



营养支持治疗对高龄老年 COPD 合并呼吸衰竭患者的应用评价

段景峰

(长沙市第三医院老年医学科 湖南长沙 410000)

摘要: **目的:** 探究高龄老年 COPD 合并呼吸衰竭患者接受营养支持治疗干预后的临床应用效果。**方法:** 选取在我院接受医治的高龄老年 COPD 合并呼吸衰竭患者 100 例, 选取时间为 2016 年 10 月-2017 年 11 月, 根据其就诊顺序的差异将患者分成 2 组。2 组患者均接受抗感染以及对症医治干预, 实验组患者在此基础上接受营养支持治疗。对比 2 组患者经营养支持治疗干预后的营养指标、血气指标水平。**结果:** 实验组患者经营养支持治疗干预后其总蛋白、MAC、BMI、HB、TSF、ALB、PH、PaO₂ 以及 PaCO₂ 水平改善程度均优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 高龄老年 COPD 合并呼吸衰竭患者接受营养支持治疗干预, 可有效改善患者营养指标和血气指标水平, 临床医治效果明显。

关键词: COPD; 呼吸衰竭; 高龄老年; 营养支持; 临床应用效果

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 03-097-02

COPD 疾病是由于气流受限而引发的炎症疾病, 其破坏性较高, 属于肺部疾病[1]。患者在疾病前期接受科学有效的医治干预可改善其预后。本文主要对高龄老年 COPD 合并呼吸衰竭患者接受营养支持治疗干预后的临床应用效果作分析, 如下文:

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

选取在我院接受医治的高龄老年 COPD 合并呼吸衰竭患者 100 例, 选取时间为 2016 年 10 月-2017 年 11 月, 根据其就诊顺序的差异对所有入选患者进行分组, 50 例患者为一组。

实验组患者中, 年龄处于 80-90 岁之间, 年龄均值为 (84.33 ± 4.54) 岁; 病程为 1-16 年, 平均病程为 (5.76 ± 1.66) 年; 男女比例为 30/20。

对照组患者中, 年龄处于 81-90 岁之间, 年龄均值为 (84.69 ± 5.06) 岁; 病程为 1-16 年, 平均病程为 (5.89 ± 1.57) 年; 男女比例为 32/18。

2 组患者均知情同意、自愿接受相关医治干预。实验组与对照组患者的一般资料无差异, $p > 0.05$, 可进行比较。

1.2 方法

2 组患者均接受平喘、舒张气道、抗感染等对症医治干预, 同时给予所有患者实施无创机械通气进行医治。

给予实验组患者在此基础上接受营养支持进行医治干预, 具体医治方法为: 经患者鼻胃管予以进行营养液支持医治干预, 营养液成分: 脂肪、维生素、蛋白质、碳水化合物, 配比为: 5:6:5:5; 营养液支持剂量: 500 毫升/天, 患者经支持干预 2 天后, 依据其肠胃消耗情况以及身体状况, 予以调整其营养液使用剂量, 直至使用剂量达 1000 毫升/天。

2 组患者均接受为期 4 周的医治干预。

1.3 观察指标

对 2 组高龄老年 COPD 合并呼吸衰竭患者的营养指标、血气指标水平进行观察分析。

1.4 数据处理

对实验组和对照组患者的营养指标、血气指标水平使用 spss19.0 软件进行统计学处理, 其中, 营养指标、血气指标水平为计量资料, 采用 T 检验。若两组数据之间 p 值小于 0.05, 则代表实验组和对照组患者在营养指标、血气指标水平方面, 具有统计学意义。

2 结果

实验组患者经营养支持治疗干预后在总蛋白、MAC、BMI、HB、TSF、ALB、PH、PaO₂ 以及 PaCO₂ 等方面的营养指标、血气指标水平改善程度均优于对照组 ($P < 0.05$)。如表 1:

