

重症感染患者 ICU 治疗时间的分析及临床研究

樊景生

湖南省宁远县人民医院重症医学科 湖南永州 425600

[摘要]目的 研究临床重症感染患者 ICU 治疗时间的影响因素。**方法** 选取 2015 年 3 月 18 日-2017 年 3 月 17 日在我院 ICU 治疗的重症感染患者 98 例为研究对象, 其中 47 例治疗时间 ≤ 48 h 的患者为 A 组, 51 例治疗时间 > 48 h 的患者为 B 组。对两组患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 两组患者乳酸水平、APACHE II 评分、SOFA 评分、DIC 发生率及 MODS 的发生率的差异显著 ($p < 0.05$), 且显示乳酸水平、APACHE II 评分、SOFA 评分、DIC 发生率及 MODS 发生率均是影响重症感染患者 ICU 治疗时间的危险因素。**结论** 乳酸水平、APACHE II 评分、SOFA 评分、DIC 及 MODS 均会延长重症感染患者 ICU 的治疗时间, 临床上需加强上述危险因素的监测, 并给与对症处理。

[关键词] 重症感染; ICU 治疗时间; 影响因素

[中图分类号] R459.7

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 06-116-02

重症感染指的是危及患者生命的感染, 是 ICU 病房最常见的并发症, 与患者机体免疫功能减弱、长期卧床、病情危急、导管留置及侵入性操作较多引起的, 其死亡率为 30%~70%^[1], 严重影响了患者的治疗及预后。因此, 及时、有效地控制感染是减少重症感染患者死亡的关键。笔者回顾性分析 98 例患者的临床资料, 旨在探讨影响重症感染患者 ICU 治疗时间的因素, 以为临床治疗提供依据, 现总结如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 3 月 18 日-2017 年 3 月 17 日在我院 ICU 治疗的重症感染患者 98 例为研究对象, 均经临床症状、体征、血常规、痰培养等检查确诊, 并排除先天性心肝肾功能障碍、妊娠期及哺乳期的患者。

98 例研究对象中 47 例治疗时间 ≤ 48 h 的患者为 A 组, 51 例治疗时间 > 48 h 的患者为 B 组。A 组男女患者为 29/18; 年龄最小 25 岁, 最大 71 岁, 平均年龄 (41.02 \pm 7.29) 岁; 中枢神经系统感染 5 例, 呼吸系统感染 17 例, 消化系统感染 14 例, 泌尿系统感染 9 例, 严重创伤 2 例。B 组男女患者为 31/20;

年龄最小 23 岁, 最大 71 岁, 平均年龄 (41.00 \pm 7.27) 岁; 中枢神经系统感染 10 例, 呼吸系统感染 16 例, 消化系统感染 15 例, 泌尿系统感染 9 例, 严重创伤 1 例。

两组患者性别、年龄及感染部位的差异不显著, 无统计学意义 ($p > 0.05$), 科进行对比研究。

1.2 方法

回顾性分析两组患者的临床资料, 观察两组患者的心率 (HR)、乳酸水平、慢性健康状况系统 (APACHE II) 评分、序贯性器官衰竭 (SOFA) 评分、弥散性血管内凝血 (DIC) 发生率及多器官功能障碍综合征 (MODS) 发生率。

1.3 统计学分析

应用 SPSS18.0 软件分析和处理研究数据, $p < 0.05$, 则差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床资料

两组患者乳酸水平、APACHE II 评分、SOFA 评分、DIC 发生率及 MODS 的发生率的差异显著 ($p < 0.05$)。具体数据详见表 1。

表 1: 两组患者临床资料的对比

组别	HR (次/min)	乳酸水平 (mmol/L)	APACHE II 评分 (分)	SOFA 评分 (分)	DIC 发生率 [n (%)]	MODS 发生率 [n (%)]
A 组 (n=47)	118.53 \pm 19.52	2.55 \pm 1.43	12.93 \pm 3.36	4.85 \pm 3.93	6 (12.77%)	4 (8.51%)
B 组 (n=51)	126.79 \pm 21.67	6.83 \pm 1.54	20.15 \pm 4.84	9.93 \pm 2.89	19 (37.25%)	27 (52.94%)
T 值/ χ^2	1.9766	14.2664	8.5090	7.3291	7.7192	22.3265
P 值	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 影响重症感染患者 ICU 治疗时间的危险因素分析

以 ICU 治疗时间为因变量进行多因素非条件 Logistic 回归分析, 显示乳酸水平、APACHE II 评分、SOFA 评分、DIC 发生率及 MODS 发生率均是影响重症感染患者 ICU 治疗时间的危险因素。具体数据详见表 2。

表 2: 影响重症感染患者 ICU 治疗时间的危险因素分析

指标	OR	CI	P
乳酸水平 (mmol/L)	2.941	1.203 ~ 1.512	< 0.05
APACHE II 评分 (分)	2.936	1.235 ~ 1.861	< 0.05
SOFA 评分 (分)	4.702	2.990 ~ 16.389	< 0.05
DIC 发生率 (%)	1.086	0.997 ~ 1.860	< 0.05
MODS 的发生率 (%)	7.530	0.996 ~ 1.861	< 0.05

