

晚期肺癌合并肺部感染的诊断和治疗

卢 忠 黄惠琼 胡学锋 黄国森

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LATE LUNG CANCER COMPLICATED WITH PULMONARY INFECTION

LU Zhong, HUANG Huqiong, HU Xuofeng, et al

【摘要】目的 探讨肺癌合并肺部感染的临床特点 and 治疗方法。**方法** 回顾性地分析了 52 例肺癌合并肺部感染患者的临床资料。**结果** 肺癌合并肺部感染临床上比较常见, 临床表现不典型, 致病菌以革兰氏阴性杆菌及革兰氏阳性球菌为主, 革兰氏阴性杆菌阳性率达 75% (45/60), 其次是革兰氏阳性球菌为 25% (25/60)。**结论** 肺癌合并肺部感染临床表现不典型, 呼吸道症状不明显, 病原菌以革兰氏阴性菌为主, 长期住院是感染的主要危险因素, 治疗应有针对性地综合治疗。肺癌合并肺部感染对不同抗生素有一定程度的耐药性, 临床医生在治疗感染性疾病时应参考药敏试验, 合理应用抗生素。

【关键词】 肺癌 肺部感染

肺癌是最常见的恶性肿瘤之一, 肺癌常合并肺部感染,

严重影响肺癌病人的治疗和预后, 是肺癌病人死亡的重要原因和促进因素, 本文分析了 52 例肺癌合并肺部感染的临床资料, 探讨肺癌合并肺部感染的诊断和治疗方法, 现报告如下。

卢 忠 黄惠琼: 佛山市澜石医院 广东佛山 528041

胡学锋 黄国森: 佛山市第一人民医院 广东佛山 528041

(接上页)

表 2 60 岁以上患者痰培养结果

细菌种类	菌株数	百分比 (%)
肺炎链球菌	1	2.2
副流感嗜血杆菌	18	40.0
铜绿假单胞菌	7	15.6
肺炎克雷伯氏菌	5	11.1
大肠埃希氏菌	5	11.1
金黄色葡萄球菌 (MRSA)	1	2.2
其它	8	17.8

3 讨论

社区获得性肺炎是常见的社区感染, 其发病率和病死率都很高。当今抗生素时代, CAP 仍然是威胁人群健康的重要疾病。特别是由于社会人口老龄化、免疫损害宿主增加、病原体变迁和抗生素耐药率上升, 使 CAP 面临许多新的问题。

3.1 该组病人以 60 岁以上的老年人为主, 占 85%。其中大多数合并患有一种或多种的慢性病, 特别是合并患有慢性阻塞性肺病的占 55.6%。COPD 是一种慢性气道疾病, 可引起气道阻塞和痰液引流障碍, 几乎所有患者均有营养不良、免疫功能下降, 这些都有利于细菌滋生, 而 COPD 的一个重要原因就是吸烟。吸烟尤其是重度吸烟亦被报道是 CAP 的独立危险因素。两者的并存将进一步增加肺炎患者的危险性。

3.2 多年以来, 许多学者对引起社区获得性肺炎的病原体

做了相关研究, 认为主要为细菌感染所致, 其中最为重要的是肺炎链球菌和流感嗜血杆菌。而且大多数研究显示肺炎链球菌是 CAP 最常见的病原体。本组病人病原体检出率最高的为副流感嗜血杆菌, 占 40% 左右。肺炎链球菌的检出率较低。这考虑可能与住院前用药、检验条件有关。而 60 岁以上病人组中革兰氏阴性菌的检出率明显增加, 排前的为铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯氏菌和大肠埃希氏菌。这可能与本组人群年龄特殊性及其合并基础疾病有关。

3.3 本组患者 11 例为单一用药, 余均为联合用药。在抗生素的选择上排前四位的是三代头孢菌素、左旋氧氟沙星、青霉素族加酶抑制剂、大环内酯类。符合 CAP 的初始经验性抗菌治疗建议。但疗效欠佳者根据药敏调整用药率并不高。精确的病原学诊断不仅是确诊依据, 也是合理选择抗生素、确立疗程、实施转换治疗和调整抗菌治疗的基础与主要参考条件。病原学检查不能仅作为常规检查, 更应该真正指导临床用药。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南 (草案) [J]. 中华结核与呼吸杂志, 1999, 22(3): 199-201.
- [2] 何礼贤. 肺部感染性疾病 [M]. 1 版. 上海: 上海医科大学出版社, 1996 316-320
- [3] 戴路明, 廖力微. 社区获得性肺炎的危险因素分析 [J]. 中华结核与呼吸杂志, 2002 25(4): 240.

1 临床资料

1.1 2003年7月~2005年6月住院期间的肺癌肺部感染患者52例。男40例,女12例。年龄29~72岁,平均56.0岁。全部病例均经病理细胞学证实,其中鳞癌24例,腺癌18例,小细胞未分化癌10例。分期采用肺癌的97UICC分期标准,Ⅲa期11例,Ⅲb期18例,Ⅳ期23例。

1.2 感染诊断依据 肺部感染诊断参照1999年中华医学会呼吸病学分会制定的《社区、院内获得性肺炎诊断和治疗指南》。我们定义为具有以下表现④和其它表现之一:①有感染的临床症状如发热、咳嗽、咳痰、胸痛、气促等;②全肺或局部可闻干湿性或湿性啰音、伴或不伴外周血白细胞计数及中性粒细胞比例增高;③胸片或胸部CT片见小片状或大片状炎性阴影,伴或不伴肺不张;④痰或支气管肺泡灌洗液中培养阳性。

