

40 例 COPD 合并 MODS 的临床诊治分析

李志峰

(江西省萍乡市中医院 萍乡 337000)

摘要:目的:探究慢性阻塞性肺疾病(COPD)合并多器官功能障碍综合征(MODS)患者的临床诊断与治疗方法。方法:选取 2011~2012 年在我院进行治疗的慢性阻塞性肺疾病合并多器官功能障碍的患者 40 例,对其临床资料进行回顾性分析,总结患者的诊治过程及预后状况。结果:40 例 COPD 患者中并发 MODS 以及并发呼吸衰竭的例数最多,占 82.5%,此外伴发心力衰竭和中枢神经系统功能衰竭的患者也较常见,分别占 42.5%和 37.5%;40 例 COPD 并发 MODS 患者中,死亡 13 例,占 32.5%,其死亡率与器官衰竭的个数有关。结论:对于 COPD 急性加重期的患者应及时进行抢救,早期应用抗生素以及其它救治措施,防止 MODS 的发生,患者一旦出现 MODS,要针对病情进行救治,以减少患者的死亡率,改善预后。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;多器官功能障碍综合征;诊治

中图分类号:R 563

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.059

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease,COPD)是呼吸系统常见疾病,主要为吸烟等有害气体以及有害颗粒对气管的刺激造成慢性炎症,以老年人多见,临床主要症状为咳嗽、咳痰、气喘以及进行性的呼吸困难,近年来已成为危害人类健康的主要杀手之一,对于 COPD 的研究近年来也已成为临床的研究热点^[1]。COPD 主要累及肺脏,但不局限于肺脏,其还可引起全身其它脏器的损伤,造成多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS),严重威胁患者的生命健康^[2]。本文对我院 COPD 合并 MODS 患者的临床资料进行回顾性分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2011~2012 年在我院进行治疗的慢性阻塞性肺疾病合并多器官功能障碍的患者 40 例,其中男性 27 例,女性 13 例,年龄 60~82 岁,平均(70±2.3)岁。

1.2 诊断标准 (1)COPD 诊断标准^[3]:根据患者吸烟等高危因素史、慢性咳嗽咳痰的临床症状,其中不可逆气流受限的诊断主要根据肺功能检查,应用支气管扩张剂后,1 s 用力呼气量(FEV1)与最大肺活量(FVC)的比值<70%可以判断患者不可逆气流受限,根据患者 FEV1 占预计值的百分比进行危险程度的分级。(2)MODS 的诊断标准^[4]:心力衰竭:按照纽约心功能分级进行诊断。呼吸衰竭:动脉血氧分压<60%伴有或不伴有二氧化碳分压>50%,不伴有二氧化碳分压>50%为 I 型呼衰,伴有二氧化碳分压>50%为 II 型呼衰。肝功能衰竭:血清白蛋白<30 g/L,或者是血清总胆红素>20.5 μmol/L。肾功能衰竭:患者出现少尿即每日尿量<400 mL,或者是血肌酐>176.8 μmol/L。消化道出血:患者出现呕血、黑便,或者是粪便潜血阳性,肠鸣音减弱或消失。中枢神经系统功能衰竭:患者出现意识模糊、嗜睡或昏迷。

1.3 治疗方法 对于 COPD 急性加重期患者,持续监测患者的血压、心率、呼吸等基本生命体征,并进行持续的血气监测;保持呼吸道通畅,进行持续低流速吸氧治疗,应用祛痰剂定期吸痰;尽早应用广谱抗生素,进行抗感染治疗,对于已感染患者,进行细菌培养和药敏试验,根据试验结果更换敏感抗生素;静脉滴注糖皮质激素甲泼尼龙 40 mg,1 次/d^[5];应用支气管扩张药吸入,如吸入困难者可大剂量应用沙丁胺醇 500 μg,雾化吸入;对于出现 MODS 的患者进行针对性的治疗,对于出现呼吸衰竭的患者要持续吸氧治疗,并根据血气和电解质进行补液,纠正患者的酸碱和电解质紊乱;对于出现心功能衰竭的患者,及时进行强心、利尿、扩血管的对症治疗,应用利尿剂、血管扩张剂、地高辛等;对出现消化道出血患者,早期进行药物治疗,如应用生长抑素、血管加压素等,上消化道出血还可应用三腔两囊管进行压迫止血,有条件者还可以在内镜下进行内镜下套扎和注射硬化剂治疗^[6]。

1.4 统计学方法 结果采用 SPSS 10.0 统计学软件进行处理并进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 *t* 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者出现 MODS 情况 40 例患者中并发 MODS 以及衰竭器官以并发呼吸衰竭的例数最多,占 82.5%,此外,伴发心力衰竭和中枢神经系统功能衰竭的患者也较常见,分别占 42.5%和 37.5%。见表 1。

表 1 患者并发 MODS 情况 例

项目	n	百分比(%)
呼吸衰竭	33	82.5
心力衰竭	17	42.5
中枢神经系统功能衰竭	15	37.5
肝功能衰竭	5	12.5
肾功能衰竭	8	20.0
消化道出血	4	10.0

慢性乙肝患者检测血清转铁蛋白、铜蓝蛋白水平的临床意义

陈满红

(江西省景德镇市第二人民医院 景德镇 333000)

