

BIPAP 呼吸机治疗慢性阻塞性肺病并Ⅱ型呼吸衰竭的疗效观察及护理

宋旭¹ 姜长青²

(1 山东省乳山市人民医院 乳山 264500; 2 山东省乳山市大孤山医院 乳山 264507)

关键词:慢性阻塞性肺病;呼吸衰竭;呼吸机;疗效观察;护理
中图分类号: R 473.5 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2005)05-0020-02

我院于 2000 年 1 月~2002 年 6 月在常规抗感染、止咳、平喘的基础上应用 BIPAP 型呼吸机无创面罩通气治疗慢性阻塞性肺病(COPD)86 例,疗效显著。总结如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 本组 86 例,男 54 例,女 32 例;平均年龄 67.4 岁。根据病史、体检资料及有关辅助检查资料,符合 COPD 急性加重并Ⅱ型呼吸衰竭的诊断,所有诊断均符合 1991 年中华医学会呼吸病分会诊治指南标准。

1.2 方法 患者在抗感染、止咳、平喘等常规药物治疗的同时应用鼻面罩 BIPAP 呼吸机(澳大利亚 VPAP II/II ST)行辅助通气。BIPAP 呼吸机选用 S/T 通气模式吸气压力逐渐增大(8~18cmH₂O),以患者能够耐受为度,呼气机压力为 2~4cmH₂O,呼吸频率 18~20(次/min),氧流量 4~6L/h。并在近面罩处加单向阀门,以避免重复呼吸通气时间 8h/d 以上。通气前后检查动脉血气及记录呼吸频率、心率、血压、SPO₂、临床症状、体征、精神状态。

2 结果

治疗过程中 PaCO₂ 下降,PaO₂ 升高;经 7d 治疗后,在自主呼吸状态,PaCO₂ 亦有明显下降,PaO₂ 明显上升,临床症状明显好转。不良反应:本组 86 例中有 4 例感腹胀,2 例感胸闷不适,但都能耐受,停机后症状消失,2 例出现口干,饮水后明显减轻。

3 讨论

国际上于 1991 年开始用 BIPAP 呼吸机行无创通气(NIPPV)治疗呼吸衰竭,近年来国内在应用 BIPAP 呼吸机治疗 COPD 合并呼吸衰竭方面也取得了较好疗效。BIPAP 呼吸机工作原理为压力支持通气,能提供 2 种不同的压力水平,即吸气相和呼气相,在患者触发通气后,呼吸机给予选定的压力水平(4~30cmH₂O)时气道压迅速上升到预置的压力值,并维持气道压力在这一水平。当患者呼气时,呼吸机又迅速调低到预置的呼气压,使气体易于呼出,并能起到呼气末正压的作用,因此有效的提高了 PaO₂,同时降低了 PaCO₂。通过正压辅助呼吸,克服气道阻力,令患者不费劲就能吸入充足的潮气量,使呼吸功和氧耗量明显下降,呼吸肌得到休息,使

病情得到改善,患者感到舒服。对某些疾病,应用一定的正压呼吸,即呼气末正压通气(PEEP)能使气体在肺泡内交换增加,防止肺泡萎陷,提高血氧浓度。使用鼻面罩 BIPAP 呼吸机通气治疗Ⅱ型呼吸衰,其优点为:(1)避免了气管插管和气管切开带来的痛苦和并发症,减少气道损伤和感染机会;(2)体积小,重量轻,操作简便;(3)同步性能好。缺点及局限性:(1)少数患者出现腹胀;(2)易出现口干、排痰困难;(3)不能用于重型呼吸衰、昏迷或自主呼吸停止患者的抢救;(4)呼吸道分泌物多者、巨大肺大泡、高压气胸及纵膈气肿未行引流者、大咯血、急性心肌梗死、活动性肺结核、病变范围不大时慎用,若同时合并肺气肿或肺大疱或多次发生气胸、低血压休克未纠正者禁用。

