

俯卧位通气持续时间对重症急性呼吸窘迫综合征治疗效果的影响

宋兵兵

安徽医科大学附属东区肥东县人民医院 231600

【摘要】目的 分析俯卧位通气持续时间对重症急性呼吸窘迫综合征治疗效果的影响。**方法** 选择本院于2021年03月-2023年03月纳入的72例重症急性呼吸窘迫综合征患者进行研究,其中参照组和观察组俯卧位通气持续时间分别为7h和14h,比较治疗效果。**结果** 治疗后,观察组PaO₂、PaO₂/FiO₂水平均高于参照组;参照组不良事件发生率高于观察组(P<0.05)。**结论** 俯卧位通气持续时间的增加,患者临床治疗效果更为明显,不良事件发生率相对较低,具有推广价值。

【关键词】 俯卧位通气;急性呼吸窘迫综合征;影响

【中图分类号】 R563

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2023) 09-040-02

急性呼吸窘迫综合征是一种危急重症,会引起各种不良后果如肺毛细血管弥漫性损伤、肺顺应性下降等,增加弥漫性肺泡损伤风险。有研究发现,该疾病的病理基础为大量肺泡萎缩,临床中常以呼吸窘迫、低氧血症等为主要表现,需要为患者提供机械通气疗法及肺复张等呼吸支持手段,以促进肺泡复张。俯卧位通气(PPV)是一种常用于治疗重症急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的方法。在PPV治疗中,患者俯卧在病床上,通过改变病人的体位,使肺组织在呼吸时尽可能扩张和收缩,以提高肺部的氧气交换效率,帮助改善呼吸窘迫的症状。俯卧位通气的改善氧合效果明显,但是由于该体位为非生理性体位,因此对于其持续时间尚不明确。有学者表示^[1],俯卧位通气时间会影响治疗效果,时间的增加,治疗效果也会更为明显。本次研究分析俯卧位通气持续时间对重症急性呼吸窘迫综合征治疗效果的影响,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择本院于2021年03月-2023年03月纳入的72例重症急性呼吸窘迫综合征患者进行研究,参照组年龄范围42-78岁,年龄均值为(50.59±1.58)岁;观察组年龄范围42-80岁,年龄均值为(50.43±1.55)岁。两组一般资料无显著差异(P

>0.05)。

1.2 方法

所有患者均接受俯卧位通气治疗,其中参照组俯卧位通气持续时间为7h,观察组为14h。辅助患者摆放俯卧体位,清除气管内分泌物后调整吸氧浓度,合理固定呼吸机管道;说明俯卧位通气的目的及注意事项等。治疗结束后检查并整理管道,确保呼吸导管、引流管等维持在通常状态。治疗过程中需要对患者生命体征变化情况进行严密观察,以便发现心律失常、血压升高等现象时可以及时停止治疗^[2]。

1.3 观察指标

对两组氧合指数改善情况进行对比,主要包括动脉血氧分压(PaO₂)、氧合指数(PaO₂/FiO₂);记录患者不良事件发生情况,主要包括气胸、压疮及脱管。

1.4 统计学分析

本次研究资料录入spss18.0统软件中处理。

2 结果

2.1 对比两组的PaO₂、PaO₂/FiO₂水平变化

治疗后,观察组PaO₂、PaO₂/FiO₂水平均高于参照组(P<0.05)。详见表1。

表1:对比两组的PaO₂、PaO₂/FiO₂水平变化[n(χ±s)]

组别	例数	PaO ₂ (mmHg)		PaO ₂ /FiO ₂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	35	51.49±2.59	82.50±1.74	80.22±1.45	125.48±2.53
观察组	35	51.50±2.85	103.52±1.01	80.21±1.70	184.51±3.84
t		0.015	52.587	0.025	75.097
P		0.987	0.000	0.978	0.000

2.2 两组不良事件发生情况比较

参照组不良事件发生率高与观察组(P<0.05)。详见表2。

表2:两组不良事件发生情况比较[n(%)]

组别	例数	气胸	压疮	脱管	总发生率
参照组	35	4	3	2	25.00
观察组	35	1	1	0	5.55
χ ²					5.257
P					0.021

