

介入术后发热的流行病学调查与分析

Epidemiological investigation on fever after intervention operation

齐敏(QI Min), 刘秋丽(LIU Qiu-li), 史文宗(SHI Wen-zong)

(秦皇岛市第一医院, 河北 秦皇岛 066000)

(No. 1 Hospital of Qinhuangdao, Qinhuangdao 066000, China)

【摘要】 了解介入术后发热的流行病学特点及危险因素。采用回顾性调查方法, 对某院 2005 年接受介入术检查和治疗的 142 例患者病历资料进行发热流行病学调查与分析。142 例患者中, 介入术后发热 28 例(19.72%), 其中有 4 例(占 14.29%)确定为医院感染, 医院感染率为 2.82%。年龄 ≥ 65 岁(33.33%)、恶性肿瘤(34.48%)、植入和灌注栓塞术(34.72%)、抗菌药物应用达 2~3 种(52.38%)、住院时间 ≥ 7 d(56.10%)者发热率显著高于年龄 < 65 岁(13.40%)、其他疾病(9.52%)、其他介入方法(4.29%)、使用 1 种抗菌药物(14.05%)、住院时间 < 7 d(4.95%)者, 两两比较, 差异均有显著性($P < 0.01 \sim 0.005$)。提示高龄、恶性肿瘤、植入和灌注栓塞术、抗菌药物应用种数、住院时间长是介入术后发热的主要危险因素。

【关键词】 介入诊疗术; 发热; 危险因素; 医院感染

【中图分类号】 R441.3 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1671-9638(2009)04-0283-02

介入放射学是在医学影像设备引导下, 将特殊的器械引入人体作诊断和治疗。虽然在我国起步较晚, 但发展很快, 现作为诊断和治疗手段已广泛应用于临床^[1]。介入诊疗技术多采用的是穿刺、植入、插管等侵入性操作方法, 属发生医院感染的高危因素之一^[2-3]。在日常医院感染监测中发现介入术后发热的病例较多, 而按卫生部《医院感染诊断标准(试行)》确定为医院感染的病例并不多见。为了解介入术后发热的流行病学特点及相关因素, 笔者对本院 2005 年住院接受介入诊疗术的患者进行了调查分析, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 2005 年住院接受介入术诊断和治疗的 142 例患者。

1.2 调查方法 采用回顾性调查分析方法。调查内容包括年龄、性别、原发病、介入诊疗方法、一般情况、抗菌药物应用等。介入术后体温 $\geq 38^\circ\text{C}$, 发热 ≥ 3 d 确定为发热病例。

2 结果

142 例介入术患者中, 术后发热 28 例(19.72%), 其中有 4 例(占 14.29%)确定为医院感染, 医院感染率为 2.82%。介入术后发热的危险因素见表 1。

表 1 介入术后发热危险因素分析

危险因素	调查例数	发热例数	发热率(%)	χ^2	P	
年龄(岁)	< 65	97	13	13.40	7.71	< 0.01
	≥ 65	45	15	33.33		
原发病	其他疾病	84	8	9.52	13.50	< 0.01
	恶性肿瘤	58	20	34.48		
介入方法	其他方法	70	3	4.29	20.77	< 0.01
	植入和灌注栓塞术	72	25	34.72		
使用抗菌药物(种)	1	121	17	14.05	14.28	< 0.005
	2~3	21	11	52.38		
住院时间(d)	< 7	101	5	4.95	49.19	< 0.005
	≥ 7	41	23	56.10		

【收稿日期】 2008-05-21

【作者简介】 齐敏(1960-), 女(汉族), 河北省秦皇岛市人, 主管护师, 主要从事医院感染管理研究。

【通讯作者】 齐敏 E-mail: qimin6068@yahoo.com.cn

3 讨论

发热是多种疾病常见的临床表现之一,尤其是感染性疾病最为常见。介入诊疗技术多为侵入性操作,是发生医院感染的高危因素,应引起我们的重视^[4]。分析发热原因并采取相应措施,预防医院感染,控制发热,可增强疾病诊断和治疗的效果。

