

肾性骨病是慢性肾功能衰竭时常发生的代谢性骨病,临床主要表现为骨质疏松、骨骼疼痛或畸形等,严重影响患者的生活质量^[4]。肾性骨病的发病原因主要为低血钙、高血磷和继发性甲状旁腺功能亢进症,且三者相互影响,其临床治疗的关键是改善钙磷代谢异常,以维持骨骼的最大生长潜能,预防血管钙化或软组织的发生^[5-6]。

骨化三醇被称为活性维生素 D,可直接作用于肠道、骨骼、肾脏及甲状旁腺等靶器官,通过滋养肠黏膜,增加钙吸收、激活钙结合蛋白基因以升高血清钙浓度,同时抑制甲状旁腺细胞的增生,使甲状旁腺体积减小,从而抑制甲状旁腺激素的合成和分泌,促进骨盐沉着,已成为目前临床治疗肾性骨病的一线药物^[7]。本研究在常规治疗基础上采用骨化三醇治疗慢性肾功能不全患者肾性骨病,结果显示,患者治疗后血清钙、血清磷、尿素氮、ALP 和肌酐等水平均较治疗前和对照组明显改善,且不良反应发生率显著降低。说明骨化三醇可有效纠正低血钙、高血磷及继发性甲状旁腺激素功能亢进,减少

骨丢失,增加甲状旁腺对钙的敏感性,具有较好的临床应用价值,其主要不良反应为高钙血症,因此临床用药时要密切监测患者血钙水平,防止过度纠正引起的高钙血症^[8]。

综上所述,骨化三醇治疗慢性肾功能不全患者肾性骨病疗效显著,可明显改善患者临床症状,且不良反应发生率低,安全、有效,具有较好的临床应用价值,值得进一步推广和应用。

参考文献

[1]吴勇,林克宣.慢性肾功能衰竭肾性骨病患者采取骨化三醇治疗的疗效观察[J].中国医学创新,2013,10(15):35-36
[2]徐洪亮.骨化三醇联合鲑鱼降钙素治疗肾性骨病的临床观察[J].吉林医学,2012,33(16):3 445-3 446
[3]石书梅,赵学智,陆烈,等.降钙素及二膦酸盐治疗血液透析患者肾性骨病的长期疗效[J].中华肾脏病杂志,2009,25(5):341-344
[4]余建斌,叶晴,王琳.骨化三醇在肾功能衰竭患者血液透析中的应用价值[J].中国医药导报,2011,8(20):244-245
[5]黄颖斌,张祥贵,马华林.骨化三醇治疗慢性肾衰肾性骨病 25 例分析[J].当代医学,2012,18(3):135-136
[6]白丽娜,李月红.“固本益肾汤”联合骨化三醇治疗肾性骨营养不良临床研究[J].江苏中医药,2010,42(2):20-21
[7]黄宇静,伍锦泉,黄力.骨化三醇治疗慢性肾功能不全患者肾性骨病疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2013,22(1):54-55
[8]卢连元,张延泉.骨化三醇治疗慢性肾功能不全肾性骨病疗效观察[J].山东医药,2008,48(34):43-44

(收稿日期: 2014-01-10)

脑外科重症患者气道开放后持续雾化吸入的临床研究

聂云辉

(江西省樟树市人民医院 樟树 331200)

摘要:目的:探讨气道开放状态下脑外科重症患者接受持续雾化吸入治疗对改善其痰液症状的效果。方法:选择脑外科 196 例气道开放重症患者,随机分为 1 组和 2 组各 98 例,1 组患者以沐舒坦+庆大霉素+氯化钠配置而成的湿化液进行持续雾化吸入治疗,2 组患者以与 1 组种类相同但药量不同的三种药物配置而成的雾化液进行常规雾化吸入治疗,观察两组患者的痰痂形成状况及痰液黏稠度。结果:1 组治疗后 0~3 d、4~7 d、8~14 d 中重度黏痰率分别为 76.53%(75 例)、66.32%(65 例)、47.96%(47 例),痰痂形成率分别为 3.06%(3 例)、1.02%(1 例)、0.00%(0 例);2 组中重度黏痰率分别为 92.86%(91 例)、87.76%(86 例)、72.45%(71 例),痰痂形成率分别为 23.47%(23 例)、17.35%(17 例)、7.14%(7 例);两组比较,差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。结论:脑外科中采用持续雾化吸入治疗气道开放后重症患者,可有效地稀释痰液黏度,避免痰痂形成,改善患者呼吸道功能,应加以推广。