3 讨论

重症急性呼吸窘迫综合征是一种危重疾病,由于肺部受到多种因素的损伤,导致肺泡水肿和炎症反应,进而引发呼吸衰竭。ARDS通常发生在重症患者中,如创伤、感染、烧伤、

手术后等,具有高度的危险性和致死率。此病的主要特征是肺部的气体交换功能明显下降,导致身体出现严重的缺氧和呼吸困难。这种呼吸困难用常规方法难以明显缓解,并可能引发一系列临床表现。此外,严重的外伤和一些内科疾病如糖尿病、肝衰竭等也可能导致ARDS的发生。ARDS的治疗主要包括机械通气治疗和非机械通气治疗,具体措施需根据患者病情和医生建议来选择。机械通气治疗的主要目的是改善肺部的气体交换,而非机械通气治疗则包括药物治疗、护理和康复等^[3]。需注意的是,对于已经发生ARDS的患者,应及时采取积极有效的治疗措施,如及时控制感染、消除病因、维持呼吸道通畅等,以避免病情恶化。同时,临床医生应根据

(下转第42页)

2020年南宁市户籍孕产妇死亡率波动范围较小,每年均达到中国妇女发展纲要(2011-2020年)小于18/10万的要求,说明地区孕产妇健康状况良好,且儿童死亡率逐年降低,进一步体现本市经济医疗卫生事业在近几年的发展状况^[4]。

3.2 孕产妇及儿童死亡相关因素

在孕产妇死亡因素中,位列前四位为羊水栓塞、产科出血、妊娠高血压、产褥感染,而在儿童死亡相关因素中,位列前四位的包括早产或低出生体重、意外伤害、先天异常、肺炎等,其死亡因素与全国孕产妇及儿童死亡因素相一致,羊水栓塞及早产或低出生体重仍为孕产妇及儿童的首要因素,多与前列腺素制剂或催产素使用不当有关,同时存在产程中外力加腹压使用不当等问题^[5]。与此同时,产科出血同样是孕产妇死亡原因之一,多半与产科人员操作熟练度较差,无法正确诊断与处理胎盘早剥、胎盘植入与粘连、子宫收缩乏力,无法准确估量出血量,无法识别早期失血性休克,故此,预防与救治该类患者是临床产科工作者首要任务,临床需在孕产妇孕期强化及完善三级保健网,为其开展系统化的产前检查,积极治疗妊娠合并症,重点关注妊娠高血压或其他合并疾病的孕妇,及时纠正贫血,以此提高孕产妇在分娩过程中出血的耐受性,强化培训产科人员实践能力及专业知识,确保产科人员能够熟练掌握手取胎盘、阴道助产、安全输血等急救措施,在孕产妇生产时密切观察产程进展,避免滞产;在第3产程时使用催产素可大幅度降低产后出血风险,保障孕产妇及儿童生命安全^[6-7]。

由此可见,孕产妇及儿童死亡状况是社会与医学各因素

之间相互作用的结果,若想要降低孕产妇及儿童死亡率,除提高医疗保健技术外,还需要社会的全面提升,尤其是政府的重视与帮助,以协调各个部门之间的相互合作,还需确保孕产妇有能力、有意识接受服务,最终达到降低死亡率的目的。

参考文献:

- [1] 周彬,陈柳珊.2014—2019年珠海市某医院5岁以下儿童死亡情况分析[J].山西医药杂志,2021,50(3):368-371.
- [2] 林小丹,徐碧霞,姚卫光.2014-2019年广东省孕产妇和儿童死亡率时空分布特征及预测研究[J].疾病监测,2022,37(4):531-536.
- [3] 王娜,邓星梅,陈茂华,等.2009-2018年曲靖市孕产妇HIV感染流行病学特征分析[J].中国妇幼保健,2022,37(1):113-116.
- [4] 俞跃萍,赵钟鸣,刘锦桃.世界和中国孕产妇死亡变化趋势及终身风险[J].中国公共卫生,2019,35(1):53-57.
- [5] 孙淑荣,董微,张爽,等.2011年至2020年天津市孕产妇死亡率变化趋势及死亡原因分析[J].中华围产医学杂志,2022,25(4):241-247.
- [6] 李泽红,张玉萍,卢峰.山西省18例艾滋病感染孕产妇所生儿童死亡因素调查分析[J].中国药物与临床,2021,21(15):2639-2641.
- [7] 庄舜怡,潘宁,刘晓芳,等.广东省某地区梅毒感染孕产妇所生儿童随访情况及影响因素分析[J].医学动物防制,2021,37(8):801-804,808.

