

慢阻肺合并呼吸衰竭患者采用综合性内科治疗方案的临床效果

霍江波

河北省邯郸市成安县中医院 成安县 056700

摘要: **目的:** 观察慢阻肺合并呼吸衰竭患者采用综合性内科治疗方案的临床效果。**方法:** 选取本院2019年1月至2020年1月收治的50例慢阻肺合并呼吸衰竭患者进行综合性内科治疗方案研究, 依据患者住院病床号随机分为实验组(综合性内科治疗方案)与参照组(常规治疗方案), 每组25例, 比较两组通气状况、血氧指标、治疗效果、并发症、住院时间、抢救次数等。**结果:** 治疗后, 实验组PaCO₂低于参照组, PaO₂高于参照组($P < 0.05$); 治疗后, 实验组FEV1和FEV1/FVC均高于参照组($P < 0.05$); 实验组病情改善率为76.67%, 高于参照组的50.00%($P < 0.05$); 实验组并发症发生率为16.00%, 高于参照组的12.00%, 但差异无统计学意义; 实验组住院时间短于参照组, 抢救次数少于参照组($P < 0.05$)。**结论:** 通气治疗慢阻肺合并呼吸衰竭患者效果确切, 可提高总有效率, 改善血气指标, 提高肺功能指标, 降低气道阻力, 预防并发症的发生, 安全性较好。

关键词: 慢阻肺; 呼吸衰竭; 综合性; 内科治疗方案; 临床效果

引言

慢性阻塞性肺疾病(慢阻肺)在临床中较为常见, 通常是因不完全可逆的气流受限而导致, 患者往往出现慢性咳嗽、咳痰、气短、呼吸困难等症状, 导致患者呼吸功能、循环系统受到极为不良的影响, 若未对患者进行及时有效治疗, 极易导致患者预后不佳^[1]。尤其是一些慢阻肺患者病情急性加重, 往往合并出现呼吸衰竭, 需尽快对患者进行治疗, 预防患者生命安全受到威胁^[2]。在对慢阻肺加重合并呼吸衰竭患者进行治疗时, 机械通气较为常用, 具有显著效果。有创呼吸机、无创呼吸机在临床中的治疗方法不同, 而且对于患者作用也具有一定差别^[3]。在对ICU慢阻肺加重合并呼吸衰竭患者早期实施有创通气治疗时, 可使之呼吸状态得到有效改善, 有利于患者呼吸道中的炎性介质予以清除, 可使患者呼吸疲劳状态得到明显缓解。通过有创呼吸机通气治疗, 可使患者呼吸性酸中毒得到有效纠正, 可显著降低呼吸负荷, 但是有创呼吸治疗往往导致患者气道受到一定损伤, 而且容易导致肺部感染更为严重。患者容易因吸氧、给药等因素而受到影响, 若未合理处理, 极有可能诱发感染, 导致病情迁延, 难以治愈。无创通气对气道无损伤, 而且操作较为简单, 可使气道保持良好的防御功能, 有效预防因长时间呼吸机支持而导致的脱机困难^[4]。在对ICU慢阻肺加重合并呼吸衰竭患者进行

机械通气治疗时, 有创-无创呼吸机进行序贯治疗较为常用, 可缩短机械通气时间, 有效预防气道受损, 避免发生呼吸机依赖, 可减少并发症, 促进患者康复^[5]。本研究选取2019年1月至2020年1月收治的50例慢阻肺加重合并呼吸衰竭患者, 探讨慢阻肺合并呼吸衰竭患者采用综合性内科治疗方案的临床效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2019年1月至2020年1月收治的50例慢阻肺合并呼吸衰竭患者, 依据患者住院病床号随机分为实验组与参照组, 每组25例。实验组男14例, 女11例; 年龄60~88岁, 平均年龄(75.14 ± 2.61)岁; 慢阻肺病程11个月~5年, 平均病程(3.02 ± 0.47)年; 从发病到入院时间12~31min, 平均时间(23.21 ± 3.02)min。参照组男10例, 女15例; 年龄61~88岁, 平均年龄(75.32 ± 2.69)岁; 慢阻肺病程12个月~5年, 平均病程(3.11 ± 0.48)年; 从发病到入院时间13~30min, 平均时间(23.30 ± 3.14)min。两组临床资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会审核批准。

