DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.24.036
第25卷第24期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 24
2003年12月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Dec. 2003

文章编号:1000-5404(2003)24-2249-02

经验交流

1 241例死亡病人中医院感染危险因素分析

Analysis of the risk factors of hospital infection in 1 241 cases after death

邹 英,张 杰,司 文 (第三军医大学附属西南医院质量管理科,重庆 400038)

对我院1999—2002年死亡的1 241例住院病人进行了回顾性医院感染调查分析,其目的是寻找出医院感染的危险因素,建立更有效的预防医院感染措施和方法。

1 资料与方法

1.1 资料来源

1 241份死亡病历均来自我院病案室,其中男性774人,女性467人。1999年死亡178人,发生感染18例(10.11%);2000年死亡338人,发生感染47例(13.90%);2001年死亡337人,发生感染53例(15.72%);2002年死亡388人,发生感染59例(15.20%)。本组年龄最大95岁,最小的1 d,平均52.47岁;住院时间最长353 d,最短的1 d,平均30.39 d。本组基础病前3位的是恶性肿瘤150例占11.60%;重型肝炎140例占10.82%;重度颅脑损伤91例占7.03%。

1.2 方法

采用医院感染流行病学调查方法,制定所需的调查表格,认真查阅病历,记录其住院时间、基础病的情况、感染部位、是否有侵袭性操作(如手术、留置导尿管,动静脉插管,气管切开以及持续吸氧)、诊断治疗经过、检查检验结果、体温记录单、重危护理记录单,逐一登记。诊断标准参照中华医院感染管理专业委员会制定的《医院感染诊断标准》[1]执行。

2 结果

2.1 医院感染情况

本组1999—2002年死亡病人共1 241例,实查率为100%。本组死亡病人发生医院感染177例(14.26%),男140例,女37例。同期出院病人的医院感染率为3.43%,显著低于死亡病人的感染率($P<0.01$)。

感染率较高科室有肿瘤科(33.33%)、烧伤科(30.37%)、脑外科(28.26%)、肾科(20.51%)、肝胆科(20.21%)等。

2.2 医院感染部位构成比

见表1。

2.3 抗生素使用情况

177例感染病例使用过抗生素的172人占医院感染病人的97.17%,使用过1种抗生素占11.61%;使用过2种抗生素的占24.77%,使用过3种抗生素的占33.16%,使用过4种以上抗生素的30.46人占97.17%,不同的科室联合用药的方式不同,但本组以ICU抗生素使用率最高,从原因上分析,可能与收治的病种以及病情的严重程度有关。

表1 177例医院感染病人感染部位构成

部位	例数	构成比(%)
肺部	102	57.62
切口创面	25	14.12
胸腹腔	18	10.17
上呼吸道	15	8.47
血液系统	5	2.82
泌尿系统	2	1.13
其它	10	5.65
合计	177	100.00

3 讨论

近年来的研究表明,积极治疗基础病、合理使用抗生素、降低住院时间、消毒、灭菌、严格无菌操作是减少或降低医院感染发生的重要控制措施。

3.1 医院感染发生的危险因素

本组死亡病人1 241例,发生医院感染177例感染率为14.26%,高于同期住院病人的医院感染率(3.34%,$P<0.01$)。本组死亡病人基础病以恶性肿瘤、重型肝炎、重度颅脑损伤为主,因病人存在严重的慢性消耗性疾病或创伤,给病人机体抗力和免疫调节功能带来一定影响,特别是对外界和自身机体的微生物的移位或定植不能很好的清除,是诱发医院感染的危险因素之一,也是造成病人死亡的重要原因。

177例感染病例平均住院时间21.39 d,高于同期住院病人的平均住院日(11.93 d)($P<0.01$)。住院时间越长,患者接触医院感染微生物的机会越多,如果病情得不到有效的控制,发生医院感染的危险增大。

抗生素用量过大、种类过多、易导致发生医院感染。我院2003年1月对1 333例住院病人进行的横断面抗生素使用情况调查,住院病人使用抗生素率为43.78%,符合国家标准[2]。与文献[3]报道的结果基本一致。

3.2 医院感染部位构成

本组医院感染部位主要是肺部感染,177例医院感染中肺部感染为第一位(57.62%);其次是切口创面感染25例占14.12%;胸腹腔感染18例占10.84%。国外报道医院感染以泌尿系统感染为主,我国医院感染多数文献报道均以肺部感染多见,可高达23.2%~42.05%[1]。因此,加强重危病人肺部医院感染的预防是提高病人生存质量的重要环节。

作者简介:邹 英(1956—),女,山东省威海市人,副主任护师,主要从事医院感染监测与控制方面的研究。电话:(023)68754471

收稿日期:2003-03-11;修回日期:2003-05-15

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3.3 预防

重危病人容易发生医院感染而加速死亡,因此在积极控制治疗基础病的同时要严格无菌技术,减少环境对病人造成的影响;尽量缩短住院时间;根据病人的具体情况制定治疗和护理计划;合理使用抗生素,避免因盲目滥用抗菌药物引起细菌耐药性增加和菌群失调,加重病情和治疗难度。因此各级医务人员应加强医院感染知识的学习,积极主动地预防和控制医院感染的发生。

关键词:死亡病例;医院感染;危险因素
中图法分类号:R194.4 文献标识码:B

参考文献:

[1] 张邦燮,王枢群. 医院感染学[M]. 重庆:科学技术出版社重庆分社,1990.337-342.
[2] 刘胜文. 现代医院感染管理手册[M]. 北京:北京医科大学出版社,2000.214-217.
[3] 吴安华,任 南,文细毛,等. 我国178所医院住院患者横断面抗菌药物使用率调查[J]. 中华医院感染学杂志,2002,12(12):881-884.