关键词:脑外科;重症患者;气道开放;持续雾化吸入

中图分类号:R651.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.012

脑外科重症患者多为颅脑外伤,常伴随颅内出血、感染、脑出血、中枢性高热、消化道出血及呼吸衰竭等症状,威胁患者生命,其中,由于痰液堵塞患者口鼻、咽腔或呼吸道而造成的呼吸衰竭症状,对患者的危害尤为直接^[1]。目前,脑外科临床医师普遍采用气管切开或者气管插管的方式,建立人工气道,为重症患者开辟呼吸通道,辅助患者呼吸^[2]。而患者气道开放后,若空气不经过湿化及过滤处理,便直接经由上呼吸道进入下呼吸道,极有可能造成呼吸道分泌物黏稠、干燥结痂问题,难以咳出诱发肺部感染^[3]。因此,医师在患者气道开放后,为其进

行持续雾化吸入湿化液治疗,是避免呼吸道堵塞、肺部感染的主要方法,也是保证患者生命的必然要求。我院分别采用持续雾化吸入以及常规雾化吸入两种方案为 196 例患者实施治疗,对比疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院脑外科 ICU 2008 年 3 月~2012 年 3 月收治的重症患者 196 例,均接受气道开放治疗,但未使用呼吸机进行辅助呼吸。其中男 106 例,女 90 例;年龄 17~64 岁;重型颅脑外伤 169 例,听神经瘤 8 例,垂体瘤 5 例,高血压脑出血 14

例。所有患者随机分为 1 组和 2 组各 98 例,两组患者年龄、性别、病症种类、病情程度等资料比较无显著差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法 进入 ICU 后,两组患者均接受心电图、血氧饱和度、呼吸、心率、体温、无创血压等生命体征监护,同时由护理人员为所有的患者实施同等水平的护理。护理内容:对患者的生命体征、意识状态等进行严密观察,维持病室环境清洁、干净,温度与湿度适当,避免病室中空气过于干燥,根据标准吸痰方法为患者吸痰,管理气管导管,清洁口腔。1 组患者给予 0.45%氯化钠 220 mL、沐舒坦 30 mg、庆大霉素 16 万 U,配置成为湿化液,将气管导管 / 气切面罩与雾化器以连接管进行连接,进行 24 h 持续雾化吸入治疗,气流量为 4~5 L/min,治疗时,配合做好口腔护理工作。2 组患者给予 0.45%氯化钠 20 mL、沐舒坦 15 mg、庆大霉素 8 万 U,配置成为雾化液,进行常规雾化吸入,20 min/ 次,4 次 /d,每间隔 2 h,将 3~5 mL 0.45%氯化钠注入到管内,为气道进行冲洗,吸痰方法与 2 组相同。

1.3 临床观察 护理人员为患者吸痰时,以吸痰管玻璃接头部位所附着痰液的形状,以及痰液在玻璃管内壁部位具体的附着状况作为依据,判定痰液黏稠度、痰痂形成与否。重点记录 0~3 d、4~7 d、8~14 d 这 3 个时间段患者的痰液黏稠度及痰痂形成状况,待统计完成后,进行对比分析。痰液黏稠度的判定标准:0.053 MPa 负压吸引下,以 F10 号硅胶材质的吸痰管,进行吸痰。稀痰:痰液呈白色泡沫状、米汤状,玻璃接头及吸痰管内壁均无滞留的痰液;中度黏痰:痰液外观黏稠,玻璃接头与吸痰管内壁均有少量痰液滞留,接受水业冲洗,可以冲洗干净;重度黏痰:痰液外观可见明显黏稠感,大量痰液滞留于玻璃接头以及内壁,经冲洗不易清理干净。痰痂形成标准:吸痰管内可见微小结痂,或有痰液黏着,或者以消毒棉签对气管管套内腔清理时有痰痂黏附。

