

肝硬化患者院内感染临床调查

王家猛¹, 韩炳智², 周付成¹, 赵润民², 徐敏³

(1. 宿迁市钟吾医院感染科, 江苏 宿迁 223800; 2. 宿迁市钟吾医院普内科; 3. 宿迁市钟吾医院消化科)

摘要:目的 了解肝硬化患者院内感染发生率及其影响因素。方法 对 146 例肝硬化患者相关资料进行回顾性分析。结果 146 例肝硬化患者, 58 例发生院内感染, 发生率为 39.04%, 感染部位构成以呼吸道、胃肠道、腹腔积液为主, 医院内感染的影响因素包括: 肝硬化病变程度、年龄、住院天数、外周血中性粒细胞绝对值计数等。结论 肝硬化患者院内感染率较高, 其发生与某些危险因素有关。

关键词:肝硬化; 医院内感染; 临床调查

中图分类号: R575.2⁺1; **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-2065(2006)05-0441-02

肝硬化患者由于机体免疫力差, 住院时间长, 成为医院内感染的重要人群, 现将我院 2002 年 10 月—2005 年 9 月诊治的 146 例肝硬化患者院内感染情况进行分析如下。

1 资料和方法

1.1 资料 2002 年 10 月—2005 年 9 月, 住院肝硬化患者 146 例, 男 97 例, 女 49 例; 年龄 19~69 岁; 代偿期 112 例, 失代偿期 34 例; 住院时间 2~112 天。

1.2 方法 肝硬化诊断标准依据 2000 年中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会的病毒性肝炎防治方案的诊断标准^[1]; 医院内感染诊断参照《医院感染学》中诊断标准。临床调查方法为逐个查阅病历记录及各项辅助检查结果, 并作统计分析。

2 结果

2.1 医院感染率 146 例中发生医院感染 58 例, 感染率为 39.04%。老年组(≥ 60 岁)26 例和非老年组 120 例中医院感染率分别为 69.23%(18/26)和 30%(40/120)($P < 0.01$); 失代偿期感染率 79.41%(27/34)和 27.68%(31/112), 两者差异有显著性($P < 0.01$)。

2.2 医院内感染率与住院时间 146 例患者住院时间最短 2 天, 最长时间 112 天。发生院内感染最多住院时间在 10 天以上, 住院 10 天内感染率为 9.68%(3/31), 10~30 天感染率 30.44%(21/69), 30 天以上感染率 73.9%(34/46)。

2.3 院内感染部位 58 例院内感染中, 呼吸道感染 26 例(44.8%), 胃肠道感染 16 例(27.6%), 腹腔感染 11 例(20%), 泌尿道感染 3 例(5.2%), 其他 2 例。

2.4 感染菌种 58 例院内感染中, 有 36 例次有细菌学资料, 其中革兰阴性杆菌 31 例(86.1%), 革兰阳性球菌 5 例(13.9%)。

2.5 医院内感染与外周血中性粒细胞绝对值关系

58 例发生院内感染的患者中, 多例患者中性粒细胞在 $1.5 \times 10^9/L$ 以下, 中性粒细胞在 $1.5 \times 10^9/L$ 以下者占 72.4%(42/58), $1.5 \times 10^9/L$ 以上者占 27.6%(16/58)。

3 讨论

本组肝硬化患者院内感染率为 39.04%, 明显高于国内医院内感染率(9.1%)^[2], 可能与肝硬化患者本身免疫功能下降, 营养状况差有关。本组资料显示, 影响肝硬化患者院内感染因素, 比较重要的是如下几个方面: 肝硬化病变程度、患者的年龄、住院时间、外周血中性粒细胞绝对值等。

本组资料提示老年组感染率明显高于非老年组。这与老年人体液免疫功能较差, 机体功能普遍降低及易合并其他疾病如糖尿病等有关, 因此, 老年肝硬化患者是值得重视的院内感染的易感人群。失代偿期组院内感染率明显高于代偿期组, 主要的可能原因为失代偿期患者病情重, 侵入性操作多, 住院时间长, 卧床多, 故医院感染率高。肝硬化合并医院内感染, 以呼吸道最多, 其次为胃肠道和腹腔积液感染, 是由于肝硬化患者体液免疫中免疫球蛋白含量低下, 加上合并脾功能亢进导致中性粒细胞绝对值低下, 空气中飞沫传播易引起呼吸道感染; 同时, 由于肝功能损害, 门脉高压性结肠病、肠道淤血、水肿、肠道内胆盐缺乏、肠道内微生物环境遭到破坏等, 引起肠道菌群失调, 易发生胃肠道感染。肠腔内大量细菌很容易越过肠黏膜, 进入腹腔淋巴结, 而至血内; 而此时肝脏网状内皮功能不全, 加上门脉侧支循环形成, 进入门脉内的细菌不能被肝脏清除而入血, 或绕过肝脏而入体循环, 因而肝硬化患者常有菌血症出现。细菌经肝淋巴管而至腹腔, 形成自发性腹膜炎, 合并腹腔积液时, 易

