维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

腹部手术后霉菌性败血症 9 例分析

贵州市遵义地区医院普外科 主鹤亭
(贵州遵义,邮政编码 563002)

我科从 1986 年 5 月至 1996 年 4 月腹部手术后并发霉菌性败血症 9 例,经诊治死亡 7 例,治愈 2 例。现报告如下。

临床资料

本组男性 5 例,女性 4 例,年龄 27～50 岁 7 例,60 岁以上 2 例。

原发病及术后并发症:脾亢 2 例;术后并发脾窝脓肿、胃癌 1 例;术后并发残端漏、梗阻性黄疸 2 例;并发胆汁性腹膜炎 1 例,并发十二指肠癌 1 例、绞榨性肠梗阻 1 例;并发腹腔感染、直肠癌 1 例;并发吻合口漏、重症胰腺炎 2 例;并发腹腔感染 1 例,并发胰癌 1 例。

抗感染治疗经过:本组病人均有长期大剂量应用抗生素及肾上腺皮质激素史。先后或同时应用抗生素 7 种者 1 例,6 种者 3 例,5 种者 2 例,最少 3 种者占 3 例。用药时间最短 12 天,最长 47 天。应用激素 2 种者 7 例,1 种者 2 例,最短 7 天,最长 24 天。

结果:本组先后血培养出白色念珠菌 5 例,氟状菌 1 例,酵母菌 3 例。培养 4 次 6 例,培养 3 次 2 例,培养 1 次 1 例。死亡 7 例,治愈 2 例。

讨 论

随着抗生素的不断更新和临床上的广泛应用,术后并发霉菌感染的情况日益增高。外科病人、并发霉菌感染的发生率据 Richards[1]不同年份统计报告分别为 2%、4%、16%,呈递增趋势。病原菌中念珠菌占 52.7%、酵母菌占 25%。其它尚有曲菌、新型隐球菌、毛霉菌等。本组培养出白色念珠菌 5 例,氟状菌 1 例,酵母菌 3 例。

术后并发霉菌性败血症的发病原因,我们分析认为一是由于原发病及手术的打击降低了病人机体抵抗力或免疫力,造成术后霉菌感染。更重要的是不合理的抗生素和肾上腺皮质激素的滥用,二者的结合是引起霉菌性败血症发生的重要因素。Moore 认为抗生素具有直接促霉菌生长作用。Boger 认为抗生素可加强霉菌毒性。Stone[2]报道应用新的高效抗生素者中,几乎有 12%的病人产生白色念珠菌败血症。本组病人均为术后发生较严重并发症,为寻求有效的控制或预防感染,忽视了抗生素的合理应用原则,或选用不恰当抗生素。长期多种抗生素大剂量联合应用,造成机体正常菌群平衡失调或易位,直接促使了霉菌生长,加强了霉菌毒性,最终导致霉菌性败血症的发生。本组最多者同时或先后使用 6 种至 7 种抗生素,最长时间达 47 天,最短也有 12 天,是导致霉菌性败血症发生的直接原因。有人认为同时长期应用肾上腺皮质激素可使病人体内抗体形成减少,淋巴细胞溶解,降低了网状细胞的活力,干扰溶菌酶的释放,成为促成霉菌感染的前置因素。本组有 5 例较长时间应用肾上腺皮质激素,为霉菌的感染起了推波助澜的作用。

腹部较大手术后病人其机体抵抗力和免疫力都明显降低,一旦并发霉菌性败血症,使原来复杂的病情更加复杂化,处理尤为困难,预后极为凶险,治疗不当病死率甚高。Williams[3]报道术后一旦发生霉菌性感染,死亡率高达 70～80%。本组 9 例死亡 7 例,治愈 2 例。因此,我们认为腹部术后并发霉菌性败血症应视为高致命性疾病,在抗生素的合理应用中应引起我们的高度重视。

参 考 文 献

1. Richards KE,et al. SCNA 1972;52(6):1399.
2. Ston HH,et al. Ann S May 1974;179(5):697.
3. Williams RJ. Arch. S 1971;103(1):8.

(收稿日期:1996－11－18)

(上接 43 页)加速新骨形成,使坏死区消失;骨小梁重建,达骨折愈合,且可避免二次手术,减少损伤和痛苦,节约费用。④通过以上观察,我们对新鲜骨折的处理,特别是胫腓骨中下段粉碎性骨折,肱骨干横断骨折及股骨颈骨折,术后常规应用金葡液,促进骨折端的血运重建,提供营养丰富的物质,加速骨折愈合,防止骨折延迟愈合和不愈合的发生。

(收稿日期:1996－12－12)