纳入标准: 符合WHO慢阻肺临床诊断标准; 合并呼吸衰竭症状; 患者昏迷时间 $< 10h$; 患者及家属均知情同意并签署知情同意书。

排除标准: 危重症慢阻肺患者; 中途退出综合性内科治疗方案研究者; 死亡病例; 新冠肺炎患者。

通讯作者: 霍江波, 1981年5月, 男, 汉族, 成安县人, 现就职于邯郸市成安县中医院, 大专, 研究方向: 普通内科

1.2 方法

两组患者入院后均进行常规检查,依据患者病况给予化痰、解痉、抗感染、平喘、纠正水电解质紊乱等的治疗。

参照组:采用无创机械通气治疗。给予患者无创正压通气治疗,设置压力初始值:8cmH₂O,在患者适应性稳定后将参数调整为10~20cmH₂O。将无创机械的呼吸压力设置为4~8cmH₂O,呼吸频率设置为12~20次/min,将吸入氧流量设置为3~8L/min,确保血氧饱和度 > 90%,维持通气时间在2~4h,每天3次。

实验组:以参照组治疗为基础,叠加纳洛酮治疗。

纳洛酮2mg+葡萄糖溶液100ml,实施静脉滴注,1d/次。两组患者均以7d/一疗程,持续治疗两个疗程。

1.3 统计学方法

采用SPSS23.0对研究对象采集的数据进行分析处理,计量数据采用($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用%表示,使用 χ^2 对数据进行校检; $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组血氧指标比较

治疗前,两组PaCO₂和PaO₂比较差异无统计学意义;治疗后,实验组PaCO₂低于参照组,PaO₂高于参照组($P < 0.05$),见表1。

表1 两组血氧指标比较 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	例数	治疗前		治疗后	
		PaCO ₂	PaO ₂	PaCO ₂	PaO ₂
参照组	25	74.69 ± 2.69	48.69 ± 3.22	58.25 ± 5.24	66.24 ± 4.25
实验组	25	74.68 ± 2.81	48.72 ± 3.25	46.28 ± 5.02	88.31 ± 4.41
<i>t</i>		0.0140	0.0359	9.0348	19.7372
<i>P</i>		0.9888	0.9715	0.0000	0.0000

注: PaCO₂, 动脉血二氧化碳分压; PaO₂, 动脉血氧分压

2.2 两组通气状况比较

治疗前,两组FEV1和FEV1/FVC比较差异无统计学

意义;治疗后,实验组FEV1和FEV1/FVC均高于参照组($P < 0.05$),见表2。

表2 两组通气状况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前		治疗后	
		FEV (1L)	FEV1/FVC (%)	FEV (1L)	FEV1/FVC (%)
参照组	25	1.54 ± 0.20	38.54 ± 0.84	1.88 ± 0.11	44.61 ± 1.25
实验组	25	1.55 ± 0.23	38.41 ± 0.92	2.77 ± 0.21	58.14 ± 1.67
<i>t</i>		0.1797	0.5715	20.5628	35.5258
<i>P</i>		0.8580	0.5698	0.0000	0.0000

2.3 两组治疗期间并发症发生率比较

实验组并发症发生率为20.00%,高于参照组的

10.00%,但差异无统计学意义,见表3。

表3 两组治疗期间并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数	电解质酸碱平衡紊乱	肾功能不全	肺性脑病	消化系统功能障碍	心肌损伤	心肌硬化	其他	总发生率
参照组	25	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4)	1 (4)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (12.00)
实验组	25	2 (6.66)	0 (0.00)	1 (4)	2 (8)	1 (4)	0 (0.00)	0 (0.00)	6 (16.00)
χ^2									1.1765
<i>P</i>									0.2780

