

晚期肺癌合并严重肺感染 100 例治疗体会

张建伟 王建军 李万刚 王继云 李婷

【摘要】目的 探讨晚期肺癌患者合并严重肺感染的临床特点及治疗。方法 对 2001-2006 年间我科收治 100 例肺癌晚期合并严重肺感染患者病因、病原菌特征、临床表现及治疗行回顾性分析。结果 100 例患者中 82 例有不同疗程放化疗, 45 例因喘息、放化疗辅助用药等有激素应用史, 45 例患者合并慢支、肺气肿、糖尿病等基础疾病, 38 例患者继发真菌感染, 18 例患者继发结核感染, 28 例患者行气管切开痰液引流, 联合应用抗生素患者 64 例, 用抗生素时间大于 1 月患者 41 例, 大多数患者直接死因为呼吸衰竭。结论 正确选择、合理应用抗生素; 有效的呼吸道引流, 重视患者原发病灶及基础疾病控制, 提高机体免疫力等综合治疗, 才能有效提高晚期肺癌合并严重肺感染患者生存率

【关键词】肺癌 肺感染 治疗

The treatment experience in the advanced stage of lung cancer with sever pulmonary infection. Zhang Jianwei, Wang Jianjun, Li Wangang, et al. Department of Chest Surgery, The Centrol Hospital of China Petroleum Corporation, Heibei 065000

【Abstract】Objective To explore the clinical features and treatment of 100 cases in the advanced stage of lung cancer with sever pulmonary infection. Methods It was retrospectively analyzed to causes, pathogens, clinical expressions and therapy of 100 hospitalized patients in the advanced stage of lung cancer with sever pulmonary infection from 2001 to 2006. Results There were 82 cases which received antimicrobial or radiotherapy in different doses, 45 cases ever used chemotherapy, 45 cases with primary disease of chronic bronchitis and emphysema and diabetes, 38 cases with secondary infections of fungi, tracheotomy performed in 28 cases for sputum-expressing, 64 cases used varied antibiotics, 41 cases used antibiotics for a month or more. Respiratory was the most cause leading to the patients' death. Conclusion That combined with the therapy of rational choice and application to antibiotics, effective respiratory tract drainage, the control of the primary cancer, the coexisting illness and enhancing organism immunity can effectively improve survival rate of the advanced stage of lung cancer with sever pulmonary infection.

【Key words】Lung cancer Pulmonary infection Treatment

随着工业文明进程, 肺癌发病率和死亡率在许多国家都呈上升趋势, 肺癌晚期患者由于肿瘤入侵损伤、气道阻塞、长期应用抗生素及放化疗造成机体免疫能力下降、再加细菌耐药性逐年增多, 晚期肺癌死于肺感染者占绝大多数, 回顾分析我院 2001~2006 年我科 100 例晚期肺癌死于严重肺感染患者, 对其病因、治疗及死因进行探讨。

1 材料和方法

1.1 一般资料 选择我院 2001~2006 年间收治的肺癌晚期死于严重肺感染的患者 100 例, 所有患者均

经病理检查确诊为肺癌, 年龄在 42~85 之间, 平均年龄 65.2 岁, 男 72 例, 女 28 例, 鳞癌 58 例, 腺癌 26 例, 小细胞癌 14 例, 大细胞癌 2 例。所有患者入院后均有详细体温变化记载, 均行痰培养+药敏试验, 均有完整的影像学资料。

1.2 统计学处理 采用 t 检验分析数据, $P < 0.05$ 为有显著差异。

2 结果

100 例患者临床表现呈多样性, 咳嗽咳痰 97 例, 咳脓性痰 21 例, 胸痛 45 例, 发热患者 74 例, 91 例患者有不同程度胸闷, 46 例患者有胸痛, 26 例患者出现声音嘶哑、进食呛咳。82 例患者有不同疗程放化疗, 其中接受化疗 2~3 疗程者 42 例, 接受放疗者 23 例, 接受 125I 放射性粒子组织间近距离植入

患者 17 例, 38 例患者白细胞 $>10 \times 10^9/L$, 其中 12 例 $>20 \times 10^9/L$, 大多数患者血象不高, 和重度感染及放化疗后骨髓抑制有关。使用激素患者 45 例, 45 例患者合并慢支、肺气肿、糖尿病等基础疾病, 其中有慢性支气管炎、肺气肿病史患者 32 例, 糖尿病病史患者

