

去甲肾上腺素联合酚妥拉明治疗感染性休克的临床疗效分析

于芝瑞

(河南省巩义市人民医院 巩义 451200)

摘要:目的:探究去甲肾上腺素联合酚妥拉明治疗感染性休克的临床疗效。方法:将在本院接受治疗的 42 例感染性休克患者,依据治疗方式的不同分为联合用药组 A,予以去甲肾上腺素联合酚妥拉明治疗;联合用药组 B,予以多巴胺联合酚妥拉明治疗。比较两组患者用药后 0~24 h 内的心率、平均动脉压、休克指数、动脉血乳酸的变化。结果:治疗 24 h 后,两组患者的各项指标均得到有效改善;而 A 组的血乳酸浓度在用药 24 h 后,明显低于 B 组($P<0.05$),其他指标如心率、休克指数等的改善程度优于 B 组($P<0.05$)。结论:去甲肾上腺素联合酚妥拉明治疗感染性休克在改善组织缺血、提高平均动脉压等方面均有积极意义,值得推广应用。

关键词:去甲肾上腺素;酚妥拉明;感染性休克;临床疗效

中图分类号:R631

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.037

对于危重症患者而言感染性休克比较常见,是造成患者病死的重要原因之一^[1]。临床上主要采取复苏策略即早期液体复苏和应用儿茶酚胺类药物如多巴胺、去甲肾上腺素等以保证患者血压、维持重要组织器官的灌注^[2]。本次研究选取了 2010 年 5 月~2013 年 1 月期间在我院入住的 42 例 ICU 感染性休克患者作为研究对象。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 5 月~2013 年 1 月期间在我院入住的 42 例 ICU 感染性休克患者,其中男 22 例,女 20 例,年龄 3~66 岁,平均(45.50±5.33)岁。患者的原发病包括:心血管类疾病(4 例),腹腔感染(13 例),胰腺炎(6 例),胃穿孔以及肠梗阻(15 例),其他(4 例)。入院治疗过程中,依据治疗方式的不同分为去甲肾上腺素联合酚妥拉明组(A 组)和多巴胺联合酚妥拉明组(B 组),其中 A 组 23 例、B 组 19 例,经统计学分析,两组患者在性别、年龄、原发病类型以及感染菌种等方面无统计学上的差异($P>0.05$),具有一定的可比性。

1.2 方法 B 组采用多巴胺联合酚妥拉明治疗:1~15 μg / (kg·min)的多巴胺泵入,加用酚妥拉明 0.5~1mg/kg (加入浓度为 10 % 的葡萄糖液 10 mL 中予以缓慢滴注);A 组去甲肾上腺素使用的剂量为 0.05~0.50 μg/kg,加用相同剂量的酚妥拉明缓慢滴注。

1.3 观察指标 观察并记录两组患者用药后 0~24 h 内的心率、平均动脉压(MBP)、休克指数、动脉血乳酸的变化情况。

1.4 统计学处理 在本次研究中,有关数据采用

SPSS19.0 进行统计学分析处理,数据均以 ($\bar{X} \pm S$) 的形式表示,采用 χ^2 检验以及 t 检验对有关差异进行比较, $P<0.05$ 为差异显著,具有统计学意义。

2 结果

两组患者用药 24 h 后,血乳酸浓度均得到降低,平均动脉压也均有所上升,心率、休克指数等均有所降低,与 0 h 相比差异均具有统计学意义($P<0.05$);A 组应用酚妥拉明与去肾上腺素 24 h 后,其动脉血乳酸浓度要显著低于 B 组,差异具有统计学意义($P<0.05$);而 A 组患者其用药 6 h 和 12 h 后患者的平均动脉压(MAP)显著高于 B 组($P<0.05$);6、12、24 h 后的休克指数 A 组低于 B 组,其差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 患者不同时间内各项指标变化 ($\bar{X} \pm S$)					
主要指标	n	0 h	6 h	12 h	24 h
动脉血乳酸 (mmol/L)	A	5.66± 3.35	4.53± 1.08	3.98± 0.89	3.09± 1.27
	B	5.76± 1.41	4.96± 1.57	4.14± 0.78	3.88± 2.54
MBP (mmHg)	A	57.68± 3.04	63.18± 1.23	68.55± 2.08	71.56± 0.99
	B	57.23± 1.00	61.56± 1.87	65.34± 0.99	69.08± 2.44
HR (次/min)	A	140.33± 7.23	123.45± 1.14	120.11± 2.54	119.56± 1.67
	B	139.24± 3.11	130.23± 1.78	125.16± 3.14	121.09± 1.67
休克指数	A	1.95± 0.26	1.81± 0.76	1.75± 0.49	1.69± 1.09
	B	1.96± 0.11	1.90± 2.13	1.79± 0.88	1.71± 1.13

3 讨论

一般说来,感染性休克的一个最突出表现即血流动力学的紊乱,因此血流动力学的支持是治疗感染性休克的主要手段,通过血流动力学的支持可有效改善患者的血流动力学状态和器官灌注,同时还能逆转器官功能损害^[3]。酚妥拉明一类的血管活性药物通常情况下能迅速改善心脏、脑血流的灌注^[4]。去甲肾上腺素则通过收缩血管的方式提高平均动脉压,其与多巴胺以增加每搏量和心率的方式以提

参考文献

[1]李振国.沙丁胺醇、布地奈德联合治疗支气管哮喘急性发作疗效观察[J].当代医学,2011,17(18):1-2

[2]侯世芳,许贤豪,刘银红.沙丁胺醇治疗重症肌无力的临床观察[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2011,18(5):325-327

