

# 老年患者抗生素相关性肠炎的临床特点分析

李 媛

(广西钦州市第二人民医院消化内科,钦州市 535000)

**【摘要】 目的** 分析老年患者抗生素相关性肠炎(AAC)临床特点,提高临床医生对 AAC 的认识,探讨老年患者抗生素相关性肠炎诊断和治疗的方法。**方法** 对我院 2008~2010 年 64 例抗生素相关性肠炎老年患者从合并疾病、抗生素的使用种类及时间、肠炎的临床表现、肠镜下特点和治疗方法等方面进行回顾性总结及分析,并与同期住院应用抗生素但没有出现 AAC 老年患者作为对比。**结果** 年老体弱、有慢性疾病、抗生素使用时间长及应用不规范的老年患者容易发生相关性抗生素肠炎,这些因素也是影响 AAC 发生、演变、预后的主要因素。用甲硝唑和万古霉素治疗该病,疗效肯定。**结论** 合理应用抗生素是防治 AAC 的关键。早期诊断,正确治疗能使患者早日康复。

**【关键词】** 抗生素肠炎;影响因素;老年人

**【中图分类号】** R 516.1;R 978.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-7768(2011)03-0227-02

随着抗生素的问世和应用,人们发现,抗生素可引起腹泻和肠炎,称为抗生素相关性腹泻(antibiotic associated diarrhea, AAD)和抗生素相关性肠炎(antibiotic associated colitis, AAC)。伪膜性肠炎(pseudomembranous colitis, PMC)为 AAC/AAD 的严重类型。近年来,由于抗生素广泛应用和不合理使用,导致肠道菌群失调,引起 AAC 日渐增多,尤其在老年人群中更容易发生。笔者对 2008~2010 年在我院住院期间发生抗生素相关性肠炎 64 例老年患者的临床资料进行回顾性分析,总结经验教训,以期提高临床医生对 AAC 的认识。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 收集 2008 年 1 月至 2010 年 12 月在我院住院并使用抗生素的 1020 例老年患者的资料,选出符合诊断标准的患者,诊断标准参照卫生部卫发(2000)《医院感染诊断标准(试行)》中“抗菌药物相关性腹泻”的诊断标准:(1)近期曾应用或正在应用抗生素;(2)每日腹泻次数 $\geq 3$ 次/24 h,可伴有发热、腹痛;腹泻发生于抗生素治疗的过程中或停药 1~2 周内,最迟可发生在治疗疗程结束的第 10 周;(3)实验室检查:大便涂片有菌群失调或培养发现有意义的优势菌群,或结肠镜检查见肠壁充血、水肿、出血,或见到 2~20 mm 灰黄(白)色斑块伪膜;(4)排除慢性肠炎急性发作或急性胃肠道感染及非感染性原因所致的腹泻。1 020 例在我院住院并使用抗生素的老年患者中,有 64 例符合抗生素相关性肠炎的诊断标准,其中男 42 例,女 22 例,年龄 60~90 岁,平均(69 $\pm$ 5.8)岁,发生率为 6.3%。

**1.2 研究方法** 把住院发生 AAC 老年患者作为观察组,选择同期住院应用抗生素但没有出现 AAC 老年患者作为对照组,统计分析两组的临床表现、实验室检查、抗生素应用情况、治疗及结果,比较两组可能影响 AAC 的发生发展因素上的差异<sup>[1]</sup>。

**1.3 统计学处理** 以 SPSS 统计软件包进行处理,计量资料以均值 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料及率的比较采用 $\chi^2$ 检验,计量资料用  $t$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床表现** 主要症状是大便次数增多,3~35 次/d,每次大便量 10~100 ml。大便呈水样或为稀烂便,黄色、绿色或海蓝色。其中 48 例为单纯性水样便,9 例大便有片状漂浮物,7 例有黏液血便;35 例患者伴有腹痛腹胀、食欲不振,脐周或中下腹部压痛,伴发热 6 例。

