒状杆菌1例,枯草杆菌3例。护理人员浸泡消毒后手上细菌阳性率35.4%。

4. 251例病人血(痰)中细菌培养阳性52例(20%)。各种疾病细菌检出率分别为:呼吸道感染为54%,泌尿系感染占30%,消化道感染占5%,创面感染占3%,血液和腹腔感染均为2%。各种菌所占的百分率分别为真菌25%,绿脓菌17%,产气肠杆菌13%,凝固酶阳性和阴性葡萄球菌分别为12%、11%,大肠杆菌9%,肠球菌6%,其它尚有少量不动杆菌、微球菌等。

5. 6种临床分离菌对10种抗菌药物的耐受情况如表-1所示。

小结与讨论

1. 本实验结果表明,病房和各治疗室、检查室、急救室、浸泡消毒液、护理人员的手

表1 6种临床分离菌对10种抗菌药物的耐受情况

菌名	敏感菌株数										
	菌株总数	诺氟沙星	氨苄青霉素	丁胺卡那霉素	卡那霉素	头孢唑啉	氯霉素	链霉素	青霉素	红霉素	四环素
绿脓杆菌	17	0	15	6	17	17	5	—	—	—	—
大肠杆菌	9	0	9	2	5	6	5	—	—	—	—
产气肠杆菌	13	1	—	2	4	4	—	—	—	—	—
肠球菌	6	0	—	—	2	1	3	5	5	5	1
表葡菌	11	0	—	—	3	1	2	8	9	9	3
金葡菌	10	0	—	—	8	4	—	8	10	9	10

注:“—”表示未进行试验

和住院病人中均检出了致病菌,说明在医院这个特殊环境中存在易感因素。传染病感染一般由外源性致病菌感染健康人,而免疫力低下者却容易被内源性“正常菌群”或来自周围环境中的“非致病菌”或弱毒株感染。防止和减少临床各室交叉感染,定期检查浸泡消

毒液染菌情况并及时更换,则可降低医护人员和病人染菌率。

2. 细菌培养阳性的52例中,急慢性白血病、肿瘤、肝炎、肺结核、手术后等免疫力低下者20例,60岁以上者20例,婴幼儿2例,两种病原菌感染者11例且多为老年人;本文中老年

病人真菌感染率占细菌培养阳性者的23%。说明免疫力低下者和老年病人很容易发生细菌感染,^[1]是减少和防止院内感染的重点研究对象。

3. 本文中10例曾施行侵袭性操作检查,有3例发生院内感染^[10],均为肿瘤病人。说明诊断技术虽然进步了,但在提高诊断率和治疗效果的同时,也增加了感染机会,尤其是免疫功能低下者。

4. 临床分离菌G⁻性菌对诺氟沙星仅有一株产气肠杆菌耐药,其余均敏感,而对卡那霉素、先锋霉素V,氨基青霉素均有不同程度的耐药,特别是绿脓杆菌对卡那霉素,先锋霉素V耐药率为100%,大肠杆菌对卡那霉素、先锋霉素V(头孢唑啉)、氨基青霉素的耐药率在55.6%以上;产气肠杆菌对卡那霉素、头孢唑啉的耐药率37.6%。阴性杆菌对丁胺卡那霉素的耐药率低(17.6%),但绿脓杆菌对丁胺卡那霉素耐药率比报道的略高(35.2%)。说明丁胺卡那霉素成为一线药物,其耐药株在不断地增加。本实验中金葡

菌对青霉素、四环素的耐药率达100%;表葡菌、肠球菌对青霉素、红霉素的耐药率达72.7%以上。在G⁺球菌中,对头孢唑啉耐药率最低(22.2%),对四环素、链霉素、红霉素、青霉素耐药率51.8~88.9%。以上资料表明G⁻菌中的耐药株数,绿脓杆菌>大肠杆菌>产气肠杆菌;G⁺菌中的耐药株数,金葡菌>表葡菌>肠球菌。

病原菌耐药性的产生,与长期大量使用特别是滥用抗菌药物密切相关^[3],保护性地使用速效、高效、强效抗菌药如氟喹诺酮类和第三、四代头孢菌素,有计划地开展地区性安全、有效、合理使用抗菌素协作网工作,则可能减少或延缓病原菌耐药性的产生。

参考文献

- [1] 王枢群,张邦燮主编.医院感染学.重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1990年
- [2] 戴德银等.人民军医,1987,328(2):80
- [3] 戴德银等.武汉医药情报通讯,1992,8(2):24

口服环丙氟哌酸和注射抗微生物药物在临床、微生物学 and 经济学方面的检查比较

傅翔译 张钧校

美国各医院每年药物治疗总费用中抗微生物药物治疗占了20%—30%,虽然其中很大部分是非口服制剂,但是药物施用过程中总费用很少引起注意。有关的费用很多,包括注射器、针头、静脉输液管的消耗,以及医生、护士和药师的劳务费用。当一个病人临床症状稳定时,由注射转为口服治疗。已经作为一种降低成本的方法被提倡。

环丙氟哌酸是4-氟喹诺酮的一种,可以口服或静注,于1987年开始在英国使用。该

药抗菌谱广,对需氧微生物,特别是革兰氏阴性菌(如肠道菌属和绿脓杆菌)以及对多种抗生素有抗药性的病原体均有作用。口服环丙氟哌酸在健康人和白细胞减少症病人的生物利用度分别是81%和58%。临床证明,一组患有急性呼吸道感染的囊肿纤维化病人,口服环丙氟哌酸和注射抗生素具有同样疗效。另外的研究表明,口服环丙氟哌酸代替静脉注射用抗生素在保持临床效果的同时能大幅度降低成本。