摘要:目的:探究分析慢性乙型肝炎患者检测血清转铁蛋白和铜蓝蛋白的临床价值,为提高慢性乙型肝炎患者临床诊治提供有效依据。方法:选取 2011 年 6 月~2013 年 5 月在我院接受治疗的慢性乙型肝炎患者 130 例,根据患者病情分为轻型组、中型组和重型组,另选取同期接受身体检查的健康者 130 例作为对照组,检测各组血清转铁蛋白、铜蓝蛋白水平。结果:三组患者的检测值均显著低于对照组, $P<0.05$;重型组、中型组和轻型组患者间检测值存在显著差异性, $P<0.05$ 。结论:慢性乙型肝炎患者血清转铁蛋白和铜蓝蛋白水平显著低于健康者,可以将其作为临床诊断的标准,此外上述两项检测指标会随着患者病情的发展而改变,可以将其作为病情分级和临床疗效的判定指标。

关键词:慢性乙型肝炎;转铁蛋白;铜蓝蛋白;临床价值

中图分类号:R 512.62

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.060

乙型肝炎属于临床常见肝病之一,随着人们生活习惯的改变,该病在我国的发病率逐年上升^[1]。由于该病的前期诊断与分级存在一定难度,致使不少患者未得到及时有效的诊治,逐步发展为重型乙型肝炎,严重影响生活工作质量^[2]。对此,如何提高慢性乙型肝炎的临床诊治效率就显得尤为重要。目前随着临床检验水平的不断发展,有关学者提出可以通过检测血清转铁蛋白(TRF)和铜蓝蛋白(CP)的水平对该病进行诊断与分级^[3]。因此本文选取 2011 年 6 月~2013 年 5 月在我院接受临床治疗的慢性乙型肝炎患者及健康者各 130 例,通过检测转铁蛋白和铜蓝蛋白评价其临床应用价值。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 6 月~2013 年 5 月在

2.2 患者死亡率 40 例 COPD 并发 MODS 的患者中,衰竭器官个数 <3 个者 28 例,死亡 3 例,占 10.71%;衰竭器官个数 >3 个者 12 例,患者死亡 10 例,占 83.33%。两组相比, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一种可以预防和治疗慢性肺疾病,它以不可逆的气流受限为特征,多发于老年人。COPD 不仅累及肺脏本身,还会引起全身其它系统的并发症,最常见的是 MODS,严重者可危及患者生命,需及时抢救。COPD 并发 MODS 主要与肺功能衰竭包括缺氧和二氧化碳潴留有关,另外也包括感染、酸碱及电解质平衡紊乱等多种因素。因此在救治过程中,需保证患者呼吸道通畅,及时吸氧治疗。糖皮质激素具有抗炎、抗感染等多种功效,及时合理的应用,可以减少患者并发症和死亡发生率。支气管舒张剂可以缓解患者支气管痉挛,严重者可以雾化吸入。另外,临床要全程监测患

我院接受治疗的慢性乙型肝炎患者 130 例,其中男性 82 例,女性 48 例,年龄 31~77 岁,平均(48.5±11.6)岁。所有患者均符合中华医学会制定的慢性乙型肝炎临床诊断标准,且排除严重心脑血管疾病、恶性肿瘤、意识障碍、精神等疾病。根据患者病情发展程度将其分为轻型组 50 例,中型组 45 例,重型组 35 例。另选取同期在我院接受身体检查的健康者 130 例,其中男性 68 例,女性 62 例,年龄 29~67 岁,平均(47.6±11.2)岁。各组年龄、性别等基础资料比较无显著差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法 所有患者取空腹静脉血液 2~3 mL,待血样本完全凝固后,以 3 200 转 /min 的速度进行离心分离,分离时间为 10 min,后将分离得到的血清储存于 -20 ℃ 的冰箱中。其次选取 SIEMENS BNP

者的基本生命体征,发现异常情况及时抢救,进行有针对性的治疗。本文研究结果显示 40 例患者中并发呼吸衰竭的例数最多,其次为心力衰竭和中枢神经系统功能衰竭的患者;死亡 13 例,占 32.5%,其死亡率与器官衰竭的个数有关。

综上所述,对于 COPD 并发 MODS 的患者,要根据患者的症状和辅助检查进行及时诊断、抢救,减少患者死亡率,改善患者预后。

参考文献

- [1]王雪倩.COPD 合并多脏器功能障碍 47 例临床分析[J].临床肺科杂志,2008,13(9):1 210
- [2]王翠琴.COPD 肺心病并发多器官功能衰竭的治疗及预后[J].基层医学论坛,2010,13(2):87-88
- [3]柴燕.COPD 急性加重期并发多器官功能衰竭临床分析[J].江汉大学学报,2007,35(2):71-73
- [4]欧阳细瑜.慢性阻塞性肺疾病合并多器官功能衰竭 80 例临床分析[J].中国医药指南,2011,9(34):71-72
- [5]温振团.慢性阻塞性肺疾病合并多器官功能障碍综合征 70 例临床分析[J].当代医学,2013,19(13):103-104
- [6]汪海涛,凌敏.慢性阻塞性肺疾病急性加重期多器官功能衰竭的危险因素分析[J].海南医学,2012,23(1):6-9

(收稿日期:2013-09-11)