

减慢,经及时应用麻黄碱,阿托品后症状缓解。虽然轻比重液麻醉效能不如其重比重液,但其对循环的影响较轻^[8],本文观察与上述观点趋于一致。尽管老年患者心血管调节功能较差,合并症较多,却并非腰麻禁忌。我们观察体会到,通过严格控制注药速度,选择合理的麻醉药有效浓度,有效地控制麻醉阻滞范围,预补充血容量,平稳摆动体位,避免血流变学剧烈变动,导致不良后果发生。腰麻后头痛、恶心、呕吐主要原因是脑脊液外漏与穿刺针的管径过粗呈正相关,与年龄呈负相关。本组均采用笔尖样的腰麻针穿刺,几乎无损伤硬脊膜,患者均为老年人,未发现头痛病例。马尾综合征据报道与尾端注药、脑脊液回流不畅、推注阻力大、使用高浓度或过量局麻药、注药速度过快有关。本文采用小剂量、低浓度局麻药、向头端注药,见脑脊液回流顺畅后一侧缓慢推注,有效避免了麻醉药对神经根及马尾的直接刺激,术后随访未发生短暂神经综合征及马尾综合征。总之,只要掌握好适应证,麻醉中精心管理,轻比重液和重比重液的单侧腰麻均适用于老年髋部手术,但轻比重液对循环的影响较轻,对老年人的安

全性更高。

参考文献

- 1 彭明清,李敏,李远,等. 单侧腰麻对老年髋关节置换手术应激反应影响的研究[J]. 重庆医学,2012,41(22):2258-2259,2262.
- 2 邓铭锋,张雪莲. 不同比重布比卡因腰麻对老年下肢手术患者的麻醉效果比较[J]. 广东医学院学报,2011,29(2):157-159.
- 3 熊朝晖,陈运良,秦素兰,等. 单侧腰麻用于高龄患者髋关节置换术的临床观察[J]. 四川医学,2014,35(9):1165-1167.
- 4 姜春南,吴卫东,张晖,等. 不同脊麻针型对剖宫产术后头痛的影响[J]. 江苏医药,2013,39(16):1972-1973.
- 5 Lambert DH. Continuous spinal anesthesia redux[J]. Anesthesiology,2003,98(3):797-798.
- 6 曹灵敏,李胜德,马桂芬,等. 腰麻-硬膜外联合麻醉在高龄患者的应用[J]. 临床麻醉学杂志,2004,20(12):742.
- 7 Imbelloni LE, Neto SG, Ganem EM. Continuous spinal anesthesia with high doses of local anesthetics[J]. Rev Bras Anesthesiol, 2010, 60(5):537-543.
- 8 Van Gessel EF, Forster A, Schweizer A, et al. Comparison of hypobaric, hyperbaric, and isobaric solutions of bupivacaine during continuous spinal anesthesia[J]. Anesth Analg, 1991, 72(6):779-784.

[收稿日期 2015-01-29][本文编辑 杨光和]

学术交流

老年脑卒中相关性肺炎病原学特点及危险因素分析

黄彦飞, 韩敏, 罗文静, 刘波

基金项目: 广西卫计委科研课题(编号:桂卫 Z2009121)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院老年神经科

作者简介: 黄彦飞(1970-),女,大学本科,学士学位,副主任护师,研究方向:老年护理。E-mail:tsx567@sina.com

[摘要] **目的** 探讨老年脑卒中相关性肺炎(SAP)的病原学特点及危险因素。**方法** 对239例老年脑卒中患者的慢性基础疾病、意识状态、有无侵入性操作、病原学检查结果、药物使用情况等临床资料进行回顾性调查,比较分析SAP的病原学特点及相关危险因素。**结果** 239例老年脑卒中患者发生SAP 56例,感染率为23.4%,例次感染率为26.8%,感染病原菌以革兰氏阴性杆菌为主,占65.0%,排在前三位的病原菌依次是铜假绿单胞菌(23.8%)、鲍曼不动杆菌(16.3%)、肺炎克雷伯菌(15.0%)。住院天数≥30 d、有侵入性操作、有意识障碍、使用多种抗菌药物、有慢性基础病等是SAP的危险因素。**结论** 老年脑卒中患者是SAP的高危人群,应重点监测,控制相关危险因素,积极采取个性化的预防措施,以有效地降低SAP的发生率。

