

# 肺癌合并肺部感染76例诊治分析

陈洪兴 刘云安 李云菁 王 卫 李广宇 张成文 苏国贤 庞子娟 花其萍

广西医科大学第九附属医院 广西壮族自治区北海市人民医院肿瘤科,广西北海 536000

**[摘要]** 目的 针对肺癌合并肺部感染的临床特点进行分析,为临床诊疗提供依据。方法 选取笔者所在医院 2009 年 2 月~2011 年 2 月期间收治的 76 例肺癌合并肺部感染患者病例资料,分析其病原菌特点及药敏试验情况。结果 患者痰液、胸腔积液及血液进行病原菌检查,共检出病原菌 63 株,以大肠埃希菌、凝固酶阴性葡萄球菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌、包曼不动杆菌常见。结论 对肺癌合并肺部感染的患者应及时控制引起感染的原因,并治疗肺部感染。

**[关键词]** 肺癌;肺部感染;临床治疗;病原菌

**[中图分类号]** R734.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2095-0616 (2012)20-245-02

原发性支气管肺癌是近年来常见的恶性肿瘤之一,患者常因肿瘤阻塞导致支气管排痰不畅,或放、化疗阶段患者机体免疫低下造成肺部感染<sup>[1]</sup>。肺部感染成为导致肺癌患者死亡的主要原因,是医师较为重视的治疗重点。笔者临床工作期间对收治入院的 76 例肺癌合并肺部感染的患者临床资料进行分析,总结诊治特点,现将具体结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

笔者所在医院 2009 年 2 月~2011 年 2 月期间收治的 76 例肺癌合并肺部感染患者为研究对象。其中男 48 例,女 28 例;年龄 36~75 岁,平均(53.4±2.5)岁;临床分期根据 WHO 的 TNM 分期:Ⅰ期 9 例,Ⅱ期 12 例,Ⅲa 期 16 例,Ⅲb 期 18 例,Ⅳ期 21 例。其中 27 例进行了手术治疗,16 例进行放疗,33 例进行了化疗。

### 1.2 诊断标准

肿瘤诊断标准:经纤维支气管镜检查、胸膜活检、经皮肺穿或淋巴结活检等确诊为肺癌。肺部感染诊断:肺部感染患者有发热、咳嗽、咳痰等临床症状;肺部听诊有湿性啰音;血常规白细胞总数及中性粒细胞增高。肺部 X 线检查有片状阴影或阻塞性肺炎;排除肺栓塞、肺水肿、间质性肺病、肺结核等。病原学诊断分离致病菌及病原体<sup>[2]</sup>。

### 1.3 临床表现

本组病例中咳嗽、咳痰者分别为 57 例(75%)、36 例(47.37%),咳血 29 例(38.16%),发热 24 例(31.58%),胸痛 16 例(21.05%),呼吸困难 22 例(28.95%);体征:肺部湿性啰音 43 例(56.58%),干性啰音 23 例(30.26%)。检查情况:外周白细胞计数升高者 51 例(67.11%),白细胞总数下降 8 例(10.53%),正常 17 例(22.37%),影像学检查提示肺部渗出性改变或肺部阴影 64 例(84.21%)。

### 1.4 治疗

全部病例先根据临床经验用药,常选用哌拉西林或第三代头孢菌素联合氨基糖甙类或喹诺酮类,β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂联合氨基糖甙类或喹诺酮类。然后根据药物敏感试验结果及初步治疗反应调整药物,合并真菌感染者选用氟康唑静滴或口服,同时注重基础疾病及并发症的处理,加强支持治疗。抗菌治疗时间 7~25 d,治愈 26 例,好转 31 例,死亡 19 例。

## 2 结果

### 2.1 病原学检查分布情况

本组病例中,对患者痰液、胸腔积液及血液进行病原菌检查,共检出病原菌 63 株,以大肠埃希菌、凝固酶阴性葡萄球菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌、包曼不动杆菌常见。具体分布情况见表 1。

表1 63株病原菌分布情况

病原菌	株数	比例(%)
大肠埃希菌	13	20.6
凝固酶阴性葡萄球菌	10	15.9
肺炎克雷伯菌	8	12.7
铜绿假单胞菌	6	9.5
包曼不动杆菌	5	7.9
金黄色葡萄球菌	4	6.3
肺炎链球菌	4	6.3
阴沟肠杆菌	3	4.8
溶血葡萄球菌	2	3.2
真菌	7	11.1
其他	1	1.6

