

文章编号:1004-9231(2010)12-0605-03

· 感染病防治 ·

苏州市 2005—2009 年涂阳肺结核新病人登记情况分析

蒋骏, 李海 (江苏省苏州市疾病预防控制中心, 江苏 苏州 215004)

肺结核病在我国疫情仍很严重,一直是发病率较高的传染病^[1],结核病防治工作仍面临着许多困难,发现肺结核患者是当前控制结核病疫情的一个重要工作措施。为了解苏州市登记人口中活动性肺结核病人,特别是涂阳肺结核新病人的发病规律和流行特点,及时掌握分布态势,为制定区域结核病防控措施提供参考依据,现对苏州市 2005—2009 年活动性肺结核病人以及涂阳肺结核新病人登记情况分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

资料来源于 2005—2009 年苏州市肺结核防治工作月报表、季报表、年报表及相关资料^[2]。研究对象为苏州市大市区内登记的人口及全市发现的肺结核病例。

1.2 评价方法

对 2005—2009 年苏州市肺结核涂阳新病人进行统计,以其中男、女性别以及 0~16 岁、16~35 岁、36~60 岁、60 岁~ 年龄分组为影响因素,对肺结核涂阳新病人登记率进行分析评价。

1.3 统计分析

应用 SPSS 13.0 统计软件建立数据库并进行分析。

2 结果

2.1 肺结核登记情况

2005—2009 年全市共登记活动性肺结核病人为 20 877 例,登记率为 67.24/10 万,其中涂阳肺结核病人为 11 742 例,占总数的 56.24%,登记率为 37.82/10 万,见表 1。

表 1 历年苏州市肺结核病人登记率(/10 万)

年份	活动性肺结核			其中涂阳肺结核		
	人口数	登记数	登记率	人口数	登记数	登记率
2005	6049171	3946	65.23	6049171	2430	40.17
2006	6122760	4153	67.83	6122760	2337	38.17
2007	6244311	4449	71.25	6244311	2344	37.54
2008	6297530	4228	67.14	6297530	2327	36.95
2009	6332903	4101	64.76	6332903	2304	36.38
合计	31046675	20877	67.24	31046675	11742	37.82

2.2 肺结核涂阳新病人男、女性别登记情况

2005—2009 年全市共登记肺结核涂阳新病人 9 969 例,其中男性肺结核涂阳新病人 6 964 例(69.86%),登记率为 45.36/10 万,女性肺结核涂阳新病人 3 005 例(30.14%),登记率为 19.15/10 万,男、女性别相比较差异有统计学意义($\chi^2 = 1661.170, P < 0.005$),见表 2。

作者简介:蒋骏(1978—),男,主管医师,学士。

雷伯菌感染时,不宜使用该类药物治疗。NCCLS 规定,肺炎克雷伯菌确定为产 ESBLs 株,则不能使用青霉素、头孢菌素及单胺类抗菌药物,宜选用碳青霉烯类、头霉素类及酶抑制剂复合抗菌药物进行治疗。本院肺炎克雷伯菌对碳青霉烯类药物亚胺培南、美罗培南仍保持 100% 的抗菌活性,在产 ESBLs 菌严重感染时可选择使用,其他抗生素建议根据药敏试验结果选择使用。

控制肺炎克雷伯菌的耐药性,应严格控制与耐药菌出现有关抗生素的过度使用,了解当地耐药性的流行趋势和耐药谱,合理选择同药剂量;抗生素的使用周期不宜过长,可以循环应用不同的抗生素;经验性治疗及时转变为目标性治疗,严格执行消毒隔离措施,防止交叉感染。

