实用中西医结合临床 2017 年 8 月第 17 卷第 8 期

不同呼气末正压机械通气及不同体位对呼吸衰竭患者中心静脉压的影响

陈淑静

（河南省舞阳县人民医院呼吸内科　舞阳 462400）

摘要：目的：分析不同呼气末正压（PEEP）机械通气及不同体位对呼吸衰竭患者中心静脉压（CVP）的影响。方法：选取 2014 年 7 月 ~2016 年 12 月我院收治的 42 例呼吸衰竭患者为研究对象。观察 PEEP 为 0 cm H_2O、6 cm H_2O、12 cm H_2O 时 CVP 的变化；观察患者于 30°、45° 半卧位及平卧位时 CVP 的变化。结果：CVP 值随呼气末正压水平升高而升高（$P<0.05$）；30° 半卧位与平卧位时 CVP 值比较无显著性差异（$P>0.05$）；平卧位时 CVP 高于 45° 半卧位时 CVP（$P<0.05$）；30° 半卧位时 CVP 高于 45° 半卧位时 CVP（$P<0.05$）。结论：不同 PEEP 机械通气及不同体位均可影响呼吸衰竭患者 CVP 测量的准确性，对病情危重患者应尽量保持原体位进行 CVP 测量。

关键词：呼吸衰竭；呼气末正压；机械通气；体位；中心静脉压

中图分类号：R563.8　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.038

呼吸衰竭是指多种因素引起的肺通气及换气功能障碍，主要临床表现为二氧化碳潴留、缺氧等。呼气末正压（Positive End Expiratory Pressure，PEEP）是治疗呼吸衰竭的主要方案，能够改善患者换气功能，提升动脉氧分压，增加血氧含量。但研究指出[1]，PEEP 水平增加可导致中心静脉压（Central Venous Pressure，CVP）改变，不利于判断有效循环血量。亦有研究表明[2]，部分重症患者因病情无法进行平卧测压，若强行予以平卧，会增加其呼吸困难及缺氧等症状发生风险，加剧病情恶化，且对 CVP 具有一定影响。本研究旨在探讨不同 PEEP 机械通气及不同体位对呼吸衰竭患者 CVP 的影响。现报道如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2014 年 7 月 ~2016 年 12 月我院收治的 42 例呼吸衰竭患者为研究对象。其中男 27 例，女 15 例；年龄 10~80 岁，平均年龄（45.62± 20.49）岁；疾病类型：重度颅脑损伤 9 例，肾功能衰竭 4 例，脑梗死 5 例，重症肺炎 24 例。

1.2　纳入及排除标准　纳入标准：均符合呼吸衰竭临床诊断标准；签署知情同意书。排除标准：静脉置管禁忌症者；心脏流出道梗阻者；精神疾病者。

1.3　方法　（1）不同 PEEP 对 CVP 的影响：采用压力支持通气 + 容量控制通气模式，潮气量为 8 ml/kg，压力支持为 15 cm H_2O。行右锁骨下静脉穿刺置管，压力传感器的两端分别与患者中心静脉导管主支、多功能监护仪相连，并将压力传感器固定于右侧腋中线第 4 肋间。PEEP 设为 0 cm H_2O、6 cm H_2O、12 cm H_2O 三个水平，待每个水平调节稳定后进行 CVP 测定。（2）不同体位对 CVP 的影响：患者取平卧位、30° 半卧位、45° 半卧位，每个角度卧位保持 20~30 min 后测量其 CVP 值。

1.4　观察指标　观察 42 例呼吸衰竭患者不同 PEEP（0 cm H_2O、6 cm H_2O、12 cm H_2O）CVP 变化情况；不同体位（30° 半卧位、45° 半卧位、平卧位）CVP 变化情况。

1.5　统计学分析　数据处理采用 SPSS19.0 统计学软件，计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，采用方差分析、t 检验，$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2　结果

2.1　不同 PEEP 时 CVP 变化情况　PEEP 为 0 cm H_2O 时，CVP 值为（9.21± 3.22）cm H_2O，PEEP 为 6 cm H_2O 时，CVP 值为（11.40 ± 2.91）cm H_2O，PEEP 为 12 cm H_2O 时，CVP 值为（14.11± 2.82）cm H_2O，三组间比较差异具有统计学意义（F=28.338，P=0.000）。

2.2　不同体位时 CVP 变化情况　平卧位时、30° 半卧位、45° 半卧位时，CVP 值分别为（7.64± 1.37）cm H_2O、（7.16 ± 1.10）cm H_2O、（6.42 ± 1.32）cm H_2O，三组间比较差异具有统计学意义（F=11.542，P=0.000）；30° 半卧位与平卧位时 CVP 值比较无显著性差异（t=1.771，P=0.077），平卧位时 CVP 值高于 45° 半卧位时 CVP，差异具有统计学意义（t=4.156，P=0.000），30° 半卧位时 CVP 高于 45° 半卧位时 CVP，差异具有统计学意义（t=2.791，P=0.007）。

3　讨论

呼吸衰竭作为常见急症，临床多在治疗原发病基础上予以改善通气、纠正低氧血症等对症治疗。PEEP 作为一种新型通气模式，因具有良好通气及换气功能得到临床推广及应用。但杨婉丽等[3]研究指出，胸腔内压力变化、体位、呼吸运动及 PEEP 水平均可导致 CVP 变化。