表 1 两组营养指标、血气指标水平情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

指标	实验组 (n=50)		对照组 (n=50)	
	医治前	医治后	医治前	医治后
总蛋白 (g/l)	51.17 ± 5.39	62.44 ± 5.19*	51.32 ± 5.40	53.52 ± 5.33
MAC (cm)	23.36 ± 2.67	25.87 ± 3.26*	23.51 ± 3.02	24.31 ± 3.05
BMI (kg/m ²)	21.22 ± 3.56	23.85 ± 3.09*	21.31 ± 3.49	22.31 ± 3.25
HB (mmol/l)	95.22 ± 11.17	120.25 ± 13.62*	96.01 ± 12.76	98.28 ± 13.63
TSF (mm)	12.18 ± 5.04	14.57 ± 3.36*	12.22 ± 4.32	12.75 ± 3.52
ALB (g/l)	27.69 ± 4.03	35.66 ± 3.75*	28.01 ± 3.76	28.26 ± 4.57
PH	7.31 ± 0.02	7.34 ± 0.03*	7.31 ± 0.02	7.36 ± 0.04
PaO ₂ (mmHg)	61.56 ± 7.91	81.25 ± 6.03*	61.79 ± 7.88	74.96 ± 7.22
PaCO ₂ (mmHg)	67.59 ± 8.73	46.51 ± 5.23*	68.01 ± 9.22	53.69 ± 7.22

注: 与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

高龄老年 COPD 合并呼吸衰竭患者其呼吸功能受到严重损伤, 致使其机体长期处于高碳酸血症状态以及缺氧状态[2], 对患者肠胃功能造成严重影响, 由于患者需长期服用药物进行医治干预, 导致其肠胃受到刺激, 进而损伤其胃黏膜, 影响患者吸收营养物质的能力, 致使其引发营养不良情况[3]。同时因患者气道出现阻塞情况, 其呼吸功能会不断加强, 以便于摆脱缺氧状态, 因此患者对能量的需求同时会不断增加。相关研究显示, COPD 合并呼吸衰竭患者其呼吸消耗能量超于正常人 10 倍以上[4], 进而致使患者长期处于营养不良状态。营养不良不利于患者临床医治效果, 且影响其预后。患者出现营养不良情况, 可降低其呼吸肌收缩力度, 使其呼吸能力降低, 加重其高碳酸



•论 著•

血症以及缺氧状态,且长期的营养不良使患者身体免疫能力大大降低,抵抗力比较差,机体极易受到细菌侵袭,加重患者呼吸衰竭情况,提高其病死率[5-6]。本文主要对选取100例患者中的50例实验组患者实施营养支持医治干预,可有效改善患者营养指标和血气指标水平,临床营养支持医治效果比较满意。

本文研究中,给予患者实施营养支持进行医治干预,营养液组成成分为脂肪、维生素、蛋白质、碳水化合物,其相应配比为5:6:5:5[7-8],其中蛋白质成分有助于患者正氮恢复平衡,提高患者机体免疫力,可有效降低感染情况的发生。脂肪成分中其中长链脂肪乳可降低患者呼吸商,改善其通气功能。对于呼吸衰竭患者,其碳水化合物供能比应为50%,过高可导致二氧化碳出现累计现象,对患者血碳酸水平造成不利影响[9]。维生素的缺乏,可致使氧自由基损伤,影响多种物质的能量代谢,进一步加重患者病情。

研究结果得出:实验组患者经营养支持医治干预后在总蛋白、MAC、BMI、HB、TSF、ALB、PH、PaO₂以及PaCO₂等方面的营养指标、血气指标水平改善程度均优于对照组(P<0.05)。

综上所述,高龄老年COPD合并呼吸衰竭患者接受营养支持医治干预,可有效改善患者总蛋白、MAC、BMI、HB、TSF、ALB、PH、PaO₂以及PaCO₂等方面的营养指标、血气指标水平,有助于患者病情的稳定,提高患者临床医治效果,营养支持医治干预效果明显,值得广泛应用。

参考文献:

- [1]聂爱玲.营养支持治疗对老年COPD合并呼吸衰竭患者的影响[J].中国医药指南,2015,13(13):170-171.
- [2]刘博,张晓瑜,陆洋.万托林雾化吸入对老年COPD合并呼吸衰竭

患者的临床疗效影响[J].当代医学,2017,23(6):25-26.