(上接第39页)

[J].现代消化及介入诊疗,2022,27(8):1017-1022.

[9] 陈红霞,商秀梅,张阳,等.两种不同清洁肠道方式在结肠镜肠道准备患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(3):159-161.

[10] 张小峰,杨雅涵,郭春玉.慢性便秘患者结肠镜检查前肠道准备不合格影响因素分析及护理[J].齐鲁护理杂志,

2022,28(24):63-66.

[11] 余洪春,黄辅诚,吴诗美,等.复方聚乙二醇电解质散口服联合大黄穴位敷贴在行无痛结肠镜检查患者肠道准备中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2022,15(6):96-98.

[12] 戴华梅,朱晓佳,冷芳,等.乳果糖口服液联合复方聚乙二醇电解质散在行结肠镜检查患者肠道准备中的应用[J].医疗装备,2022,35(3):98-100.

(上接第40页)

患者的具体情况制定个体化的治疗方案,并密切关注患者的病情变化。

ARDS患者病情复杂且预后较差,因此需要给予其保护性肺通气治疗,但是这一治疗手段会在一定程度上影响萎陷肺泡复张。有学者称患者病情的恶化,需要合理增加干预强度,并展开高频振荡通气、神经肌肉阻滞等补救性治疗^[4]。在多种客观因素的影响下如人员、设备等,大部分患者无法展开体外膜氧合器治疗,而俯卧位通气的应用,其具有操作便捷的优势,但是有关该体位的持续时间尚不明确。俯卧位通气过程中,受到重力作用的影响,其并不会对背侧肺组织造成严重压迫,心脏对于肺组织的压迫也会随之减轻。有学者表示,俯卧位能够有效增加肺顺应性以及静息肺容量,减少心脏对肺所造成的压迫,不仅可以为体位引流提供便利,同时还可以使膈肌运动产生变化,改善患者通气状态。相关研究已经证实,俯卧位通气较仰卧位应用效果更为明显,能够使患者肺氧合获得有效改善,同时对于死亡率的降低也有着重要作用^[5]。分析研究结果,治疗后,观察组PaO₂、PaO₂/FiO₂水平均高于对照组;对照组不良事件发生率高于观察组(P<0.05)。这说明俯卧位通气持续时间的增加,患者临床治疗

效果更为明显,不良事件发生率相对较低,具有推广价值。

综上所述,对于重症急性呼吸窘迫综合征患者,俯卧位通气时间的增加对于患者氧合功能的改善有着重要作用,治疗效果明显。

参考文献:

- [1] 袁媛.探讨俯卧位通气(PPV)对重症急性呼吸窘迫综合征(ARDS)患者的氧合指数,呼吸力学参数,APACHE II评分的影响[J].健康之友2021年7期,177页,2021.
- [2] 马红梅,丁宜君.重症监护室早期应用俯卧位通气治疗急性呼吸窘迫综合征患者的临床护理效果及满意度评价[J].中国科技期刊数据库医药,2022(12):4.
- [3] 王昕赵鸿雁.俯卧位通气方案对于重度急性呼吸窘迫综合征患者治疗的效果[J].糖尿病天地·教育(上旬),2021,018(003):175.
- [4] 蒋小敏.俯卧位通气在急性呼吸窘迫综合征治疗中的效果[J].健康必读,2021,000(008):203.
- [5] 兀瑞俭,詹晓娟,郭发瑞,等.俯卧位通气联合气道压力释放通气模式对中重度急性呼吸窘迫综合征患者的疗效观察[J].临床急诊杂志,2021,22(10):6.