

探讨老年肺癌化疗患者合并感染的相关因素及制定预防策略

李艳茹

石家庄市鹿泉人民医院肿瘤科 河北石家庄 050200

【摘要】目的：探讨老年肺癌患者化疗过程中发生感染的影响因素及预防手段。方法：选取20例本院接收的肺癌患者（老年阶段）进行研究，入院时间：2019年10月-2020年10月。根据患者的感染情况将其分成感染组（8例）与非感染组（12例），分析两组个人资料、吸烟史、病理类型、是否合并高血压、化疗方式。对相关感染因素进行分析后，将采用常规护理的10例患者纳入对照组，将根据感染因素实施护理干预的10例患者纳入观察组，分析两组生活质量与自护能力。结果：感染组有吸烟史、病理类型为小细胞肺癌、合并高血压、选择联合化疗的占比分别为75.00%、62.50%、50.00%、62.50%，均较非感染组的16.67%、16.67%、8.33%、8.33%高，差异具有统计学意义（ $t/\chi^2=0.009、0.035、0.035、0.010 < 0.05$ ）；护理后，观察组的生活质量评分与自护能力评分均明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：影响老年肺癌患者化疗发生感染的危险因素包括吸烟史、病理类型、高血压史、化疗方式等，临床需根据此类相关因素做好预防工作，以帮助患者改善预后。

【关键词】老年肺癌；化疗；感染；影响因素；预防策略

肺癌是严重危害人们身心健康的一种恶性肿瘤，主要表现为刺激性干咳、局限性哮鸣音、咯血、血痰等，其发病因素较复杂，有研究指出与大气污染、吸烟、职业因素等有关^[1]。对于老年肺癌患者而言，其身体各器官逐渐衰退，在化疗过程中更容易发生感染等不良事件。但现阶段对于老年肺癌患者化疗时发生感染的影响因素尚未明确，需积极了解其中的相关因素，对其预防起关键作用^[2-3]。鉴于此情况，本文主要探讨引起老年肺癌患者化疗时合并感染的因素及预防方式，报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究所选择的对象为2019年10月-2020年10月进入本院接受化疗治疗的老年肺癌患者，共20例，以是否发生感染为分组依据，将其分成两组。感染组8例，包括5例男性患者与3例女性患者；年龄为50-70岁，平均（61.23 ± 5.01）岁。非感染组12例，其中男8例，女4例；其年龄在51-70岁之间，平均年龄为（61.37 ± 5.12）岁。

1.2 方法

收集两组的个人资料（性别、年龄、病程）、有无吸烟史、合并高血压情况、化疗方式等，并对以上因素进行分析、比较。

1.3 观察指标

根据综合生活质量量表（GQOLI-74）、自我护理能力测定量表（ESCAS）分别对两组护理前后生活质量、自护能力进行分析，GQOLI-74包括躯体功能、社会功能、心理功能、物质生活4个评估维度，各维度分值均为0-100分，评分与生活质量呈正相关；ESCAS的评估维度包括自我责任感（0-24分）、自我护理技能（0-48分）、健康知识水平（0-68分）、自我概念（0-32分），评分越高代表自护能力越好。

1.4 统计学方法

应用SPSS 22.0统计软件进行数据处理，以双侧 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2. 结果

2.1 感染因素分析

两组在性别、年龄等个人资料的对比上无显著性差异（ $P > 0.05$ ）；在吸烟史、小细胞癌、高血压史、联用化疗药物占比的比较上感染组明显高于非感染组（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 影响老年肺癌化疗患者合并感染的因素分析[n(%), ($\bar{x} \pm s$)]

项目	感染组 (n=8)	非感染组 (n=12)	t/ χ^2 值	P值
性别	-	-	-	-
男	5 (62.50)	8 (66.67)	0.037	0.848
女	3 (37.50)	4 (33.33)	0.037	0.848
年龄	61.23 ± 5.01	61.37 ± 5.12	0.060	0.953
病程	3.45 ± 0.21	3.56 ± 0.24	1.053	0.306
吸烟史	-	-	-	-
有	6 (75.00)	2 (16.67)	6.806	0.009
无	2 (25.00)	10 (83.33)	6.806	0.009
病理类型	-	-	-	-
小细胞肺癌	5 (62.50)	2 (16.67)	4.432	0.035
非细胞肺癌	3 (37.50)	10 (83.33)	4.432	0.035
合并高血压	-	-	-	-
是	4 (50.00)	1 (8.33)	4.444	0.035
否	4 (50.00)	11 (91.67)	4.444	0.035
化疗方式	-	-	-	-
联合化疗	5 (62.50)	1 (8.33)	6.706	0.010
单药化疗	3 (37.50)	11 (91.67)	6.706	0.010

2.2 生活质量对比

通过护理后，两组各项评分均提高，但观察组显著较高，见表2。

2.3 自护能力对比

两组护理后的各项评分均高于护理前，但与对照组相比，观察组较高，见表3。

表2 两组生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	躯体功能	社会功能	心理功能	物质生活
对照组	25	护理前	57.22 ± 4.83	53.21 ± 5.28	49.84 ± 5.53	55.42 ± 5.65
		护理后	68.15 ± 8.95	65.46 ± 7.89	66.41 ± 9.17	69.45 ± 8.07
	t 值	12.025	10.426	10.857	15.430	
	P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	
观察组	25	护理前	57.31 ± 4.85	53.34 ± 5.22	49.75 ± 5.45	55.51 ± 5.59
		护理后	75.77 ± 10.21	77.58 ± 9.95	79.56 ± 10.03	78.53 ± 11.03
	t 值	18.798	15.477	18.327	19.292	
	P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	
	t 护理前组间值	1.264	1.582	2.034	2.651	
	P 护理前组间值	0.892	0.693	0.902	0.954	
	t 护理后组间值	8.587	8.596	9.231	8.302	
	P 护理后组间值	0.000	0.000	0.000	0.000	

