

老年人社区获得性肺炎临床表现分析

罗 艳

(云南省安宁市中医院 云南安宁 650300)

摘要：目的 分析老年人社区获得性肺炎(CAP)的临床表现与饮酒的关系。方法 以我院2017~2019年间住院的老年CAP患者为研究对象，收集临床资料，通过病例对照研究，分析饮酒对临床表现、病原分布、疾病转归的影响。结果 饮酒组中肺炎链球菌感染率较高，重症肺炎比例较高。结论 老年CAP的严重度、病原特点与饮酒有一定关系。

关键词：社区获得性肺炎 病原学 饮酒

中图分类号：R563.1 文献标识码：A 文章编号：1773-5611(2009)05-(0010)-(03)

社区获得性肺炎(CAP)是收住呼吸科病房中的常见病，有较高的发病率和病死率，据估计其年发病率 0.2%~1.2%[1]。在美国，CAP 在主要致死病因中占第 6 位，是第 1 位的感染性疾病，普遍认为，CAP 的严重性受年龄、机体免疫状况，并发症及不良习惯等因素的影响，曾有研究表明，饮酒者更易发生感染，尤其是 CAP 和脓毒血症，本文总结了 123 例老年 CAP 住院患者的临床资料，进行病例对照研究，分析饮酒与老年人 CAP 的临床表现的关系，了解有无特异性。

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集 2017 年 12 月至 2019 年 8 月我院住院的老年 CAP 住院患者的临床资料，入选标准：年龄 65 岁；符合 CAP 诊断标准。排除标准[2]：严重免疫抑制如血液病、艾滋病、骨髓的移植后的患者；细胞减少症或正在被化疗的患者；肺部肿瘤引起的阻塞性肺炎，共收集患者 123 例，其中男 87 例。年龄 60-82 岁，平均(69.08±7.18)岁，女 36 例，年龄 65-91 岁，平均(72.41±7.32)岁，所有患者分为 2 组，饮酒组 45 例，不饮酒组 78 例。分组标准：饮酒组患者为入院前至今近 2 年内及以上每天饮酒>100g；不饮酒患者为入院前患者既往无饮酒史，或偶尔饮酒者。

1.2 方法

收集以下数据：年龄、性别、不良习惯情况、基础疾病、症状：咳嗽、咳痰、咽痛、呼吸困难；体征：体温、呼吸频率、心率、血压；胸片结果：有无胸腔积液，双侧或多叶病变；实验室指标：包括白细胞计数、C 反应蛋白、血肌酐(Cr)，丙氨酸氨基转移酶(ALT)，天门冬氨酸氨基转移酶(AST)及血气分析结果；住院时间，是否入 ICU，有无并发症，是否需要机械通气及转归，分别按以下标准评估 CAP 的严重程度：PORT 分级分为 I-V 级；CURB-65 评分，分为 3 组，即以下 5 个核心的危险因素[意识障碍、呼吸频率 30 次/分、血压下降 (SBP<90mmHg 或 DBP 60mmHg)、BUN>7mmol/L 及年龄 65 岁中，有 0 或 1 个危险因素，归为 1 组；有 2 个危险因素，归为 2 组，有 3 个危险因素，归为 3 组；是否重症肺炎，重症肺炎标准：具备 1 项或 1 项以上我国 CAP 诊断治疗指南所列重症肺炎表现，以上数据均采用入院 24h 内的结果[3, 6]。

1.3 病原学诊断

1.3.1 方法 要求所有患者在治疗开始前晨起咳出痰液送革兰氏染色涂片和细菌培养连续 3d，并作血清支原体抗体测定。

1.3.2 仪器及鉴定 痰细菌培养采用法国公司梅里埃公司生产的 Vitck-2 系列全自动微生物鉴定药敏系统。肺炎支原体抗体测定采用日本富士株式会社提供的肺炎支原体抗体诊断试剂盒。

1.4 统计学方法 采用 SPSS11.5 统计软件，对两组的症状、特

征、实验室检查采用 X2 检验。

2 结果

表 1 二组临床特征比较

临床特征	不饮酒组(n=78)	饮酒组(n=45)	P 值
年龄	71±11	69±8	0.063
性别(男/女)	56/31	36/0	0.000
吸烟指数>200	35(44.9%)	17(37.8%)	0.089
症状和体征			
咳痰	43(55.1%)	28(62.2%)	0.093
胸痛	24(30.1%)	19(37.8%)	0.557
呼吸困难	48(61.5%)	33(73.3%)	0.016
呼吸频率	27±8	28±9	0.749
心率	95±14	104±23	0.026
肝酶增高 (ALT 或 AST>40U/L)	7(8.9%)	6(13.3%)	0.181
基础疾病			
COPD	26(33.3%)	20(44.4%)	0.043
肾功能不全	10(12.8%)	7(15.6%)	0.0793
高血压	9(29.5%)	11(24.4%)	0.501
糖尿病	13(16.7%)	9(20.0%)	0.514
心功能不全	15(19.2%)	8(17.8%)	0.703

