

# 胃肠恶性肿瘤术后老年患者肺部感染临床分析

顾海霞

上海中医药大学附属龙华医院 上海 200032

**【摘要】**目的：了解老年胃肠道恶性肿瘤患者术后肺部感染的发生情况，为今后的治疗提供可靠的经验，减少肺部感染的发生。**方法**：从2020年4月至2021年9月，随机抽取108名老年胃肠道恶性肿瘤患者。分析肺部感染的相关因素，并根据其原因进行临床分析。**结果**：24名肺部感染，感染率为22.22%。通过相关指标的比较，发现睡眠、胃管滞留和气管插管时间是肺部感染的危险因素。**结论**：为了减少感染的传播，应加强相关患者术后肺部感染的相关因素的监测和预防。

**【关键词】**：胃肠恶性肿瘤；老年患者；肺部感染；临床分析

胃肠道恶性肿瘤是我国最常见的恶性肿瘤，对于老年病人有很大的危险。外科切除术常用于临床。然而，老年患者的免疫力较低，容易发生肺部感染，严重威胁患者的生命安全。因此，为了解老年胃肠道恶性肿瘤患者术后肺部感染的临床情况，选取本院108名患者的临床资料进行回顾性分析。结果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

回顾性分析2020年4月至2021年9月我院就诊的老年胃肠道恶性肿瘤患者108例。其中男性患者62例，女性患者56例。年龄58-76岁，平均年龄(67.47±0.98)岁；其中食道癌例32例，胃癌51例，结肠癌25例。

### 1.2 肺部感染的诊断标准

根据简化的CPIS方法，分值≥5诊断VAP。

体温(摄氏度)分数0：36.5摄氏度-38.4摄氏度，分数1：38.5摄氏度-38.9摄氏度，分数2≥39.0摄氏度以及≤36.0摄氏度；

白细胞(×10<sup>9</sup>/L)分数0：4-11，分数1：少量或化脓，分数2：大量；

PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>(mmHg)分数0：大于240或ARDS，分数1：小于240或无ARDS；

胸部X线分数0：无灌注，分数1：斑点或弥漫灌注，分数2：局部灌注。

分泌物取出方法(1)非侵入性分泌物取样：非侵入性支气管肺泡灌洗；(2)侵入性：经支气管镜的气管支气管吸引、保护性标本刷、支气管肺泡灌洗。

### 1.3 治疗方法

在确定病原菌之前，患者选择广谱抗生素，然后根据药敏结果调整抗生素的敏感性。同时，雾化吸入、改善气道功能等可以辅助症状的治疗。所有患者经鼻导管吸氧，治疗前血氧饱和度均在85%以上。电子支气管镜下支气管肺泡灌洗液，37°无菌盐水30-50ml+丁胺卡那霉素0.2g(或庆大霉素8-12U)。根据痰量和耐受性，每次吸5-8ml，重复2-3次。如有必要，每2-3天加入地塞米松。

### 1.4 观察指标

2020年4月至2021年9月，对108例老年胃肠道恶性肿瘤患者的病历进行回顾性分析，包括患者的年龄、生存期、手术名称、吸氧时间、吸痰时间、留置胃管时间、麻醉方法、气管切开和呼吸。

### 1.5 统计学分析

所有数据均采用SPSS21.0软件进行分析。计数数据(%)应用，Logistic回归分析影响肺部感染的因素。

## 2 结果

### 2.1 胃肠恶性肿瘤术后并发肺部感染情况

在本研究中，108例胃肠道癌患者中，24例并发肺部感染，占20.87%，其中男性31例，女性17例，死亡34例，死亡率70.83%。

### 2.2 胃肠恶性肿瘤患者术后发生肺部感染危险因素分析

老年胃肠道恶性肿瘤患者术后侵袭性肺炎与卧床休息及呕吐的关系相关的肺部感染包括侵袭性外科手术、卧床、呕吐插管、吸氧和插管，如表1所示。

表 1

分组		肺感染	无肺感染	X <sup>2</sup> (t)	P
人数		24	84		
性别	男/女	9月15日	53/31	0.097	>0.05
年龄		68.1±10.8	62.7±9.8	8.342	<0.01
侵入性操作	吸痰	68%	32%	14.059	<0.01
	气管切开	100%	7.40%	161.258	<0.01
	使用呼吸机	100%	11.90%	124.158	<0.01
呕吐		80.90%	24.80%	32.754	<0.01
卧床 (t)	≥5	78.60%	17.90%	27.958	<0.01
	<5	20.70%	83.10%		
置管时间	≥4	76.90%	12.90%	35.982	<0.01
	<4	15.90%	11.90%		
	无	6.80%	21.90%		
吸氧(天)	≥3	76.80%	24.60%	39.895	<0.01
	<3	10.30%	14.90%		
	无	10.80%	69.80%		
气管插管(天)	≥3	80.60%	8.70%	51.852	<0.01
	<3	8.60%	22.90%		
	无	10.30%	67.80%		