### 2.2 常见致病菌种类耐药情况

表中可以看出大肠埃希菌对庆大霉素较为敏感,凝固酶阴性葡萄球菌对苯唑西林、头孢唑林较为敏感,肺炎克雷伯菌对庆大霉素较为敏感,铜绿假单胞菌对哌拉西林/他唑巴坦较为敏感,鲍曼不动杆菌对头孢唑林及庆大霉素较为敏感。见表 2。

## 3 讨论

肺癌合并肺部感染临床表现较为复杂,症状不典型,常误诊为肺癌症状,由于多数患者表现低热及无发热,少部分高热起病,有时消化道、精神系统症状为首表现。对于肺癌患者一旦出现不明原因的系统症状,应详细检查,以免漏诊。

在本组病例研究中,临床确诊后多根据经验用药抗感染治疗,通常采用三代头孢联合喹诺酮类抗生素、青霉素联合氨基糖甙类等,在治疗后 48~72 h 进行评估,如临床症状发热、呼吸道症状改善,则认为有效,继续治疗方案<sup>[3]</sup>。治疗 72 h 后临

表2 主要致病菌抗生素耐药率（%）

抗生素	大肠埃希菌	凝固酶阴性葡萄球菌	肺炎克雷伯菌	铜绿假单胞菌	包曼不动杆菌
苯唑西林	—	78.2	—	—	—
头孢唑林	56.8	73.6	65.	46.8	82.6
头孢他啶	43.2	—	50	26.8	54.6
哌拉西林/他唑巴坦	26.8	—	45	60	36.3
庆大霉素	70	68.9	80	54.4	82.9
左氧氟沙星	57	34.7	60	13.4	63.5
亚胺培南	0.68	—	5	—	9.2
万古霉素	—	0	—	—	—

床症状恶化可更换抗生素药物,力争尽快控制感染。病原学检查结果得出后,根据结果调整用药,常规情况下,临床治疗后肺部啰音消失,咳嗽等呼吸道症状改善即可考虑停药,临床需结合肺部啰音吸收情况及白细胞水平恢复情况决定是否延长抗生素使用<sup>[4]</sup>。合并真菌感染者可选择应用氟康唑、伊曲康唑等抗真菌治疗,在治疗肺部感染的同时,应注重原发病的治疗,如身体免疫力差,可酌情给予支持治疗,脂肪乳、复方氨基酸等治疗<sup>[5]</sup>。本组病例治疗用药时间为7~25 d。

治疗结果中可以看出,肺癌合并肺部感染,抗感染治疗效果不佳,治愈率欠提高,分析原因可能与下列因素有关:(1)肺癌肿瘤引起梗阻,导致呼吸道分泌物如痰液等排出困难,肺动脉血流不足造成药物浓度降低;(2)开胸手术后切口疼痛导致患者咳嗽反应下降,痰液排出受阻;多次化疗导致身体免疫力下降,营养摄入减少导致机体免疫功能下降。(3)肺部纤维化造成肺部血供减少,呼吸道防御屏障受损<sup>[6]</sup>;(4)晚期患者出现恶液质,免疫功能极度下降。近年来滥用抗生素情况严重,细菌耐药菌株增加,耐药率上升。因此,笔者认为,在治疗中尽早进行病原学检查,根据结果调整药物,

对出现骨髓抑制患者及早应用升白药物,加强免疫支持,对于长期应用广谱抗生素治疗效果不明显者注意加用抗真菌药物治疗。

[参考文献]

[1] 赖月平,邱志坚. 肺部真菌感染 54 例临床分析[J]. 重庆医学,2010,39 ( 13 ): 1691-1692.

[2] 中华医学会呼吸病学会. 医院获得性肺炎的诊断和治疗指南[J]. 中国临床医生,2001,29 ( 3 ): 27-29.

[3] 董礼文,黄强,杨勇. 老年肺癌患者术后并发肺部感染的相关因素及治疗[J]. 中华医院感染学杂志,2011,21 ( 9 ): 1766-1767.

[4] Micek ST, Kollef KE. Health care-associated pneumonia and community-acquired pneumonia: a single-center experience[J]. Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2007, 51 ( 10 ): 3568-3573.

[5] 王貽军,许慎,蔡友鹏. 肺癌合并肺部感染的治疗体会[J]. 中国肿瘤临床与康复,2009,16 ( 2 ): 175-176.

[6] 雷莉莉. 肺癌晚期合并肺部感染的临床研究[J]. 临床肺科杂志,2011,16 ( 10 ): 1559-1560.

( 收稿日期: 2012-07-05 )