

脑肿瘤切除术后的下呼吸道感染

连云港市第一人民医院神经外科

陈 章 郭秀元 司宪平 吴德宜

陈 军 施 辉 王富英

下呼吸道感染是脑肿瘤切除术后常见的并发症,也是导致术后死亡的主要原因。本文分析我院脑肿瘤切除术后36例呼吸道感染的临床资料,并探讨其危险因素和防治措施。

对象和方法

我院1986年1月~1991年12月行脑肿瘤切除手术309例,术后并发下呼吸道感染36例(11.7%)。诊断的主要标准为:(1)发热、咳嗽、呼吸急促和呼吸道分泌物增多等呼吸道症状。(2)两肺出现中小湿啰音等病理体征。(3)胸片示肺部浸润性阴影。(4)气管分泌物细菌培养。

本组男24例,女12例。年龄5~76岁,平均52岁。感染发生时间为术后3~24天,平均8天。所有患者有发热及呼吸急促。呼吸道分泌物增多33例,闻及湿啰音36例,干啰音7例,呼吸音减低5例。胸部X线检查呈片状肺部阴影27例,间质性病变或肺纹理增多6例,肋膈角变钝及胸腔少量积液3例。气管分泌物培养阳性32例,无菌生长4例,其中肺炎克雷氏杆菌9例、变形杆菌2例、大肠杆菌2例、草绿色链球菌2例、肺炎球菌2例、肠链球菌4例、金黄色葡萄球菌3例、表皮葡萄球菌3例,假单胞菌2例、四联球菌2例、绿脓杆菌1例。并发感染者死亡14例,死亡率为38.5%(14/36)。

关于下呼吸道感染和肿瘤性质、部位及年龄等因素的关系。本组196例胶质瘤并发下呼吸道感染27例(13.8%);脑膜瘤48例,感染5例(10.4%);垂体瘤25例,感染1例(4%);其他类型肿瘤40例,感染3例(7.5%)。幕上肿瘤253例感染34例(13.4%);幕下56例感染2例(3.6%)。60岁以上患者54例,感染16例(29.6%);术前长期卧床12例,感染5例(41.7%);

术后不同程度意识障碍9例,感染6例(66.7%);术后癫痫15例,感染5例(33.3%);术前有慢性肺部疾病39例,发生感染14例(35.9%)。

讨 论

一、下呼吸道感染的诊断 发热是主要线索,但脑部手术后早期发热、白细胞数增加并非特异。气管分泌物中细菌和霉菌的出现也不能肯定感染存在。胸片检查由于病人的一般状态及体位的影响使假阳性或假阴性率高达30%,因此必须结合临床症状和体征综合分析。

二、老龄、术后意识障碍、术后癫痫以及慢性肺部疾患、长期卧床等均为术后并发下呼吸道感染的危险因素。老年患者免疫功能降低,肺小动脉硬化,肺泡结缔组织增生顺应性下降,咳痰无力。心射血系数也降低,肺瘀血,肺泡、肺间质、支气管内渗出物增加,都是造成感染的病理基础。意识障碍时咳嗽反射,下呼吸道粘液一纤毛运动系统和肺部防卫能力均下降。术后癫痫可加重脑缺氧脑水肿,易发生吸入性肺炎及呼吸肌痉挛。大量抗癫痫药物易刺激呼吸道,使分泌物增加,并可抑制咳嗽反射。慢性肺部疾患、长期吸烟者心肺功能受损,对分泌物刺激的感应性下降。大量甘露醇应用使呼吸道分泌物粘稠,排痰困难更易感染。

三、下呼吸道感染的防治 术前口腔卫生护理、雾化蒸汽吸入。麻醉诱导时防止反流误吸,麻醉中及时清除呼吸道分泌物,麻醉不宜过深,术后早期半卧位。定时吸痰、翻身、拍背以利痰液排出。必要时气管切开。对下呼吸道感染应及早诊断,并加强病原菌检查,选择敏感及在气管分泌物中有较高浓度的抗生素治疗。