

• 临床研究 •

重症感染患者 ICU 治疗时间的分析及临床研究

邹勇德¹ 唐 飞¹ 陈 力²

1 永州市中心医院 ICU 湖南永州 425000 2 永州市第三人民医院 湖南永州 425000

【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 2016 年 7 月-2019 年 1 月在我院 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】** 1009-3179 (2019) 02-038-02

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^[1], 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%, 严重影响了患者的治疗及预后^[2]。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 2016 年 7 月-2019 年 1 月在我院 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 (41.03 ± 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 ± 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 ($p>0.05$), 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 SPSS26.0 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 的发生率 [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

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

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。

3 讨论

重症感染是十分急性的一种综合征, 具有急性、进行性、病情紧急、预后极差等诸多特点, 导致 MODS 发生率上升, 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。重症监护室患者可在多种因素的影响下, 增加重症

(下转第 40 页)

苦大,手术效果差,预后有待改善。本文研究发现,行传统开胸手术治疗胸腺瘤,患者手术用时(73.8 ± 1.6) min、出血量(120.6 ± 9.5) ml、术后住院(6.9 ± 0.9) d,提示患者手术效率低,出血量大,术后住院时间有待缩短。进一步观察发现,本组患者引流(105.6 ± 6.3) ml、术后(3.9 ± 0.2) d拔管、(13.0 ± 1.6) d下床,上述数据表明,患者的术后康复速度有待加快。本组接受常规开胸手术治疗者,有效率 80.5%、并发症发生率 14.6%。

电视胸腔镜胸腺瘤切除术,为微创手术的一种。术中,术者可建立操作孔,借助影像学技术的辅助,对肿瘤位置、大小、有无粘连等情况进行判断。根据判断结果,对切口位置进行选择,对手术方案进行规划。与常规开胸手术相比,电视胸腔镜胸腺瘤切除术切口更小,因此,患者术中出血量一般较少,痛苦小,手术耐受度高。此外,借助影像学技术的辅助,术者术中视野的清晰度也将明显提升,手术效率显著提高。本文研究发现,行电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗胸腺瘤的患者,手术用时(52.4 ± 2.0) min、出血量(61.5 ± 3.9) ml、术后住院(4.5 ± 0.1) d,与行常规开胸手术治疗者相比,手术效率更高,出血量更少,住院时间更短,优势显著($P < 0.05$)。因电视胸腔镜胸腺瘤切除术创伤小,术中操作精确,因此,术中操作往往不会对病变周围健康组织造成损伤,患者术后发生并发症的风险低,康复速度快,预后佳。本文研究发现,行电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗疾病后,胸腺瘤患者引流(68.9 ± 5.2) ml、术后(2.1 ± 0.1) d拔管、(8.7 ± 0.5) d下床,与行常规开胸手术治疗者相比,康复速度明显加快($P < 0.05$)。本组患者有效率 97.6%、并发症发生率 4.9%,较开胸手术相比优势显著($P < 0.05$)。沙闯^[6]在研究中,随机选取胸腺瘤患者作为样本,对比了电视胸腔镜胸腺瘤切除与传统手术切除治疗疾病的临床疗效。研究结果显示,行电视

胸腔镜胸腺瘤切除治疗,可将治疗有效率自 81% 提升至 96%,将并发症发生率自 23% 降低至 4%。该学者的研究结果,与本文基本一致。本组发生并发症的患者,并发症分别表现为“低 γ 球蛋白血症”、“单纯红细胞再生障碍性贫血”。经处理后,两种并发症均消失,未对患者的预后造成影响。但为进一步提高手术的安全性,术后,临床仍需加强对患者病情的观察,并对切口感染等并发症进行预防,以改善预后。

综上所述,行电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗胸腺瘤,手术效率高,康复速度快。临床应于确诊胸腺瘤后,根据患者的病情,首选电视胸腔镜胸腺瘤切除术治疗疾病,使患者的预后得到改善。

参考文献:

- [1] 毛争春,沈韦羽.电视胸腔镜与胸骨正中切口行胸腺扩大切除治疗胸腺瘤合并重症肌无力临床效果的比较[J].浙江创伤外科,2017,22(06):1138-1140.
- [2] 马良泰,冶治,高哲俊.西宁地区电视胸腔镜下胸腺瘤扩大切除治疗重症肌无力临床研究[J].青海医药杂志,2017,47(07):9-11.
- [3] 霍云奎,张雍偲,闫晓亮.电视胸腔镜与经胸骨胸腺扩大切除治疗不伴胸腺瘤重症肌无力的临床分析[J].临床医学研究与实践,2017,2(17):63-64.
- [4] 徐新朝.电视胸腔镜胸腺扩大切除术治疗胸腺瘤合并重症肌无力可行性和效果观察[J].社区医学杂志,2016,14(08):44-46.
- [5] 张文军,范军,马冬春.胸腔镜与胸骨正中劈开胸腺扩大切除治疗重症肌无力并胸腺瘤的比较[J].安徽医科大学学报,2016,51(05):755-759.
- [6] 沙闯.电视胸腔镜胸腺瘤切除与传统手术切除治疗胸腺瘤的临床对比观察[J].中国现代药物应用,2016,10(05):48-49.

(上接第 38 页)

感染风险。据统计,ICU 重症感染患者的死亡率已超过 50%。国内有学者^[4]的研究资料显示,ICU 患者本身病情较为严重,病情发展较快,重症感染逐渐成为临床治疗过程中常见的严重并发症,严重影响 ICU 患者的治疗进程。因此,需要对 ICU 患者不同时间段的危险因素进行综合分析,改善其临床症状,可显著降低 ICU 重症感染患者的死亡率,提高其生存率^[5]。

重症感染患者多伴有脏器功能衰竭,若治疗不及时或控制不当,会很快发展为感染性休克,DIC 发生率、APACHE II、乳酸水平及平均动脉压是增加重症感染患者死亡率的重要因素。相关资料已证实,在 ICU 重症感染者接受治疗期间,监测乳酸水平、平均动脉压,评估 APACHE II,统计 DIC 发生率,对判断重症患者的预后情况有着重要的指导意义^[6]。

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。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。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,2016,25(24):5584-5588.
- [2] 李诗阳,王日兴,吕有凯,等.老年重症感染患者血清降钙素原与 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,2016,9(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,2016,35(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.