(编辑 薛国文)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)24-2250-01

RICU 中的老年患者急性心衰与缺氧的探讨

Acute heart failure and hypoxemia in elder patients in RICU

邓青南,郭振辉,孙 杰,曹淑芳 (广州军区总医院老年呼吸科,广州 510010)

在老年呼吸重症监护病房(Respiratory intensive care unit,RICU)中,患者气促与低氧血症是较普遍的临床症状[1],而临床医生也常将其归因为呼吸源性的因素为多。但在 RICU 中,由于老年人心肺功能储备和代偿功能减退,且常伴有多种基础疾病,一旦发生严重下呼吸道感染常会出现以气促、低氧为主要表现的急性左心衰竭。我院老年呼吸科中的 RICU,自 2001 年 8 月至 2003 年 3 月期间共收治 18 例下呼吸道感染并急性左心衰竭,均有明显的心功能不全性缺氧,现总结如下。

1 临床资料

18 例患者均为男性,年龄 78~82 岁,平均 76 岁,其中 9 例有脑卒中病史,并伴假性眼球麻痹,5 例为双下肺炎,4 例为院内下呼吸道感染。以往有急性左心衰病史的仅 2 例。

临床表现:18 例患者均有不同程度的发热、紫绀、咳嗽,体温 37~40 ℃,X 线示均有肺部浸润影,肺部□罗音 14 例,下肢浮肿 4 例,舒张期奔马律 2 例,双肺感染 12 例,单侧肺感染 6 例。

治疗方法:18 例老年患者入住 RICU 后即给予正规抗生素治疗,并鼻导管给氧 3~6 L/min,无 1 例改善,后 18 例全部给予经鼻气管插管、机械通气后,PO_2 及氧合指数无明显改善,心率 >110 次/min,肺底□罗音,死亡 5 例。上述治疗后加用西地兰 0.2 mg,每 12 h 1 次,及利尿,异舒吉持续静脉泵入。

2 结果

13 例症状改善,PO_2 及氧合指数上升,气促明显改善,中心静脉压明显下降,见表 1。

表 1 13 例经抗心衰治疗后观察指标变化($\bar{x}\pm s$)

	气促评分	PO_2(mmHg)	氧合指数	中心静脉压(cmH_2O)
治疗前	3.4±5	42±5.5	210±35	13.5±3.2
治疗后	1.5±0.25**	90±6**	400±40*	8.0±2.2*

*:$P<0.05$; **:$P<0.01$ 与治疗前比较

3 讨论

老年重症肺感染后的气促及低氧血症不能只认为是呼吸源性的,老年人因基础疾病多,免疫功能低下,呼吸道清除功能差等等因素,易罹患下呼吸道感染,由于病情较重,心肺功能储备差,心脏在低氧状态下做功增加[2],极易发生心衰[3,4],尤其急性左心衰竭,一旦发生急性左心衰竭,临床上明显表现为气促及低氧血症,氧疗后虽部分可以改善 PO_2,但氧合指数不能得到改善,故病人仍表现为显著的呼吸困难。

感染是主要的启动因素,因此原发病的治疗针对性的规范抗生素治疗是非常必要及基本的。对于急性左心衰竭所致的急性肺水肿,我们认为除药物治疗外(强心、利尿、血管活性药物)配合机械通气,为保证心脏做功减少,镇静也十分必要。

关键词:老年呼吸重症监护;气促;心衰;缺氧
中图法分类号:R364.4 文献标识码:B

参考文献:

[1] Mahler D A, Weinberg D H, Wells C K, *et al*. The measurement of dyspnea[J]. Chest, 1984, 85(6): 751-758.
[2] 罗文侗. 老年肺炎[J]. 老年医学与保健,2000,6(1):3-5
[3] 王士雯. 老年人多脏器功能衰竭若干问题[J]. 中华老年医学杂志,1993,12(3):182.
[4] 邓青南,郭振辉,孙 杰,等. 老年 COPD 急性发作期多脏器功能衰竭 28 例分析[J]. 广东医学,2002,23(10):1009-1010.

(编辑 张大春)

作者简介:邓青南(1955-),女,四川省通江市人,硕士,主任医师,主要从事老年呼吸疾病方面的研究。电话:(020)61653495

收稿日期:2003-10-27;修回日期:2003-11-27

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net