研究结果显示，CVP 随 PEEP 水平升高而升高

（$P<0.05$），说明不同 PEEP 水平对呼吸衰竭患者 CVP 值的测量结果存在一定影响。但临床实际中应注意，PEEP 水平过高易导致肺内压升高，压迫肺泡与心脏血管，引起恶性心律失常或气压伤等现象。研究结果还显示，采用不同体位对 CVP 结果有影响（$P<0.05$）。30° 半卧位与平卧位时 CVP 值比较无显著性差异（$P>0.05$），考虑与该体位上腔静脉回流增加量与下腔静脉回流减少量相抵，总回心血量无明显变化有关；平卧位时 CVP 高于 45° 半卧位时 CVP（$P<0.05$），考虑与该体位下腔静脉回心血流量受重力影响较大，右心室前负荷总体减少有关。故本研究认为，测量 CVP 时，机械通气患者最好予以 30° 半卧位，右心功能衰竭患者应保持 45° 半卧位。但吕锡琼等[4]研究指出，频繁更换体位测压可能导致中心静脉导管长度变化，影响病情危重患者 CVP 准确性。为进一步保证 CVP 测量的准确性，建议测量时应尽量于患者安静状态下并保持原有体位，结合循环、呼吸等指标对患者进行综合评判，为临床治疗提供更佳科学的依据[5]。综上所述，不同 PEEP 机械通气及不同体位均可影响呼吸衰竭患者 CVP 测量的准确性，对病情危重患者应尽量保持原体位进行 CVP 测量。

参考文献

[1]谭华侨,胡浩荣,高东奔,等.ARDS 患者机械通气时不同呼气末正压对腹腔内压力的影响[J].新医学,2015,46(4):250-253
[2]栾博,栾梅,王红嫚,等.中心静脉压在机械通气患者的应用及影响因素[J].中国现代医学杂志,2015,25(28):82-85
[3]杨婉丽,杨立明,谭晶.不同呼气末正压机械通气及不同体位对呼吸衰竭患者中心静脉压的影响[J].解放军护理杂志,2015,32(13):48-49
[4]吕锡琼,肖友雪,梁蓝芳,等.两种体位对心力衰竭患者中心静脉压的影响[J].护士进修杂志,2015,30(5):411-412
[5]崔晓珊,孙成英,娄明远,等.机械通气治疗老年间质性肺炎急性加重伴呼吸衰竭患者的疗效[J].中国老年学杂志,2016,36(24):6180-6181

（收稿日期：2017-07-05）

生长抑素联合大承气汤治疗肠梗阻的临床疗效观察

张琪
（河南省驻马店市正阳县人民医院　正阳 463600）

摘要：目的：观察肠梗阻联合应用大承气汤与生长抑素治疗的临床疗效。方法：选取我院 2013 年 8 月 ~2017 年 5 月收治的 110 例肠梗阻患者为研究对象，随机分为对照组和观察组各 55 例。对照组给予生长抑素治疗，观察组给予生长抑素联合大承气汤治疗，比较两组临床疗效。结果：治疗后，两组患者胃肠减压引流量均明显降低，观察组显著低于对照组（$P<0.05$）；观察组治疗总有效率显著高于对照组（$P<0.05$）。结论：大承气汤与生长抑素联合治疗肠梗阻的疗效显著，值得临床推广应用。

关键词：肠梗阻；大承气汤；生长抑素；临床疗效

中图分类号：R574.2　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.039

肠梗阻是临床常见急腹症，包括麻痹性肠梗阻、肠肿瘤梗阻、肠套叠、肠扭转以及肠粘连等，临床表现为排便排气停止、恶心呕吐、腹胀与腹痛[1]。患者发病初期，梗阻肠段先有功能性与解剖改变，随着病情的进一步发展，可发生体液与电解质的丢失，继发感染、肠壁循环障碍等现象，最终导致患者出现休克、毒血症，甚至死亡[2]。目前，临床治疗该病主要包括手术治疗和保守治疗两种方法。研究显示[3]，生长抑素能够有效抑制肠蠕动与胃肠消化道液分泌，在常规治疗肠梗阻的基础上应用生长抑素具有较好的临床效果。此外，随着医学研究的不断深入，我国中医在肠梗阻治疗中的成果也十分耀眼。本研究联合应用大承气汤与生长抑素治疗肠梗阻，取得良好的临床疗效。现报道如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取我院 2013 年 8 月 ~2017 年 5 月收治的 110 例肠梗阻患者为研究对象，随机分为对照组和观察组各 55 例。观察组男 35 例、女 20 例，平均年龄（52.21± 6.26）岁，低位梗阻 40 例、高位梗阻 15 例。对照组男 36 例、女 19 例，平均年龄（52.05± 6.12）岁，低位梗阻 41 例、高位梗阻 14 例。两组性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义，$P>0.05$，具有可比性。

1.2　治疗方法

1.2.1　对照组　给予生长抑素治疗。首先给予患者禁食、纠正水电解质酸碱平衡紊乱以及抗感染等常规治疗；将 3 mg 生长抑素与 0.9%氯化钠混合至 48 ml，以 250 μg/h 速度 24 h 持续静脉微量泵入，1 次 /d，持续 1 周。

1.2.2　观察组　在对照组基础上给予大承气汤治疗。药方组成：莱菔子 30 g、桃仁 10 g、赤芍 15 g、枳实 10 g、芒硝 10 g、生大黄 10 g、川朴 15 g，水煎至 100 ml。患者取右侧卧位，经肛门将肛管插入 15 cm，外接 50 ml 注射器将大承气汤经肛管缓慢注入，嘱患者留置 30 min。灌入剂量可根据患者耐受程度进行调整。对无呕吐或呕吐症状轻微者，给予