4 护理

4.1 治疗前的心理护理 由于 COPD 患者,病史较长,反复发作,住院后易产生焦虑、沮丧、脾气暴躁等心理反应而拒绝治疗,因此,在接受 BIPAP 呼吸机治疗前向患者介绍 BIPAP 治疗的意义,耐心解释患者的疑问,告诉患者在治疗期间按自主呼吸节律,放松、平静的呼吸,患者按自己的呼吸方式引发 BIPAP 的呼吸频率和深度。讲清这个道理,患者均能愉快地接受治疗,必要时可用少量镇静剂。

4.2 治疗期间的护理

4.2.1 体位及面罩松紧度 患者治疗时可取半卧位、坐位、平卧位,头略向后仰,保持气道通畅,防止枕头过高,使气道压窄,影响气流通过,使疗效降低。戴面罩时,松紧以不漏气为好,过松造成漏气,过紧影响面部血液循环,被压皮肤缺血,患者自觉不适,难以耐受而中断 BIPAP 治疗。

4.2.2 病情与参数选择 BIPAP 呼吸机治疗前,首先要了解患者的病情,缺氧程度以及心肺功能,其次要检查仪器的功能是否完好,一般 EPAP<IPAP。如果 EPAP 水平高于 IPAP 时,机器将不输送 FPAP。对轻症 COPD 患者 EPAP 4~6cmH₂O、IPAP 8~18cmH₂O;对重症 COPD 患者伴有心功能不全的患者,EPAP、IPAP 均偏低。一般为 EPAP 1~2cmH₂O,IPAP 4~6cmH₂O,以防气道压过高,致胸内压增高,阻碍静脉回流,使血压下降,加重心功能不全。因此治疗此类

坦钠是一种较理想的,具有广谱、高效的抗菌作用的抗生素,对老年病人无明显的不良反应。

参考文献

agents against clinical bacterial isolates from United States measured by two methods[J].Am J Med,1996,100(6A):526~380

[1] Thornsberry C,Yee YC Comparative activety of eight antimicrobiol

(收稿日期: 2005-02-28)

支气管动脉灌注联合静脉及口服化疗治疗 中晚期肺癌的疗效评价

路银生

(山东省鱼台县人民医院 鱼台 272300)

摘要:目的:观察支气管动脉灌注化疗联合静脉化疗及口服 VP-16 治疗中晚期肺癌的近期疗效。方法:将经病理证实的中晚期肺癌 110 例随机分为单纯静脉化疗组、支气管动脉灌注化疗组(BAI)、BAI 联合静脉化疗及口服 VP-16 组(观察组),WHO 实体瘤疗效评定不同治疗方法对肺癌的近期疗效。结果:静脉化疗组 40 例,CR4 例,PR15 例,总有效率 47.5%;BAI 组 35 例,CR2 例,PR16 例,总有效率 51.4%;观察组 35 例,CR6 例,PR19 例,总有效率 71.4%;观察组分别与静脉化疗组和 BAI 组比较均有显著性差异($P<0.05$),观察组的疗效优于静脉化疗组和 BAI 组的疗效。BAI 组对局部疗效好,但对远处转移疗效差,而观察组对远处转移疗效较好。结论:支气管动脉灌注联合静脉化疗及口服 VP-16 治疗肺癌,其控制原发灶和转移灶的疗效优于单一的静脉化疗和 BAI 化疗的疗效,可作为中晚期肺癌较有效的治疗方法。

关键词:肺癌;支气管动脉灌注化疗;静脉化疗;足叶乙甙;疗效比较

中图分类号: R 734.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)05-0021-02

近年,选择性支气管动脉灌注化疗(BAI)治疗中晚期肺癌发展较快,并取得了肯定的近期疗效。临床发现 BAI 对肿瘤局部治疗效果良好,但对远处转移灶疗效差。我院观察了 110 例经病理证实的中晚期肺癌随机分组,以探讨 BAI 联合静脉化疗和口服 VP-16 对中晚期肺癌的近期临床疗效。

1 临床资料

选择 2000 年 8 月~2003 年 10 月在鱼台县人民医院内科治疗的中晚期肺癌,全部病例均经纤支镜或经皮肺穿刺病理证实为肺癌,资料完整者共 110 例。男 87 例,女 23 例;年龄 34~70 岁;中央型肺癌 89 例,周围型肺癌 21 例;全身状况按 Karnofsky 评分标准判定,2 例 50 分以下,其余均大于 60 分。病理类型和临床分期如表 1,绝大部分为失去手术机会的中晚期肺癌。

