

## 脓毒性休克存活者的医院急救处理

### Hospital-Based Acute Care Use in Survivors of Septic Shock

Alexandra Ortego, BA; David F. Gaieski, MD; Barry D. Fuchs, MD; Tiffanie Jones, MD; Scott D. Halpern, MD, PhD; Dylan S. Small, PhD; S. Cham Sante, BA; Byron Drumheller, MD2; Jason D. Christie, MD, MSCE; Mark E. Mikkelsen, MD, MSCE

郝雪景 译 严静 审校

**目的:** 脓毒性休克与远期并发症及病死率的增加密切相关。然而, 鲜为认知的是关于出院后存活者再入院的急救处理。这项研究的目的是出院后30天内急诊及再入院相关的频率、时间、病因及危险因素。**方法:** 回顾性队列研究。**地点:** 美国三级教学医院。**患者:** 2007~2010年期间, 入院时诊断为脓毒性休克(乳酸 $\geq 4$  mmol/L或者顽固性低血压), 且出院后未进入临终关怀医院的患者。**干预:** 无。**研究指标和主要结果:** 复合终点为患者出院后30天之内因各种原因再次入院的比例或接受急诊治疗的比例。269例存在危险因素的存活者, 有63例(23.4%; 95% CI: 18.2~28.5)在出院后30天内再入院, 另外12例(4.5%; 95% CI: 2.3~7.7)再次经急诊治疗观察。75%的病例出院后15天内再入院, 常见于肿瘤患者( $P=0.001$ )及住院时间长的患者( $P=0.04$ )。因致命性疾病多次入院, 最终会导致患者死亡或者转至临终关怀医院(16%)。78%(49/63)的患者再入院的病因被认为与住院期间脓毒性休克的发生有关。最常见的原因是感染, 占全部30天内再入院患者的46%, 其次是心血管或血栓栓塞事件(18%)。**结论:** 院内急救在脓毒性休克存活者中很常见。出院后15天内再入院的常见原因是另一种致命性疾病, 而这通常会显著增加患者的发病率和病死率。考虑到这些研究结果可能对公共卫生的影响, 未来仍需进一步研究进行验证。  
(*Crit Care Med* 2015; 43:729-737)。

## 脓毒症诊断后24小时内低体温的出现预测持续的淋巴细胞减少症

### The Presence of Hypothermia Within 24 Hours of Sepsis Diagnosis Predicts Persistent Lymphopenia

Anne M. Drewry, MD; Brian M. Fuller, MD, MSCI; Lee P. Skrupky, PharmD; Richard S. Hotchkiss, MD

蔡国龙 译 严静 审校

**目的:** 旨在分析诊断为脓毒症的患者24小时内体温过低是否与淋巴细胞持续减少相关, 这是一种由脓毒症引起的免疫抑制的特征。**设计:** 回顾性队列研究。**地点:** 一个拥有1200个床位的大学附属的三级医院。**患者:** 2010年1月1日至2012年7月31日之间住院, 并且5天内诊断为菌血症和脓毒症的成人患者。**干预措施:** 无。**研究指标和主要结果:** 记录脓毒症诊断后头4天内的白细胞计数。持续的淋巴细胞减少症定义为在脓毒症诊断后第4天淋巴细胞的绝对计数小于 $1.2 \text{ cells}/\mu\text{L} \times 10^3$ 。445例脓毒症患者中, 64例(14.4%)患者在诊断后24小时内发生低体温(定义为体温 $< 36.0^\circ\text{C}$ )。在考虑到年龄、疾病严重程度、并发症、细菌的来源和类型后, 低体温是持续淋巴细胞减少症的一个重要的独立预测指标[校正比值比=2.70 (95% CI: 1.10~6.60);  $P=0.03$ ]。与非低体温患者相比, 体温过低患者的28天病死率(50.0% vs 24.9%,  $P< 0.001$ )及1年病死率(60.9% vs 47.0%,  $P=0.001$ )均更高。**结论:** 脓症患者体温过低会增加淋巴细胞减少症的发生风险, 并且与患者的病死率增加有关。体温过低可能是脓毒症引起的免疫抑制的早期临床预测特征。  
(*Crit Care Med* 2015; 43:1165-1169)