肺癌住院死亡患者医院感染临床分析

夏莺¹ 唐晓玲² 曾海涛¹ 蔡金连¹

(1 江西省人民医院 南昌 330006; 2 江西中西医结合医院 南昌 330077)

摘要:目的:探讨肺癌患者发生医院感染的情况。方法:对 132 例肺癌住院死亡患者发生院内感染进行回顾性分析。结果:院内感染率高达 45.5%,感染部位以下呼吸系统为主。病原学检查中革兰氏阴性杆菌为 60.5%,以铜绿假单胞菌为主。直接和间接因感染而加速死亡者占 58.3%,长期住院、晚期患者、老年人、白细胞下降、化疗及各种介入性操作是医院感染的主要危险因素。结论:肺癌患者医院感染率显著高于普通患者,并直接或间接地加速患者死亡。对白细胞减少的肺癌患者进行保护性隔离,合理使用抗生素,严格无菌操作及缩短住院时间,可以降低肺癌患者的医院感染率及病死率。

关键词:医院感染;肺癌;死亡率;临床分析

中图分类号:R 181.3²

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)01-0017-02

随着医学的发展,肺癌患者生存期明显延长,院内感染却日趋增高,成为肺癌患者常见的院内并发症及死亡原因之一。故控制和预防院内感染已成为提高肺癌治疗水平和延长患者生存期的重要方面。为探讨肺癌患者发生院内感染的规律,对本院收治肺癌病人院内发生感染的 132 例肺癌住院死亡患者进行临床分析。现报告如下:

1 资料与方法

收集本院 2000 年 1 月~2004 年 1 月住院死亡的肺癌患者 132 例,男性 89 例,女性 43 例;年龄 41~80 岁,中位年龄 63 岁;有 60 例患者发生医院感染,其中 46 例在化疗后 2 周内发生。发生医院感染后使用 1~2 种抗感染药物治疗,大部分用过抗真菌药物预防真菌感染。根据医院感染登记表进行统计分析。医院感染的诊断标准按卫生部 2001 年颁布的《医院感染诊断标准》^[1]进行诊断。患者入院时不存在感染,在入院 48h 后发生的感染为医院感染。

2 结果

2.1 感染率 132 例死亡患者中,60 例发生医院感染 78 例次,感染率 45.5%。发生 1 次医院感染的 42 例,发生 2 次感染的 18 例。

2.2 感染部位 以呼吸系统为多见,共 59 例(75.6%),其中上呼吸道感染 11 例(14.1%),肺炎 48 例(61.5%);其次为泌尿系统感染 9 例(11.5%);其他口腔真菌 3 例(3.8%);败血症、带状疱疹、褥疮感染各 2 例(2.6%);胆道术后感染 1 例(1.3%)。

2.3 病原菌分布 临床诊断的 60 例医院感染病例中,均做了病原学检查,其中 38 例获阳性结果。检查标本为痰 55 例、口腔分泌物 4 例、咽拭子 1 例。病原菌分布见表 1。

表 1 病原菌分布情况

病原菌名称	株数	构成比(%)
G ⁺ 菌 金黄色葡萄球菌	3	7.9
鲍曼不动菌	2	5.3
粪肠球菌	2	5.3
G ⁻ 菌 铜绿假单胞菌	11	28.9
肺炎克雷白菌	7	18.4
阴沟肠杆菌	3	7.9
产气肠杆菌	2	5.3
真菌 白色念珠菌	6	15.7
类酵母样菌	2	5.3

2.4 患者年龄与医院感染 年龄≤60 岁患者发生院内感染的 21 例(35%),年龄>60 岁发生院内感染的 39 例(65%)。发

生 2 次感染的前者 4 例,后者 14 例,差异有显著性 ($P < 0.05$)。

2.5 住院时间长短与医院感染发生的关系 死亡患者的住院天数为 1~166d,平均(41.4± 38.0)d;无医院感染者住院天数为 1~154d,平均(31.2± 22.2)d;发生医院感染者住院天数为 4~166d,平均(51.2± 41.5)d。发生医院感染的患者住院时间比无医院感染者长 ($P < 0.05$),差异有显著性。