3 讨论

重症感染治疗不及时, 会快速发展为感染性休克, 导致 MODS 发生率上升^[2], 同时严重影响了有效循环的血量, 增加了机体组织的无氧代谢, 导致缺氧, 引起乳酸水平的升高^[3]。DIC 是纤维蛋白溶解, 导致血液中可溶性纤维蛋白和蛋白酶的含量升高引起的以休克、严重出血、低血压及微血管病

性溶血性贫血为主要表现的临床综合征^[4]。

APACHE II 评分是根据患者的生理、年龄和慢性健康状况对急危重症患者进行综合、客观、科学的评估, 是评价病情危重程度的重要指标, 且评分越高说明患者健康状况越差^[5]。SOFA 评分是欧洲重症监护医学协会坦然相关工作组创立的用于评价呼吸、心血管、肝脏、肾脏、凝血及神经系统器官损伤的数量和严重程度的工具, 其操作简单、计算方便, 可对疾病进行动态观察^[6]。本次研究中两组患者乳酸水平、APACHE II 评分、SOFA 评分、DIC 发生率及 MODS 的发生率的差异显著 ($p < 0.05$), 且显示乳酸水平、APACHE II 评分、SOFA 评分、DIC 发生率及 MODS 发生率均是影响重症感染患者 ICU 治疗时间的危险因素, 因此, 临床上需加强上述危险因素的监测, 并给与对症处理, 缩短患者的治疗时间。

[参考文献]

[1] 何鲤穗, 陈志量, 刘玉琪等. ICU 重症感染患者抗菌治疗前后痰培养病原菌动态变化与临床疗效分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(24):5584-5586.

[2] 李诗阳, 王日兴, 吕有凯等. 老年重症感染患者血清降钙素

(下转第 119 页)

长, 患者术后存在的并发症较多等一系列缺点, 在以往因为缺少可以替代的治疗方法, 开腹切除病变的阑尾依然作为一种主要的治疗方法而全面推广。

随着医疗技术发展, 腹腔镜在普外科逐渐被认可, 并有取代传统开腹手术之势^[5]。腹腔镜手术最大的优势是术中可以直视, 能对病变位置进行精确治疗或切除, 有利于控制腹膜炎, 减轻了术后炎症反应及降低了腹腔残余脓肿的发生率^[4]。与传统开腹手术对比, 腹腔镜手术避免了开腹, 大大减少了感染和疼痛的发生, 有利于切口恢复。随着医疗水平的不断发展, 腹腔镜更为广泛地应用于各类手术治疗或疾病的相关检查中。本研究发现, 采用腹腔镜手术术后并发症发生率为 14.3%, 其中包含术后发热 1 例, 肠梗阻 1 例, 未见其他并发症发生。开腹手术发生切口感染 1 例, 肠梗阻 2 例, 发热 2 例, 术后总并发症发生率为 33.3%, 由此可知, 腹腔镜手术治疗急性化脓性阑尾炎相对传统开腹手术而言, 确实并发症相对较少, 大大减轻了切口感染的概率, 有力地降低了切口延时愈合甚至不愈合的风险。本研究在术后并发症发生率的比较上再一次验证了腹腔镜手术具有安全、并发症较少的优势。本研究观察两种术式疗效可知, 腹腔镜手术后治疗总有效率 97.2%, 而开腹手术总有效率为 96.2%, 对比两种术式总有效率,

发现腹腔镜手术在疗效上与开腹手术相比, 并无显著性差别, 这个研究结果充分肯定了开腹手术治疗急性化脓性阑尾炎的疗效, 同时也证实了在不降低疗效的同时, 腹腔镜具备并发症更低, 患者恢复快的优势。

4 结论

对急性化脓性阑尾炎患者, 采取腹腔镜手术进行治疗疗效确切, 且并发症发生率低, 符合人体美学需要, 是一种值得推广的治疗急性化脓性阑尾炎的手术方式。

【参考文献】

- [1] 徐晓东, 杨有名. 腹腔镜阑尾切除术治疗阑尾炎的效果观察[J]. 中华全科医学, 2013, 11(11): 1678-1679.
- [2] 庞永奎. 腹腔镜与开腹阑尾切除术治疗穿孔性阑尾炎的疗效对照分析[J]. 中华普通外科学文献(电子版), 2015, 9(6): 491-492.
- [3] 王育和, 刘家峰, 徐大华, 等. 腹腔镜与开腹阑尾切除术治疗穿孔性阑尾炎的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 7(12): 1184-1185.
- [4] 顾剑峰, 王磊, 孟建青, 等. 腹腔镜技术用于化脓性、坏疽性阑尾炎的治疗体会[J]. 江苏医药, 2010, 36(23): 2824-2825.
- [5] LU J, CHENG Y, XIONG XZ, et al. Two-stage VS single-stage management for concomitant gallstones and common bile duct stones[J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(24): 3156.

