

# 老年社区获得性肺炎临床特点分析

李敏<sup>1</sup> 刘磊<sup>2\*</sup>

1. 山东省军区潍坊第一离职干部休养所 山东 潍坊 261023

2. 潍坊市第二人民医院 山东 潍坊 261000

**摘要:** 老年社区获得性肺炎和肺栓塞都有很高的发病率、死亡率,给人类健康造成极大的威胁。随着社会人口的老龄化,老年社区获得性肺炎的发生率呈上升趋势,严重影响着老年人的呼吸功能和生活质量,该病是严重威胁老年人群健康的重要疾病,是老年患者重要死亡原因之一。当老年社区获得性肺炎合并肺栓塞时死亡率明显增加,但临床症状与单纯社区获得性肺炎极为相似,关于老年社区获得性肺炎合并肺栓塞危险因素的临床预测模型的研究较少,老年社区获得性肺炎患者进行识别及早期干预以改善患者预后至关重要。

**关键词:** 肺炎旁胸腔积液;社区获得性肺炎;预后

**DOI:** <https://doi.org/10.37155/2717-5669-0301-22>

## 引言

社区获得性肺炎(CAP)是威胁人类健康的常见的呼吸系统感染性疾病,指患者在医院外感染各类病原微生物的肺实质的炎症,同时它也包括具有明确潜伏期的病原体感染入院后于潜伏期发病的肺炎。CAP在各个年龄段均有发病,以老年人和儿童较多。随着我国老龄人口逐年增多,老年人免疫力低下,对病原体的抵抗力较弱,同时部分老年人还伴随着多种内科基础性疾病,因此,更容易发生CAP,这也是导致近年来老年人死亡的一个重要原因。

胸腔积液(PE)是社区获得性肺炎(CAP)的常见并发症之一,可导致各年龄段患者住院时间延长、病死率增加。既往研究发现CAP患者合并充血性心力衰竭、脑血管疾病、肾脏疾病、糖尿病、低氧血症、PE、红细胞比容<30%等是增加住院30天病死率的危险因素。本文就老年社区获得性肺炎合并肺栓塞临床特点及预测模型研究进展做一综述。

## 1 老年社区获得性肺炎的临床特点

### 1.1 临床症状不典型

老年人肺部感染因局部产生炎症反应能力下降,常缺乏咳嗽、咳痰、发热、胸痛等肺炎的特征性表现,肺实变体征不明显,胸部影像学也提示肺部感染灶吸收缓慢等。而机体细胞因子产生减少,系统炎症反应(表现为发热、白细胞增多)亦下降,有时仅表现为体力下降、食欲减退、尿失禁、精神状态异常等,所以老年CAP的临床症状是不典型的,这也是临床上容易造成误诊漏诊的主要原因。而呼吸急促可能是老年CAP的一个敏感指标。当老年人出现上述不典型症状或发热时,应尽早完善胸部影像学检查以进一步明确诊断,并及时应用抗感染药物治疗。

### 1.2 发病率和病死率高

老年CAP是严重威胁老年患者生命的常见肺部疾病,年龄越大发病率越高,日本研究数据表明:15~64岁人群CAP的发病率为每年3.4/1 000/年,65~74岁为10.7/1 000/年,≥75岁人群发病率最高,达42.9/1000/年。病死率随年龄增长而增高。日本研究报告:15~44岁、45~64岁、65~74岁和≥75岁住院CAP患者的病死率分别为1.4%、3.3%、6.9%和9.3%,当然CAP的病死率亦与患者病情严重程度相关。

## 2 临床资料

本研究是一项由CAP-China网络发起的全国多中心、回顾性、观察性横向研究(临床试验注册号:NCT02489578)。选择2014年1月1日至2014年12月31日期间北京、山东和云南3省7市13家二级及以上医院,从医院的HIS系统中提取前五个出院诊断中包含“肺炎”、“肺部感染”的符合所有预先定义的CAP候选者。通过回顾临床记

\*通讯作者:刘磊,男,汉族,1985.9,山东潍坊,本科,初级,研究方向:内科学。

录获得相关数据并进行分析,重点筛选CAP合并PE的人群。根据影像学检查分为CAP合并PE组(简称PE组)和CAP不合并PE组(简称非PE组)。

### 3 方法

#### 3.1 资料收集

收集人群基本特征、入院/出院/死亡日期、基础疾病、临床症状和体征;实验室检查如血常规、生化及凝血常规、动脉血气分析等,病原学结果、入院前后胸部X线片、胸部CT;治疗情况(入院前和入院后应用抗生素、抗病毒药物、激素、血管活性药物、免疫调节药物等,血液滤过治疗、机械通气情况);结果变量:包括住院时间,30天病死率,临床治疗过程中出现的并发症,转归情况(包括是否达到临床稳定,是否入住重症治疗病房(ICU),入院72 h、14 d、30 d的病死出院情况),以及住院费用的统计<sup>[1]</sup>。