[关键词] 卒中相关性肺炎; 老年; 病原学; 危险因素

[中图分类号] R 743.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2015)10-0972-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.10.25

Etiology features and risk factors of stroke-associated pneumonia in elderly patients HUANG Yan-fei, HAN Min, LUO Wen-jing, et al. Department of Geriatric Neurology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] Objective To investigate the etiology features and risk factors of stroke-associated pneumonia (SAP) in elderly patients. **Methods** A retrospective study was performed to analyze the clinical characteristics, the etiology features and risk factors in 239 elderly patients with SAP. The clinical characteristics included chronic basic diseases, state of consciousness, invasive operation, results of pathogens tests and medication. **Results** Among 239 cases, 56 infected with SAP. The infection rate was 23.4% and the case-time infection rate was 26.8%. The responsible pathogens were gram negative bacteria, accounting for 65.0%, which included *Pseudomonas aeruginosa* (23.8%), *Bauman acinetobacter* (16.3%) and *Klebsiella pneumoniae* (15.0%). Hospitalization ≥ 30 days, invasive operation, disturbance of consciousness, multiple antibiotics therapy and chronic basic diseases were the risk factors of SAP. **Conclusion** Elderly patients are susceptible to SAP. Increasing the awareness of controlling the risk factors and administering appropriate therapy help to prevent the development of SAP in the elderly.

[Key words] Stroke-associated pneumonia(SAP); Elderly patients; Etiology; Risk factors

随着人口老龄化进程加快,老年脑卒中是临床常见的老年患者疾病,而卒中相关性肺炎(stroke-associated pneumonia, SAP)是老年脑卒中最常见的并发症,据报道,其发病率为22.0%~31.5%^[1,2],是导致患者病情加重甚至死亡的主要原因。本文回顾性调查2009-01~2012-12在我院老年神经内科住院239例老年脑卒中患者的临床资料,分析SAP的病原菌特点及相关危险因素,以提高对SAP的认识,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2009-01~2012-12在我院老年神经内科住院的239例老年脑卒中患者资料进行回顾性调查。纳入标准:(1)患者年龄 >60 岁;(2)经头颅CT或MRI扫描确诊为脑卒中;(3)符合SAP诊断标准。排除标准为患者脑卒中发病前已出现了肺部感染。其中男135例,女104例,年龄60~92(76.74 \pm 5.18)岁,住院时间15d~1年,平均18.4d。

1.2 方法 采用回顾性调查,利用医院网络信息系统,查阅患者的住院时间、意识状态、有无侵入性操作(气管切开/气管插管)、是否留置胃管、抗菌药物及制酸剂等药物的使用情况和化验检查结果、有无慢性基础性疾病等资料来进行综合分析。

1.3 SAP诊断标准 参照《SAP诊治中国专家共识》的诊断标准^[3],卒中发生后胸部影像学检查有新出现的或进展性肺部浸润性病变,并有2个以上肺部感染症状:(1)原有呼吸道症状加重或出现新的咳嗽、咯痰,可伴有胸痛;(2)肺部出现湿啰音和(或)肺实变体征;(3)体温 ≥ 38 ℃;(4)外周血白细胞 $\geq 10 \times 10^9/L$ 或 $\leq 4 \times 10^9/L$,可出现核左移。同时要结合痰液培养结果,连续2次痰液培养出相同

的病原菌有诊断意义。

1.4 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件包进行数据处理,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SAP发生率 239例老年脑卒中患者发生SAP 56例,64例次,感染率为23.4%,例次感染率为26.8%。