**2.2 实验室检查** 64 例患者均行大便检查 3 次以上,大便常规显示有黏液,白细胞 0~20 个/HP, RBC 0~10 个/HP, 脓球 0~+++, 有 16 例患者大便潜血阳性。真菌检查:14 例阳性占 22%。大便培养:发现金黄色葡萄球菌 5 例,难辨梭状杆菌 11 例,其余患者未发现阳性致病菌。26 例行结肠镜检查:表现结肠黏膜充血水肿、糜烂、浅溃疡,溃疡周边红晕 13 例,形成伪膜 5 例。病变以直肠和乙状结肠多见,累及全结肠 3 例。

**2.3 使用抗生素原因** 肺炎 18 例,脑卒中合并肺部感染 17,泌尿系感染 9 例,胆管及胆囊炎 7 例,自发性腹膜炎 3 例,败血症 3 例,盆腔炎 2 例,骨折 2 例,颅脑外伤 2 例,糖尿病足 1 例。

**2.4 抗生素使用情况** 腹泻前均有广谱抗生素治疗史,大部分抗生素使用剂量为说明书中的常规剂量,引起 AAC 的抗生素依次为第三代头孢 28 例,第二代头孢 18 例,广谱青霉素类 9 例,碳青霉烯类 5 例,克林霉素 3 例,林可霉素 1 例。腹泻出现于应用抗生素应用后的第 3~20 天,平均(13.1 $\pm$ 2.8)d。其中,单用抗生素 12 例,二联应用抗生素 44 例,三联应用抗生素 8 例。

**2.5 两组伴有慢性疾病、病情的危重程度、联合使用抗生素、抗生素使用时间、抗生素不规范使用、住院时间情况比**

较。见表1。

表1 两组影响 AAC 的因素比较

组别	n	合并慢性疾病 [n(%)]	病情危重 [n(%)]	联合使用抗生素 (种)	使用抗生素时间 (d)	抗生素不规范使用 [n(%)]	住院时间 (d)
观察组	64	43(67.19)	28(42.19)	2.6±0.3	12.7±3.0	8(12.50)	18.7±4.6
对照组	956	102(10.67)	126(13.18)	1.5±0.4	8.5±3.3	6(0.62)	11.6±4.8
$\chi^2$ 或 t 值		157.121 7	45.283 7	21.592 9	9.910 6	62.458 0	11.485 1
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.6 治疗及转归 所有患者确诊 AAC 后立即停用或更换抗菌药物,避免使用解痉剂抑制肠蠕动的药物。口服甲硝唑 1.2 g/d,分3次服;病情重者口服盐酸万古霉素 1~2 g/d (30 mg/kg·d),分4次服,不能口服可插胃管鼻饲。疗程 7~14 d。全部患者予双歧菌四联活菌片口服。同时给予纠正水电解质、酸碱平衡失调,加强营养支持和对症疗法,积极治疗基础疾病及原发病。治疗效果参照 1998 年全国腹泻病防治学术研讨会制定的疗效判断标准:痊愈 60 例(93.75%),好转 3 例(4.69%),无效(死亡)1 例(1.56%),死于原发病合并多脏器功能衰竭。

### 3 讨论

3.1 临床特点和影响因素 通过分析发现,本组有以下临床特点:(1) AAC 易感人群多为中老年人。多为单纯性腹泻 48 例(占 75%)。(2)大便和血常规无特异性,大多数粪便普通培养未见细菌生长,多次涂片查大便发现真菌。(3)结肠镜检查:结肠黏膜充血水肿、糜烂、浅溃疡;病变以直肠和乙状结肠多见。(4)引起 AAC 以第二、三代头孢菌素、广谱青霉素、碳青霉烯类、克林霉素为多见,可能与本院临床使用这些抗生素频率过高有关。(5)联合使用抗生素、抗生素使用时间长、抗生素使用不规范、伴有慢性疾病、病情危重、住院时间长可能是发病影响因素。营养不良、有慢性基础病、免疫功能低下可导致肠道菌群结构的老化及不易修复;感染、休克、创伤及各种病情危重等应激因素可使胃肠道黏膜处于缺血缺氧,肠黏膜屏障受损<sup>[2]</sup>,增加了应用抗生素后肠道菌群失调的发生率。任何年龄都可以发生 AAC,但年龄偏大者肠道菌群结构的老化及正常菌群的稳定性下降,而且老年人多为重症感染,使用抗菌药物机会增多,常应用广谱抗生素或联合用抗生素,高龄患有普遍存在肝肾功能下降,药物在体内的蓄积也随年龄而增长,这些因素增加了老年患者发生 AAC 的几率<sup>[3]</sup>。