3.1 年龄与发热 ≥ 65 岁者介入术后的发热发生率(33.33%)明显高于 < 65 岁者(13.40%)。老年患者机体各项功能衰退,抗病能力降低,易患各种疾病。高龄与发热有关。

3.2 原发病与发热 恶性肿瘤患者的发热发生率(34.48%)明显高于其他疾病患者(9.52%)。恶性肿瘤患者由于机体的消耗,各项功能急剧下降,抵抗力降低,易发生感染。

3.3 介入方法与发热 植入和灌注栓塞术患者发热发生率(34.72%)明显高于其他介入方法者(4.29%)。本次调查中的4例医院感染病例均为接受了植入术的患者。体内植入异物可产生排异反应,加之手术的消毒措施及无菌操作技术不当,易引起发热。介入术后肿瘤组织的坏死、变性、吸收及栓塞后综合征都可使患者出现发热。另外,恶性肿瘤的病损程度、诊疗的方法和结果过程中的多个非感染因素亦可引起发热,但这些因素和上述各种因素

间存在混杂和交互作用,是介入术后感染率和介入术后发热率出现明显差异的原因。

3.4 住院时间与发热 住院时间长(≥ 7 d)者发热率高,可能与病情、感染等因素有关。

本调查资料表明,高龄、恶性肿瘤、植入和灌注栓塞术、抗菌药物应用种数、住院时间长是介入术后发热的主要危险因素。与以往医院感染调查的流行病学特点及分析的危险因素相吻合。从预防医院感染入手,加强对老年及重症患者的护理,增强其抵抗力是不可缺少的重要环节^[5];严格进行消毒灭菌和无菌操作^[6],合理使用抗菌药物,是减少和控制介入术后发热的关键。

[参考文献]

- [1] 秦明秀,刁国平. 临床介入核医学[M]. 天津:天津科学技术出版社,1997:1-5.
- [2] 任南,文细毛,吴安华,等. 178所医院医院感染危险因素调查分析[J]. 中国感染控制杂志,2003,2(1):6-8.
- [3] 王琳,王菊芳. 2268例次医院感染患者的易感因素分析[J]. 中华医院感染学杂志,2004,14(5):511-513.
- [4] 刘振声,金大鹏,陈增辉. 医院感染管理学[M]. 北京:军事科学出版社,2000:734-735.
- [5] 蒋景华,陈文光,章泽豹,等. 肿瘤患者医院感染的分析与预防措施[J]. 中华医院感染学杂志,2007,17(11):1373-1374.
- [6] 李麟荪,贺能树,周英华. 介入放射学-基础与方法[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:38-45.

(上接第287页)

硬毛刷去除溶解的锈蚀物并进行充分冲洗。除锈剂的浸泡效果随着使用时间及浸泡器械量和次数而逐渐降低,故更换除锈剂稀释液应根据实际工作情况而定,本院为每周更换2次。

3M除锈剂是通过与氧化物产生反应,以氧化还原的原理除锈。配制除锈剂时,最好在通风处进行,操作人员要注意自身保护,戴口罩、护目镜、手套,避免与液体直接接触,以防损害皮肤与黏膜。一旦液体接触皮肤,须立即用流动清水冲洗15 min或用生理盐水多次反复冲洗。配制好的除锈剂应置于加盖的容器内,避免挥发致浓度降低。

3M除锈剂可用于各类医疗器械的除锈,是

保证清洗质量的有效措施。只要能正确使用并注意自身防护,除锈剂可使医疗器械清洗质量取得比较满意的效果,同时又节省人力、物力,值得推广。

[参考文献]

- [1] 孙雪莹,王华生,宋婉丽,等. 消毒供应室对再生医疗器械的全程质控管理[J]. 中华医院感染学杂志,2004,14(12):1398-1399.
- [2] 张秀奎,曹力,张芳,等. 消毒供应室工作的质量管理[J]. 中华医院感染学杂志,2002,12(1):65-66.