2.2 病原学检查结果 56例SAP患者进行了102例次的痰、咽拭子病原菌培养,出现阳性者92例次,检出率为90.2%,分离出革兰氏阴性杆菌52株(65.0%),真菌15株(18.8%),革兰氏阳性球菌13株(16.3%)。见表1。

表1 56例患者病原学检查结果

病原菌	株数	构成比(%)
革兰氏阴性杆菌	52	65.0
铜假绿单胞菌	19	23.8
鲍曼不动杆菌	13	16.3
肺炎克雷伯菌	12	15.0
大肠埃希菌	4	5.0
其他杆菌	4	5.0
革兰氏阳性球菌	13	16.3
金黄色葡萄球菌	9	11.3
表皮葡萄球菌	3	3.8
粪肠球菌	1	1.3
真菌	15	18.8
白色假丝酵母菌	10	12.5
其他真菌	5	6.3
合计	80	100.0

2.3 老年脑卒中患者 SAP 相关危险因素 患者住院时间长、昏迷、有侵入性操作(气管切开/气管插管)等,同时伴有慢性阻塞性肺疾病(COPD)、糖尿病是 SAP 相关危险因素。见表 2。

表 2 老年脑卒中患者 SAP 相关危险因素

相关因素	例数	SAP		χ^2	P
		感染例数	感染率(%)		
住院天数(d)	<30	163	28	17.2	11.171 0.001
	≥30	76	28	36.8	
意识状态	昏迷	78	31	39.7	17.174 0.000
	清醒	161	25	15.5	
气管切开/气管插管	有	46	22	47.8	18.896 0.000
	无	193	34	17.6	
鼻饲胃管	有	96	30	31.3	5.468 0.019
	无	143	26	18.2	
使用抗菌药物(种)	<2	186	32	17.2	18.126 0.000
	≥2	53	24	45.3	
H ₂ 受体阻滞剂	有	133	40	30.1	7.379 0.007
	无	106	16	15.1	
COPD	有	82	27	32.9	6.274 0.012
	无	157	29	18.5	
糖尿病	有	139	41	29.5	6.812 0.009
	无	100	15	15.0	

3 讨论

3.1 SAP 这一概念最早由德国科隆大学附属医院 Hilker 等提出,是指急性脑卒中患者入院 72 h 内出现发热、咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状,根据特定诊断程序确诊,不同于院内感染性肺炎^[4]。本次调查的 239 例老年脑卒中患者中,发生 SAP 56 例,感染率为 23.4%,与文献报道相似。56 例 SAP 患者的病原学检测资料显示,SAP 的主要病原菌是革兰氏阴性杆菌,占 65.0%,与文献^[5,6]报道一致,其次是真菌(占 18.8%)和革兰氏阳性球菌(占 16.3%)。位于前 3 位的病原菌依次是:铜假绿单胞菌(23.8%)、鲍曼不动杆菌(16.3%)、肺炎克雷伯菌(15.0%)。其中,有 31.5%(29/92)的患者是两种细菌感染。由此可见,SAP 治疗的主要重点是革兰氏阴性杆菌,老年人免疫水平低下,也要注意防止真菌感染,特别是使用抗菌药物的患者。本次调查也证实,患者住院时间越长、合并有 COPD、糖尿病等,会增加患者发生 SAP 的风险。提示,住院天数≥30 d、使用抗菌药物≥2 种、合并有 COPD、糖尿病是老年脑卒中患

