

急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床疗效分析

付文艳

(清镇市第一人民医院)

【摘要】目的:分析急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床疗效。方法:根据病因将 2018 年 6 月-2019 年 6 月在我院治疗的 60 例急性呼吸窘迫综合征患者分为肺内源性组(30 例)与肺外源性组(30 例),两组患者在治疗病发原的过程中实施 ICU 机械通气治疗,比较两组患者的临床疗效。结果:与肺内源性组对比,肺外源性组的 ICU 治疗与机械通气时间均相对较短,差异具有统计学意义($P < 0.05$);肺外源性组 2 星期内死亡率与总死亡率均低于肺内源性组,但总死亡率比较无统计学意义($P > 0.05$)。结论:对急性呼吸窘迫综合征患者实施 ICU 机械通气治疗的疗效确切,但肺外源性组的效果要优于肺内源性组,不仅 ICU 治疗时间与机械通气时间较短,其 2 星期内的死亡率与总死亡率均相对较低。

【关键词】急性呼吸窘迫综合征; ICU; 临床疗效

急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS)属于一种较为常见的综合急危重症,其具体症状表现为急性呼吸障碍,死亡率较高。目前,临床上根据其病因的不同将 ARDS 分为肺内源性与肺外源性两种。为此,在具体实施 ICU 救治的过程中,首先要明确其病因,以此来进一步提升患者的生存率。该项研究主要针对急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床疗效,对本院收治的 60 例急性呼吸窘迫综合征患者开展了相关研究。

1 资料与方法

一般资料

根据病因将 2018 年 6 月-2019 年 6 月在我院治疗的 60 例急性呼吸窘迫综合征患者分为肺内源性组与肺外源性组,每组各 30 例。对照组男 16 例,女 14 例,年龄 35~71 岁之间,平均年龄为(48.0±23.0)岁;干预组男 17 例,女 13 例,年龄 36~72 岁之间,平均年龄为(54±18.0)岁。参与本次研究患者经临床诊断均被确诊为急性呼吸窘迫征,肺动脉楔压值与氧合指数分别为在 180 mm Hg, 200 mm Hg 以内。同时要排除患有严重精神疾病与恶性肿瘤疾病的患者。两组患者资料无明显差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

参与该研究的两组患者,在对其进行原发病治疗的过程中,要同时进行 ICU 机械通气治疗,呼吸机使用模式具体是同步间歇指令通气(SIMV)+呼吸末正压(PEEP)+压力支持通气(PSV),在有必要的情况下可给予患者镇静治疗,同时做好肺保护性通气工作(潮气量 $VT \leq 7\text{ml/kg}$, 平台压 $\leq 30\text{ cm H}_2\text{O}$)^[1],其他参数设置如下:呼吸频率设置为 12-20/min,呼:吸=(1-2):1,氧气浓度为 35-70%,PEEP 5-15 cm H₂O,并根据患者的实际情况对相关参数进行适度的调整。待患者病情稳定,且恢复自主呼吸后,就可以适当下调呼吸机参数,直到脱机。

1.3 观察指标

(1)观察两组 ICU 治疗时间、机械通气时间。(2)对比两组 2 星期内死亡率、总死亡率。

1.4 统计学分析

对比数据应用 SPSS18.0 统计学软件处理, ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料,应用 t 检验,(%)表示计数资料,应用 χ^2 检验,检验结果 $P < 0.05$, 组间数值对比有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 ICU 治疗时间、机械通气时间比较

与肺内源性组对比,肺外源性组的 ICU 治疗时间与机械通气时间均相对较短,数据比较差异明显,有统计学意义($P < 0.05$),数据见表 1。

表 1 两组 ICU 治疗时间、机械通气时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ICU 治疗时间 (d)	机械通气时间 (d)
肺内源性组	30	14.18 ± 3.15	12.53 ± 3.37
肺外源性组	30	10.66 ± 2.32	6.78 ± 2.22
t		4.928	7.804
P		0.00030	0.000

2.2 两组 2 星期内死亡率、总死亡率比较

肺外源性组 2 星期内死亡率与总死亡率均低于肺内源性组, 2

星期内死亡率比较差异较大,具有统计学意义($P < 0.05$);总死亡率比较差异较小,无统计学意义($P > 0.05$),详细数据见表 2。

表 2 两组 2 星期内死亡率、总死亡率比较 [n(%)]

组别	n	2 星期内死亡率	总死亡率
肺内源性组	30	9 (30.0)	13 (43.3)
肺外源性组	30	4 (13.3)	10 (33.3)
t		8.562	2.122
P		0.005	0.190

3 讨论

ARDS 主要是由肺内与肺外这两种原因引起的,由于其病死率较高,因此就备受医学界的关注。据临床研究资料显示,引起急性呼吸窘迫综合征的病因较多,不同病因下的发病机制也有所差异,具体的临床症状表现为呼吸窘迫、低氧血症等。

在本次研究中,两组患者在治疗病发原的过程中均实施 ICU 机械通气治疗,据研究数据显示,肺外源性组患者的 ICU 治疗时间、机械通气时间均短于肺内源性组,时间对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。这主要是因为肺内源性组患者的肺弹性阻力增加,肺顺应性就会大大下降^[2],从而影响到最终的治疗效果,最终导致肺内源性组患者的 ICU 治疗时间与机械通气时间相对较长。除此之外,据研究数据显示,肺外源组患者的 2 星期内死亡率为 13.3%,总死亡率为 33.3%,这明显低于肺内源性组的 2 星期内死亡率 30.0%,总死亡率 43.3%,组间对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。出现这一结果的具体原因如下,由于急性呼吸窘迫综合征患者在治疗期间,其本身存在的风险性与死亡率就很高^[3],因此在患者接受 ICU 治疗的过程中,若可以提早明确患者的病因,对其实施有针对性的治疗干预,就可以在恰当的时间内大大降低患者的死亡概率。两组总死亡率比较无明显差异,这可能是因为患者早期发病时,病因没有得到明确,从而导致患者在治疗期间出现了早期合并多脏器功能损害或者是后期合并多脏器功能损害。

总而言之,在对急性呼吸窘迫综合征患者进行 ICU 临床治疗的过程中,死亡率还是相对较高的,由于不同病因下的发病机制不同,这就在一定程度上影响到最终的 ICU 治疗效果。为此,要想大大提升患者的生存率就要尽早的明确病因^[4],并给予 ARDS 患者肺保护性通气策略治疗,以此来减少气压伤,改善患者的氧合指数,提高临床疗效。

参考文献

- [1]梁桂升,潘裕荣.急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗探究[J].哈尔滨医药,2019,39(02):142-143.
- [2]张红才.急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(23):40-41.
- [3]陈志洪,余阗.急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(07):51.
- [4]罗爱华,胡永强.急性呼吸窘迫综合征患者的 ICU 临床治疗效果探析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(05):31.

作者简介:

付文艳,女,清镇市第一人民医院,551400,贵州,大学本科,汉族,1984 年 7 月 15 号,主治医师,主要从事重症医学。