(上接第 115 页)

端产生压缩以及嵌插情况, 引发桡骨产生短缩, 下尺桡关节分离现象, 从而造成掌倾角以及尺偏角发生改变^[3]。现在对于桡骨远端骨折的治疗方式有很多, 针对无移位或是稳定桡骨远端骨折患者通常采取手法复位石膏以及夹板外固定治疗方式, 此种治疗方式能够起到良好的治疗效果, 同时对患者产生的创伤比较小, 患者康复过程快, 缓解患者接受再次手术的风险^[4]。关于老年性桡骨远端骨折患者在接受治疗期间, 需要依照患者的实际情况选取手术治疗方案, 但是具有损伤软组织以及影像骨折愈合的可能, 此种手术治疗在为桡骨远端实施解剖复位期间, 需要依靠固定方式实现早期锻炼, 将骨折局部和全身并发症的出现几率得到控制^[5]。通过本文的研究结果显示, 接受手术治疗患者的影像学检查结果在 3 个月之后与非手术患者比较不存在统计学差异, 接受手术患者的影像学检查结果在 6 个月之后显著优于非手术患者,

由此可见, 针对老年性桡骨远端骨折患者采取手术治疗与非手术治疗各自存在利弊, 临床中需要依照患者的实际情况选取最佳的治疗方案。

【参考文献】

- [1] 安宁, 刘康, 何智勇, 等. 两种固定方法治疗老年骨质疏松性桡骨远端骨折的疗效比较[J]. 生物骨科材料与临床研究, 2015, 12(06): 58-60, 63.
- [2] 姜保国, 张殿英, 傅中国, 等. 桡骨远端骨折的治疗建议[J]. 中华创伤骨科杂志, 2014, 12(11): 1053-1055.
- [3] 李夏, 王秋报. 桡骨远端骨折手术与非手术治疗[J]. 国际骨科学杂志, 2013, 34(01): 23-25.
- [4] 陈伊育. 降钙素联合手术治疗老年骨质疏松性桡骨远端不稳定骨折疗效[J]. 创伤外科杂志, 2016, 18(01): 21-24.
- [5] 包玉喜. 74 例桡骨远端骨折非手术治疗体会[J]. 中国医学创新, 2014, 9(7): 107-108.

(上接第 116 页)

原与 C-反应蛋白联合检测的临床价值[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(8): 1960-1961.

[3] 陈韦强, 刘漪, 谢作舟等. 利奈唑胺对老年重症感染患者血乳酸水平的影响[J]. 世界临床医学, 2015, 9(9): 190.

[4] 高爽, 张放, 马帅等. 弥散性血管内凝血评分系统评分联合 C

反应蛋白对重症肺炎患者急性肾损伤的预测价值[J]. 中国急救医学, 2015, 35(12): 1122-1126.

[5] 钟映玉. 重症感染患者病情危重程度与血清降钙素原、C-反应蛋白及血小板的相关性分析[J]. 河北医药, 2017, 39(10): 1471-1473.

[6] 周小洁, 陈洁, 谭丽菲等. 134 例急性脑卒中合并多器官功能障碍综合征临床分析[J]. 中华全科医学, 2016, 14(1): 55-56, 59.

(上接第 117 页)

常规切开复位内固定手术治疗膝关节骨折, 会对软组织和骨膜大面积剥离^[4], 对于病情较为严重的患者, 还需要切开关节囊, 从而达到良好的复位固定效果。可以这样会导致感染的机率非常高, 影响切口愈合。对在关节镜引导下, 开展微创内固定治疗, 切口非常小, 不易产生瘢痕, 而且可以清晰对患肢内损伤情况进行观察, 而且手术时间短, 术中出血量低, 还避免了对患肢二次治疗的风险^[5]。

本文研究得出: 对膝关节内骨折采用微创内固定治疗在治疗效果, 手术基本情况以及术后不良症状发生率方面均低于常规切开复位内固定手术。在关节镜辅助下, 能确定好最佳手术位置, 骨折严重程度以及关节内组织结构情况, 从而能得到较为理想治疗效果。

综上所述: 在关节镜辅助下对膝关节内骨折患者实施微

创内固定治疗对机体损伤小, 利于机体康复, 利于改善患者膝关节功能。

【参考文献】

- [1] 余海龙. 关节镜技术治疗膝关节内损伤的研究进展[J]. 中国现代医生, 2014, 52(16): 158-160.
- [2] 庾明. 关节镜下微创锁定钢板固定与切开复位钢板内固定治疗胫骨平台骨折疗效比较[J]. 海南医学, 2014, 25(10): 1441-1445.
- [3] 陈彦, 丁洪, 翟建明, 等. 关节镜下微创治疗膝关节内骨折的疗效及并发症分析[J]. 安徽医药, 2014, 18(4): 711-712.
- [4] 陈枫, 徐红野, 朱国庆, 等. 膝关节镜辅助下微创手术与传统手术治疗胫骨平台骨折的疗效比较[J]. 中国现代医生, 2013, 51(10): 154-156.
- [5] 许斌, 骆宇春, 王诗波. 关节镜监视下微创治疗膝关节骨折的疗效观察[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2011, 26(2): 149-150.