

· 经验交流 ·

神经外科老年昏迷患者并发肺炎的诊治

杨树旭 徐凌丽 王义荣 甘海鹏

神经外科老年昏迷患者由于卧床、抵抗力差、排痰不畅等原因,肺部感染较难控制,肺炎是他们最常见的死亡原因。本文探讨神经外科老年昏迷患者并发肺炎的特点及其诊治。

1 临床资料

1.1 一般资料 浙江大学医学院附属邵逸夫医院神经外科自 1997 年至 2002 年共收治并发肺炎的老年昏迷患者 17 例,男 11 例,女 6 例,年龄 60~81 岁,平均 69.2 岁。其中 7 例为车祸颅脑外伤;1 例高处坠落伤;9 例高血压脑出血。肺炎发作共 22 次,其中 5 例患者先后发作 2 次。

1.2 临床表现 治疗过程中出现体温升高,痰量明显增多,查体可闻及广泛的痰鸣音及湿啰音,血白细胞计数升高,胸片显示出现新的渗出性病灶。

1.3 处理方法 本组患者于入院 3 d 内行气管切开及经皮胃镜下胃造瘘,同时加强翻身、拍背、吸痰等治疗。诊断为肺炎后,早期(首次送痰培养后)予以广谱抗生素治疗,同时根据胸片经纤维支气管镜防污染双套管毛刷采样作定量培养及药敏试验并行支气管吸痰,1 次/d,连续 3 d。根据培养结果选择相应抗生素。抗生素应用 > 2 周,一般在胸片复查渗出性病灶消失 3~5 d 后停药。

2 结果

本组患者痰培养结果提示,肺炎多为混合感染,致病菌主要为需氧的 G⁻ 杆菌和 G⁺ 球菌,并以 G⁻ 菌为主,最常见的是大肠埃希菌, G⁺ 菌中金黄色葡萄球菌最常见。

应用纤维支气管镜通过气管套管于支气管深处吸痰并作痰培养,根据药敏试验选用抗生素,本组患者中 16 例的 21 次肺炎均于 8~15 d 内得到有效控

制,另 1 例因呼吸衰竭死亡。

3 讨论

神经外科老年昏迷患者常死于肺炎,能否有效地控制肺部感染是此类患者康复的关键。然而如何确诊肺炎以及明确病原菌比较困难,其处理规范尚存在争议。

神经外科老年昏迷患者并发肺炎的临床表现主要为气管脓性分泌物及胸片可见新鲜渗出性病灶,其他还有发热、外周血白细胞增多、呼吸困难等。诊断主要根据胸片渗出性病灶,并至少伴有下列 2 点:① 体温 > 38℃;② 血白细胞计数 > 15 × 10⁹/L;③ 脓性支气管分泌物。

普通痰培养易受污染,经纤维支气管镜防污染双套管毛刷采样作定量培养克服了这一缺点,对肺部感染病因诊断有重要价值。一般以菌落数 > 1 × 10³ 作为诊断标准,也可凭此与细菌定植相鉴别。对于气管切开患者,虽然无需应用纤维支气管镜即可获得防污染毛刷采样标本,但不易达到病变的区域进行吸痰及获得标本。因而根据胸片应用纤支镜行支气管吸痰可选择性地到达病变区域。支气管吸痰一方面可减少肺内的细菌负荷,另一方面可进行痰培养以指导抗生素的应用。

对于神经外科老年昏迷患者的肺炎,有效的早期治疗至关重要,应先采用广谱抗生素,一般为氨基糖苷类加三代头孢类。待痰培养结果明确后再选择适当的抗生素,抗生素应用至少 10~14 d,即使体温和血白细胞恢复正常后仍需使用数日。

估计短期内无法清醒的患者积极行气管切开及胃造瘘,气管切开有利于吸痰排痰及取痰作痰培养,其结果远较口咽部取痰可靠。胃管的存在增加了胃内容物的反流、气管的细菌定植,胃造瘘能有效地避免酸性反流所导致的肺炎。经常吸痰和改变患者体位是非常重要的,可以减少粘液栓的产生。

(收稿日期:2002-12-03)

(本文编辑 周宇红)

作者单位:310016 杭州,浙江大学医学院附属邵逸夫医院

作者简介:杨树旭,男,医学硕士,主治医师

通讯作者:杨树旭,电话:13819482125