2.4 两组住院时间与抢救次数比较

实验组住院时间短于参照组,抢救次数少于参照组($P < 0.05$),见表4。

表4 两组住院时间与抢救次数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间 (d)	抢救次数 (次)
参照组	30	8.14 ± 1.36	1.01 ± 0.03

续表:

组别	例数	住院时间 (d)	抢救次数 (次)
实验组	30	6.12 ± 1.41	0.19 ± 0.02
<i>t</i> 值		5.6477	124.5669
<i>P</i> 值		0.0000	0.0000

3 讨论

慢阻肺合并呼吸衰竭患者以不完全可逆的气流受限为特点,临床治疗过程中需使用呼吸机设备支持治疗^[6]。机械通气治疗的目的是建立和管理人工气道,有效保持机体通气,缓解呼吸肌疲劳,使病情得到控制^[7]。COPD合并呼吸衰竭进行有创机械通气,即通过有创人工气道连接呼吸机治疗,有助于肺泡的扩张,将痰液有效引流出,但通气时间较长,部分患者容易发生并发症^[8]。随着医疗水平的不断发展,机械通气技术得到不断完善。呼吸机通气参数的设置同样与治疗效果密切相关,在面罩通气治疗的初期患者往往难以适应,所以更推荐PSV模式,循序渐进的增加压力,让患者从自主呼吸平稳的过渡到面罩加压通气状态。在通气稳定的情况下调节呼吸频率为18次/min,更符合慢阻肺患者呼吸深且慢的特点。采用A/C通气模式时先用较低的潮气量满足患者的通气需要,同时还能降低气流的冲击力与气道峰压,在提高患者舒适度的同时还能保证足够的密闭性,然后逐渐的增加潮气量,让通气状态更加符合患者的呼吸特点,促使PaCO₂尽快下降到正常水平,纠正酸中毒,为机体功能的恢复奠定良好基础。当患者呼吸衰竭症状有一定程度的缓解,且机体营养状态好转后,并且恢复原有的高碳酸血症代偿水平的情况下,可以尽早脱机。

结束语

综上所述:对于慢阻肺合并呼吸衰竭患者而言,采用无创机械通气+纳洛酮治疗可有效改善患者血气指标、肺功能指标,是提高临床治疗效率的有效途径,应

用价值较高,值得应用。

参考文献

- [1]云霞,翟晓菁.系统论证在慢阻肺急性加重期合并呼吸衰竭中无创呼吸机临床应用价值[J].系统医学,2020,6(24):93-96+117.
- [2]陈军,彭亚,毛锦娟,王钢胜,苏春燕.慢性阻塞性肺疾病患者继发呼吸衰竭的危险因素的系统评价[J].华西医学,2020,36(11):1563-1569.
- [3]武猛.无创正压通气在重症慢阻肺合并呼吸衰竭患者中的应用效果分析[J].中国现代药物应用,2020,15(19):81-83.
- [4]陈妍祖.纳洛酮联合无创正压通气治疗慢阻肺急性加重期并发Ⅱ型呼吸衰竭的临床疗效分析[J].中国处方药,2020,19(08):125-127.
- [5]王凯悦.基于呼吸物联网的分时段压力无创正压通气治疗慢阻肺-阻塞性睡眠呼吸暂停重叠综合征[D].山东大学,2020.002276.
- [6]刘琴.慢阻肺急性加重期VTE风险评估量表的研制[D].南昌大学,2020.000911.
- [7]胡雨会.慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的综合性护理方案探究[J].当代护士(下旬刊),2020,27(10):60-62.
- [8]姚金帅.无创呼吸机治疗慢阻肺合并呼吸衰竭患者的临床观察[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(02):194.