[3]张玮.肺炎支原体感染与儿童哮喘的相关性分析及沙丁胺醇的临床疗效[J].当代医学,2012,18(1):118-119

[4]袁应兰.沙丁胺醇联合布地奈德治疗小儿喘息性疾病发作疗效观察[J].中外医疗,2012,31(11):4-6

(收稿日期: 2013-05-27)

ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染相关因素分析及对策

封永顺¹ 张琦²

(1 北京京煤集团总医院 北京 102300;2 吉林大学第一医院 吉林长春 130021)

摘要:目的:分析 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染的相关因素,并总结其防治对策。方法:选取 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染患者 76 例,回顾分析其临床资料,分析其流行病学、耐药性、病原菌以及易感因素,总结防治措施。结果:引发 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染的主要病原菌为革兰氏阴性杆菌,本组占 73.1%;革兰氏阳性球菌次之,占 17.2%;真菌位列第三,占 9.6%。主要危害因素为长期昏迷、卧床、胃内容物反流或误吸、气管切开或气管插管、大量应用激素等。结论:强化 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染相关因素的预防和控制,可有效减少重症颅脑损伤并发肺部感染的发生率。

关键词:重症颅脑损伤;危险因素;肺部感染

中图分类号:R651.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.038

ICU 病房收治的重症颅脑损伤患者大多病情危重,且损伤往往位于脑干部位,需要实施人工气道支持,主要包括气管切开、气管插管、使用呼吸机等,同时配合大剂量激素、脱水剂等,易引发院内感染,其中,肺部感染最为常见。本研究回顾分析了 76 例 ICU 病房收治的重症颅脑损伤并发肺部感染患者的临床资料,旨在了解其病因以及相关感染因素,以期为防治 ICU 肺部感染以及合理应用抗生素提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2011 年 3 月~2013 年 3 月期间,我院 ICU 重症颅脑损伤并发肺部感染患者 76 例,其中男 50 例,女 26 例,年龄 19~75 岁,平均(43.6±4.3)岁。患者均有明确的外伤病史,并经临床症状、CT 以及体格检查确诊。患者进入 ICU 病房时的 GCS 评分在 3~8 分之间,平均(5.2±0.3)分。其中,原发性器质病史 16 例,原发性高血压史 10 例,糖尿病史 6 例。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 患者均留置鼻胃管、深静脉穿刺置管、导尿管,其中 42 例行气管插管,34 例行气管切开,52 例使用呼吸机。

1.2.2 研究方法 回顾调查并分析患者的临床资

料,参照卫生部医院感染监控小组关于医院感染的诊断标准,对入院 72 h 后发生肺部感染者,取 3 次痰培养标本,住院期间每周取 1 次,采用痰液收集器收集,无菌操作下于气管插管或者气管切开部位取深部痰液送检,作细菌培养鉴定以及药敏试验,并详细记录。同时,经临床表现、细菌学检查、血液检查、胸片确诊。

2 结果

2.1 医院感染病原菌分布 本组 76 例患者共分离出 104 株致病菌,其中,76 株革兰阴性(G-)杆菌,占 73.1%;18 株革兰阳性(G+)球菌,占 17.3%;10 株真菌,占 9.6%。详见表 1。

表 1 颅脑损伤并发肺部感染病原菌分布 例(%)			
病原菌	分类	构成比	总比例
G- 杆菌	鲍氏不动杆菌	24(23.1)	76(73.1)
	肺炎克雷伯菌	20(19.2)	
	铜绿假单胞菌	16(15.4)	
	大肠埃希氏菌	8(7.7)	
	阴沟肠杆菌	4(3.8)	
	嗜麦芽假单胞菌	4(3.8)	
G+ 球菌	黄色葡萄球菌	10(9.6)	18(17.3)
	表皮葡萄球菌	2(1.9)	
	肠球菌属	6(5.8)	
真菌	白色假丝酵母菌	8(7.7)	10(9.6)
	光滑假丝酵母菌	2(1.9)	

2.2 药敏结果 大部分 G- 杆菌对阿米卡星、派拉

染性休克的效果优于多巴胺,去甲肾上腺素联合酚妥拉明在改善组织缺血、提高平均动脉压等方面均有积极意义,值得推广应用。

参考文献

[1]张少雷,孙荣青.血管升压药物在感染性休克中的应用[J].中国呼吸与危重监护杂志,2011,3(11):209-210
[2]赵阳,王倩,臧彬.多巴胺与去甲肾上腺素治疗感染性休克疗效比较的系统评价[J].中国循证医学杂志,2012,6(9):679-685
[3]侯立朝,计根林,熊利泽,等.多巴胺联合去甲肾上腺素对感染性休克患者肾脏功能的影响[J].中华外科杂志,2008,17(14):1 206-1 208
[4]缪晓辉,姚静娟.全身严重感染治疗进展[J].传染病信息,2008,1(7):36-39
[5]索良源,张锦.去甲肾上腺素治疗感染性休克时对肺静脉血管阻力的影响[J].中国呼吸与危重监护杂志,2009,3(14):303-306
(收稿日期:2013-05-22)

高动脉压相比具有一定的优势,增加每搏量和心室舒张末期容积,使心肌做功增加,加重心肌损伤,组织缺血缺氧加重^[9]。

本次研究中,经过用药治疗 24 h 后,两组患者的各项指标均得到有效改善;而采用去甲肾上腺素联合酚妥拉明进行治疗的 A 组其血乳酸浓度在 24 h 后明显低于多巴胺联合酚妥拉明进行治疗的 B 组,两组之间差异显著 ($P<0.05$);各阶段,A 组的 MBP 值也高于 B 组 ($P<0.05$);而其他指标如心率、休克指数等的改善程度也优于 B 组 ($P<0.05$)。

本研究结果显示,应用去甲肾上腺素在治疗感