1.4 统计学处理 数据统计处理软件为 SPSS13.0,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

1 组治疗后 0~3 d、4~7 d、8~14 d 中重度黏痰率及痰痂形成率均优于 2 组患者, 两组差异显著,具

有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者中重度黏痰率及痰痂形成率比较 例						
组别	n	稀痰	中度黏痰	重度黏痰	中重度率(%)	痰痂形成率(%)
1 组	98 0~3d	23	69	6	76.53	3(3.06)
	98 4~7d	33	62	3	66.33	1(1.02)
	98 8~14d	51	46	1	47.96	0(0.00)
2 组	98 0~3d	7	75	16	92.86	23(23.47)
	98 4~7d	12	71	15	87.76	17(17.35)
	98 8~14d	27	61	10	72.45	7(7.14)

3 讨论

脑外科重症患者在开放气道后,若有湿化程度相对较低的气体渗入气道,会使气道内纤毛的运动停止或者频率降低,清除黏液等分泌物的能力降低,若痰液过于黏稠,还容易造成气管导管堵塞,增加肺部感染的几率。因此,脑外科医师普遍采用经过改良的持续雾化吸入方案,为患者实施气道湿化处理,以提升总体治疗水平,应用效果显著^[4]。本文结果显示,持续雾化吸入患者痰液中重度黏稠率明显低于常规吸入患者,且痰痂形成率也低于常规吸入患者, 由此证明持续雾化吸入具有湿化气道、降低痰液浓度、避免痰痂形成的作用,应当在脑外科重症患者中加以推广应用。

但是,据临床报道,持续雾化吸入可能因患者肺部感染致病菌耐药性不同,而导致所用的庆大霉素失去药效,同时,若湿化液的液量过大,超出患者肺部及气管对水分的承担能力,还可能造成多度湿化问题,损坏通气功能^[9]。本次研究虽未发现此类问题,但这些问题应得到足够重视。综上所述,脑外科采用持续雾化吸入方案为气道开放患者实施气道湿化处理及临床治疗,具有较高的痰液稀释能力及抗结痂能力,使患者呼吸功能得以维持,但治疗中应当加强对过度湿化及湿化液无效等问题的警惕性,以确保疗效。

参考文献

[1]谷玉宏.对颅脑外科重症患者的护理及措施[J].吉林医学,2008,29(18):1 540-1 541
[2]秦剑英,李艳霞.脑外科患者人工气道两种湿化法的效果评价[J].中国社区医师(医学专业),2013,15(5):273-274
[3]赵艳丽,郑秀英,陈国梅.脑外科气管切术后的护理体会[J].按摩与康复医学,2011,2(6):162-163
[4]刘洪,卢小红,巫淑芬,等.气管切开后持续雾化吸入气道湿化的临床探讨[J].护士进修杂志,2010,25(3):267-268
[5]姚文芳,周蓉.气管切开后气道湿化研究的新进展[J].中国药物与临床,2012,12(11):1 452-1 453

(收稿日期: 2013-07-22)

《实用中西医结合临床》杂志在线投稿系统指南

我刊已启用在线投稿系统, 网址: <http://szxl.cbpt.cnki.net>, 欢迎大家通过本网站投稿、浏览文章。通过本网站, 可实现不限时在线投稿、审核、编辑、校对、组版等全流程功能, 作者可在线查看稿件流程情

况, 专家可登录网站实行在线审核, 并可全文查阅本刊以往刊出文章。同时也可通过电子邮件投稿:

szxl@chinajournal.net.cn
jxnc5621@tom.com