

本院 ICU 头孢他啶的耐药情况并不严重。

3.2 本调查中发现,大肠埃希菌 ESBLs 阳性率为 36.0%,肺炎克雷伯菌中 ESBLs 阳性率为 25.0%,与文献报道的两年前结果均有所下降^[3],可能与近两年抗菌药物尤其是第三代头孢菌素的限量使用有关;也说明同一地区在不同时期耐药情况有变迁,所以有必要进行抗菌药物的耐药监测。

3.3 本研究还发现,在 ESBLs 阳性菌株与阴性菌株之间,除亚胺培南耐药率为 0,其他抗菌药物之间的耐药率差异均存在高度显著性。且 ESBLs 阳性株多为多重耐药株,即对青霉素类、头孢菌素类、氨基糖苷类、喹诺酮类均同时耐药,提示本院 ICU 在遇到难治感染性疾病的时候,必须考虑到耐药菌株的存在,从而加强抗菌药物的合理使用。

3.4 本次检验结果均使用了 WHO 提供的最新

Whonet5.1 软件进行,该操作平台具有简洁、方便、快捷等特点,而目前国内使用的统计软件大都为 Whonet5.0。这一软件可以帮助临床细菌室保存和分析日常积累的大量药敏数据,因而对开展监控工作更加有利。

参考文献:

- 1 沈洪. 急诊危重病合并感染的降阶梯治疗策略[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14: 451-452.
- 2 National Committee for Clinical Laboratory Standards. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; approved standard by M100-S9[S]. Pennsylvania: NCCLS, 1999. 72-75.
- 3 黄勋, 徐秀华, 文细毛, 等. 重症监护病房连续两年革兰阴性杆菌耐药性监测[J]. 中国感染控制杂志, 2003, 2: 124-126.
- 4 倪语星. 革兰阴性菌 β -内酰胺酶的耐药性问题[J]. 中华检验医学杂志, 2001, 15: 201-203.

(收稿日期: 2004-06-02 修回日期: 2005-05-25)

(本文编辑: 郭方)

• 经验交流 •

机械通气治疗急性心肌梗死合并呼吸衰竭

林建宇 江传林

【关键词】 心肌梗死, 急性; 机械通气; 呼吸衰竭

2001 年 4 月—2004 年 2 月, 采用机械通气对 12 例急性心肌梗死(AMI)后合并呼吸衰竭(呼衰)患者进行抢救治疗, 报告如下。

1 临床资料

1.1 病例及治疗方法: 12 例患者均符合文献[1]诊断标准, 男 7 例, 女 5 例; 年龄 53~81 岁, 平均(66.10±7.43)岁; 前壁、广泛前壁 AMI 10 例, 下壁 AMI 2 例; 合并高血压病 6 例, 糖尿病 5 例, 心房颤动 4 例, 再次梗死 2 例, 主动脉瓣狭窄 1 例。患者均出现气急、呼吸困难等症状, 血气分析提示有不同程度呼衰, 血 pH 7.01~7.26, 动脉血氧分压(PaO₂) 36~56 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 动脉血二氧化碳分压(PaCO₂) 56~91 mm Hg, HCO₃⁻ 17~29 mmol/L, 剩余碱(BE)-6~+4 mmol/L。在原有抗凝、溶栓(其中 4 例患者因禁忌证及其他原因而未行溶栓治疗)及常规治疗基础上,

及时给予经口气管插管机械通气, 各参数调节均以减轻心脏负荷、利于纠正呼衰为原则。

1.2 结果: 9 例抢救成功者机械通气时间 14~73 h(平均 28 h), 住院 15~26 d(平均 17 d), 康复出院。3 例抢救无效死亡, 其中再次梗死 1 例, 合并糖尿病肾功能不全 1 例, 合并主动脉瓣狭窄 1 例。

2 讨论

AMI 后心力衰竭(心衰)患者由于有肺血管淤血(有些有肺间质水肿), 肺活量减少等原因而出现呼衰, 而低氧血症和二氧化碳潴留等进一步损害梗死区边缘缺血组织的功能, 导致恶性循环的持续和建立^[2]。AMI 易出现呼衰, 增加了 AMI 患者的救治难度和急性期病死率^[3]。本组 12 例患者均在常规治疗基础上及时给予机械通气, 除 3 例患者因各种原因致心功能严重损害及多器官功能衰竭抢救无效外, 余 9 例均获成功。

机械通气能迅速纠正低氧血症, 减少二氧化碳潴留, 纠正呼衰和酸碱、内环境失衡; 减轻肺淤血和水肿, 增加冠状动脉(冠脉)血供, 改善心肌的供血、供氧; 通过调节机械通气模式及参数, 改善气

体交换, 增加通气量, 降低左心室前、后负荷, 改善冠脉循环和心肌缺血, 减少心肌耗氧量及心脏做功, 改善心脏功能^[4]。

对于严重缺氧的呼衰患者, 单纯依靠导管或面罩吸氧不可能纠正缺氧状态, 必须行气管内插管^[5]。在选择机械通气的时上应越早越好, 可为患者创造和争取介入治疗必要条件和时间。

参考文献:

- 1 中华医学会心血管病学会. 急性心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2001, 29: 710-725.
- 2 陈灏珠, 主译. 心脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 1118.
- 3 苏绍萍, 王禹, 沈洪, 等. 急性心肌梗死合并急性呼吸衰竭的临床特点分析[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13: 188-189.
- 4 朱蕾, 钮善福, 主编. 机械通气[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001. 336.
- 5 徐红梅, 张国庆, 来庆阁. 长期气管插管并呼吸支持抢救合并呼吸衰竭危重患者 48 例[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14: 170-171.

(收稿日期: 2004-12-12)

修回日期: 2005-02-22)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 315731 浙江省宁波市象山红十字台胞医院内科

作者简介: 林建宇(1969-), 男(汉族), 浙江省宁波市人, 主治医师。