4 参考文献

- [1] 华杰,李艳霞.肺炎克雷伯菌医院感染及耐药性监测[J].中华医院感染学杂志,2006,16(10):1172-1173.
- [2] 李振江,孙长贵,曾贤铭,等.肺炎克雷伯菌医院感染监测及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2007,17(6):737-739.
- [3] 邱文影,钟国权.产超广谱 β -内酰胺酶大肠埃希和肺炎克雷伯菌的耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2005,15(12):1415-1416.
- [4] 林红燕,叶晓光,魏衍.产超广谱 β -内酰胺酶耐药谱 3 年的变迁[J].中华医院感染学杂志,2003,13(9):868-870.
- [5] 汪复,朱德妹,胡付品,等.2007 年中国 CHINET 细菌耐药性监测[J].中国感染与化疗杂志,2008,8(5):325-333.
- [6] 朱德妹,熊自忠,汪复,等.产超广谱 β -内酰胺酶和细菌耐药性[J].中华传染病杂志,2000,18(3):151-154.
- [7] Jain A, Ron I, Gupta MK, et al. Prevalence of extended-spectrum beta-lactamase-producing gram-negative bacteria in septicemic neonates in a tertiary care hospital[J]. J Med Microbiol, 2003, 52(2):421-422.

(收稿日期:2010-06-17)

表2 肺结核涂阳新病人登记率(/10万)

年份	男性肺结核涂阳新病人			女性肺结核涂阳新病人		
	人口数	登记数	登记率	人口数	登记数	登记率
2005	2997837	1505	50.20	3051334	631	20.68
2006	3034113	1372	45.22	3088647	580	18.78
2007	3085728	1350	43.75	3158583	624	19.76
2008	3110084	1396	44.89	3187446	579	18.17
2009	3125028	1341	42.91	3207875	591	18.42
合计	15352790	6964	45.36	15693885	3005	19.15

2.3 男性涂阳肺结核新病人年龄分布

2005—2009年全市男性肺结核涂阳新病人中0~24岁登记1101例,登记率为28.87/10万,25~44岁登记2292例,登记率为43.14/10万,45~64岁登记1737例,

登记率为38.81/10万,65岁以上年龄登记1834例,登记率为104.80/10万。男性肺结核涂阳新病人的4个年龄组比较总体差异有统计学意义($\chi^2 = 1640.646$, $P < 0.005$),见表3。

2.4 女性涂阳肺结核新病人年龄分布情况

2005—2009年全市男性肺结核涂阳新病人中0~24岁登记821例,登记率为21.38/10万,25~44岁登记1261例,登记率为23.41/10万,45~64岁登记510例,登记率为11.70/10万,65岁以上年龄登记413例,登记率为19.58/10万。女性肺结核涂阳新病人的4个年龄组比较总体差异存在有统计学意义($\chi^2 = 187.731$, $P < 0.005$),见表4。

表3 4组男性涂阳肺结核新病人新登记率(/10万)

年份	0~24岁			25~44岁			45~64岁			65岁~		
	人口数	登记数	登记率	人口数	登记数	登记率	人口数	登记数	登记率	人口数	登记数	登记率
2005	787322	166	21.08	1089565	492	45.16	818086	373	45.59	302864	474	156.51
2006	795354	166	20.87	1108064	471	42.51	821408	346	42.12	309287	389	125.77
2007	739309	203	27.46	1078084	464	43.04	901796	358	39.70	366539	325	88.67
2008	744644	289	38.81	1034705	469	45.33	953778	325	34.08	376957	313	83.03
2009	747634	277	37.05	1002429	396	39.50	980576	335	34.16	394389	333	84.43
合计	3814263	1101	28.87	5312847	2292	43.14	4475644	1737	38.81	1750036	1834	104.80

表4 女性涂阳肺结核新病人新登记率(/10万)

年份	0~24岁			25~44岁			45~64岁			65岁~		
	人口数	登记数	登记率	人口数	登记数	登记率	人口数	登记数	登记率	人口数	登记数	登记率
2005	825041	134	16.24	1070010	278	25.98	782519	120	15.34	373764	99	26.49
2006	820817	145	17.67	1106814	251	22.68	789123	96	12.17	371893	88	23.66
2007	727672	161	22.13	1105525	271	24.51	882733	113	12.80	442653	79	17.85
2008	732201	194	26.50	1065606	217	20.36	937701	96	10.24	451938	72	15.93
2009	734160	187	25.47	1037917	244	23.51	967190	85	8.79	468608	75	16.00
合计	3839891	821	21.38	5385872	1261	23.41	4359266	510	11.70	2108856	413	19.58

