



呼吸机肺保护性通气与序贯通气治疗老年重症肺炎合并呼吸衰竭的疗效比较

黄俊

(长沙市仁和医院 410000)

摘要:目的:比较呼吸机肺保护性通气和序贯通气治疗老年重症肺炎合并呼吸衰竭的临床效果。方法:选择2016年8月-2017年9月期间我院接收的老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者46例作为研究对象,随机划入观察组和对照组,其中观察组23例,对照组23例,分别接受呼吸机序贯通气和肺保护性通气治疗,比较两组患者的pH值、PaO₂水平、有创通气时间和再插管率。结果:观察组患者平均pH值 7.4 ± 0.1 , PaO₂ 80.8 ± 0.6 mmHg,有创通气时间 5.6 ± 1.2 d,再插管率8.7%;对照组患者平均pH值 7.2 ± 0.2 , PaO₂ 82.8 ± 0.5 mmHg,有创通气时间 13.7 ± 1.3 d,再插管率34.8%;组间差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:呼吸机序贯通气治疗老年重症肺炎合并呼吸衰竭疗效显著,综合效果比较理想。

关键词:呼吸机肺保护性通气;序贯通气;老年重症肺炎合并呼吸衰竭

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2017)21-069-02

为了比较呼吸机肺保护性通气和序贯通气治疗老年重症肺炎合并呼吸衰竭的临床效果,选择2016年8月-2017年9月期间我院接收的老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者46例作为研究对象进行临床研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2016年8月-2017年9月期间我院呼吸科收治的老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者46例作为研究对象。全部患者均经病史、临床症状体征、血气分析、心电图、心脏超声和X胸片等辅助检查确诊符合肺炎合并呼吸衰竭诊断标准[1]。全部患者均通过随机数表法划入观察组和对照组,其中观察组23例,年龄60-78岁,平均年龄 69.4 ± 9.2 岁;男13例,女10例。对照组23例,年龄62-76岁,平均年龄 70.3 ± 10.5 岁;男12例,女11例。两组患者一般资料无统计学差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组患者接受肺保护性通气治疗,压力控制通气,预置呼吸压40-60 cmH₂O,潮气量5-8 ml/kg,通气频率10-30次/min,呼吸末正压10-20 cmH₂O,持续2-5 min,再降低吸气压至肺开放最低保持压力,依

据压力-容积曲线选择合适的呼吸机指导参数,调整吸入氧浓度分数和呼吸频率,保持潮气量稳定;观察组患者接受序贯通气治疗,麻醉医师经口气管插管,容量控制机械通气,出现肺部感染控制窗及时拔管,转为压力支持通气/压力控制通气面罩双水平气道正压通气,根据监测情况调整压力至患者自觉舒适,自主呼吸稳定之后逐步撤离呼吸机,撤机后病情有加重趋势,可重新连接呼吸机,拔管3d无重新插管和面罩机械通气则为成功[2]。

1.3 观察指标

测定并比较两组患者的pH值、PaO₂水平、有创通气时间,并统计两组患者的再插管率。

1.4 统计学方法

本次研究使用SPSS19.0统计学软件进行数据的分析和处理, $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

观察组患者平均pH值 7.4 ± 0.1 , PaO₂ 80.8 ± 0.6 mmHg,有创通气时间 5.6 ± 1.2 d,再插管率8.7%;对照组患者平均pH值 7.2 ± 0.2 , PaO₂ 82.8 ± 0.5 mmHg,有创通气时间 13.7 ± 1.3 d,再插管率34.8%;组间差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表1 两组患者治疗效果比较

组别	n	pH	PaO ₂ (mmHg)	有创通气时间 (d)	再插管率 (%)
观察组	23	7.4 ± 0.1	80.8 ± 0.6	5.6 ± 1.2	2 (8.7)
对照组	23	7.2 ± 0.2	82.8 ± 0.5	13.7 ± 1.3	8 (34.8)
X ² /t		4.290	12.281	21.957	4.600
P		0.000	0.000	0.000	0.032

3 讨论

老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者可能出现严重脏器功能不全、酸碱平衡紊乱以及外周循环衰竭、血压下降等多种症状,其中缺氧问题最为严重,氧疗是治疗的关键[3]。传统的氧疗措施用于老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者的治疗效果一般,患者需要辅助机械通气才能够有效纠正患者体内的缺氧状态,解除二氧化碳潴留,有效纠正顽固低氧血症,挽救患者生命[4]。有创机械通气治疗是老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者的标准治疗方法,通过气管插管,能够有效解决患者换气功能障碍问题,通过建立人工气道,还可以有效排出呼吸道分泌物,减轻患者的呼吸疲劳,实现呼吸支持,治疗通气功能不全且合并呼吸道感染效果显著[5]。但是长时间有创机械通气治疗也增加了二重感染、撤机困难、气胸、食管胃管瘘的风险,因此老年重症肺炎合并呼

吸衰竭患者临床治疗应该在保证患者有效通气的前提下,尽量缩短有创机械通气治疗时间,从而减轻患者的呼吸机依赖以及并发症的风险[6]。

本次研究中观察组患者接受了呼吸机序贯通气治疗,患者在接受一段时间有创通气治疗后,未能符合拔管撤机标准之前就提前撤机接受无创通气序贯治疗,逐渐撤机。相关研究显示,序贯通气治疗能够帮助患者缩短有创呼吸治疗时间,尽快达到撤机水平,从而使患者能够更早拔管,减少机械通气时间和住院时间,有效降低气管切开以及其他院内感染并发症的发生风险。和有创通气相比,无创通气不会因为吸入气体湿化不足而造成呼吸道粘膜以及纤毛损伤,从而有效减轻了上皮细胞坏死,便于液体引流。无创通气虽然会导致呼吸机张力偏大,加剧呼吸肌疲劳,需要较高通气支持,但是保留了患者的自主咳