表 1 3 组病人的病理分型及临床分期										例
组别	n	男	女	病理分型			临床分期			
				鳞 Ca	腺 Ca	大细胞 Ca	SCLC	IIa	III b	IV
静脉组	40	30	10	18	10	1	11	12	18	10
BAI 组	35	27	8	15	14		6	12	13	10
观察组	35	30	5	14	11		10	16	10	9
合计	110	87	23	47	35	1	27	40	41	29

2 治疗方法

2.1 静脉联合化疗 (40 例) SCLC 选用 CE 方案:卡铂 300~400mg/m² 加入生理盐水 500mL 静滴第 1 天,足叶乙甙

患者要注意观察血压,随时调整参数,做好血气监测。对哮喘患者,气体呼出受阻 EPAP 应调高至 6~8cmH₂O 以减轻气道阻力。

4.2.3 注意湿化 BIPAP 呼吸机治疗时,湿化液须用无菌液,每次使用前将蒸馏水 200mL 倒入湿化器内,使气体湿化后再进入气道,以防呼吸道干燥,避免因湿化液不洁增加气道的机会。

4.2.4 防止漏气持续氧疗 治疗时,检查各输氧孔是否关闭,避免漏气。对持续氧疗的患者在 BIPAP 治疗期间勿中断,可通过各输氧孔持续供氧,对 COPD 伴 CO₂ 潴留的患者氧流量 2L/min,以防流量过高加重 CO₂ 潴留。

4.3 治疗后的护理

(VP-16)100mg 加生理盐水 500mL 静滴第 1~5 天。NSCLC 选用 MVP 方案丝裂霉素 7~8mg/m² 静滴第 1 天,长春花碱酰胺(VDS) 3mg/m² 静滴第 1、8 天,顺铂(DDP)60~80mg/m² 静滴第 3 天(需水化)。上述化疗方案每 3 周 1 次,连用 3 次后,观察疗效。

2.2 BAI 组化疗 (35 例) 采用 Seldinger 氏法穿刺股动脉,电视监视下确定导管进入病变的支气管动脉后再行灌注化疗。灌注化疗药物有顺铂 100mg 或卡铂 500mg,丝裂霉素 10mg,阿霉素 40mg。以上药物需溶于生理盐水中快速注入。每 3 周 1 次,连用 3 次后观察疗效。

2.3 观察组(35 例) 应用 BAI 化疗联合静脉化疗(方案同上)及口服 VP-16(足叶乙甙)治疗(VP-16 50mg/m²,每日 1 次,连用 21d)。用 3 个疗程后观察疗效。

3 结果

3.1 疗效观察 按 1978 年全国抗肿瘤药物会议制定的《肿瘤药物化疗评定标准》评定化疗疗效。分完全缓解(CR),部分缓解(PR),无变化(NC),进展(PD)。总有效率 RR=CR+PR。

表 2 静脉化疗 40 例疗效分析					例
病理分型	n	CR	PR	有效率(%)	
SCLC	11	3	5	72.7	
NSCLC	29	1	10	37.9	

4.3.1 患者的护理 COPD 患者膈肌低平,移动性差,通气量下降,长期缺氧增加呼吸肌负担,从而加重缺氧及 CO₂ 潴留,治疗后应加强患者的呼吸肌锻炼,教会患者腹式呼吸锻炼及缩唇呼吸。

4.3.2 仪器的护理 与患者密切接触的面罩及波纹管每次用后需用 0.2%的 84 消毒液浸泡 30min,从消毒液里取出的面罩及波纹管需用清水冲净,晾干后方可再给另一患者使用。

总之,BIPAP 呼吸机通气在治疗 COPD 合并 II 型呼衰方面有肯定疗效,适用于中到轻度呼衰,重症患者最好直接气管插管或切开。应用中注意呼吸兴奋剂、支气管扩张剂、湿化气道等方法的配合使用,方可取得更好的疗效。

(收稿日期:2005-01-04)