### 2.3 肺部感染死亡相关因素分析

48例胃肠道癌合并肺部感染死亡，死亡率为70.83%。死亡与性别、病原菌、混合感染、菌血症、白细胞计数、职业病、Karnofsky评分、SDS评分及病史的关系，应用无条件Logistic回归分析，白细胞计数和占位性病变是影响胃肠道肿瘤合并肺部感染患者死亡的相关因素。胃肠道肿瘤合并肺部感染详情见表2。

表 2

分组		死亡	健康	X <sup>2</sup> (t)	P
人数		17	7		
性别	男/女	10月7日	4月3日	0.943	>0.05
年龄		68.1±10.8	62.7±9.8	6.087	<0.01
病原体	细菌	12	4	1.197	<0.01
	真菌	3	1		
	结核杆菌	2	2		

混合感染		2	0	0.482	>0.05
菌血症		1	0	3.959	<0.05
血 WBC	>10×10 <sup>9</sup> /L	3	2	5.984	<0.05
	(4.0~10)×10 <sup>9</sup> /L	2	3		
	<4.0×10 <sup>9</sup> /L	2	0		
X线病变	局限性	1	2	15.925	<0.01
	弥漫性	5	0		
既往史	高血压	4	1	0.464	>0.05
	糖尿病	1	0	3.842	<0.05
	冠心病	10	2	5.324	<0.05
	脑卒中	2	4		
评分状况	Karnofsky 评分	39.7±9.6	72.6±17.6	14.841	<0.01
	SDS 评分	79.3±9.2	45.7±7.6	12.092	<0.01

### 3 讨论

随着我国医学技术的发展，胃肠道恶性肿瘤的治疗水平不断提高。外科治疗是临床常见的治疗方法。然而，这种治疗导致继发性免疫缺陷的病例显著增加。虽然手术治疗效果良好，但病人必须在手术后长时间卧床休息。此外，随着年龄的增长，老年人的功能呈下降趋势，肺功能受损，免疫功能下降。为降低老年患者术后肺部感染的发生率，应加强常规X线检查、细胞监测、痰培养等病原学检查。然后采取有效的治疗。

随着器官移植和恶性肿瘤治疗的发展，继发性免疫缺陷病患者越来越多。感染已成为影响疾病康复的主要因素，肺部感染是最常见的。老年胃肠道恶性肿瘤术后并发症为肺部感染。老年患者免疫功能低下，呼吸生理防御功能低下，肺功能老化，肺部感染后死亡率高。老年胃肠道恶性肿瘤患者免疫功能低下。此外，许多外科手术、放疗、化疗以及各种抗生素的使用加重了肺部感染的状况，增加了死亡率。老年胃肠道恶性肿瘤患者肺部感染已成为一个重要的医学问题。

回顾性分析我院108例老年胃肠道恶性肿瘤患者的手术治疗情况。肺炎病例统计目的为分析肺部感染的危险因素及相关死亡因素。结果表明，胃肠道肿瘤并发肺部感染的相关因素包括侵袭性手术、卧床、呕吐、插管、吸氧、术后并发症等。气管插管、白细胞计数和占位性病变是胃肠道肿瘤合并肺部感染患者死亡的相关因素。侵入性手术导致肺部感染。侵入性手术不仅造成损伤，而且大大增加了交叉感染的机会。局部感染和炎症导致细菌进入肺部并引起肺部炎症。此外，患者伤口疼痛，容易导致强迫性表面呼吸，长期表面呼吸容易导致痰积聚，导致肺部感染。

总之，老年胃肠道恶性肿瘤患者术后肺部感染风险较高，应积极临床防治，采取有效措施降低老年患者术后肺部感染的发生率，降低死亡率。

### 参考文献:

- [1] 王小营,李忠东.临床药师参与老年肺部感染合并结构性肺病患者会诊的回顾性分析[J].药学服务与研究,2021,21(03):209-215.
- [2] 邹磊,武玉栋,李文静.床旁支气管镜在基层医院老年脑卒中后遗症合并肺部感染患者中的临床应用安全性分析[J].中国社区医师,2021,37(16):75-76.
- [3] 杨发展.老年肺部感染患者吸入性肺炎发生的临床特征及影响因素分析[J].内蒙古医学杂志,2020,52(06):693-694.
- [4] 张剑,万颖,黄图城.老年肺部感染合并多器官功能衰竭患者临床预后的影响因素分析[J].广西医学,2020,42(04):429-432