

ICU 感染性休克患者治疗中连续性肾脏替代治疗的作用分析

长兴县人民医院 浙江省湖州市 313100

袁康阳

摘要：目的：观察和分析连续性肾脏替代治疗（CRRT）在感染性休克患者治疗中的作用。方法：对照组进行常规治疗，但未予连续性肾脏替代治疗，观察组在常规治疗同时，进行连续性肾脏替代治疗，对比两组治疗效果。结果：观察组患者 sofa 评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者 ICU 治疗时间高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者 CRRT 治疗时间与年龄、患者 APACHE II 评分、呼吸机使用时间成正相关。结论：感染性休克作为死亡率较高的急性病，连续性肾脏替代治疗时长可以增加 ICU 治疗时间，为缓解病情赢得时间；同时连续性肾脏替代治疗时间和患者年龄、呼吸机使用时间正相关。**关键词：**ICU；连续性肾脏替代治疗；感染性休克；sofa 评分；治疗作用

引言：感染性休克是一种严重的急危重症，是脓毒症最严重的阶段。感染性休克属于全身炎症反应综合征，疾病的发生与多种因素均有相关性，肺炎、泌尿系统感染等感染均会诱发感染性休克的发生，严重危及到患者的生命安全。临床治疗感染性休克，以补液、抗感染、机械通气等治疗为主。研究发现，在常规治疗基础上，早期进行连续性肾脏替代治疗干预，可以进一步提升患者的治疗效果，对疾病预后改善有积极的影响，能够促进患者尽快恢复身体健康^[1]。基于此，本文于本院 2023 年 07 月~2024 年 06 月 ICU 收治的脓症患者中，随机选取 59 例作为研究对象，研究了全程的临床干预效果。本研究经过长兴县人民医院医学伦理委员会批准（批件号 2025—EC-22）

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察组（ $n=20$ ），男性/女性：15 例:5 例；最小年龄 52 岁，最大年龄 88（68.95

±10.16) 岁。对照组 39 例患者中有 23 例男患者, 有 16 例女患者; 年龄区间为 55~90 (74.21±9.19) 岁。纳入标准: ①有感染性休克出院诊断; ②有 ICU 治疗过程; ③ 年龄大于 18 岁。排除标准: ①住院时间小于 1 天者; ②在 ICU 治疗时间小于 1 天; ③住院时间大于 90 天 ; ④没有完整的资料信息。上述研究人员的有关资料相比较, 差异无统计学意义 (P>0.05)。本研究得到了医院伦理委员会的认可。

1.2 方法

对照组患者进行常规治疗, 对患者进行肠内或是肠外营养支持; 同时, 进行机械通气治疗, 将潮气量、氧流量等参数控制在合理范围, 改善通气效果, 促使患者气道通畅。此外, 进行补液、利尿、强心等综合治疗。

观察组在上述治疗同时, 进行连续性肾脏替代治疗 (CRRT) 干预; 期间密切监测患者的生命体征, 保障患者生命安全。

1.3 观察指标

(1) 用临床指标评定连续性肾脏替代治疗的治疗作用; (2) 分析连续性肾脏替代治疗的时间于其他因素的关系。

1.4 统计学方法

本文采用 SPSS 20.0 软件处理数据, 计量资料采用 t 检验, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示。P<0.05 视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标

用 SOFA 评分评定患者病情危重程度时, 观察组的器官衰竭程度比对照组要严重, 差异有统计学意义 (P<0.05); 观察组患者住院时长与对照组患者相比无统计学差异, 但观察组患者在 ICU 住院时长明显长于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05); 见表 1:

表 1 两组患者临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$ /分)

组别	n	SOFA 评分	住院时间	ICU 住院时间
观察组	20	13.50±6.97	20.85±16.76	14.91±16.93
对照组	39	9.27±5.64	17.27±12.43	6.31±7.72

t	2.348	0.844	2.004
P	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 相关性

研究结果显示，观察组患者连续性肾脏替代治疗的时间与患者本人年龄、机械通气时间成正相关；见表 2：

表 2 与连续性肾脏替代治疗的时间相关性

组别	年龄 (Y)	机械通气时间 (h)
平均值	68.95±10.16	191.02±179.61
Pearson 相关性	.667**	.509*
显著性 (双侧)	.001	.022
n	20	20

**. 在 .01 水平 (双侧) 上显著相关。

*. 在 0.05 水平 (双侧) 上显著相关。

3 讨论

感染性休克的患者病情十分危重，通常需要收入 ICU 治疗，在感染性休克治疗期间，涉及到多种药物干预，大量补液等，很大程度上，增加了患者心脏负担，影响肺的换气功能，也增加了肾脏的负担。患者肾脏虽然还有部分可用的肾功能，有一定量的小便，也有可能后面短时间内收到抑制。早期给予患者 CRRT 治疗，CRRT 可以增加患者抵御器官损害的能力，为患者争取时间，从而降低死亡率。因此早有医生建议早期启动^[2]CRRT 治疗，避免进一步影响后续相关治疗。有研究认为，在危重患者中，早期启动 CRRT，可以降低 90 d 死亡率，而且患者的肾功能恢复更好，CRRT 的持续时间和住院时间均明显短于延迟组。^[3]

感染性休克的情况，严重威胁着人们的生命，在 ICU 治疗期间，患者身体痛苦程度高，有疼痛症状，还有应激反应；为减轻患者身心应激反应，更好提升疗效，医院可能会给予患者气管插管及镇静镇痛治疗。低血压会对肾脏进一步打击，但结合有创通气，持续镇静镇痛，有效地改善患者的应激，抑制炎症因子释放，减轻炎症反应。在 ICU 脓毒患者脱机拔管之前，患者肾功能会有一些的恢复，但医生们还是愿意先停呼吸机，再停 CRRT，让 CRRT 为患者脱机保驾护航。这也是 CRRT 治疗时间与呼吸机治疗时间显著相关的原因之一。

综上所述，CRRT 在 ICU 脓毒症患者治疗中发挥了重要的作用，可以提升治疗相关，降低死亡率，有利于促使患者尽快康复。

参考文献:

- [1] 萧意颖, 江荣林. 重症患者 CRRT 治疗时机的研究进展[C]. 现代实用医学 2024, 12(36):1541-1543
- [2] LI X M, LIU C, MAO Z, et al. Timing of renal replacement therapy initiation for acute kidney injury in critically ill patients: A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and trial sequential analysis[J]. Crit Care, 2021, 25(1): 15
- [3] ZARBOCK A, KELLUM J A, SCHMIDT C, et al. Effect of early vs delayed initiation of renal replacement therapy on mortality in critically ill patients with acute kidney injury: The ELAIN randomized clinical trial[J]. JAMA, 2016, 315(20): 2190-2199.