[3]赵现斌,周永刚,白彦芳,等.沙美特罗替卡松气雾剂联合无创通气对老年COPD合并呼吸衰竭患者肺功能的影响分析[J].医学信息,2017,30(15).

[4]胡汛,张凡,周礼湘等.外科治疗老年慢性阻塞性肺病合并自发性气胸57例的体会[J].浙江创伤外科,2012,17(6):812-814.

[5]闫文翠,张雅芬,马秀芬等.营养支持治疗对老年COPD合并呼吸衰竭患者的影响[J].中国老年学杂志,2013,33(18):4436-4437.

[6]刘希芝,丁艳艳.双水平无创正压机械通气治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的效果观察与护理[J].中国医药导报,2013,10(1):55-57.

[7]SchoIs, Annemie M.,Ferreira, Ivone M.,Franssen, Frits M. et al.Nutritional assessment and therapy in COPD: a European Respiratory Society statement[J].The European Respiratory Journal,2014,44(6):1504-1520.

[8]Matos, P.,Kampelmacher, M. J.,Esquinas, A. M. et al.Home non-invasive mechanical ventilation use following acute hypercapnic respiratory failure in COPD. A solid protective factor[J].Respiratory medicine,2015,109(9):1233-1233.

[9]Gacouin, Arnaud,Jouneau, Stephane,Letheuille, Julien et al.Trends in Prevalence and Prognosis in Subjects With Acute Chronic Respiratory Failure Treated With Noninvasive and/or Invasive Ventilation[J].Respiratory care,2015,60(2):210-218.

(上接第84页)

功效,其中党参具有降压抗炎、抗血栓等作用;白术能够加快葡萄糖代谢,抑制肝糖原分解的活性,能够降低患者血糖;茯苓的有效成分能够增强胰岛素作用的活性。泽泻具有利水渗湿的功效,其水提醇沉物具有降糖减脂的作用,能够降低患者总胆固醇和甘油三酯;丹参、山楂和三七粉活血祛瘀,其中丹参能够改善患者肝循环,抑制胆固醇吸收,山楂有效调节血脂,降低胆固醇,三七粉能够显著降低患者甘油三酯。茯苓、白术和泽泻相伍,具有活血祛瘀的功效,山药、白扁豆、莲肉能够补脾渗湿,砂仁可醒脾,诸药合用,能够健脾益气、化痰祛瘀,有效减轻患者临床症状,调节患者血糖血脂[4],对2型糖尿病合并高脂血症患者具有很好的治疗作用,同时患者不产生严重不良反应,药效安全可靠

综上所述:参苓白术散加减治疗2型糖尿病合并高脂血症患者临

床效果明确,能够显著改善患者血糖及血脂水平,药物不良反应发生率,患者耐受性良好,安全性高,具有使用价值。

参考文献:

- [1]杨梅英,李宏艳.中西医结合治疗老年2型糖尿病合并高血压疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2014,23(19):2144-2145.
- [2]曹召乾,田财军,尹晓华,等.参苓白术散加减治疗2型糖尿病合并高脂血症患者疗效观察[J].海南医学院学报,2013,19(8):1060-1063.
- [3]张永刚,柏江锋,任宁卫.中西医结合治疗老年2型糖尿病合并高血压病人的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(17):2052-2054.
- [4]徐小娟,刘丹,王静.参苓白术散加减辅助治疗2型糖尿病伴肥胖症80例临床观察[J].海南医学,2015,26(24):3612-3614.