

# 急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗分析

李美玲

魏县中医医院 河北 邯郸 056800

**摘要:**目的:分析急性呼吸窘迫综合征患者的 ICU 临床治疗效果。方法:选取本院接收的 32 例急性呼吸窘迫综合征 ICU 患者作为研究对象,纳入时间为 2019 年 8 月-2021 年 8 月,随机将患者分为试验组与对照组各 16 例,对照组实施常规治疗,试验组实施 ICU 临床治疗,比较两组患者通气状况与炎性指标。结果:治疗前,两组患者炎性指标评分无统计学差异( $P>0.05$ );治疗后试验组患者炎性指标评分明显低于对照组患者,具有统计学差异( $P<0.05$ );试验组患者通气情况明显优于对照组患者,具有统计学差异( $P<0.05$ )。结论:急性呼吸窘迫综合征患者使用 ICU 临床治疗可有效改善患者通气情况,降低患者炎性指标,治疗效果显著,临床应用价值较高。

**关键词:**急性呼吸窘迫综合征; ICU 临床治疗

急性呼吸窘迫综合征是临床呼吸科常见疾病之一,外伤、脂肪栓塞、休克、误吸、等因素都可导致患者出现急性呼吸窘迫综合征,该病临床特点为呼吸困难、心率加快、烦躁不安、面色发绀,极易引发气胸、肺脓肿等并发症<sup>[1]</sup>。该病特点为发作快、病情严重、极易合并并发症,死亡率高。当前临床主要采用机械通气治疗急性呼吸窘迫综合征,能够保持患者顺畅呼吸,清除患者体内炎性因子,改善临床症状。ICU 病房急救设施与监护仪器相对完善,能够及时有效掌握患者病情变化。相关研究显示,将急性呼吸窘迫综合征患者转入 ICU 治疗可有效降低患者死亡率<sup>[2]</sup>。本次研究主要对急性呼吸窘迫综合征患者临床治疗方法进行探讨,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2019 年 8 月-2021 年 8 月收治的 32 例急性呼吸窘迫综合征患者作为研究对象,随机将患者分为试验组与对照组各 16 例。纳入标准:①患者均确诊为急性呼吸窘迫综合征;②患者氧和指数 $>200\text{mmHg}$ ;③经过检查患者肺部存在弥散性浸润。排除标准:①患者及家属不同意参与本次研究。试验组中男性患者 10 例,女性患者 6 例,年龄范围 49-72 岁,平均年龄 $(56.24 \pm 33.46)$ 岁。对照组中男患者 11 例,女性患者 5 例,年龄范围 51-76 岁,平均年龄 $(57.24 \pm 2.79)$ 岁。比较两组患者一般资料,无统计学差异( $P>0.05$ )。

### 1.2 方法

对照组实施常规治疗,给患者吸氧,抗感染治疗,监测患者生命体征。

试验组实施 ICU 临床治疗,具体如下:①患者入院后进行全面检查,确诊为急性呼吸窘迫综合征后需要切开患者气管进行机械通气,评估患者具体病情,根据评估结果选择合适的呼吸机或面罩进行吸氧,将潮气量控制在 6-8 ml/kg 范围内,气道峰压为 40  $\text{cmH}_2\text{O}$ , PEEP 值为 6-18  $\text{cmH}_2\text{O}$ ,注意 PH 值需要高于二氧化碳分压水平;②患者进行机械通气时护理人员需要密切观察患者各项生命体征,积极对患者进行抗感染、抗原发病治疗,定时对患者进行吸痰,帮助患者清理呼吸道及口腔异物,防止患者发生坠积性肺炎;③医护人员密切关注患者动态,及时调整用药方案。

### 1.3 观察指标

观察并记录两组患者通气状况治疗效果。观察两组患者炎性指标,主要包括 CRP、IL-1、TNF- $\alpha$ 。

### 1.4 统计学方法

本研究采用 SPSS19.0 统计学软件进行分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计量资料行 t 检验,数据结果以百分率(n.%)表示,行  $\chi^2$  检验, ( $P<0.05$ ) 数据具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者炎性指标