#### 3.2 统计学处理

采用SPSS 20.0统计软件进行分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组比采用 $t$ 检验;计数资料采用例数(百分率)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。采用组间两两比较、单因素方差分析及卡方趋势检验探讨发生CA-AKI后继续使用肾毒性药物种类与变化情况。双侧 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义<sup>[2]</sup>。

### 4 结果

两组患者临床特点比较:老年CA-AKI患者发生比例为6.51%(2371/36445)。与非AKI组比较,CA-AKI组患者年龄及女性比例更高( $P < 0.001$ );在基础疾病方面,CA-AKI组合并高血压比例低于非AKI组( $P = 0.011$ );除心肌梗死和充血性心力衰竭在两组中差异无统计学意义( $P > 0.05$ )外,CA-AKI组其他基础疾病比例均高于非AKI组( $P < 0.05$ ),CCI评分 $\geq 3$ 分的比例亦显著增高( $P < 0.05$ )。

### 5 讨论

PE的发展不仅与肺部或胸膜感染、病原菌或各种炎性因素有关,患者自身状况和基础疾病也是重要影响因素,合并PE的CAP患者死亡率高于无PE的CAP患者,任何能增加疾病易性、严重性因素都会影响其预后。本研究中,CAP患者PE的发生率约为24.5%,老年人居多,合并基础疾病和并发症概率高;影响PE患者30天病死率的危险因素为血尿素氮 $> 7$  mmol/L、红细胞比容 $< 30\%$ 、长期卧床、出现急性肾功能衰竭、呼吸衰竭和ARDS<sup>[3]</sup>。CAP合并PE患者年龄偏大,男性居多,易合并基础疾病及出现并发症,病死率高和住院时间长,与之前报道一致。CAP合并PE患者最常见的合并症为心、脑血管疾病,入院24h炎症指标如WBC计数、CRP等明显高于未合并PE患者,与Petrusevska-Marinkovic等研究结果相似<sup>[4]</sup>。CRP是急性期感染指标,入院时CRP升高而治疗失败的患者,其并发PE或脓胸的风险增加。据报道PE或者血清CRP有助于PE的诊断或分类鉴别,并具有指导治疗的作用。

### 6 辅助治疗

辅助治疗是除抗感染治疗外的重要治疗手段,老年CAP应根据合并基础疾病进行对症治疗,给予退热、止咳化痰平喘、抗过敏、给氧、雾化吸入、补液、保持水电解质酸碱平衡及护心、护肝、护肾、物理治疗、机械通气等支持对症治疗。通过早期综合治疗能快速控制病情进展,提高治愈率,降低死亡率。

### 7 结束语

老年社区获得性肺炎和肺栓塞都有很高的发病率、死亡率,给人类健康造成极大的威胁,老年社区获得性肺炎合并肺栓塞时死亡率明显增加,CAP严重影响了老年人的生活质量,在老年群体中是一种常见的易引起住院和死亡的疾病,老年人随年龄增高免疫能力下降,全身脏器功能会有所减退,以及合并各种慢性基础疾病等相关因素,促使它在老年群体易患率增高,而且起病隐匿,临床表现不典型,因此,及时诊断和早期治疗显得尤为重要。但临床症状与单纯社区获得性肺炎极为相似,识别较为困难,易出现漏诊、误诊、延迟诊断,CTPA是确诊肺栓塞的首选检查,但在各级尤其是基层医院无法普及,不适用于危重患者。

## 参考文献:

- [1]李彤彤.老年社区获得性肺炎合并肺栓塞的临床特点及危险因素分析[D].长春:吉林大学,2019.
- [2]Zhai ZG,Wang DY,Lei JP,etal.Trends in risk stratification,in-hospital management and mortality of patients with acute pulmonary embolism:an analysis from China pUlmonary thromboembolismREgistryStudy(CURES)[J].EurRespir J,2021:2002963.
- [3]Sun Y,Li H,Pei Z,et al.Incidence of community-acquired pneumonia in urban China:a national population-based study[J].Vaccine,2020,38(52):8362-8370.
- [4]Sato R,Weycker D,Shaff M,et al.1514.mortality and readmission in adults during the first year following hospitalization for community-acquired pneumonia in the US[J].Open Forum Infect Dis,2020,7(Sup-plement\_1):S760.
- [5]中华医学会呼吸病学分会.中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(4):253-279.
- [6]刘莹.重症社区获得性肺炎合并急性呼吸窘迫综合征的肺部超声影像特点[J].广东医学,2018,39(16):2442-2445.
- [7]陈倩倩,霍建民.社区获得性肺炎评分系统的现状及展望[J].临床肺科杂志,2019年,24(6):1132-1135.
- [8]邓国升.胸部X线检查无明显异常的社区获得性肺炎患者的临床特点分析[J].实用心脑血管病杂志,2017,25(12):71-73.