12 例, 2 例有支气管哮喘病史, 1 例有肾病综合征病史, 18 例患者因悲观忧虑出现失眠、情绪低落、食欲下降。全部病例行痰培养及痰革兰氏染色, 半数以上病人通过气管镜防污染毛刷深部痰取样培养或肺泡灌洗液培养, 培养结果见表 1。

表 1 患者细菌学检查及药敏结果

细菌株数	抗生素敏感株数							
	Ceftriaxone	Ciprofloxacin	Imipenem	Gentamicin-500	Piperacillin	Penicillin-G	Cefuroxime	Ceftazidime
大肠杆菌 19	1	2	8	2	2	2	2	3
假单胞菌 9	1	1	2	1	1		1	2
不动杆菌 5	1		4	2				1
克雷白杆菌 6	1	2	1					
枸橼酸杆菌 2		1						
粘质沙雷菌 7	2	1	4	2				
变形杆菌 2	1	1						1
索形杆菌 1								
粪产碱杆菌 1	1	1						1
金黄葡萄球菌 8		3	2					2
肺炎链球菌 5		2						1
表皮葡萄球菌 3		1						
粪肠球菌 2								
白色念珠及酵母 28								
抗酸杆菌 18								
无致病菌 26								

3 讨论

3.1 肺部感染历来被认为是严重的疾病, 在抗生素问世以前, 病死率是很高的, 自 20 世纪 40 年代以来, 在磺胺、青霉素应用以来, 病死率下降达到较低水平, 但自 60 年代以后, 其下降趋势不再明显而出现停滞, 在发病频率及严重程度较往昔甚至有所增加^[1]。肺癌合并肺感染是常见并发症, 其发生比例有逐年增长趋势^[2]。究其原因是多方面的, 首先, 患者接受反复的放化疗使免疫力受损, 再加放化疗后的骨髓抑制, 白细胞及粒细胞下降, 虽有些患者使用升白细胞药, 但白细胞质量与平常有差异, 故易发感染。其次, 肿瘤晚期会不同程度出现恶病质, 长期的肿瘤消耗会使患者抗病能力减低。第三, 患者因肺水肿、放化疗辅助用药等应用大剂量激素。第四, 不合理及长期、联合应用大量抗生素造成耐药菌增加, 且继发真菌感染、结核等感染使感染难于控制。第

五, 肿瘤压迫致支气管腔堵塞、管壁水肿、胸腔积液、及术后置胸导管时间长, 增加感染因素。最后, 晚期肿瘤患者住院时间长, 发生院内交叉感染的概率高^[3]。故正确选择、合理应用抗生素; 有效的呼吸道引流, 重视患者原发病灶及基础疾病控制, 提高机体免疫力等综合治疗, 才能有效提高晚期肺癌合并严重肺感染患者生活质量及生存率。

3.2 通过本组死于严重肺感染 100 例患者诊治, 体会如下: 严格掌握放化疗时机及剂量, 不当的放化疗方案将直接损害机体免疫机能, 感染难于控制; 经验用药应用对革兰氏阴性杆菌为主的带有酶抑制剂的抗生素, 其中尤应重视铜绿假单胞杆菌的防治, 因该药耐药机制十分复杂, 临床颇难对付^[4], 且及时根据药敏调整用药, 必要时早期联合应用抗生素, 注意杀菌及抑菌药合理使用, 注意及时停药; 严格掌握糖皮质激素类药物使用(包括雾化), 把控制基础疾病如糖尿病等放在与抗感染同等重要位置; 确

保支气管分泌物引流, 严重感染患者及早行气管切开引流; 有骨髓抑制患者及时给予增强免疫治疗, 并增强患者营养、确保患者血浆白蛋白水平在正常范围; 注意室内消毒与空气流通, 谢绝多人探视, 缩短住院时间。

参 考 文 献

1 穆魁津, 何权瀛. 肺部感染. 第 1 版. 北京: 北京医科大学中国协和

医科大学联合出版社, 1996: 6

- 2 柳市英, 陈艳宁, 孙冬梅. 肺癌合并肺感染致病菌耐药分析. 实用肿瘤学杂志, 2000, 14(3): 229-230
- 3 杨玉波, 潘克勤. 225 例恶性肿瘤死亡病例医院感染分析[J]. 中华医院感染学杂志, 1996, 63(3): 153
- 4 Masuda N, Sakagawa E, Ohya S, et al. Hypersusceptibility of the *Pseudomonas aeruginosa* nfx B mutant to beta-lactamase[J]. Antimicrob Agents Chemother, 2001, 45(4): 1284-1286

