

文章编号: 1673-2995(2007) 03-0148-02

· 经验交流 ·

恶性肿瘤住院患者医院内感染分析

鞠晓红¹, 陈爽¹, 方芳¹, 杜晓燕² (1 吉林医药学院病原教研室, 吉林 吉林 132013; 2 吉林市肿瘤医院, 吉林 吉林 132010)

摘要: 目的 探讨恶性肿瘤住院患者呼吸道感染的危险因素及感染病原菌特点。方法 回顾性分析 1 年来住院患者发生呼吸道感染的情况。结果 恶性肿瘤患者医院内呼吸道感染率为 9.22%; 病原菌分布革兰阴性杆菌 44.62%, 革兰阳性球菌占 24.62%, 真菌为 20.0%, 其它病原菌占 10.77%。结论 恶性肿瘤呼吸道感染病原菌以革兰阴性杆菌为主, 真菌有上升趋势。

关键词: 恶性肿瘤; 医院感染

中图分类号: R197.323 文献标识码: B

医院感染又称为医院内感染, 其感染发生率随着医院现代化的发展而迅速增长。医院感染一方面增加了病人的痛苦和疾病的感染率, 引起死亡率上升; 另一方面因住院时间延长, 费用大幅度增加, 也增加了患者和国家的经济负担。恶性肿瘤患者作为一组特殊人群, 是医院感染的重要易感人群。为探讨肿瘤患者医院内呼吸道感染的危险因素及感染病原菌特点, 现就某医院 1 年来发生呼吸道感染患者的临床资料进行回顾性分析。

1 材料与方法

1.1 对象

自 2005 年 1 月至 2005 年 12 月, 吉林市肿瘤医院 705 例住院患者中 65 例发生呼吸道感染, 其中男 47 例 (72.3%), 女 18 例 (27.7%), 平均年龄 57 岁。其中肺癌 30.77% (20/65), 肝癌 16.92% (11/65), 乳腺癌 15.38% (10/65), 胃癌 9.23% (6/65), 恶性淋巴瘤 12.3% (8/65), 其它恶性疾病 15.38% (10/65)。

1.2 标本的采集

医院内感染的诊断标准均符合 1997 年中华医院感染委员会审定的“院内感染的诊断标准”^[1], 为排除恶性肿瘤所致发热的干扰, 所有患者均有明确的细菌学培养的阳性结果, 依据临床表现、常规检验、细菌学培养、胸部 X 光片诊断确定肿瘤患者医院内下呼吸道感染。回顾性分析下呼吸道感染的病原菌种类、

耐药性特点及感染的危险因素。

2 结果

2.1 病原菌构成情况

65 例下呼吸道感染患者培养出革兰阴性杆菌 29 株 (肺炎克雷伯 15 株, 铜绿假单菌 5 株, 大肠埃希菌 4 株, 嗜麦芽窄食单胞菌 2 株, 弗劳地不动杆菌 3 株), 占 44.62%; 革兰阳性球菌 16 株 (金黄色葡萄球菌 3 株, 凝固酶阴性葡萄球菌 9 株, 肺炎链球菌 3 株, 无乳链球菌 1 株), 占 24.62%; 白假丝酵母菌 13 例, 占 20.0%; 其它菌种 7 例 (卡它布兰汉 5 例, 肺炎支原体 2 例), 占 10.77%。

2.2 耐药性分析

本组资料中, 革兰阴性杆菌较敏感的药物有先锋必、舒巴坦、亚胺培南、西司他丁、菌必治、左氧氟沙星、丁胺卡那、环丙沙星, 耐药率分别为 21.4%、26.8%、32.6%、34.1%、36.8%、47.5%; 革兰阳性球菌敏感的有万古霉素, 敏感率达 99%, 其它依次为阿奇霉素、菌必治、氧氟沙星、克林霉素, 耐药率分别为 23.6%、29.3%、30.1%、42.9%; 真菌未作药敏。

2.3 感染的危险因素

65 例恶性肿瘤患者 42 例进行化疗治疗, 12 例应用放疗治疗, 其中 WBC $\leq 3 \times 10^9 L^{-1}$ 有 49 例。

3 讨论

恶性肿瘤患者自身免疫力低下, 在治疗过程中免疫功能又常受到不同程度的损害, 因此这部分病人抗

感染能力明显低下, 医院感染率高达 24.2%^[2], 感染导致的死亡是恶性血液病患者死亡的主要原因^[3]。在不同部位医院感染中以呼吸道感染为主, 达 79.89%^[4], 所以本资料就呼吸道感染患者的病原菌组成及耐药性进行分析。

