

重症新冠早期判断

▲四川省三六三医院 樊一春

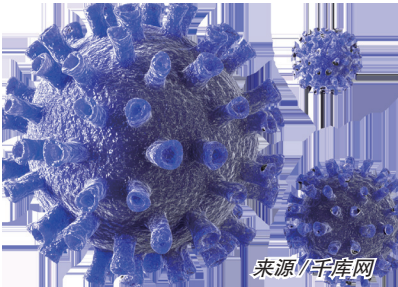
近日，新型冠状病毒第二次感染成为了大家热议的话题。如果再次感染新冠病毒，大部分人可能都是轻症，但如果出现重症，要引起重视。如果发现自己有类似新冠的症状，不管是去医院、隔离点，还是居家，第一步都是判断重症风险。这一点很重要，因为目前的新冠抗病毒药物都必须用在感染早期，才能有效降低高风险人群感染后的重症风险。

重症新冠的主要表现

新冠重症诊断标准为出现呼吸衰竭、有休克的症状、出现多器官功能衰竭的并发症。感染新冠病毒后，一般有三个级别，非重症、重症以及危重症。轻型和普通型是非重症，如果出现以下 4 种情况，就算重症：呼吸窘迫，频率超过每 30 min/ 次，静息状态下，血氧饱和度低于 93%，肺部受累范围超过 50%。

新冠重症患者可表现中低热，部分患者甚至无明显发热，早期以发热、乏力以及干咳为主要表现，多数在一周后出现呼吸困难，严重的可能会发展为急性呼吸窘迫综合征、出现难以纠正的代谢性酸中毒和凝血功能障碍等。

重型肺炎的病情非常严重，如不及时进行治疗，会危及生命，需要进行气管插管，甚至要使用体外膜肺氧合（ECMO）。中老年人群由于自身免疫力较弱，病情容易加重，



容易成为危重型患者。极少数患者还可有中枢神经系统受累及肢端缺血性坏死等表现，需及时进入 ICU 进行治疗。

对于阳过的人来说，咳嗽是不少人会出现的表现，一般来说，一到两周差不多就会好转，如果超过两周还没好，甚至加重了，建议大家要重视，及时做个肺部 CT。

另外，若出现胸闷气短、胸痛等不适时，也要重视。

新冠重症在临床上通常会表现为呼吸窘迫综合征，也会出现代谢性酸中毒的情况，同时还可能会出现脓毒性休克。新冠肺炎重症，当出现呼吸窘迫综合征时，会使患者出现严重的呼吸困难，胸廓紧束感和严重的憋气感。

代谢性酸中毒会使患者出现深大呼吸以及意识障碍和四肢乏力。脓毒性休克会影响到患者的生命，会使患者面色苍白，意识障碍，血压下降。

重症新冠应及时抗病毒

对于重症患者来说，抗病毒治疗是一个治疗措施。对于抗病毒药物，提醒患者不要自行服用，一定要在医嘱下科学合理的服用。对于一些病情进展较快的患者来说，可能还要采用抗凝治疗。如果发生了继发细菌感染的话，可能需要适当使用抗菌药物。并加以以下治疗方式：

呼吸支持 肺炎可能会继发低氧血症，所以要通过氧疗提高患者的血氧饱和度维持脏器功能，最简单的是面罩吸氧或者鼻导管，必要时进行气管插管。

呼吸机治疗 重症肺炎患者往往出现急性呼吸窘迫综合征和严重的低氧血症、呼吸衰竭的形成，此时患者通过吸氧是难以维持呼吸功能的稳定和纠正低氧血症，患者多需要使用呼吸机的治疗来改善患者呼吸循环功能的稳定。

循环支持 进行补液，可以用血管活性药物改善机体的微循环。

营养支持 重症患者的营养支持和普通患者是不同的，要循序渐进，避免肠胃产生负担，除进食外也可以采取鼻饲或者静脉给药的方法。

心理支持 要给予患者更多的支持和信心，积极、乐观的态度可以促进人体免疫力的提高。鼓励患者配合治疗，家属与患者多沟通以消除治疗时的误解与担忧，从而帮助患者建立对治疗疾病的信心。

重症肺炎与炎症风暴

▲河南省洛阳市中心医院 冷承慧

炎症风暴缺乏特异性。几乎都表现为发热，细胞因子剧烈升高时可表现为高热。常表现为疲劳、厌食、头痛、皮疹、腹泻、关节痛和神经精神症状等，甚至部分患者病情迅速进展，出现咳嗽、呼吸困难、低血压，甚至休克和急性呼吸窘迫综合征，并需要机械通气。重症肺炎患者表现为局部和全身炎症风暴并存。COVID-19 者常表现为肺泡灌洗液和血浆中炎症因子（IL-6 等）水平升高，且肺部炎症水平往往高于循环中炎症水平。因病毒在感染早期逃避固有免疫的识别，随着病毒不断繁殖，肺部细胞大量破坏，短时间内大量细胞因子释放，引起炎症小体激活，导致 IL-1 β 、IL-6 和 IL-18 大量分泌，从而形成局部的炎症风暴。随着肺内免疫细胞的过度激活和炎症因子的大量释放，造成机体免疫功能紊乱，进而形成全身性炎症风暴。

重症肺炎的诊断标准

2 项主要标准 需有创机械通气治疗； 需使用血管紧张素的感染性休克。

9 项次要标准 呼吸频率 ≥ 30 次 / min。 PaO₂/FiO₂ 的比率 ≤ 250 。 多肺

叶浸润。 定向障碍。 尿毒症（尿素氮 ≥ 20 mg/dl）。白细胞减少。 血小板减少。低体温。低血压（收缩压 <90 mmHg，需要积极液体复苏）。符合 2 项主要标准之一或 3 项次要标准，即考虑为重症肺炎。