表3 两组自护能力评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	自我责任感	自我护理技能	健康知识水平	自我概念
对照组	39	护理前	14.39 ± 1.26	28.47 ± 2.81	25.36 ± 1.59	17.69 ± 2.08
		护理后	18.59 ± 1.82	35.04 ± 3.65	34.35 ± 2.86	23.25 ± 2.71
	t 值	17.691	8.807	17.357	10.264	
	P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	
观察组	39	护理前	14.25 ± 1.13	28.55 ± 2.69	25.58 ± 1.55	17.82 ± 2.01
		护理后	22.97 ± 1.89	38.98 ± 4.02	47.83 ± 4.21	29.83 ± 2.86
	t 值	24.930	16.148	30.873	21.556	
	P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	
	t 护理前组间值	0.717	0.228	0.719	0.181	
	P 护理前组间值	0.807	0.798	0.638	0.780	
	t 护理后组间值	5.865	6.932	16.440	10.329	
	P 护理后组间值	0.000	0.000	0.000	0.000	

3.讨论

肺癌是一种发病率及死亡率较高的疾病，有资料显示长期大量吸烟是造成肺癌的重大原因，并且吸烟不仅会影响本人的肺部功能，还会对周围人群的身心健康造成威胁。针对肺癌，以往临床多建议进行化疗，但肺癌患者多为老年人，肺部功能衰退严重，其在化疗过程中很容易发生感染^[4]。此次研究主要分析了老年肺癌化疗患者发生感染的影响因素，发现吸烟史、合并高血压、小细胞肺癌、联合用药化疗等均可直接影响患者发生感染。因此，有必要采取以下防治策略。

①对于有吸烟史的患者，应加强其肺部功能锻炼，调节其呼吸功能，注意清除患者气道内残留的分泌物，合理使用抗生素；指导患者进行有效咳嗽、咳痰，对于排痰困难者可对其进行雾化吸入治疗，必要时予以纤维支气管镜协助排痰^[5]。

②对于合并高血压的患者，既往可能长期服用降压药，而部分降压药可能会对其化疗产生影响，有必要了解其既往用药史，加强监测血压水平，了解其动脉粥样硬化情况。

③在小细胞肺癌患者中，其疾病发展及转移速度较快，并且治疗难度较大，应加强关注患者病情进展情况，建议其进行全身化疗，必要时可配合使用单糖人参皂苷 Rh2，以改善体质，提高肺部耐受程度。

④在化疗过程中，以联合用药的方式可能发挥较好的协同作用，但同时也增加了发生不良反应的可能，因此在化疗前需详细了解患者的机体耐受情况，注重患者营养治疗，满足其营养需求，提升其机体免疫力，同时对化疗方案进行优化，选择增效减毒药物。

综上所述，老年阶段发生肺癌时，在化疗过程中合并感染与吸烟史、是否合并高血压、病理类型（小细胞肺癌）、化疗方式（联合用药）等有关，可参照以上影响因素为患者制定具有针对性的预防方案，以减少肺癌化疗患者感染情况的发生。

参考文献:

[1]杨静翔, 杨时光, 江兵. 肺癌化疗合并院内肺部感染的病原菌特点研究[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(17): 2364-2366.

[2]沈苗红, 施雪菲, 季东翔. 肺癌患者化疗后肺部感染的危险因素分析及其预防措施探讨[J]. 中国现代医生, 2020, 58(24): 100-103.

[3]仰杰, 颜刚林, 高建荣. 肺癌化疗住院患者院内感染危险因素及炎症因子、T 淋巴细胞亚群改变研究[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2020, 17(04): 100-103.

[4]Wang Lili, Li Yan, Zhang Xia, Li Hongxia. Characteristics of nosocomial infection and its effects on the survival of chemotherapy patients with advanced non-small cell lung cancer.[J]. Oncology letters, 2017, 14(6).

[5]徐倩倩, 朱振华. 晚期肺癌化疗患者医院感染的病原学特点及影响因素分析[J]. 临床肺科杂志, 2020, 25(08): 1241-1245.

[6]姚玉华. 肺癌患者放化疗后并发肺部感染的影响因素分析[J]. 中国实用医刊, 2020, 47(11): 45-47.

[7]张建庆, 蔺波. PDCA 循环管理对改善老年晚期肺癌化疗患者的临床症状及其对继发感染的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(87): 333-334.

[8]Bao Qiuhong, Zhou Hua, Chen Xi, Yang Qing, Zhou Jianying. [Characteristics and Influencing Factors of Pathogenic Bacteria in Lung Cancer Chemotherapy Combined with Nosocomial Pulmonary Infection].[J]. Zhongguo fei ai za zhi = Chinese journal of lung cancer, 2019, 22(12).

[9]陈芬. 针对性护理干预对老年晚期肺癌化疗患者继发感染及护理满意度的影响[J]. 临床研究, 2019, 27(07): 174-176.

[10]赵琳琳. 针对性护理干预联合肠内营养支持对老年晚期肺癌化疗患者继发感染发生率及康复的影响[J]. 首都食品与医药, 2018, 25(23): 153.