

129例湿疹患者皮损部位细菌培养及耐药性分析

彭 攀

(濮阳市疾病预防控制中心西医内科, 河南 濮阳 457000)

【摘要】 目的 分析湿疹患者皮损部位标本细菌培养及耐药性。**方法** 选取某中心皮肤科收治的129例湿疹患者(2018年7月至2019年12月)作为观察组,另选同期62例健康体检者作为对照组,对观察组皮损部位与对照组前臂皮肤实施采样,均行细菌培养、药敏试验,比较两组金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率以及菌群总检出率,统计观察组检出的金黄色葡萄球菌药敏试验结果。**结果** 观察组菌群总检出率、金黄色葡萄球菌检出率为88.37%、58.14%,高于对照组的67.74%、6.45%,表皮葡萄球菌检出率(11.63%)低于对照组(50.00%)($P < 0.05$);两组大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率比较无明显差异($P > 0.05$)。金黄色葡萄球菌对青霉素、四环素、红霉素等耐药性较高,耐药性 $> 60\%$;对万古霉素、夫西地酸、呋喃妥因、米诺霉素等十分敏感,敏感性达100%;对大部分药物如克林霉素、替考拉宁、利福平、左氧氟沙星、复方新诺明、苯唑西林、奎奴普汀-达福普汀等高度敏感,敏感性 $\geq 80\%$ 。**结论** 湿疹患者皮损部位细菌特别是金黄色葡萄球菌感染与疾病发生关系密切,监测湿疹细菌耐药性,可为临床用药提供指导,有助于提升治疗效果,促进康复。

【关键词】 皮肤科;湿疹;皮损部位;细菌培养;耐药性;药敏试验

中图分类号: R758.23 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.024

湿疹是皮肤科常见的慢性、瘙痒性皮肤病,急性期主要表现为丘疹、红斑、疱疹,慢性期多表现为皮肤肥厚、皮肤浸润^[1]。湿疹病因复杂,缺乏特效治疗方案,抗组胺及皮质类固醇药物目前应用广泛,但激素治疗会带来皮肤萎缩、感染加重、色素沉着等现象,且疾病迁延难愈,复发率高。相关研究指出,湿疹患者皮损部位金黄色葡萄球菌、马拉色菌等微生物检出率高,且细菌感染可加重病情,故临床加强对微生物、湿疹关系的关注^[2]。随着抗菌药物的广泛使用,抗菌药物耐药性出现变化,治疗效果欠佳,为提升抗菌效果,需选择敏感性较高抗菌药物。现阶段,临床对于特应性湿疹皮炎皮损部位细菌培养研究较多,但缺乏对湿疹的研究。本研究选取本中心皮肤科收治的129例湿疹患者,分析湿疹患者皮损部位标本细菌培养及耐药性。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本中心皮肤科收治的129例湿疹患者(2018年7月至2019年12月)作为观察组,另选同期62例健康体检者作为对照组。对照组女33例,男29例,年龄(20~67)岁,平均年龄(42.86 ± 11.35)岁;观察组女70例,男59例,年龄(19~69)岁,平均年龄(44.32 ± 11.74)岁,病程(1~23)个月,平均病程(11.36 ± 5.08)个月,55例慢性期,53例亚急性期,21例急性期。两组年龄、性别等基线资料均衡可比($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:①均知情、自愿并签署同意书;②观察组符合《湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识(2016年)》^[3]中湿疹诊断标准。排除标准:①近期接受过皮质类固醇药物或抗菌药物治疗;

②继发感染;③临床资料不完善。

1.3 方法 ①取材、培养:观察组使用浸泡无菌生理盐水的无菌棉签反复擦拭靶皮损部位,即皮损最严重部位,后于无菌状态接种在平板培养基,置于35℃恒温箱(1~2)d。②菌落鉴定:选择待检菌落实施革兰染色,借助显微镜大致划分革兰阴性或阳性、杆菌或球菌,制作0.5麦氏单位浓度的细菌悬液,根据显微镜检测结果把细菌悬液接种于相应组合反应鉴定板完成酶生化反应,1d后观察结果,若为阳性,行药敏试验。对照组取前臂皮肤进行细菌培养、药敏试验。

1.4 观察指标 ①比较两组金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率、菌群总检出率。②统计观察组检出的金黄色葡萄球菌药敏试验结果。

1.5 统计学分析 通过SPSS 22.0分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验;计数资料用(%)表示, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异显著,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组细菌检出率 观察组菌群总检出率、金黄色葡萄球菌检出率为88.37%、58.14%,高于对照组的67.74%、6.45%,表皮葡萄球菌检出率(11.63%)低于对照组(50.00%)($P < 0.05$);两组大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率比较无明显差异($P > 0.05$)。见表1。

2.2 观察组检出的金黄色葡萄球菌药敏试验结果 金黄色葡萄球菌对青霉素、四环素、红霉素等耐药性较高,耐药性 $> 60\%$;对万古霉素、夫西地酸、呋喃妥因、米诺霉素等十分敏感,敏感性达100%;对大部分药物如克林霉素、替考拉宁、利福平、左氧氟沙星、复

表 1 两组细菌检出率 (n, %)

组别	n	金黄色葡萄球菌	表皮葡萄球菌	大肠杆菌	模仿葡萄球菌	溶血性葡萄球菌	沃氏葡萄球菌	总检出细菌
观察组	129	75 (58.14)	15 (11.63)	0 (0.00)	6 (4.65)	9 (6.98)	9 (6.98)	114 (88.37)
对照组	62	4 (6.45)	31 (50.00)	3 (4.84)	2 (3.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	42 (67.74)
χ^2		46.126	33.723	3.598	0.006	3.119	3.119	11.908
P		< 0.001	< 0.001	0.058	0.940	0.077	0.077	0.001