者发生 SAP 的相关危险因素。因此,对具有上述危险因素的老年脑卒中患者,应及早实施针对性预防干预对策,并加强监测,以控制 SAP 的发生。

3.2 患者发生脑卒中时中枢神经受损,神经-体液调节功能紊乱,易产生神经源性肺水肿、肺淤血,肺部分泌物淤积,细菌易繁殖而致感染。同时脑卒中后患者如出现吞咽功能障碍而留置鼻胃管鼻饲,出现食物反流或误吸可从气道带入大量细菌而引起感染;在 78 例昏迷脑卒中患者中,发生 SAP 31 例,发生率为 39.7%,与患者呼吸道防御功能、气管壁纤毛摆动功能下降,吞咽、咳嗽反射减弱或消失,不能顺利将痰液排出体外,痰液淤积在肺部而引起感染有关;调查还发现,46 例气管切开/气管插管患者,22 例发生 SAP,发生率为 47.8%,考虑与气道开放可导致机会致病菌或其他病原菌在上呼吸道大量黏附繁殖,气管切开患者气囊上残留物的病原菌向下移行,从而导致肺部感染发生。国外多名学者^[7~9]研究表明,老年人随着年龄的增长,因肺功能出现退化等生理性改变及年龄相关性免疫缺陷等因素,SAP 的发病率随着年龄的增长而增加。因此,在临床工作中,医务人员应对老年脑卒中患者进行重点监测及管理,尤其是气管切开/气管插管及昏迷患者。

综上所述,SAP 在老年脑卒中患者中发生率很高,危险因素是多方面的,与患者住院时间长、侵入性操作、意识障碍等因素密切相关。在临床工作中,医护人员应提高对老年脑卒中 SAP 的认识,加强监测及管理,积极预防,对降低 SAP 发生率有重要意义。

参考文献

- 1 吴惠民.老年脑卒中患者相关性肺炎的危险因素分析[J].中华老年医学杂志,2012,31(12):1063-1065.
- 2 张征,韩钊,周铁丽,等.急性脑卒中患者并发肺部感染的发病率及病原体分析[J].中国临床神经科学,2008,16(5):515-519.
- 3 卒中相关性肺炎诊治中国专家共识组.卒中相关性肺炎诊治中国专家共识[J].中华内科杂志,2010,49(12):1075-1078.
- 4 Hilker R,Poetter C,Findeisen N, et al. Nosocomial pneumonia after acute stroke: implications for neurological intensive care medicine [J]. Stroke, 2003, 34(4):975-981.
- 5 许弘邦,井弘宇,张文静,等.老年脑卒中相关性肺炎优势细菌分布及对抗生素的耐药性[J].中国老年学杂志,2013,33(21):5349-5350.
- 6 刘莹莹,刘特善,付秀丽,等.脑卒中相关性肺炎的危险因素及临床特点分析[J].山东医药,2012,52(20):41-44.
- 7 Fromm A,Waje-Andreassen U, Thomassen L, et al. Comparison between Ischemic Stroke Patients < 50 Years and ≥50 Years Admitted to a Single Centre; The Bergen Stroke Study [J]. Stroke Res Treat, 2011, 2011:183256.

- 8 Birjandi S, Witte P. Why are the elderly so susceptible to pneumonia? [J]. Expert Rev Respir Med, 2011, 5(5): 593-595.
- 9 Boyd AR, Orihuela CJ. Dysregulated inflammation as a risk factor for

pneumonia in the elderly[J]. Aging Dis, 2011, 2(6): 487-500.

[收稿日期 2014-12-12][本文编辑 吕文娟]

系统性红斑狼疮重叠干燥综合征合并 甲状腺功能亢进症一例

· 病例报告 ·

李东慧, 刘 静

作者单位: 730000 甘肃, 兰州大学第一临床医学院(李东慧); 730000 兰州, 甘肃省人民医院内分泌科(刘 静)

作者简介: 李东慧(1987-), 女, 在读研究生, 研究方向: 糖尿病及其并发症的诊治。E-mail: 837370274@qq.com

通讯作者: 刘 静(1972-), 女, 博士, 教授, 主任医师, 研究方向: 糖尿病及其并发症的诊治。E-mail: liujing551108@126.com

[关键词] 系统性红斑狼疮; 干燥综合征; 甲状腺功能亢进症

[中图分类号] R 593.2 [文章编号] 1674-3806(2015)10-0975-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.10.26