•临床研究•

嗽功能,配合抗感染治疗,能够逐步减轻患者通气功能障碍和呼吸肌疲劳,避免了对呼吸道造成的直接机械损伤,促进了患者上呼吸道黏膜功能与免疫防御功能的恢复,进一步降低了有创机械通气并发症的发生风险。

序贯通气治疗的关键在于有创通气和无创通气的切换,肺部感染控制窗是序贯通气治疗切换的最佳时机,患者意识逐渐清晰、生命体征逐渐稳定、肺部感染灶有效控制、体温、气道分泌、呼吸频率等多项指标都逐渐恢复至正常参考值后,可以考虑转为无创通气。传统机械通气模式下,吸入气体需要保持较高潮气量和气体峰压,才能够使肺泡扩张和血气指标能够处于正常范围,但是患者肺泡萎缩、肺间质水肿等病理改变可能会引发气压伤和生物伤。因此近些年研究人员提出了一种新的保护性通气策略,使用小潮气量,同时适当限制吸气峰压,对高碳酸血症容忍度更高,通过较小的潮气量显著降低了气道压力。本次研究中,对照组患者接受肺保护性呼吸机通气,结果显示序贯通气治疗能够更好的改善患者的呼吸功能,综合效果比较理想。

结语:

综上,呼吸机序贯通气治疗老年重症肺炎合并呼吸衰竭效果显

著,值得临床应用和推广。

参考文献:

- [1]宁玲芝.1例老年重症肺炎合并I型呼吸衰竭机械通气患者的护理[J].医药前沿,2017,7(6):310-311.
- [2]苏晓蕾,张妍,陈晓园等.序贯呼吸机辅助通气在老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者中的临床应用观察[J].中国医疗器械信息,2017,23(2):17-18.
- [3]佟豪,巴雅尔.老年糖尿病社区获得性肺炎患者低T3综合征的临床分析[J].中国民康医学,2017,29(1):15-17.
- [4]牛丽丽,夏建鸿,赵建荣等.血必净治疗老年重症肺炎伴呼吸衰竭的疗效观察以及对患者机体炎症介质的影响[J].山西医药杂志,2017,46(12):1440-1443.
- [5]程劲光,刘建国,安丽青等.头孢噻利治疗老年社区获得性肺炎疗效观察[J].中国药物与临床,2016,16(9):1324-1326.
- [6]谢睿.营养支持疗法在老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者中的应用效果[J].中国保健营养,2016,26(23):115-116.

(上接第68页)

有着刺激性治疗优势[4]。中医人为:肝硬化腹水是由于肝病耗损机体阳气,阳虚会气化无力,津则停为水,水容易伤阳,反反复复循环,导致阳虚失化。水饮内停,从而诱发腹水情况[5]。而此次应用中医治疗可以提高机体阳气,通畅水道,血水相溶。治疗过程中,所应用黄芪可以促进机体新陈代谢、达到利尿的作用,而丹参、川穹可以降低球蛋白,消除免疫复合物,对血管达到扩张的作用,抑制细胞坏死的情况发生,所有中药材结合应用,对机体有着行气活血、辛香行散,从而彻底清除腹水情况,调节机体肝功能情况。

本文研究得出:对肝硬化腹水患者应用中医中药材治疗,在治疗有效率以及体征积分与临床症状评分方面均优于基础治疗,这更加说明了中医中药治疗的优势,不仅可改善患者的临床症状,还能促进肝功能康复,从而节省医疗费用,缓解患者的经济压力,中药适宜患者长期服用,对机体无毒副作用。在治疗过程中,告知患者饮食的重要性,尽量使用易于肠胃消化、高蛋白食物,少食多餐境地消化道的负担,尽可能禁食粗糙食物,避免损络动血,减少消化道出血情况。不可食用过于辛辣刺激的食物。告知患者保持良好的情绪,不要过于悲伤、绝望,针对心理情绪比较严重的患者可实施心理疏通,良好的心

理状态更利于疾病康复。

综上所述:中医中药治疗肝硬化腹水效果理想,缩短治疗时间,提高患者生存质量,改善不适症状,值得大力推广。

参考文献:

- [1]欧阳丽萍,肖卫敏,张艳萍.针刺联合中药敷脐治疗肝硬化腹水80例临床观察[J].河北中医,2013,35(1):84-85.
- [2]张金英,刘雪.中药消鼓膏敷脐治疗肝硬化腹水的疗效观察与护理[J].光明中医,2013,28(11):2393-2394.
- [3]蔡丽威,李景华.中医气血水关系在肝硬化腹水治疗中的应用[J].中国社区医师,2014,8(11):105-106.
- [4]李玲.中西医结合治疗气滞湿阻型肝硬化腹水的临床疗效观察[J].中医临床研究,2014,11(8):81-82.
- [5]周佩锋.浅谈肝硬化腹水治疗新进展[J].医学信息,2014,10(16):654-654,655.