治疗前,两组患者炎性指标无统计学差异( $P>0.05$ );治疗后试验组患者炎性指标评分明显低于对照组患者,具有

统计学差异 ( $P < 0.05$ )。详见表 1。

表 1 两组患者炎性指标评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间	阶段	对照组 (n=16)	试验组 (n=16)	t	P
治疗前	CRP (mg/L)	11.42 ± 0.50	11.49 ± 0.18	0.031	>0.05
	IL-1 (ng/L)	16.22 ± 0.39	16.23 ± 0.20		>0.05
	TNF- $\alpha$ (ng/L)	16.80 ± 0.53	16.75 ± 0.70		>0.05
治疗后	CRP (mg/L)	9.50 ± 0.31	6.41 ± 0.53	8.122	<0.05
	IL-1 (ng/L)	13.93 ± 0.52	9.16 ± 0.29	9.799	<0.05
	TNF- $\alpha$ (ng/L)	14.72 ± 0.90	8.58 ± 0.31	11.112	<0.05

### 2.2 比较两组患者通气情况

试验组患者通气情况明显对照组患者, 具有统计学差异 ( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 两组患者通气情况比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	通气情况
对照组	16	12.46 ± 3.24
试验组	16	6.79 ± 2.03
t	-	7.516
P	-	<0.05

### 3 讨论

急性呼吸窘迫综合征主要由感染、严重颅脑外伤等因素引起的肺泡毛细血管急性损伤, 导致患者发生面色发绀、呼吸困难等临床症状。急性呼吸窘迫综合征属于肺部综合病变, 是肺组织损伤晚期疾病, 该病的特点为发病急、病情发展迅速、死亡率高。相关研究显示, 如果患者不能得到及时治疗死亡率会高达 40%, 引起临床广泛重视<sup>[3]</sup>。

通过研究急性呼吸窘迫综合征得出, 血管活性物质增多、血栓素分泌增多、血小板聚集会造成患者肺间质水肿, 增加血管收缩能力, 释放损伤肺组织的炎性因子, 导致患者出现急性呼吸窘迫综合征。临床尚未发现可以根治急性呼吸窘迫综合征的特效药物, 主要采用机械通气治疗, 但是长期

吸氧会导致患者肺组织据食细胞与活化氧自由基受到损害, 加重患者病情。所以治疗时注意控制氧气浓度, 通过合理通气模式, 降低患者低氧血症发生率, 改善患者呼吸困难症状, 满足患者需氧量。与此同时, 需要积极治疗患者原发病, 减少导致患者出现急性呼吸窘迫综合征的因素, 平衡患者水电解质。急性呼吸窘迫综合征患者代谢速度异常, 所以临床需要对患者进行营养支持, 满足患者机体所需营养, 提升患者免疫力, 降低不良反应发生率。临床常用综合治疗药物主要包括血液净、利多卡因、布洛芬等<sup>[4]</sup>。进行临床治疗时需要了解患者原发疾病病体质、用药等相关信息, 根据不同信息制定不同治疗方案, 及时做好防治措施。

本次研究选取 32 例急性呼吸窘迫综合征患者分为两组进行常规治疗与 ICU 临床治疗, 经过对比得出, 治疗前, 两组患者炎性指标无统计学差异 ( $P > 0.05$ ); 治疗后试验组患者炎性指标评分明显低于对照组患者, 具有统计学差异 ( $P < 0.05$ ); 试验组患者通气情况明显对照组患者, 具有统计学差异 ( $P < 0.05$ )。

### 4 结束语

综上所述, 急性呼吸窘迫综合征患者采用 ICU 临床治疗可有效降低患者死亡率, 治疗效果显著, 值得临床推广。

### 参考文献:

- [1] 刘凡, 王晓娟, 温风云. 急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗 32 例分析 [J]. 中外女性健康研究, 2019(13):78-79.
- [2] 白岭晓. 急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗 90 例分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017,17(32):133-134.
- [3] 阿力木江·亚森, 吐尔逊江·阿不都吾甫尔. 急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗 32 例分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016,16(36):49.
- [4] 马艳品. 急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗 56 例分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2015,6(03):140-141.