重症肺炎的治疗

抗感染治疗原则 早用药、广覆盖、剂量足、降阶梯。一旦确诊，应尽早开始抗感染治疗，入院后行氧饱和度测定，开痰涂片、痰培养及药敏、血培养，取标本后即可开始抗感染治疗。若合并脓毒性休克，在液体复苏时，即可给予抗生素而不是等到液体复苏成功后。

初始经验性治疗应覆盖重症肺炎常见病原菌。常采用抗菌药物联合治疗。需注意铜绿假单胞菌为条件致病菌，若有其感染的高危因素，可选用以下药物：有抗铜绿假单胞菌作用的头孢类或碳青霉烯类 + 大环内酯类；必要时可联用氨基糖苷类；若无铜绿假单胞菌感染可能因素，可选用无抗铜绿假单胞菌作用的三代头孢 + 大环内酯类或呼吸喹诺酮类。

支持治疗 呼吸支持是支持治疗的

核心纠正缺氧和酸中毒是防治心肾功能损害的基础；入院后若氧饱和 $< 93\%$ 应行血气分析；根据血气分析判断呼吸衰竭类型、纠正酸碱平衡，PaO₂ < 60 mmHg 需氧疗； I 型呼衰：轻度缺氧，按一般流量给氧（2~4 L/min）；严重低氧血症 PaO₂ $< 40\sim 50$ mmHg，间歇高浓度或高流量吸氧（4~6 L/min），氧分压一旦恢复，逐渐降低吸氧浓度； II 型呼衰：持续低流量（1~2 L/min）低浓度（30%~35%）吸氧，避免 CO₂ 潴留；对重症感染诱发 ARDS 患者应注意进行机械通气时设定低潮气量（6 ml/kg）；并适当予以镇静止痛和肌松治疗；对于单侧肺炎的患者，还可通过体位变换使患侧的肺部位置朝上，改善通气状况一般在有效的复苏与初期治疗 24~48 h 后考虑开始；肠内营养优先，最初一周以 20~25 k/kg 为目标，蛋白摄入量为 1.2~1.5 g/kg/d。免疫抑制时，可使用干扰素- γ （INF- γ ），胸腺素- $\alpha 1$ 等治疗。

当严重感染或合并感染性休克时，可予琥珀酸氢化可的松，感染性休克纠正后应及时停药。免疫功能缺陷者禁用。

要命的脓毒血症

▲河南省职工医院 袁璞璐

全世界每年大约有 5000 万人患脓毒血症，其中 40% 是 5 岁以下的儿童，每年约有 110 万人死于脓毒血症。即使患者存活，50% 的患者也会遗留有长期的健康问题，如疲劳、肌肉无力、吞咽困难、焦虑、悲伤、注意力不集中、睡眠障碍、记忆力下降等症状。这是因为脓毒血症会对人体各个器官造成损伤甚至衰竭，最常见的有：

呼吸系统 出现呼吸困难，氧合水平下降，发展为急性呼吸窘迫综合征。

心血管系统 出现感染性休克，血压下降至非常低，患者也可能出现心衰等表现。

肾脏系统 脓毒血症患者可以发生肾脏衰竭，也称为急性肾损伤。

神经系统 可能发生谵妄或者脓毒性脑病，表现为嗜睡、躁动、醉酒态，甚至昏迷。

脓毒血症的致病因素

导致脓毒血症的原因包括致病菌数量多、毒力强和机体免疫力低下等。它常继发于严重创伤后的感染和各种化脓性感染，如大面积烧伤后创面感染、开放性骨折合并感染、急性弥漫性腹膜炎、急性梗阻性化脓性胆管炎等。机体免疫力低下者，如糖尿病、尿毒症、长期或大量应用皮质激素或抗癌药的患者，一旦发生化脓性感染，也较易引发脓毒血症。

脓毒血症的常见致病菌包括：革兰阴性菌，如大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、克雷伯菌等；革兰阳性菌，如金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、化脓性链球菌等；厌氧菌、真菌等。

脓毒血症的主要症状有畏寒、发热、寒战、呼吸短促；心率快，血压低；极度疼痛或不适：通常遍布全身；皮肤苍白、湿冷、大理石花斑；嗜睡、醉酒态、躁动或意识混乱不清；濒死的恐惧感；无尿。

脓毒血症的高危人群

哪些人群容易患脓毒血症？慢性病患者。如患肺、肝，心脏相关疾病。脾切除的患者。免疫功能较弱的人。例如：艾滋病和糖尿病患者。年老体弱者、幼儿易烧伤或受伤人群。伤口面积较大，容易继发感染。长时间置有静脉导管或者气管插管的人群，且留置时间越长，继发感染的风险越高。

脓毒血症的治疗

脓毒血症是可以治疗的，尤其是疾病发展快、并发症多，加上很多人不熟悉这个病，所以可能会因为并发症症状在各个科室跑来跑去，反而耽误了治疗时间。

脓毒血症是一项涉及多个科室的疾病，也严重危及着人们的生命，所以当症状突然严重，怀疑是脓毒血症的时候，直接到急诊科就诊。医生会通过抗生素治疗、手术治疗以及给予生命支持措施。

脓毒血症是一种复杂的综合征，救治难度和医疗费用高，具有较高的死亡率，有可能引发各种严重后果。治疗的效果也和患者的身体情况、基础疾病、救治时机等因素密切相关。患者和家属应有充分的心理准备，积极配合医生的治疗。我们相信患者和家属只要做到早预防，早发现，早就医，早治疗，可以战胜脓毒血症这个可怕的敌人，重获健康。