经验交流

文章编号:1000-5404(2009)19-1918-01

经纤维支气管镜灌洗治疗重症肺炎临床疗效分析

虞晓红 (贵阳医学院附属医院急诊内科,贵阳 550004)

重症肺炎在重症监护病房是多发病,病死率高,严重威胁患者生命。为提高其治疗效果,我院急诊重症监护病房(EICU)运用纤维支气管镜灌洗治疗重症肺炎,加强了痰液引流,减少了炎性代谢产物及毒素的吸收,取得了较好的效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2006 - 2008 年我科经纤维支气管镜治疗重症肺炎患者共 70 例,男性 43 例,女性 27 例,平均年龄 54.6(21 ~ 84)岁。气管插管 30 例,气管切开 40 例,均行机械通气。其中慢性阻塞性肺疾病急性加重 15 例,社区获得性肺炎 6 例,糖尿病并酮症酸中毒 4 例,吸入性肺炎 8 例,脑血管疾病 10 例,有机磷农药中毒 6 例,格林巴利综合征 2 例,重症肌无力 1 例,脑外科术后 7 例 ,剖胸探查术后 7 例,剖腹探查术后 4 例。将患者分为治疗组与对照组(n = 35),两组性别、年龄、病程、严重程度分级差别无统计学差异(P > 0.05),均符合重症肺炎的诊断标准[1],并且不伴严重心律失常及出凝血功能异常。出现下列征象中 1 项或以上者:①意识障碍;②呼吸频率≥30 次/min;③PaO_2 < 60 mmHg,PaO_2/FiO_2 < 300 mmHg,需行机械通气治疗;④动脉收缩压 < 90 mmHg;⑤并发脓毒性休克;⑥X 线胸片显示双侧或多肺叶受累,或入院 48 h 内病变≥50% ;⑦少尿,尿量 < 20 ml/h 或 < 80 ml/h, 或并发急性肾功能衰竭需要透析治疗。

1.2 方法

患者均予抗炎及对症治疗。治疗组患者常规纤维支气管镜检查准备,经气管插管或气管套囊插入纤维支气管镜,同时心电监护,每次操作时间≤15 s,接三通管后在呼吸机机械通气情况下进行纤维支气管镜灌洗,氧饱和度(SaO_2)小于 80% 时立即停止操作。先尽量吸尽气道内分泌物及痰痂,同时留取分泌物送培养及药敏,然后用 37 ℃左右生理盐水 10 ml/次反复灌洗,每次总量不超过 100 ~ 150 ml,50 ~ 100 mmHg(6.66 ~ 13.3 kPa)负压吸引,直至能看清管腔,对感染重的肺叶或肺段注入生理盐水 10 ml + 庆大霉素 8 U 或敏感抗生素灌洗,然后负压吸出,回收灌洗液 > 40% 。

1.3 疗效判断

显效:痰量明显减少,肺部啰音明显减少或消失,体温、外周血白细胞、血气分析正常;X 线胸片炎症吸收 50% 以上,痰培养阴性。好转:痰量减少,肺部啰音减少,体温有所下降,X 线胸片部分吸收低于 50% 。无效:治疗后上述指标无变化或恶化。

1.4 统计学方法

总有效率(%) = (显效 + 好转)/总例数 × 100% ,率的比较采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组显效 29 例(82.86%),好转 5 例(14.28%),无效 1 例(2.86%),总有效率(97.14%)。对照组显效 21 例(60.00%),好转 7 例(20.00%),无效 7 例(20.00%),总有效率(80.00%),两组有显著性差异(P < 0.05)。治疗组 31 例发生 SaO_2 下降、心率加快,拔出纤维支气管镜后很快恢复至 90% 以上;有 1 例灌洗后肺部啰音增加,考虑与灌洗液未吸引完全有关,加强吸引后未再出现上述情况。

3 讨论

EICU 重症肺炎患者常合并基础疾病,气道管理不善常导致感染难以控制,甚至痰栓堵塞致局限性肺不张,通气血流比例失调,同时气道阻力增加,使患者呼吸肌负荷增加,呼吸肌疲劳,导致机械通气时间延长和撤机困难。经纤维支气管镜吸引可相对准确清除支气管内炎性分泌物,迅速解除因气道阻塞所致的肺不张,灌洗排出大量炎性分泌物,减少炎性代谢产物及毒素的吸收,目标性强,效率高。灌洗后短时间内肺通气功能有所降低,故严重肺功能不全及全身衰竭应列为禁忌证[2]。灌洗液对支气管的刺激以及患者的咳嗽有利于炎性分泌物的排出及肺复张。通过反复灌洗和吸引,充分引流痰液或脓液,达到局部净化作用,促进肺部炎症尽快消退,吸取的分泌物做细菌培养及药敏实验的准确性和敏感性高,特异性高达 80% ~ 100% ,敏感性达 70% ~ 90% ,明显高于喉口痰的准确性[3],可更好地指导临床抗生素的使用[4]。各种疾病合并重症肺炎者往往有大量黏稠分泌物堵塞气道,而患者一般情况差,排痰困难,患侧支气管引流不畅以及抗生素在患侧肺组织中的分布达不到细菌的最低抑菌浓度,此时可选用敏感抗生素局部灌注或在没有取得细菌学依据之前可先用生理盐水 100 ml + 庆大霉素 8 U 灌注,可有效提高局部抗生素浓度,缩短疗程。我们的体会是:需要操作人员技术熟练、密切监测、作好急救准备、灌洗液回收量≥40% ,负压≤13.3 kPa 以避免对气道黏膜的损伤,少量多次灌洗;同时又能获取较准确的病原学资料,必要时选择局部注入对支气管黏膜刺激性小的抗生素如庆大霉素,且并发症少,未发现有灌洗后感染加重的病例。

关键词: 经纤维支气管镜灌洗治疗;重症肺炎
中图法分类号: R563.105 **文献标识码**: B

参考文献:

[1] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志,2006,29(10):651 - 655.
[2] 翟爱东,张立新. 支气管肺泡灌洗治疗难治性肺部感染体会[J]. 中外医疗,2008,(34):39.
[3] 韦长为,陈显源. 纤支镜支气管肺泡灌洗在重症肺部感染中的应用[J]. 中原医刊, 2007, 34(3):65.
[4] 赖国祥,柳德灵,陈学香, 等. 支气管肺泡灌洗治疗难治性肺部感染 45 例[J]. 临床肺科杂志, 2002,7(3):89.

(编辑 栾 嘉)

作者简介:虞晓红,女,湖南省溆浦县人,硕士,副主任医师,主要从事危重病临床诊治方面的研究。电话:(0851)6752372
收稿日期:2009-07-01;**修回日期**:2009-09-11