2.6 院内感染与肺癌分期 60 例院内感染患者,其肺癌分期为 I 期 2 例(3.3%),II 期 8 例(13.3%),III 期 15 例(25.0%)例,IV 期 35 例(58.3%)。以晚期病人为主。

2.7 医院感染与治疗 住院期间接受过化疗的 72 例,发生外周血白细胞计数减少的 42 例,发生医院感染 46 例,医院感染率 63.9%;放疗 13 例,仅 1 例发生医院感染,感染率 7.7%;化疗感染发生率明显高于放疗 ($P < 0.01$)。

2.8 院内感染与死亡的关系 60 例医院感染患者中,死因与感染有关的 35 例,占 58.3%,全部是下呼吸道感染。感染直接致死的 19 例,占 31.7%;感染加速死亡的 16 例,占 26.7%。非致死性医院感染 25 例,占 41.7%。

3 讨论

目前,医院感染已经成为医学界较为突出的问题。本组资料显示肺癌死亡病例医院感染的发病率是 45.5%,普通患者的医院感染发生率是 5%~10%^[2]。肺癌死亡病例院内感染发生率高于普通患者的原因为:(1)年龄较大。>60 岁的患者占 65%,老年人中性粒细胞趋化性及吞噬细胞功能明显低于青年人,肺弹性回缩力下降,致咳嗽无力,易致肺内感染。(2)住院时间较长。发生医院感染者住院天数平均(51.2± 41.5)d,高于无感染者平均住院天数(31.2± 22.2)d,故交叉感染的机会较多。(3)病期较晚。其中 III、IV 期病人占了 83.4%。晚期病人的免疫功能由于受肿瘤的抑制均比较低,容易感染。(4)抵抗力减弱。患者多数曾行手术、化疗和放疗,长期治疗致使患者抵抗力明显减弱,使一些条件致病菌也可引起感染^[3]。尤其是化疗后骨髓造血功能受到严重抑制,白细胞降至 2.0×10^9 以下时,患者的感染率高达 50%。而单纯放疗发生医院感染者感染发生率为 7.7%,并未高于我国的普通住院感染率 9%^[4]。(5)二重感染。特别是抗生素和肾上腺皮质激素的应用造成菌群失调而致真菌感染。(6)操作过多。如锁骨下深静脉穿刺,增加了局部感染和毒血症的机会;留置导尿,增加了

微创血肿清除术及脑室外引流治疗高血压脑出血破入脑室 46 例

李文¹ 陆小平¹ 张丽梅²

(1 江西省新干县人民医院 新干 331300; 2 江西省新干县计生服务站 新干 331300)

摘要:目的:探讨高血压脑出血破入脑室微创颅内血肿清除术及脑室外引流的治疗效果。方法:选取高血压脑出血破入脑室病例 46 例,采用针钻一体的穿刺针微创穿刺至脑内血肿,碎吸、液化、引流清除血肿,辅以侧脑室穿刺外引流。结果:近期复查 CT 血肿清除率在 70%~100%;46 例中成活 42 例,死亡 4 例,总有效率为 91.3%;生存病例随诊 2~6 个月,按照 ADL 分级, I 级 9 例, II 级 16 例, III 级 12 例, IV 级 4 例, V 级 1 例,良好率 80.4%。结论:微创颅内血肿清除术及脑室外引流治疗高血压脑出血破入脑室方法简单、易行,疗效确切。

关键词:高血压;并发症;脑出血;破入脑室;微创;颅内血肿清除术;脑室引流

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0018-02

高血压脑出血并破入脑室病情严重,往往危及生命。我们于 2004 年 7 月至今对本病 46 例采用微创颅内血肿清除及脑室外引流术,取得了满意效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 脑出血诊断均符合第 4 次全国脑血管病制订的标准,均有高血压病史,行头颅 CT 检查证实脑出血并破入脑室。本组 46 例病例中,男 29 例,女 17 例;年龄 42~75 岁,平均(59±3.2)岁;病程 5~72h;血肿部位在内囊 21 例,外囊 15 例,皮质下出血 10 例;按多田氏公式计算,血肿量在 30~40mL 者 10 例,41~60mL 者 24 例,61~80mL 者 9 例,81mL 以上者 3 例;中线偏移 2~15mm;GCS 评分 13~15 分(轻度)7 例,9~12 分(中度)22 例,3~8 分(重度)17 例。