3 讨论

苏州市全面贯彻实施《中国结核病防治规划》以来,建立健全政府领导、各部门协作和全社会参与的结核病预防与控制可持续发展的长效机制^[3]。2005—2009年苏州市已全面落实了DOTS策略的全覆盖,同时苏州市在中央财政和省级财政的基础上,通过地方财政也加大了结核病防治工作经费的投入,另一方面苏州市不断强化人力资源建设,努力打造积极团结的结核病防治工作队伍和完善的防控网络。在支持条件不断提高的情况下,优化资源配置,提高效能就是一个需要在工作中不断探索的课题。

本研究结果显示,苏州市2005年—2009年的活动性肺结核病人以及涂阳肺结核病人的发现情况基本处于小幅波动,相对平稳态势,但肺结核涂阳新病人中男、女性别登记情况差异性显著,男性肺结核涂阳新病人登记率明显高于女性肺结核涂阳新病人。男性肺结核涂阳新病人各年龄段新登记率存在差异性,0~24岁年龄段登记率

明显低于平均值,而65岁以上年龄段登记率明显高于平均值。女性肺结核涂阳新病人登记率中,45~64岁年龄段登记率低于平均值。通过调查发现主要有以下几个影响因素:①男性工作强度、工作环境以及行业类别与女性存在差异。②男性青壮年与青少年比较工作强度大、时间长,同时工作环境通风不良以及集体工作时结核菌的暴露概率较大。③65岁以上男性的登记率高主要与一些生活方式以及一些基础疾病如老慢支、糖尿病等有重要关联^[4],不良生活方式主要有长期吸烟、膳食营养结构不合理、生活环境较差如反复长时间处在麻将馆、茶馆等人员密集拥挤、通风条件差的场所等。④调查45~64岁年龄段女性发现,该年龄段涵盖了女性退休的几个年龄点,苏州市退休后女性主要以家庭生活为主,生活较为规律,结核菌暴露概率降低。

通过以上研究调查,我们认识到活动性肺结核的患病情况分布上存在有差异,因此在病人发现工作中就要合理分配人力、财力资源,在兼顾全局的基础上针对重点

文章编号:1004-9231(2010)12-0607-01

· 临床交流 ·

机械通气辅助治疗肺弥漫性出血型钩体病致严重呼吸衰竭1例

王伟华, 郑逸华, 吴来林 (浙江省江山市人民医院, 浙江 江山 324100)

钩端螺旋体病(钩体病)是由钩端螺旋体所引起的一种自然疫源性、人畜共患的急性传染病。肺弥漫性出血型钩体病以迅速发展的广泛微血管出血为特点,病情重、发展快、病死率高。我院近期成功救治1例出现广泛弥漫性肺泡出血、严重急性呼吸衰竭、失血性休克病例。

1 临床资料

患者,女,30岁,农民。患者因“发热、咯血全身肌肉酸痛、乏力3d”,于2010年6月29日就诊当地卫生院,予青霉素480万U静脉滴注,输液后出现畏寒、寒颤,腋温升高至39.7℃,不久后咯血增多,严重呼吸困难,神志模糊,于当天转入我院急诊科。动脉血气显示:PO₂ 45 mmHg, PCO₂ 28 mmHg,血常规:WBC 11×10⁹/L, N 80%, Hb 65g/L, PLT 200×10⁹/L,诊断为急性呼吸衰竭,大咯血原因不明,失血性休克。给予紧急气管插管、机械通气,气管内吸出大量鲜红色血性不凝液体,并转入我科。追问病史,患都病前有下田劳作史,既往身体健康。