1 病例介绍

患者, 女, 17 岁。因心慌、气短、乏力 2 年余, 加重 2 个月, 伴口干 3 周入院。2 年前在当地医院诊断“甲状腺功能亢进症”, 给予维生素 B₁、倍他乐克治疗(具体不详)。2 个月前上述症状加重, 活动后心悸、气喘明显, 常伴腹泻, 4~5 次/d, 无粘液、脓血。3 周前无诱因出现口干, 有反复无痛性口腔溃疡史。病程中无皮疹、光过敏、脱发、关节肿痛及晨僵。家族中无类似疾病史。查体: 体温 36.3℃, 脉搏 104 次/min, 血压 115/70 mmHg。神清, 精神疲倦, 体形消瘦, 中度贫血貌, 手颤征(-)。双眼睑正常, 眼球无突出。甲状腺 II 度肿大, 质硬, 未触及结节, 无压痛及震颤, 未闻及血管杂音。心界不大, 心率 104 次/min, 心尖未闻及明显杂音。关节无红肿、畸形。行辅助检查, 甲功: 促甲状腺激素 0.0002 mIU/L, 三碘甲状腺原氨酸 5.92 nmol/L, 甲状腺素 267.95 nmol/L, 甲状腺球蛋白抗体(TGAb) > 1 000.00 IU/ml, 甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb) > 1 000.00 IU/ml, 游离三碘甲状腺激素 31.06 pmol/L, 游离甲状腺素 53.54 pmol/L, 促甲状腺素受体抗体(TRAb) > 40 IU/L。血常规: 白细胞减少, 小细胞低色素性贫血(中度)。甲状腺彩超与静态扫描: 甲状腺两侧叶对称性肿大, 血流丰富, 甲状腺火海样改变, 符合毒性弥漫性甲状腺肿改变。贫血三项: 铁 4.3 μmol/L, 不饱和铁 60.7 μmol/L。骨髓穿刺提示缺铁性贫血。抗 SSA、抗 SSB、抗 Ro-52、

抗双链 DNA 抗体、抗核抗体(ANA)均阳性(1:3 200)。补体 C4 低, 免疫球蛋白 IgG 高。唾液腺核素扫描示腮腺、颌下腺摄取及分泌功能减低, 导管通畅。下唇腺活检示腺小叶结构存在, 腺泡轻度萎缩, 淋巴细胞呈灶性分布。诊断:(1)系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)重叠干燥综合征(Sjögren's syndrome, SS); (2)甲状腺功能亢进症(甲亢); (3)中度贫血。给予来氟米特(20 mg, 1 次/d)、氯喹(0.2 g, 1 次/d)、甲强龙(8 mg, 1 次/d)抗炎、抑制免疫。同时加用钙剂迪巧(0.6 g, 1 次/d)、盖三醇(0.25 μg, 1 次/d)防治骨质疏松。川黄口服液(8 mg, 1 次/d)活血化瘀, 避免抗甲状腺治疗及抗风湿治疗中细胞减少。给予乳酸亚铁(10 ml, 3 次/d)补铁, 纠正贫血。因他巴唑可诱发加重 SLE, 权衡利弊后, 综合考虑行 I¹³¹ 治疗, 患者病情缓解, 出院。

2 讨论

2.1 SLE 重叠 SS 并甲亢临床报道较少。重叠综合征亦称重叠性结缔组织病, 其特点是患者具有 2 种及以上结缔组织病间的重叠, 好发于女性, 病因未明确, 目前认为遗传、激素、自身免疫和环境是主要的促发因素, 这些因素相互作用, 导致自身免疫性疾病的发生^[1]。SLE 好发于青年女性, 为累及多脏器的自身免疫性炎症性结缔组织病; 而 SS 好发于中年女性, 以高度淋巴细胞浸润为特征, 侵犯泪腺和唾液腺等外分泌腺体, 导致腺体结构破坏和分泌功能缺陷