表 2 两组病原学比较

病原菌	不饮酒组	饮酒组	P 值
病原标本	38(48.7%)	24(53.3%)	0.072
肺炎链球菌	10(12.8%)	11(24.4%)	0.026
流感嗜血杆菌	4(5.1%)	2(4.4%)	0.547
假单胞菌	11(14.1%)	4(8.9%)	0.145
金黄色葡萄球菌	2(2.6%)	3(6.7%)	0.557
革兰氏阴性肠杆菌	10(12.8%)	3(6.7%)	0.113
不典型肺炎	1(1.3%)	1(2.2%)	0.796
混合感染	4(5.1%)	8(17.8%)	0.006

表 3 两组严重度及转归比较

病情评估标准	不饮酒组	饮酒组	P 值
PORT 分级			
II 级	12(15.4%)	7(15.5%)	0.891
III 级	1(14.1%)	8(17.7%)	0.501
IV 级	26(33.3%)	17(37.7%)	0.796

V 级	19(24.4%)	13(28.7%)	0.749
重症肺炎	23(29.5%)	21(46.7%)	0.026
双侧肺炎	10(12.8%)	12(26.7%)	0.003
多叶肺炎	9(11.5%)	17(37.7%)	0.002
呼吸频率>30 次 / 分	22(28.2%)	16(35.5%)	0.514
收缩压 ~<90mmHg	17(21.8%)	10(22.2%)	0.786
舒张压 60mmHg	(5.1%)	4(8.9%)	0.547
入住 ICU	(8.9%)	13(28.9%)	0.010
需机械通气	6(7.7%)	8(17, 8%)	0.002
住院时间	10 ± 8	22 ± 10	0.043
死亡人数	13(16.7%)	8(17.8%)	0.557

临床特征比较表中看出：饮酒组的咳痰、胸痛、呼吸困难症状、心动过速发生率明显高于不饮酒组；合并 COPD 的发生率，饮酒组较高；饮酒组与不饮酒组年龄无明显差异。病原学分布情况：123 例患者，分离出病原菌 62 株，其中革兰阳性菌 26 株，占总数 41.9%，肺炎链球菌最多，其次是金黄色葡萄球菌，乙型溶血性链球菌；革兰氏阴性菌 34 株，占总数 54.8%，其中假单胞菌最多，其次为大肠埃希氏菌，肺炎克雷伯菌及其他肠杆菌科细菌。非典型病原菌 2 例，占总数 3.2%。饮酒组中肺炎链球菌感染率较高，两组的其它病原学分布无明显差异。疾病严重程度和转归表中可看出：饮酒组患者中符合重症肺炎指标的比例较高，PORT 分级无明显差异，入住 ICU 的时间更长，需要机械通气的比例更高，住院时间更长。两组死亡率无明显差异。

3 讨论 众所周知，饮酒是肺炎的一项重要危险因素，酒精损害人类的免疫系统，包括肺的局部病变、细胞介导免疫系统、肺泡巨噬细胞、分叶核白细胞及细胞因子的功能下降、不正确的免疫防御致 B 淋巴细胞功能损害，使产生某些免疫球蛋白增多，某些减低。曾有临床研究表明：酒精摄入，可减低表面活性物质的抗菌能力及细菌定植的清除能力，饮酒患者的抗脂多糖抗体的滴度减低，中和内毒素的能力减低。喂食酒精的小鼠，肺炎球菌在血液中的扩散加快，且细菌一旦扩散，很难清除。本研究发现：与不饮酒患者比较，饮酒组感染肺炎球菌、革兰氏阴性菌的危险性增高，肺炎的严重度更高，所以嗜酒者更易感染，特别是 CAP 和脓毒症，病原菌以克雷伯菌、军团菌及肺炎链球菌多见[4,5]。本文中革兰氏阴性菌多见，与患者均为老年人有关[6]，且我院未能行尿抗原检测，是肺炎链球菌及军团菌感染诊断率不高的原因之一。其次，饮酒组中的患者病情更严重，更多入住 ICU，需机械通气患者更多，需要更长时间静脉用抗生素，住院时间更长，提示我们对有饮酒行为的老年人 CAP 患者应作为重症 CAP 的潜在指标，需特别关注，以正确判断病情，为合理治疗提供依据。此外，国外研究表明饮酒患者即使停止饮酒一年以上，患肺炎的危险性仍高于不饮酒者，提示我们在这类患者中应提高肺炎原菌的接种率，避免疾病过程严重。

参考文献：

[1]孙铁英,刘兵,杨敏.社区获得性肺炎老年住院患者的临床分析[J],中华老年医学杂志,2005;24(2):100~2
 [2]徐坚刚,朱裴钦,陈峰,不同年龄社区获得性肺炎患者的临床特征和治疗分析[J].实用医学杂志,2008;24(1):93~94