从结果分析来看, 呼吸道感染的病原菌种类以革兰阴性菌为主, 其中肺炎克雷伯最多, 占 23.08%, 其次是铜绿假单胞菌和大肠埃希菌, 分别占 7.69% 和 6.15%; 革兰阳性菌以凝固酶阴性葡萄球菌为主, 占 13.85%; 真菌感染有明显上升趋势, 占 20.0%。在耐药性方面, 细菌对抗生素的耐药率有增高趋势, 尤其是对头孢类抗生素。革兰阴性杆菌对先锋必、舒巴坦、亚胺培南、西司他丁较敏感; 革兰阳性球菌敏感的主要有万古霉素。在过去 10 年中, 革兰阳性菌对万古霉素耐药性较稳定, 但万古霉素消耗量却增加了 10 倍^[5], 可见细菌的耐药性越来越高, 临床应根据药敏试验结果选择抗生素。

引起医院感染的危险因素很多, 本次研究发现住院时间长、放、化疗治疗造成免疫力低下是造成肿瘤患者医院感染发病率高的主要原因。为此医院一定

要加强肿瘤患者的护理, 并做好环境消毒, 力争减少肿瘤患者的医院感染。

参考文献:

- [1] 翁新华, 潘孝彰, 王岱明, 等. 现代感染学 [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1998: 1179-1197.
- [2] 夏祥碧, 刘力克, 张倩, 等. 恶性肿瘤医院感染影响因素的病例对照分析 [J]. 中华医院感染杂志, 2003, 13(4): 315.
- [3] 张晓燕, 谢立新, 李文惠. 肿瘤死亡患者医院感染与抗菌药物使用分析 [J]. 中华医院感染杂志, 2001, 11(4): 56.
- [4] 郭杰, 栾萍, 李湛全. 恶性肿瘤患者医院感染 120 例临床分析 [J]. 第一军医大学学报, 2005, 25(7): 802-804.
- [5] Kramer V Jr, Sykora P, Tnupl J *et al*. Antibiotic use and development of resistance in blood culture isolates: 8 years of experience from a cancer referral center [J]. J Chemother, 2001, 13(2): 133-142.

(收稿日期: 2007-03-13)

文章编号: 1673-2995(2007)03-0149-02

• 经验交流 •

二种心肌保护液对室缺肺动脉高压心肌保护的比较

郭敏¹, 郑中华², 魏学武¹, 刘明媛¹, 刘建¹ (吉林医药学院: 1 附属医院, 2 病理教研室, 吉林 吉林 132013)

摘要: 目的 使用两种不同配方的心肌保护液进行室缺肺动脉高压患者术中心肌保护, 通过比较心肌保护效果, 选择更好的心肌保护液配方。方法 72 例室缺肺动脉高压患者随机分成两组, A 组用晶体心肌保护液, B 组用 1:4 含血心肌保护液进行心肌保护, 对比两组患者术中平均停跳时间、平均复跳时间、电活动率、心脏除颤率及术后心肺并发症。**结果** 在术前条件和术中操作相似的情况下, 使用 1:4 含血心肌保护液的 B 组较使用晶体心肌保护液的 A 组获得更短的停跳时间和复跳时间, 更低的心脏电活动率和心脏除颤率, 更少发生术后低心排综合症、肺高压危象及心律失常。**结论** 在室缺肺高压手术中使用 1:4 含血心肌保护液比晶体心肌保护液可获得更快更好的心肌保护效果, 减少心肌缺血再灌注损伤及术后心肺并发症。

关键词: 心肌保护; 心肌保护液; 肺动脉高压

中图分类号: R654.2 **文献标识码:** B

室缺肺高压是一种常见的先心病, 由于其室缺直径一般较大, 左向右分流引起不同程度肺血管阻力上

升, 进而形成动力型或阻力型肺动脉高压。因为室缺直径一般较大, 修补时闭阻时间较长, 加之肺血管阻力的升高, 术后患者的表现较一般室缺的病人症状偏重, 并发症多, 如心律失常、肺不张、低心排、肺高压危

作者简介: 郭敏 (1980-), 女 (汉族), 医师, 本科。