

恶性肿瘤患者并发医院真菌感染及耐药分析

朱 波,陈艳华,陆一平,李 晖

(广西医科大学附属肿瘤医院,南宁 530021)

摘 要:目的 了解肿瘤患者并发真菌感染及其耐药现状,为临床合理选用抗真菌药物、控制医院感染提供依据。方法 对 1 020 例恶性肿瘤患者标本培养及药敏结果进行分析。结果 1 020 例患者标本中,共检出 176 株真菌,检出率 17.25%,其中以白色念珠菌最为常见(77.8%),其次为光滑念珠菌(16.5%)。本组真菌对伊曲康唑、氟康唑和酮康唑的耐药率较高,分别为 77.8%、77.3%和 59.1%;而对氟胞嘧啶、制霉菌素和两性霉素的耐药率较低,分别为 9.7%、10.2%和 10.8%。结论 肿瘤患者并发真菌感染以白色念珠菌为主。临床应根据药敏结果合理选择抗真菌药物,以减少由真菌引起的医院感染及耐药株的产生。

关键词:肿瘤; 抗药性,微生物; 真菌感染

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2011.01.063

文献标识码:B

文章编号:1673-4130(2011)01-0122-02

目前,真菌已成为医院感染的主要病原菌之一,特别是肿瘤患者,由于广谱抗生素、免疫抑制剂、放疗、化疗及侵入性诊疗手段的应用,患者机体抵抗力下降,菌群失调,由真菌引起感染的概率日益严重,而随着抗真菌药物的使用,真菌也像细菌一样越来越多地引起耐药^[1]。因此,及时、准确地了解真菌感

染及耐药状况十分重要。现对真菌培养及药敏结果进行分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 标本来自本院 2009 年 1~12 月有感染指征的恶性肿瘤患者共 1 020 例,包括血液、痰液、咽拭子、胸腹水、

尿液和脓液标本等。

1.2 方法 按《全国临床检验操作规程》3 版进行分离培养。新鲜分离的单个菌落或纯培养物经显微镜检查为酵母菌后,接种于珠海迪尔公司细菌检测系统,随机体外诊断试剂板(LDL-96FUNGUS 试剂板)进行生化鉴定和药敏实验,严格按说明书进行操作。

2 结 果

2.1 1 020 例患者中共分离出酵母样真菌 176 株,阳性率 17.25%,其中以白色念珠菌最为常见(77.8%),其次为光滑念珠菌(16.5%),见表 1。

表 1 176 株真菌分布及构成比

细菌名称	株数(n)	构成比(%)
白色念珠菌	137	77.8
光滑念珠菌	29	16.5
平滑念珠菌	4	2.3
热带念珠菌	4	2.3
季也蒙念珠菌	1	0.6
葡萄牙念珠菌	1	0.6

2.2 药敏结果显示,176 株酵母样真菌对 9 种抗真菌药物的耐药率高低不一,其中伊曲康唑和氟康唑的耐药率高达 77.8%和 77.3%,其次是酮康唑(59.1%),而对氟胞嘧啶、制霉菌素和两性霉素的耐药率比较低,分别为 9.7%、10.2%和 10.8%。见表 2。

表 2 176 株酵母样真菌对 9 种抗真菌药物的耐药情况比较[n(%)]

抗生素	敏感	中介	耐药
氟胞嘧啶	157(89.6)	2(1.1)	17(9.7)
两性霉素	152(86.4)	5(2.8)	19(10.8)
益康唑	44(25.0)	96(54.5)	36(20.5)
咪康唑	57(32.4)	67(38.1)	52(29.5)
酮康唑	40(22.7)	32(18.2)	104(59.1)
克霉唑	62(35.2)	49(27.8)	65(36.9)
制霉菌素	103(58.5)	55(31.2)	18(10.2)
伊曲康唑	18(10.2)	21(11.9)	137(77.8)
氟康唑	32(18.2)	8(4.5)	136(77.3)

3 讨 论

真菌可存在于人体皮肤和黏膜上,属条件致病菌,当机体抵抗力低下时,引起机会感染。随着现代化医学技术的发展,恶性肿瘤患者的疗效得到了明显提高,但恶性肿瘤患者由于反复放疗、化疗及免疫抑制剂的应用,引起患者白细胞减少,免疫功能严重受到抑制,特别是长期应用抗生素抗感染治疗,导致菌群失调,更容易引发真菌感染。资料显示,本组肿瘤患者并

发真菌感染 17.25%,与袁志军^[2]报道的肿瘤患者真菌感染率基本一致。在检出的 176 株真菌中,以白色念珠菌为主,占 77.8%,略高于文献报道^[3-5]。真菌感染特别是深部真菌感染,是恶性肿瘤患者常见并发症和死亡原因,而真菌感染中,白色念珠菌的致病性最强,它能抑制人淋巴细胞的增殖反应,降低免疫功能,并可通过自身分泌的磷脂酶 A 黏附到宿主细胞上^[6-7]。

药敏结果显示,176 株酵母样真菌对所检测的 9 种抗真菌药物的耐药率不同,其中耐药率最高的是伊曲康唑和氟康唑,分别为 77.8%和 77.3%,其次是酮康唑(59.1%),而对氟胞嘧啶、制霉菌素和两性霉素的耐药率比较低,分别为 9.7%、10.2%和 10.8%。值得注意的是,本组资料中益康唑、咪康唑和制霉菌素耐药率虽然不高,分别为 20.5%、29.5%和 10.2%,但它们的中介菌株均在 30.0%以上。中介对某些提高使用剂量的药物意味着敏感,而一般抗真菌药物不良反应较大,中介只能作为缓冲域,在抗真菌治疗的长期用药过程中,特别是治疗效果不佳时,应考虑到耐药株的产生。陆一平等^[8]调查发现,不重视病原学检查、滥用抗生素是导致院内真菌感染的重要因素,调查也发现,院内真菌感染的例数逐年上升,而治疗是个难题,应引起临床重视。国内、外有报道,真菌对各种抗真菌药物的敏感度不同,这可能与菌株来源和各医院用药习惯及检测方法不同有关,故临床在治疗真菌感染时,应及时作细菌培养和药敏监测,合理使用抗真菌药物,以减少耐药株的产生。

参考文献

[1] 张慧莲. 酵母样真菌分离机耐药性分析[J]. 实用全科医学,2005,3(3):270.

[2] 袁志军. 真菌感染肿瘤患者酵母样真菌的分离鉴定方法及药敏结果分析[J]. 山西医科大学学报,2007,38(2):134.

[3] 池新安,肖冬珍. 149 株临床真菌感染及耐药性分析[J]. 中国现代实用医学杂志,2005,4(5):19.

[4] 余兰,李腊梅,程向群. 恶性肿瘤患者深部真菌医院感染现状调查[J]. 中华医院感染学杂志,2003,13(2):116-117.

[5] 周兵,陈大妹,刘海云,等. 262 株酵母样真菌的药敏结果[J]. 临床检验杂志,2000,18(2):123.

[6] 赵林,陈书长. 实体肿瘤合并院内侵袭性真菌感染 37 例临床分析[J]. 癌症进展,2006,4(5):124.

[7] 范芸,常乃柏,胡云建. 血液真菌感染的临床分析[J]. 中华医院感染学杂志,2004,14(9):1004.

[8] 陆一平,陈艳华,李晖,等. 肿瘤患者院内真菌感染的临床分析[J]. 中华医院感染学杂志,2006,16(7):837.

(收稿日期:2010-06-11)