2 结果

2.1 病原菌检查 52例共计分离培养60株病原菌。前4位病原菌分别为铜绿假单胞菌、肺炎克雷白杆菌、肺炎链球菌、大肠埃希菌。其中8例为两种菌混合感染,见表1。从中可见,革兰氏阴性杆菌阳性率最高,达73%(45/60),其次是革兰氏阳性球菌为25%(25/60)。52例病原菌药敏实验,耐药情况见表2。

表 1 52例肺癌合并肺部感染的细菌培养结果 菌株数(%)

感染菌种	菌株	感染菌种	菌株
铜绿假单胞菌	11(18.3)	产碱假单胞菌	2(3.3)
肺炎克雷白杆菌	10(16.7)	嗜麦芽假单胞菌	2(3.3)
大肠埃希氏菌	7(11.7)	洛非氏不动杆菌	2(3.3)
枸橼酸杆菌	5(8.3)	金黄色葡萄球菌	4(6.7)
奇异变形杆菌	4(6.7)	表皮葡萄球菌	3(5.0)
洋葱假单胞菌	2(3.3)	肺炎链球菌	8(13.3)

表 2 主要致病菌对常见9种抗生素的耐药率(%)

	铜绿假单胞菌	肺炎克雷白杆菌	肺炎链球菌	大肠埃希氏菌
青霉素	82.5	90.9	77.3	80.2
氨苄青霉素	78.3	87.4	79.0	77.0
氧氟沙星	42.3	36.0	43.2	54.0
环丙沙星	40.1	49.2	38.9	36.4
复方新诺明	71.8	85.1	65.9	69.2
丁胺卡那	27.7	37.2	32.1	22.5
头孢他啶	48.4	46.2	43.7	41.9
头孢噻肟	45.4	53.8	46.5	51.0
泰能	0	3.0	2.7	4.8

2.2 治疗及预后 全部病例在未作病原菌检查前先予经验用药,抗生素可选择对革兰氏阳性球菌、革兰氏阴性杆菌有效的氨基糖甙类抗生素,氟喹诺酮类及β-内酰胺类,3d后根据细菌培养和药敏试验选择药物,疗程14~24d,平均18d,同时对症支持治疗,定期作真菌检查,有真菌感染者抗真菌治疗,治疗后作相关检查评价疗效,12例治愈,40例好转。

3 讨论

晚期肺癌合并肺部感染临床表现不典型,大部分病人白细胞总数不高反而降低,尤其是化放疗者。胸片及胸部CT因肺部肿块的存在或合并肺不张,较难见到典型的片状、斑片状、大片状阴影,其表现与临床症状并不一致,给诊断和治疗带来困难,确诊需要做痰或支气管肺泡灌洗液细菌培养。本文资料经临床、胸片或胸部CT、病原细菌学等检查,肺部感染的阳性率较高,可能与以下原因有关:①肺癌多合并慢性支气管炎,呼吸道粘膜屏障作用较低,易合并呼吸道感染;②病期晚,肿瘤体积增大,加上肺门纵膈淋巴结转移,阻塞或压迫支气管,支气管分泌物难以排出;③瘤体较大,易坏死液化形成癌性空洞,合并感染;④食欲差,营养不够,恶液质,长期卧床,感染的机会增加。⑤化疗后骨髓抑制,白细胞、血红蛋白下降,机体免疫功能下降;⑥住院时间长、放化疗次数多,医院内交叉感染的机会多。

晚期肺癌合并肺部感染确诊须作病原学检测,如取痰或支气管肺泡灌洗液作细菌培养,本文细菌学监测显示肺癌合并肺部感染病原菌多为革兰氏阴性杆菌,阳性率达75%(45/60),其次是革兰氏阳性球菌,阳性率为25%(25/60),同普通的肺部感染不一致,药敏试验显示,此类感染对常见的抗菌素如青霉素、氨苄青霉素不敏感,甚至对第三代头孢也不敏感,而对氨基糖甙类、氟喹诺酮类抗生素敏感,所以抗感染治疗也不同于一般的肺部感染。本文药敏试验显示治疗上在未获病原菌之前,早期预防,经验性选用对革兰氏阴性菌为主的带有酶抑制剂的抗菌素,及时进行痰培养和药敏试验,然后根据细菌培养和药敏试验选择药物,准确合理选用抗生素,以降低病死率。

晚期肺癌患者免疫功能低下,容易合并肺部感染,对肺部感染要早期诊断,正确治疗,降低肺部感染所引起的病死率,从而提高原发病的治疗效果,临床医生在治疗此类肺部感染时应参考药敏试验,合理应用抗生素。

参考文献

[1] 宋明霞. 54例老年肺癌化疗患者院内感染临床分析[J]. 医药产业资讯, 2006 3(5): 47

[2] 许广慧, 杭建明. 肺癌合并肺部感染 320例临床分析[J]. 临床肺科杂志, 2005 10(3): 401-402

[3] 梁先万, 毕玉田, 洪新, 等. 肺癌合并肺部感染的临床特点和影响因素研究[J]. 中国医师杂志, 2003, 5(8): 1066-1068

[4] MASUDA N, SAKAGAWA E, OHYA S, et al. Hypersusceptibility of the *Pseudomonas aeruginosa* *nfxB* mutant to beta lactams due to reduced expression of the *ampC* beta lactamase[J]. *Antimicrob Agents Chemother* 2001, 45(4): 1284-1286

[5] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎和医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999 22(4): 199-203.

[6] 王红梅, 廖国清, 雷红, 等. 肺癌患者继发肺部感染的痰菌及药敏分析[J]. 中国肺癌杂志, 2001, 4(4): 313.

[7] 梁新文, 谢德荣, 李玉红, 等. 恶性肿瘤医院感染的临床分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2002, 12(4): 259-261