入科后检查:机械通气A-C模式,FiO₂ 60%,神志清楚、但较烦躁,体温38℃,呼吸30次/min,血压:80/50 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),脉搏120次/min, SPO₂ 80%,呼吸窘迫,脉搏微弱,巩膜无充血,两肺布满湿罗音,心率120次/min,心律齐,未闻及病理性杂音,腹部检查正常,两下肢腓肠肌有压痛,神经系统检查正常。床边纤支镜检查,见双肺支气管广泛性大量渗血,血鲜红。肺部CT平扫两肺弥漫性渗出病变。诊断:弥漫性肺泡出血,钩端螺旋体病?肺结核?失血性休克,急性呼吸衰竭。作痰抗酸杆菌检测、钩体病血清显凝试验、肥达氏反应、抗核抗体全套等相关检查。

2 结果

给予止血、输血、扩容、补液纠正休克,机械通气支持,因不断有出血流到气管和呼吸机管道引起阻塞,造成

呼吸机持续高压报警,氧饱和度下降。给予床边纤支镜反复吸引清除,以保持呼吸道通畅。予青霉素针60万U静脉推注1次/6h。治疗2d后呼吸困难无明显缓解,气道及较多出血涌进呼吸机管道,为了控制大出血给予呼气末正压(PEEP),从5cm H₂O开始不断增加,最高加至18cm H₂O,出现纵隔气肿。并予镇静,肌肉松弛剂对症处理。7月2日出血渐渐停止,肺部湿罗音消失。入院第5天后未再出血,1周后患者生命体征平稳,停止机械通气,拔除气管插管,面罩吸氧下呼吸平稳,血气正常,胸部CT多次复查,渗出明显吸收,最后完全吸收,纵隔气肿吸收,实验室检查显示:血清显凝试验阳性(抗体效价>1:400)痰找抗酸杆菌3次正常,肥达氏试验阴性,抗核抗体全套正常。确诊为肺弥漫性出血型钩体病。患者治愈后出院。

3 讨论

肺弥漫性出血型钩体病是在钩体侵入人体后,经过潜伏期和短暂的感染早期2~3日后突然出现面色苍白,心率和呼吸加快,心慌烦躁不安,咯血进行性加剧,但也可无咯血,最后进入呼吸和循环功能衰竭^[1]。本例患者3d内迅速发展为呼吸衰竭,休克,神志不清,临床表现与上述描述一致。本病诊断标准^[2]:①有明确的流行病学史;②典型的临床体征;③典型的肺部X线表现;④钩体病凝溶试验阳性。弥漫性肺泡出血是钩体病死亡的主要原因,但并非死于失血性休克,而是大咯血窒息^[3]及严重急性呼吸衰竭。

4 参考文献

- [1] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学[M]. 第13版. 北京:人民卫生出版社, 2009:691.
- [2] 戴昆, 苟辉亮. 钩端螺旋体病肺出血型的X线表现及误诊因素分析[J]. 贵阳医学院学报, 2008, 33(5):530-531.
- [3] 姚郁林, 楼瑞桃. 肺出血型钩端螺旋体病113例X线诊断体会[J]. 山东医药, 2008, 48(25):47.

(收稿日期:2010-10-12)

人群的相关特点制定相应的强化措施,从而提高工作效率,降低肺结核发病率。

4 参考文献

- [1] 端木宏谨. 全国结核病流行病学抽样调查办公室. 第四次全国结核病流行病学抽样调查报告[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(1):3-7.

- [2] 卫生部疾病预防控制司. 中国结核病防治规划实施工作指南[S]. 2002.
- [3] 卫生部疾病预防控制局, 卫生部医政局. 中国结核病防治规划实施工作指南[S]. 2008.
- [4] 梅建, 沈梅, 夏珍, 等. 上海市肺结核疫情控制主要影响因素分析[J]. 上海预防医学, 2002, 25(9):546-548.

(收稿日期:2010-09-06)