

恶性血液病患者并发感染 40 例治疗经验与体会

Treatment of infections in 40 patients with hematologic malignancies

卢常青(LU Chang-qing), 彭莉(PENG Li), 喻琴(YU Qin), 黄婷(HUANG Ting)

(萍乡市湘雅萍矿合作医院, 江西 萍乡 337000)

(Cooperative Hospital of Xiangya and Pingxiang Mining Corporation, Pingxiang 337000, China)

【摘要】 回顾性分析 67 例恶性血液病患者并发感染及治疗情况。2007 年 1 月—2008 年 10 月收治的 67 例恶性血液病患者并发感染 40 例(59.70%), 其中急性白血病并发感染 30 例(81.08%), 有明显感染灶者 38 例(95.00%)。感染部位以呼吸道为主(60.00%), 其次为胃肠道(15.00%)、皮肤与肛门(13.33%); 病原学培养阳性 13 例, 其中咽拭子、痰标本培养革兰阴性(G^-)菌 6 例(46.15%); 脑脊液、咽拭子培养真菌 3 例(23.08%); 肛门、鼻腔分泌物培养革兰阳性(G^+)菌 2 例(15.38%); 血培养阳性 2 例, 为金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌。治疗好转与缓解 32 例(80.00%)。提示恶性血液病尤其是急性白血病患者是并发感染的高危人群, 应积极预防与控制。

【关键词】 血液病; 血液肿瘤; 医院感染; 危险因素; 治疗

【中图分类号】 R733 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1671-9638(2009)06-0434-02

感染是恶性血液病患者最常见的并发症, 已成为严重影响血液病治疗有效率及生存率的重大问题。为了解恶性血液病患者并发感染的临床特征及有效降低相关死亡率的因素, 笔者对本院血液科 2007 年 1 月—2008 年 10 月收治的恶性血液病发生感染的 40 例患者临床特点、治疗转归及影响因素进行总结分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2007 年 1 月—2008 年 10 月本院血液科共收治恶性血液病患者 67 例, 其中有 40 例(60 例次)并发感染; 男 24 例, 女 16 例; 年龄 6~77 岁, 平均(45.58±3.06)岁; 急性白血病 30 例(75.00%), 非霍奇金淋巴瘤 4 例(10.00%), 多发性骨髓瘤 3 例(7.50%), 骨髓增生异常综合征—难治性贫血 2 例(5.00%), 慢性淋巴细胞白血病 1 例(2.50%)。

1.2 治疗方法 积极治疗原发病, 包括化学治疗(化疗), 给予环孢霉素、雄激素及糖皮质激素等, 积极规范抗感染治疗并根据白细胞计数情况加用粒细胞集落刺激因子(G-CSF), 静脉丙种球蛋白等支持治疗。在体温正常、感染症状缓解 72 h 后停用抗菌药物。

1.3 诊断标准 本组恶性血液病诊断及疗效标准参照文献[1]; 医院感染诊断按卫生部 2001 年颁发

的《医院感染诊断标准(试行)》[2]执行。

1.4 统计学处理 采用 χ^2 检验对相关数据进行统计分析。

2 结果

2.1 感染部位 40 例恶性血液病患者感染部位分布见表 1。

表 1 40 例恶性血液病患者感染部位分布

感染部位	例次	构成比(%)
上呼吸道	23	38.34
肺部	13	21.67
皮肤、肛门	8	13.33
胃肠道	9	15.00
菌血症	2	3.33
其他	5	8.33
合计	60	100.00

2.2 感染部位菌群分布 对 40 例合并感染者分别进行血液、痰、咽拭子等病原学培养。病原学培养阳性 13 例, 其中咽拭子、痰标本培养革兰阴性(G^-)菌 6 例(46.15%), 主要为铜绿假单胞菌、奇异变形杆菌、大肠埃希菌、阴沟肠杆菌、其他肠杆菌科细菌、类产碱假单胞菌; 脑脊液、咽拭子培养真菌 3 例(23.08%); 肛门、鼻腔分泌物培养革兰阳性(G^+)菌 2 例(15.38%); 血培养阳性 2 例, 为金黄色葡萄球

【收稿日期】 2009-06-11

【作者简介】 卢常青(1973-), 男(汉族), 江西省高安市人, 主治医师, 主要从事血液病学研究。

【通讯作者】 彭莉 E-mail: pl2008456@yahoo.cn

菌、表皮葡萄球菌。

2.3 危险因素分析

2.3.1 年龄 6~59 岁组与 ≥60 岁组感染率差异无显著性,见表 2。

表 2 不同年龄段感染率比较

年龄(岁)	感染数(例)	未感染数(例)	感染率(%)	χ^2	P
6~59	31	22	58.49	0.15	>0.05
≥60	9	5	64.29		
合计	40	27	59.70		

