

急诊重症肺炎合并感染性休克临床治疗效果

刘青 张欢^{通讯作者}

贵州医科大学附属医院，贵州贵阳，550001；

摘要：目的：探究急诊重症肺炎合并感染性休克的临床治疗效果。方法：本次研究的时间范围 2024.1-2024.12 月，患者的数量为 80 例，均分成对照组和实验组，每组 40 例患者，对照组为常规治疗，实验组在对照组基础上提供美罗培南，分析两组患者治疗效果，肺氧合指标以及炎症因子水平。结果：两组患者提供不同的治疗措施后，实验组患者治疗效果优于对照组， $p<0.05$ ，分析患者的肺氧合指标，实验组优于对照组， $p<0.05$ ，评估患者的炎症因子水平，实验组优于对照组， $p<0.05$ 。结论：在急诊重症肺炎合并感染性休克治疗期间给予常规治疗的同时添加美罗培南，可以提升患者治疗效果，改善患者肺功能指标，减轻患者炎症因子水平，值得提倡。

关键词：急诊重症肺炎；感染性休克；临床治疗

DOI:10.69979/3029-2808.25.06.010

重症肺炎作为呼吸系统疾病中常见的危急重症，若未及时对患者的肺炎症状进行有效的干预，会导致患者出现感染性休克。感染性休克患者的死亡率较高，而且疾病进展速度快，临床需要合理治疗^[1]。抗感染治疗作为治疗重症肺炎的重要环节。对于重症肺炎患者而言，机体感染的病原微生物种类较多，而且感染的菌种对常规的抗生素具有一定的耐药性，故多为患者提供美罗培南进行治疗，该药物作为一种 β 酰胺内酰胺类抗生素，具有较强的抗菌谱性，可以完善多种耐药菌的治疗，提升患者的康复效果。本文就急诊重症肺炎合并感染性休克的临床治疗效果进行讨论，详见下文：

1 资料与方法

1.1 一般资料

参与本次研究患者的数量为 80 例，时间为 2024 年 1 月份至 2024 年 12 月份，均分成对照组和实验组，每组 40 例患者，对照组年龄在 54-82 岁，平均年龄为 69.45 ± 1.28 岁，男性 21 例，女性 19 例，实验组患者年龄在 55-83 岁，平均年龄为 70.46 ± 1.33 岁，男性 20 例，女性 20 例。分析所有患者的各项资料，显示 $P>0.05$ ；具有可比性。

纳入标准：所有患者自愿参与本次研究；具备重症肺炎的诊断标准；对本次研究知情同意；

排除标准：存在其他可能导致休克的疾病；既往接受过心肺复苏的患者；自身存在导致肺水肿的病症或者胸部创伤等；

1.2 方法

患者入院后建立静脉通路，共计建立两条静脉通路，依据常规方式完善葡萄糖平衡治疗，在急诊救治过程中依据患者的具体情况确定干预政策，对于血压在 50/40 mmHg 以下的患者，且脉搏较为微弱，尿量严重偏低时，及时为患者补液治疗，患者生命体征平稳后，使用血管扩张类药物进行治疗，保证患者的体内酸碱度处于平衡的状态。对于血压在 80/50mmHg 以下，心率超过 100 次/min 时，为患者提供血管收缩类药物进行补液治疗，对于血压以及心率波动较大且波动极高时，患者应及时补充血容量，适量使用激素治疗，若患者存在不同程度的肾功能损伤时，患者生命体征稳定后，给予其他干预，完善患者的营养支持，雾化、机械排痰，促进痰液排出的同时，提升患者舒适度^[2-3]。

实验组在对照组基础上提供美罗培南，取 1.0g 的美罗培南溶于 100ml 的葡萄糖水内，8 小时给药一次，持续干预七天。

1.3 观察指标

(1) 1.3.1 对比两组患者的治疗效果，记录患者的治疗有效率、28 天生存率、细菌清除率、机械通气时间、住院时间。

(2) 评估患者的肺氧合指标。

(3) 评估患者的炎症指标，于患者用药前以及用药一周后患者血清当中的 C 反应蛋白以及降钙素原水平。

1.4 统计学方法

本次研究所涉及到的患者所使用到的计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ ，检验通过 t，本文所涉及的数据均通过 SPSS 21.0 软件进行统计分析， $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 实验组患者治疗效果优于对照组， $p < 0.05$ 。

表 1 比较两组患者的治疗效果[n (%)]

组别	数量	总有效率	28d 生存率	细菌清除率	机械通气时间	住院时间
对照组	40	25 (62.50%)	29 (72.50%)	21 (52.50%)	11.63±1.25	30.25±.31
实验组	40	34 (85.00%)	37 (92.50%)	32 (80.00%)	9.06±1.15	25.71±4.26
X2		4.178	10.225	9.621	8.221	10.417
p		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 用药后，实验组患者的肺氧合指标优于对照组， $p < 0.05$ 。

表 2 对比两组患者的肺氧合指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	PaO2 (mmHg)		PaCO2 (mmHg)		氧合指标 (mmHg)	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组	53.14±4.15	75.12±4.22	76.93±6.51	62.35±4.31	142.51±15.82	269.55±14.02
实验组	52.37±4.22	81.36±5.01	77.25±5.71	55.05±3.71	140.55±17.21	306.91±13.22
t	0.417	5.441	0.367	5.112	0.978	5.448
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 用药后，实验组患者的炎症指标优于对照组， $p < 0.05$ 。