诱发肝肾综合征、上消化道出血等严重并发症而导致死亡。本组发生腹腔积液合并医院感染的患者病死率高达 54.54%(6/11)。国内已有资料表明对于肝硬化患者,建议早期、短程、足量使用抗生素^[3]。本组肝硬化患者发生医院内感染细菌学调查显示,常见的为革兰阴性杆菌,尤其是大肠杆菌、不动杆菌等。一旦出现院内感染,及时经验性选用针对革兰阴性杆菌的抗生素是十分必要的。

医院内感染严重地影响了肝硬化患者的预后,大大增加了此类患者的治疗费用。因此,提高医护人员对医院内感染的重视程度,加强危重患者保护

性隔离、及时合理使用抗生素、尽量缩短住院时间、积极调节患者免疫状态等综合措施,对减少医院内感染的发生是非常重要的。

参考文献:

[1] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝脏病杂志,2000,8(6):324-329.
 [2] 王枢群,张帮燮.医院感染学[M].重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1990:13-24.
 [3] 常洁,邱蔚蔚,沈毅,等.肝硬化患者医院感染与抗生素应用关系的探讨[J].中华医院感染学杂志,1997,7(3):183.

收稿日期:2006-05-28 修回日期:2006-07-12

本文编辑:程春开

格拉司琼预防恶性肿瘤化疗所致呕吐的临床观察

李优义,司宗勋,王素娟

(徐州市矿山医院内科,江苏 徐州 221006)

摘要:目的 观察格拉司琼对恶性肿瘤患者化疗所致呕吐的止吐作用。方法 将 42 例患者按所用止吐药分为格拉司琼组和甲氧氯普胺组($n=21$)。结果 格拉司琼组和甲氧氯普胺组对急性呕吐的完全缓解率(CR)分别为 85.7%和 14.3%($P<0.01$),有效率分别为 90.5%和 33.3%($P<0.01$)。对迟发性呕吐(2~5 天)的完全缓解率和有效率格拉司琼组略高于甲氧氯普胺组,但差异无显著性($P>0.05$)。结论 格拉司琼能较为有效地控制肿瘤化疗所致的恶心呕吐,副反应轻。

关键词:格拉司琼;化学疗法;呕吐;预防

中图分类号:R730.53 **文献标识码:**B **文章编号:**1000-2065(2006)05-0442-02

恶心呕吐是恶性肿瘤患者化疗过程中常见的胃肠道反应。格拉司琼是一种高选择性的 5-羟色胺(5-HT₃)受体拮抗剂,能有效地控制肿瘤患者化疗引起的恶心呕吐。本研究对我科 2003 年 1 月—2005 年 10 月应用格拉司琼注射液预防 21 例恶性肿瘤化疗所致恶心呕吐的疗效进行临床观察,并与同期应用甲氧氯普胺注射液预防 21 例恶性肿瘤化疗所致恶心呕吐的疗效进行对比观察,报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 42 例患者,男性 34 例,女性 8 例;年龄 37~68 岁,中位年龄 55 岁。肺癌 27 例,恶性淋巴瘤 5 例,乳腺癌 5 例,多发性骨髓瘤 3 例,急性非淋巴细胞性白血病 2 例。

1.2 病例选择条件 ①均有病理诊断;②无颅内压增高、肠梗阻或其他原因引起的顽固性呕吐者;③化疗前 24 h 均无呕吐,且未用过止吐药者;④能合作观察消化道反应的患者。每例患者完成 2~6 周期化疗,共 220 周期。

1.3 分组及止吐方法 42 例患者按所用止吐药分

为格拉司琼组($n=21$),甲氧氯普胺组($n=21$)。格拉司琼组每次化疗前 30 min 静脉输注格拉司琼 3 mg,甲氧氯普胺组每次化疗前 30 min 静脉输注甲氧氯普胺 30 mg,分别观察 2 组患者化疗过程中的呕吐情况。

1.4 止吐疗效评价标准 完全缓解(CR):无呕吐;部分缓解(PR):呕吐 1~2 次/d;轻度缓解(MR):呕吐 3~5 次/d;无效(F):呕吐 >6 次/d。完全缓解率为 CR(%),有效率为 CR+PR(%)。发生在化疗开始 24 h 内的呕吐为急性呕吐,24 h 后呕吐为迟发性呕吐。

1.5 统计学处理 数据处理采用 χ^2 检验确切概率法,检验水准: $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 止吐疗效 对于急性呕吐的控制,格拉司琼组的完全缓解率和有效率均明显高于甲氧氯普胺组。第 2,3,4,5 天,格拉司琼组和甲氧氯普胺组有效率分别在 42.9%~71.4%和 28.6%~33.3%之间,但差异无显著性($P>0.05$)(表 1)。