(收稿: 2006-03-13)

自发性脾破裂 6 例误诊分析

张旭升

自发性脾破裂是指患者身体无外力作用和剧烈活动下发生的破裂。由于其没有外伤史, 不会引起临床医师的注意而导致诊治的延误。现报告本院收治的 6 例脾破裂, 分析造成诊断延误的原因, 以期从中吸取教训, 提高本病诊断的准确率。

1 临床资料

本组 6 例中, 男 4 例, 女 2 例。年龄 28~61 岁, 平均 41.17 岁。误诊为宫外孕 2 例, 急性阑尾炎 2 例, 消化性溃疡穿孔、腹腔出血待查各 1 例。

1.1 典型病例举例

1.1.1 女, 28 岁, 因停经 45 天, 右下腹痛伴恶心、呕吐、肛门坠胀感 12 小时, 晕倒 1 次, 急诊入院。既往月经不规律, 无外伤史。查体: P 102/min, BP 86/58mmHg, 贫血外观, 腹肌紧张、全腹压痛、反跳痛明显, 移动性浊音阳性, 肠鸣音减弱。妇科会诊: 后穹窿饱满, 有触痛和宫颈举痛。后穹窿穿刺抽出不凝血液。以宫外孕做剖腹探查, 术中见腹腔积血约 1500ml, 探查子宫大小正常, 双侧附件外观无异常。清除盆腔积血, 见有血液自上腹部流向盆腔, 随即延长切口, 探查肝脏正常, 脾的隔面有长达 5cm 裂口, 附有血块, 有活动性出血, 行脾切除。病理诊断: 脾淤血性自发性破裂。

1.1.2 男, 35 岁。因晨起突然感到头晕、恶心、呕吐, 随即晕倒而急诊入院。入院前无外伤史, 但入院前晚有饱餐史。查体: P 110/min, BP 80/56mmHg, 急性贫血外观, 烦躁不安, 全腹肌紧张、压痛和反跳痛明显, 移动性浊音阳性。腹腔穿刺抽出不凝血液, 以腹腔内积血 2000ml, 切除脾, 脾重 1000g, 经病理

检查确诊为慢性粒细胞性白血病并发自发性脾破裂。

1.1.3 男, 52 岁。午休后感上腹痛伴恶心, 呕吐 1 次, 约 6 小时后疼痛转移至右下腹, 以急性阑尾炎收入院。入院后查体: P 106 次/min, BP 100/60mmHg, 贫血外观, 腹肌紧张, 上腹部及右下腹压痛, 并有反跳痛。化验: WBC $18.6 \times 10^9/L$, N 0.89。以急性阑尾炎手术治疗, 术中检查阑尾正常, 腹腔内有陈旧性积血 1200ml, 探查肝脏正常, 脾表面有散在性囊性硬结, 脾下缘突出的硬结破裂出血, 行脾切除。经病理确诊为脾多发性血肿并发自发性破裂。

2 讨论

脾破裂一般由外伤作用所致, 但自发性脾破裂, 常无外力作用下发生的破裂, 不被患者和临床医生所重视, 容易导致误诊。

造成误诊原因主要有病史询问不细, 查体不全面, 对已有的体征缺乏全面分析, 鉴别诊断上先入为主, 对于转移性右下腹痛就诊断为急性阑尾炎。对于腹部压痛, 尤其是在左上腹压痛明显的病人, 没有进一步检查脾浊音界有无扩大和脾区有无叩击痛。没有充分利用 B 超这一具有实用价值的辅助检查措施, 协助诊断, 也是造成误诊原因之一。某些外科医师和妇科医师对脾破裂缺乏认识, 经验不足, 有的遗漏月经史询问; 对有停经史、腹痛、有内出血的育龄妇女, 只根据后穹窿穿刺不凝血就作出宫外孕的诊断。

因此, 对于突发性上腹痛、伴有腹膜刺激症、出血性休克病人, 应想到自发性脾破裂。对病情发展缓慢, 可行 B 超检查, 可发现脾区有液平反射。诊断性腹腔穿刺, 阳性率可达 95% 以上, 对可疑病例应常规作腹腔穿刺, 能抽出不凝的血液; 如穿刺阴性, 可于观察期间反复多次穿刺, 以求确诊。

(收稿: 2006-03-07)