方新诺明、苯唑西林、奎奴普汀-达福普汀等高度敏感,敏感性 $\geq 80\%$ 。见表 2。

表 2 观察组检出的金黄色葡萄球菌药敏试验结果 (n, %)

抗菌药物	耐药株数	中介株数	敏感株数
四环素	47 (62.67)	5 (6.67)	23 (30.67)
红霉素	51 (68.00)	0 (0.00)	24 (32.00)
青霉素	64 (85.33)	0 (0.00)	11 (14.67)
庆大霉素	30 (40.00)	22 (29.33)	23 (30.37)
复方新诺明	11 (14.67)	0 (0.00)	64 (85.33)
米诺环素	0 (0.00)	0 (0.00)	75 (100.00)
万古霉素	0 (0.00)	0 (0.00)	75 (100.00)
克林霉素	15 (20.00)	0 (0.00)	60 (80.00)
左氧氟沙星	8 (10.67)	2 (2.67)	65 (86.67)
利福平	0 (0.00)	3 (4.00)	72 (96.00)
诺氟沙星	30 (40.00)	0 (0.00)	45 (60.00)
替考拉宁	7 (9.33)	0 (0.00)	68 (90.67)
呋喃妥因	0 (0.00)	0 (0.00)	75 (100.00)
夫西地酸	0 (0.00)	0 (0.00)	75 (100.00)
苯唑西林	8 (10.67)	3 (4.00)	64 (85.33)
奎奴普汀-达福普汀	7 (9.33)	0 (0.00)	68 (90.67)

3 讨论

湿疹发病机制复杂,与接触过敏物体、食物肠道过敏、细菌感染等相关,易反复发作,极大影响患者的正常生活与工作^[4]。临床治疗湿疹多使用抗菌药物,但随着细菌耐药性增加,治疗效果受到影响,故分析湿疹患者皮损部位标本细菌培养及耐药性意义突出。相关研究指出,皮损部位细菌感染,特别是金黄色葡萄球菌的感染极易导致湿疹的发生^[5]。金黄色葡萄球菌分泌多种外毒素,可引发、加重湿疹病情,并可使炎症反复、持续发作^[6, 7]。本研究发现,观察组菌群总检出率、金黄色葡萄球菌检出率高于对照组,表皮葡萄球菌检出率低于对照组 ($P < 0.05$); 两组大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率比较无明显差异 ($P > 0.05$)。表明皮损部位细菌感染定植,特别是金黄色葡萄球菌,是引发湿疹重要因素。近年来,

以抗菌药物治疗湿疹重要性逐渐得到临床关注,有必要对迁延难愈、反复发作的患者给予抗菌治疗,对主要病原菌(金黄色葡萄球菌)进行药敏试验可为准确选择药物提供参考^[8]。本研究结果显示,金黄色葡萄球菌对青霉素、四环素、红霉素等耐药性较高,耐药性 $> 60\%$; 对万古霉素、夫西地酸、呋喃妥因、米诺环素等十分敏感,敏感性达 100%; 对大部分药物如克林霉素、替考拉宁、利福平、左氧氟沙星、复方新诺明、苯唑西林、奎奴普汀-达福普汀等高度敏感,敏感性 $\geq 80\%$ 。表明金黄色葡萄球菌对抗菌药物敏感性、耐药性差异较大,需加强监测湿疹患者皮损部位金黄色葡萄球菌耐药性,指导临床用药。

综上所述,湿疹患者皮损部位细菌特别是金黄色葡萄球菌感染与疾病发生关系密切,监测湿疹细菌耐药性,可为临床用药提供指导,有助于提升治疗效果,促进康复。

参考文献:

- [1] Simpson E L, Flohr C, Eichenfield L F, et al. Efficacy and safety of lebrikizumab (an anti-IL-13 monoclonal antibody) in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis inadequately controlled by topical corticosteroids: A randomized, placebo-controlled phase II trial (TREBLE)[J]. J Am Acad Dermatol, 2018, 78(5): 863-871.
- [2] 宗宝生, 宋颖劼, 徐月明. 斑贴试验对皮炎湿疹类患者变应原检测分析[J]. 实用预防医学, 2017, 24(4): 476-478.
- [3] 中华中医药学会皮肤科分会. 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识(2016 年)[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(2): 89-91.
- [4] Kim H S, Lee J H, Roh K H, et al. Clinical Trial of Human Umbilical Cord Blood-Derived Stem Cells for the Treatment of Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Phase I/IIa Studies[J]. Stem Cells, 2017, 35(1): 248-255.
- [5] 吴春, 陈俊儒, 陈绵平. 住院患儿皮肤软组织感染金黄色葡萄球菌临床特征及耐药性分析[J]. 中国消毒学杂志, 2019, 36(3): 215-217.
- [6] 王倩, 汪国生, 汪凯. 金黄色葡萄球菌显著增加系统性红斑狼疮患者中性粒细胞 NETs 产生[J]. 免疫学杂志, 2017, 33(6): 497-504.
- [7] 唐栋, 覃媛媛, 李萌, 等. 临床分离金黄色葡萄球菌生物膜动态观察及药物敏感性研究[J]. 中华检验医学杂志, 2019, 42(2): 140.
- [8] 王伟, 李凤琴. 金黄色葡萄球菌中可移动遗传元件与耐药传播机制研究进展[J]. 中华预防医学杂志, 2018, 52(10): 1067.