1.2 方法

1.2.1 颅内血肿穿刺清除术 局部剃发,采取局麻、基础加局麻或气管插管全麻,头部消毒铺巾,采用北京万特福公司生产的 YL-1 型一次性颅内血肿穿刺针,据 CT 片确定血肿最大层面的颅表定位,避开重要血管及功能区,以电钻将穿刺针送入血肿腔,退出针芯后,将侧孔接引流管,用注射器抽出血肿的液化部分后,插入针型血肿粉碎器,注入生理盐水 2~5mL,冲刷粉碎血肿,经侧孔引流管流出,可重复多次,再

注入血肿液化剂 2~3mL (内含盐水 2~3mL,尿激酶 2~4 万 U),夹管保留 4h 以上后开放引流。

1.2.2 侧脑室穿刺外引流 手术常规选择出血侧脑室额角穿刺,两侧则行双侧穿刺。穿刺成功后有血性脑脊液流出,置硅胶引流管,吸出部分碎小的黑色血凝块,用生理盐水反复冲洗至颜色变淡,注入尿激酶 5mL (2 万 U/5mL),关闭引流 2~3h 后再放开,低位引流后据残血量和脑脊液的引流量调整引流高度。以上微创引流 1~7d 左右,复查 CT 血肿消失后,拔除穿刺针及脑室外引流,治疗过程中注意保持血压稳定,防治并发症。

2 结果

本组病人中最短拔针 24h,最长 7d,经 CT 复查血肿清除率为 70%~100%。46 例中成活 42 例,死亡 4 例,总有效率为 91.3%。出院时据日常生活能力(ADL)分级(I~III 级为效果良好,IV~V 级为效果不佳),结果为 I 级 9 例,II 级 16 例,III 级 12 例,IV 级 4 例,V 级 1 例,良好率 80.4%。

3 讨论

高血压脑出血是中老年常见病,具有高发病率、高死亡率、高复发率等特点^[1],传统内科保守治疗效果不佳。严重的脑出血破入脑室后可引起颅内压增高及继发性脑损伤,而且

泌尿系感染的机会。

本组资料显示,常见的感染部位是下呼吸道,占 61.5%,可能是抗肿瘤治疗免疫抑制剂及化疗药物对呼吸道纤毛黏液系统的分泌物排除功能有一定程度的破坏所致。同时,肺癌患者呼吸道感染发生率更高,与肺部局部阻塞、肺不张等可能也有关系。60 例发生医院感染的病例中 35 例与死亡有关,其中直接致死的 19 例,占 31.7%;间接死于感染的 16 例,占 26.7%;说明感染是肺癌患者死亡的原因之一。和其他研究结果相同,感染可加速肺癌患者的死亡,增加患者的病死率^[5]。

我们认为,在对肿瘤患者进行抗肿瘤治疗的同时,应该加强支持和免疫治疗,以提高患者抵抗感染的能力。本资料显示住院时间较长的患者医院感染发生率较高,可能的原因是发生医院感染后延长了住院时间,也可能是住院时间长而

增加了发生医院感染的危险性。因此,我们要加强医务人员预防医院感染的意识,严格执行消毒隔离措施,减少医院内交叉感染,提高医疗护理质量,加强对重危患者的护理,把住院患者的感染率降到最低。

参考文献

- [1] 孙燕.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001.512~815
- [2] 黄仙忠,廖如燕,徐义炳.12 所三甲医院感染监控状况调查[J].中华医院感染学杂志,1999,9(2): 89-91
- [3] 乔华,庞效芬,王萍,等.晚期肿瘤病人合并感染的易感因素分析及防治对策[J].现代康复,1998,2(12): 945~946
- [4] 邢玉斌,吕增春,朱士俊,等.医院感染现患率调查报告[J].中华医院感染学杂志,2000,10(4): 262~264
- [5] 黄彬,薛福英.64 例恶性肿瘤患者住院死亡病例医院感染情况分析[J].实用肿瘤杂志,1996,10(1): 46~48

(收稿日期: 2005-06-16)