表 3 分析患者炎症指标($\bar{x} \pm s$)

组别	PCT(ug/L)		CRP (mg/L)	
	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组	9.31±0.71	1.63±0.15	87.85±7.55	12.52±1.04
实验组	9.52±0.61	0.62±0.18	87.59±6.48	5.92±1.24
t	0.415	10.415	0.669	8.697
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

重症肺炎患者起病快，病情发展快，感染不容易被控制，该病在中老年群体当中的发病率较高。若未得到及时且有效的治疗，会导致患者出现脓毒血症，引发感染性休克，症状严重时，会导致患者免疫反应损害，对患者的自身组织以及器官造成损伤，在特定的情况下，易出现器官功能障碍^[4-5]。在早期为患者提供抗生素治疗，可以解决重症肺炎患者伴休克的转归以及质量。重症肺炎伴感染性休克作为一种快速恶化性疾病，为患者操作过程中，得不到药敏试验结果，便需要进行抗感染治疗。为患者提供抗生素治疗，存在一定的盲区，为患者提供 MER 作为第二代碳青霉烯类的抗生素，可能有效的干

预革兰式阳性以及阴性菌，可以作用于青霉素和蛋白作用靶点，以实现抗菌的目的^[6]。而且 MER 对患者肝肾功能影响更小，在重症感染性疾病当中的效果得到了有效的证实。

从炎症因子的改变时，患者用药后机体当中的 CRP 以及 PCT 水平呈现下降的趋势， $p < 0.05$ ，分析原因，血清当中的 CRP 以及 PCT 作为评价患者机体当中的炎症因子水平重要标志，其检测相对更为普遍，而且简单，患者的接受度也更高，作为急性炎症反应发生的重要标志物。在评价炎症疾病过程中的灵敏度相对更高，在早期明确敏感指标，可以提升诊断的准确性^[7-8]。PCT 作为降钙素的前肽类物质，自身并不具备激素活动水平。当机

体处于免疫抑制状态或者受到细菌感染时,说明血液当中的 PCT 水平急剧升高。

对比患者的肺氧合指标,实验组患者的肺氧合指标优于对照组, $p < 0.05$, 患者使用美罗培南后,可以实现抑制炎症因子的释放,缓解机体炎症因子水平,而且自身受到抗菌药物的影响,肺部器官菌群可以实现平衡分布,通过相互作用的目的,促进疾病的恢复,缩短患者住院时间和机械通气时间,提升患者治疗效果^[9]。

从临床指标来看,实验组患者的治疗效果优于对照组, $p < 0.05$, 患者的机械通气时间、细菌清除率均得到提升,而且 MER 治疗后的细菌清除率呈现上升的趋势,患者疾病转归的时间得以缩短,提高患者的生存率,ME R 的使用,提升杀菌效率,提升了机体免疫功能,改善了患者机体当中的 T 淋巴细胞亚群比例,提升了患者免疫功能^[10]。

综上所述,对急诊重症肺炎并发症感染性休克,可以改善患者的肺氧合指标,降低患者血清当中的 CRP 以及 PCT 水平,患者的临床指标得到改善,值得提倡。

参考文献

[1] 原忠玲. 急诊重症肺炎合并感染性休克临床治疗效果分析[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2024(7):0072-0075.
[2] 贾磊. 急诊重症肺炎合并感染性休克临床治疗效果分析[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生, 2024(5):0067-0070.
[3] 冯铭. 早期限制性液体复苏治疗重症肺炎合并感染性休克的效果观察[J]. 感染、炎症、修复, 2025, 26(1): 30-33.
[4] 王涛, 张玉媛, 钱文娟, 穆叶赛·尼加提. 急诊重症肺炎早期并发感染性休克的临床诊断治疗以及效果分析

[J]. 中国科技期刊数据库 医药, 2024(8):0211-0214.
[5] 周敏, 臧宝赫, 范昊. PICCO 指导液体复苏用于重症肺炎伴感染性休克患者的临床效果[J]. 川北医学院学报, 2024, 39(1):112-116.
[6] 徐媛媛. 美罗培南治疗急诊重症肺炎并发感染性休克的作用机制及对症状改善的影响[J]. 中国科技期刊数据库 医药, 2024(12):058-061.
[7] He B , Li X , Dong R , et al. Development of machine learning-based differential diagnosis model and risk prediction model of organ damage for severe Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children[J]. Scientific Reports, 2025, 15(1):9431-9431.
[8] Aissaoui Y , Derkaoui A , Hachimi A , et al. Diagnostic Performance and Impact on Antimicrobial Treatment of a Multiplex Polymerase Chain Reaction in Critically Ill Patients With Pneumonia: A Multicenter Observational Study (The MORICUP-PCR Study: Morocco ICU Pneumonia-PCR study). [J]. Critical care explorations, 2025, 7(2): e1220.
[9] Haoran J , Ye L , Tingting Z , et al. The clinical value of Serum hyaluronic acid, procollagen III, N-terminal propeptide levels sST2 and cfDNA in predicting the myocardial damage in children with severe pneumonia. [J]. Journal of medical biochemistry, 2025, 44(1):141-147.
[10] 刘增强, 许凡凡, 刘文. 地塞米松和甲基泼尼松龙在重症新冠肺炎患者中的临床疗效和安全性(英文)[J/OL]. Journal of Chinese Pharmaceutical Sciences, 1-22[2025-04-04].