

前后白细胞总数没有显著性差异,治疗后中性粒细胞总数下降,可能因为部分患者合并感染肺炎衣原体、肺炎支原体、军团菌或其他病原体,经临床对症处理,感染得到控制后,使中性粒细胞明显降低。通常情况下血清病毒 IgM 抗体出现可能要 1 周左右的时间,病毒 IgG 抗体的出现可能需要 1~2 周的时间。20 例 SARS 患者病毒 IgG 抗体检测有 15 例阳性,阳性率为 75.00%,有 5 例 IgG 抗体阴性,可能与患者发病、发热、肺完全吸收天数及标本采集时间不同有关。由于购置试剂的原因,SARS 病毒 IgM 抗体检测结果有待进一步探讨。

3.3 治疗方法:主要采取以提高患者机体免疫力为主的综合治疗方法,如早期使用抗病毒、抗感染、糖皮质激素治疗,对呼吸衰竭的患者进行无创机械辅助通气治疗,根据患者血气检测结果及时调整通气参数。经采用上述综合治疗大部分患者预后良好。

SARS 主要通过呼吸道及接触传

播^[1]。为了切断传播途径,保护易感人群及医务人员,避免造成交叉感染,我们采取了严格的呼吸道及接触隔离措施^[11],如开设独立病区,在不同楼层和病区收治确诊和疑似病例;确诊患者住单间,戴口罩,不得离开病区;加强病房通风、定时空气和地面消毒,严格执行首诊医生负责制,注意及时分流患者,严禁探视和陪护。本病被列入国家法定传染病,无疑对该病的防治研究将起到重要的作用。

参考文献:

- 1 毕筱刚,周凤丽,张扣兴,等.非典型肺炎 25 例临床分析[J].中国综合临床,2003,19:585-586.
- 2 Poutanen S M, Low D E, Henry B, et al. Identification of severe acute respiratory syndrome in Canada[J/OL]. New Engl J Med, 2003 (in press) Published at www.nejm.org March 31, 2003.
- 3 曹义战,聂青和. SARS 诊断及治疗的现状与进展[J].中国危重病急救医学,2003,15:441-444.
- 4 张健鹏,刘又宁,陈良安.现阶段 SARS 诊

治中的一些问题[J].中国危重病急救医学,2003,15:395-397.

- 5 中华人民共和国卫生部办公厅.传染性非典型肺炎临床诊断标准[S].中华人民共和国卫生部,2003-05-03.
- 6 胡书孝,刘顺智,师建国,主编.实用临床统计学[M].北京:军事医学出版社,2000.62-67.
- 7 全国计算机信息高新技术考试教材编委会编.中文 Word 97 培训教程[M].北京:宇航出版社,1998.70.
- 8 高占成,朱继红,孙焱,等.医院内 SARS 暴发流行的临床分析[J].中国危重病急救医学,2003,15:332-335.
- 9 赵景民,周光德,孙艳玲. SARS 的病理与病理生理变化[J].中国危重病急救医学,2003,15:391-394.
- 10 马威,陈国凤,黎檀实,等.118 例 SARS 患者胸部 X 线表现分析[J].中国危重病急救医学,2003,15:338-342.
- 11 何国平,喻坚.实用护理学[M].北京:人民卫生出版社,2002.271.

(收稿日期:2004-05-22)

(本文编辑:李银平)

• 科研新闻速递 •

两种多器官功能障碍或衰竭评分标准在肝硬化患者中应用的比较

肝硬化危重病患者的预后取决于肝脏以及肝外器官功能障碍或衰竭的程度。台湾学者比较了续贯器官衰竭评分方法(SOFA评分)和普通器官系统衰竭评分方法(OSF评分)在预测院内肝硬化危重病患者病死率中的作用。以2002年1月—2003年6月台北某医院重症监护治疗病房(ICU)160例确诊肝硬化的患者为研究对象。对住进ICU的患者分别进行OSF和SOFA评分。结果:乙型肝炎是引起肝硬化的最常见传染病;病死率明显增加与OSF和SOFA评分相关(P 均 <0.001)。OSF和SOFA评分在对同一疾病的评价上显示出紧密的相关性($P<0.001$)。对于器官功能障碍相似的患者,死亡者的器官功能障碍数目更高。然而,有相同OSF评分的患者其SOFA评分与病死率之间没有相关性。同时,OSF和SOFA评分显示了良好的评估能力(评估有效值分别是0.906和0.892)。结论:OSF和SOFA评分是对ICU中肝硬化危重患者预后进行预测的较好方法。值得注意的是院内肝硬化危重患者死亡的发生主要取决于某个重要器官衰竭的严重程度,而不取决于几个器官功能障碍的简单叠加。SOFA评分对于医院内肝硬化危重患者病死率的预测并不比OSF评分更好。

夏斌,编译自《Digestion》,2004,69:190-200;胡森,审校

持续输注血管加压素对脓毒性休克患者的影响

美国科罗拉多州医院的一项研究表明,持续输注血管加压素有助于增加脓毒性休克患者血压,减少儿茶酚胺用量,改善肾功能。试验以2000年1月—2002年9月输注血管加压素的脓毒性休克危重患者为对象,收集流行病学、血流动力学、实验室指标以及用药剂量的资料,并与对照病例进行比较,进行回顾性统计学分析。结果:353例患者中有102例符合研究条件。试验数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)来表示。血管加压素剂量为 (0.11 ± 0.17) U/min,持续时间达 (53.8 ± 71.5) h。与对照组比较,输注血管加压素1 h内可使平均动脉压(MAP)增加15%($P<0.05$),4 h内使心率减慢9%($P<0.05$),8 h内儿茶酚胺用量持续减少25%($P<0.05$),上述变化可持续达96 h。而其他血流动力学变量和儿茶酚胺应用参数与对照组比较没有明显差异。尿量、血清肌酐、血钠浓度与对照组比较没有明显改变。对照组病例中手指或四肢局部缺血、心肌梗死和低钠血症可能与输注血管加压素有关。结论:输注血管加压素在减少脓毒性休克患者儿茶酚胺用量的同时,可以有效增加平均动脉压和减慢心率。脓毒性休克的治疗需要在确定血管加压素最佳剂量的前提下与儿茶酚胺伍用。同时,仅在一两种儿茶酚胺类药物疗效不佳或需要减少这些药物的用量时,才应考虑以 ≤ 0.03 U/min来输注血管加压素。

夏斌,编译自《Ann Pharmacother》,2004年6月3日电子版(PMID: 15178929);胡森,审校