3.2 AAC 治疗 轻型患者属自限性疾病,在停用诱发本病的抗生素后多能自愈。中、重 AAC 患者在停用诱发本病的抗生素后常需综合治疗,常用的方法:(1)抗菌药物: AAC 的治疗可选用甲硝唑和万古霉素治疗,推荐首选甲硝唑<sup>[4]</sup>。不能耐受甲硝唑或甲硝唑无效者,可口服去甲万古霉素或盐酸万古霉素。甲硝唑与万古霉素比较,甲硝唑的优势在

于价格低、可防止万古霉素耐药菌的产生。而万古霉素的优势则在于妊娠和哺乳期可以使用。本组用甲硝唑或万古霉素治疗,有效率达 98%。(2)同时口服双歧菌四联活菌片,双歧菌四联活菌片由双歧杆菌、乳酸杆菌、粪肠球菌、蜡样芽孢杆菌组成。该品是一种肠道微生态调节剂,无明显的不良反应。微生态制剂通过补充或促进有益菌的繁殖而具有调整微生态平衡作用,通过定植保护作用影响过路和外袭菌的定植、占位、生长和繁殖,还可在机体合成多种维生素,促进蛋白质的吸收和利用<sup>[5]</sup>。因而可以作为 AAC 辅助治疗方法。(3)加强营养支持疗法,补充多种维生素和氨基酸,视病情输注白蛋白或免疫球蛋白,纠正水电解质及酸碱平衡紊乱。本组患者通过上述综合措施治疗,有效率达 98%。

综上所述,临床医生在应用抗生素时要正确掌握用药指征,根据抗生素的药理作用,病人的身体状况,细菌培养及药敏试验合理选用抗生素<sup>[6,7]</sup>。在使用抗生素期间出现腹泻应考虑 AAC 的可能,用甲硝唑和万古霉素治疗 AAC,疗效肯定。通过合理应用抗生素,能对 AAC 作出早期诊断并正确治疗均可使患者早日康复。

### 参 考 文 献

- [1] 叶国英. 住院患儿抗生素相关性肠炎的临床特点及预防[J]. 临床医药, 2010, 19(9): 76-77.
- [2] 侯杰, 郭应军, 邓冲. 危重患者抗生素相关性肠炎与抗生素的合理使用[J]. 广东医学, 2010, 4, 31(8): 1002-1003.
- [3] 李雪梅, 杨丽娟, 张萍. 引起抗生素相关性肠炎危险因素的临床研究[J]. 中国药房, 2009, 20(32): 2532-2534.
- [4] Plummer S, Weaver MA, Harris JC, et al. Clostridium difficile pilot study, effects of Probiotic supplementation on the incidence of C. difficile diarrhea[J]. Int Microbiol, 2004, 7(1): 59-62.
- [5] 熊德鑫. 现代肠道微生物学[M]. 北京: 中国科技出版社, 2003: 190.
- [6] 谯海波, 程黎娜, 巴桑. 林周县人民医院抗生素相关性肠炎 35 例回顾性分析[J]. 西藏医药杂志, 2009, 30(2): 15-17.
- [7] 韩宗信, 刘翠萍, 高明霞. 抗生素相关性肠炎 48 例临床分析[J]. 中国现代医生, 2008, 46(10): 10-11.

(收稿日期: 2011-03-12 修回日期: 2011-05-13)