2.3.2 疾病类别 急性白血病患者感染率显著高于非急性白血病患者,见表 3。

表 3 急性白血病与非急性白血病患者感染率比较

白血病	感染数(例)	未感染数(例)	感染率(%)	χ^2	P
急性	30	7	81.08	15.70	<0.01
非急性	10	20	33.33		
合计	40	27	59.70		

2.3.3 原发病缓解与未缓解 原发病缓解组感染率显著低于未缓解组,见表 4。

表 4 原发病缓解组与未缓解组感染率比较

原发病	感染数(例)	未感染数(例)	感染率(%)	χ^2	P
缓解组	12	23	34.29	19.67	<0.01
未缓解组	28	4	87.50		
合计	40	27	59.70		

2.4 治疗与转归

2.4.1 治疗 40 例患者初诊、无细菌培养结果时采用经验性治疗,给予第三代头孢或加用氨基糖苷类抗生素,72 h 后体温未降者改用第四代头孢或加用碳青霉烯类或联用抗 G⁺ 球菌的万古霉素治疗,48 h 后仍发热或发现有真菌感染迹象者,加用抗真菌药物治疗并根据药敏结果调整抗生素。40 例合并感染者中,有 26 例给予抗真菌治疗,均有效。根据白细胞情况加用 G-CSF、丙种球蛋白及输血等支持治疗 26 例,其中 20 例(76.92%)有效。

2.4.2 转归 40 例并发感染者,治疗好转与缓解 32 例(80.00%),病死 1 例(2.50%),自动出院 7 例(17.50%)。

3 讨论

恶性血液病患者本身的免疫功能较低,加之化疗及免疫抑制剂、糖皮质激素等治疗,更加重了患者的免疫损伤,使其成为医院感染的易感人群^[3]。感

染的发生已成为病情恶化、患者死亡的重要原因。

本资料表明,在感染因素中,原发病能否缓解是导致感染的主要因素,其中急性白血病患者发生感染率(81.08%)最高。当患者出现发热就应注意查找感染灶,尽早发现患者局部病灶的感染并留取标本培养病原菌,同时做药敏试验。药敏结果对指导抗菌药物治疗至关重要,可以减少因经验性抗菌药物治疗引发的耐药。

在控制细菌感染的同时也不能忽视抗真菌、抗病毒治疗。近年来,侵袭性真菌感染在血液恶性肿瘤中的发病率增多并高于其他并发症^[4]。本资料中,真菌培养阳性率为 23.08%,仅次于 G⁻ 菌感染。40 例合并感染的患者中,有 26 例给予了抗真菌治疗,均有很好的疗效。本院忽视了对厌氧菌的培养和治疗。目前临床经验治疗仅能覆盖一半的厌氧菌血症,而近年来厌氧菌耐药性的出现使经验性治疗面临挑战,应加以重视^[5]。

恶性血液病患者粒细胞减少的程度及时间与感染的发生率密切相关,并影响预后。Lyman 等^[6]认为使用 G-CSF 可降低因肿瘤行大剂量化疗而导致的粒细胞减少并发感染及感染相关死亡率。化疗后粒细胞减少并发感染,应立即予以“足量、有效、联合”的抗菌药物治疗,并在此基础上联合使用 G-CSF 及丙种球蛋白,对控制感染,降低病死率具有非常重要的意义。

对恶性血液病患者粒缺及感染期应加强环境保护,有效控制感染因素,如加强消毒隔离,医护人员及任何与患者接触的人员均需认真洗手,患者避免食用未经加工的食物,同时要加强支持治疗,纠正贫血,预防出血,降低感染病死率。

[参考文献]

- [1] 张之南,沈澍. 血液病诊断及疗效标准[M]. 3 版. 北京:北京科学出版社,2007:106-122;157-161.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[S]. 北京,2001:13.
- [3] 肖扬,李颂文,宋朝阳,等. 恶性血液病并发院内获得性肺炎临床分析[J]. 中华医院感染学杂志,1999,9(2):93-94.
- [4] 尹有宽,张继明,黄玉仙,等. 医院内深部真菌感染的前瞻性调查[J]. 中华医院感染学杂志,2004,14(11):1308-1310.
- [5] 张凤华,王大利. 血培养阳性标本病原菌分布及耐药性分析[J]. 中国感染控制杂志,2008,7(6):412-415.
- [6] Lyman G H, kuderer N M, Djubovic B. Prophylactic granulocyte colony-stimulating factor in patients receiving dose-intensive cancer chemotherapy: a meta-analysis[J]. Am J Med, 2002,113:766-768.