

慢性阻塞性肺疾病急性加重期综合治疗 1 例

汪 颖, 王迪芬

(贵阳医学院附院 重症医学科, 贵州 贵阳 550004)

[关键词] 肺疾病, 慢性阻塞性; 综合疗法; 老年人

[中图分类号] R563.3 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2011)05-0543-02

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是老年人很常见的一种慢性消耗性疾病,患者常伴有营养不良、免疫功能低下,进而反复发生肺部感染,这三者又互为因果,对患者的预后产生不良影响^[1]。故在COPD中,加强营养及增强免疫的治疗就显得尤为重要,现将1例治疗成功的COPD急性加重期病例的诊疗过程报告如下。

1 临床资料

1.1 资料 患者男性,72岁,因“反复咳嗽、咳痰、气喘20余年,再发2月多”入院。患者因平卧不能,在外院诊断为“COPD,肺源性心脏病,心功能Ⅱ级”,因Ⅱ型呼吸衰竭转入我院。转入时查体: T36.5℃, R32次/min。口唇发绀,神清。鼻导管上氧(2L/min),桶状胸,颈静脉未见明显怒张。双肺呼吸音粗,可闻及散在干罗音及哮鸣音,双下肺闻及湿罗音,四肢可扪及明显凹陷性水肿。血气分析: pH7.294, PCO₂106.5 mmHg, PO₂50.6 mmHg, SO₂77.8% (FiO₂48%)。血常规提示白细胞减少(WBC 3.52 × 10⁹/L, N 21.5%, L 21.8%)。血生化提示白蛋白及球蛋白降低(TP 56.88 g/L, ALB 29.6 g/L, GLB 27.28 g/L)。

1.2 治疗 患者入院后予鼻导管上氧,治疗2 d后出现意识障碍加重,PCO₂106.5 mmHg,遂行经口气管插管后予呼吸机辅助呼吸,后改为气管切开。患者痰培养出金黄色葡萄球菌,予万古霉素抗感染,痰涂片找到真菌孢子,故加用氟康唑。患者一度出现肾功能损害(BUN 12.4 mmol/L, CREA237.9 mmol/L),故加用前列地尔。予每日注射胸腺肽α1注射液1.6 mg,疗程共15 d;输注免疫球蛋白及血白蛋白,免疫球蛋白5 g/d,共5 d,间断输注白蛋白10 g/d,共7 d。在静脉营养的同

时加用了肠内营养乳。

1.3 结果 患者于治疗20 d后顺利停用呼吸机,神志清楚,自主呼吸平稳,CO₂蓄积情况得到有效改善(pH 7.406, PCO₂63.6 mmHg, PO₂ 57.1 mmHg, FiO₂37%, SO₂88%),白细胞及白蛋白、球蛋白计数基本恢复正常(WBC 8.68 × 10⁹/L, N 73.5%, L 10.2%, TP 62.4 g/L, ALB 28.8 g/L, GLB 33.6 g/L)。

2 讨论

COPD是一种常见病,多发病,如果患者反复发生肺部感染,则更加速了肺功能的恶化。文献报道,COPD患者常伴有免疫功能低下及营养不良,这会增加患者发生肺部感染的频率及肺部感染的严重性,以上三者互为因果,形成恶性循环,最终加速了病情恶化^[1]。该患者有长期COPD病史,反复发生肺部感染,精神食欲差,且患者高龄,以上因素均导致该患者免疫力降低。故在COPD急性加重期的治疗中,除了使用抗生素,有效控制CO₂储留等措施外,增强患者免疫功能及营养支持治疗显得尤为重要。在增强免疫力方面,可使用胸腺肽α1。胸腺肽α1是一种生物反应调节剂,它可促使骨髓产生的干细胞成长为能够特异识别抗原的功能T细胞,增加各种淋巴因子如α、β干扰素的分泌,从而有增强细胞免疫功能的作用^[2]。此外,静脉丙种球蛋白含丰富的抗人类TNF-α、IL-1、IL-6等自身抗体,含有广谱抗细菌、病毒或其他病原体的IgG抗体,有助于清除体内的病毒和细菌毒素,丙种球蛋白还可增加黏膜表面IgA的分泌,预防肺部感染,具有免疫替代和免疫调节的双重作用^[3]。在该患者的治疗中,予间断输注免疫球蛋白及人血白蛋白提高了患者的蛋白水平,增强了免疫力,降

低 COPD 急性加重期的持续时间、严重程度,减少抗生素的使用量^[5]。在治疗原发病的同时,加强营养支持治疗,尤其是肠内营养,不仅可以改善患者的营养状况,而且维持了胃肠道的功能,避免胃肠道屏障受损;对于 COPD 并发肺源性心脏病的患者,肠内营养相对于静脉营养也避免了过多的液体输入,从而减轻了心脏负担及全身水肿^[4]。该患者已长期使用大量抗生素及针对呼吸系统的治疗,但病情未得到明显改善,所以对于该患者,营养支持及增强免疫的治疗就显得尤为重要,在采取了以上措施后,患者的一般情况逐渐好转,并得以在使用呼吸机 17 d 后顺利停机。

综上所述,在 COPD 急性加重期的治疗中加入免疫调节剂和营养支持等综合治疗能有效的缩短病程并改善患者的预后。

(上接第 542 页)

2 结果

86 例患者经 NIPPV 治疗后,54 例临床症状逐渐好转,呼吸频率减慢,心率减慢,动脉氧分压上升到约 87.75 mmHg,二氧化碳分压逐渐降至 42 mmHg。32 例患者中大部分因气道分泌物多,排痰不畅,患者自觉胸闷不能耐受 NPPV 而行有创机械通气。使用无创治疗前予抗感染、平喘、祛痰等常规治疗,用鼻导管持续低流量吸氧,7 d 为一疗程。治疗前后 pH 值分别为 7.22、7.37。

3 讨论

COPD 合并呼吸衰竭的主要表现是高气道阻力、高功能残气量和高呼吸功能消耗等,容易造成呼吸肌的疲劳。目前 BiPAP 无创呼吸机已成为临床常用的 COPD 合并呼吸衰竭的辅助治疗方法^[5],利用呼吸机使肌力恢复,血气分析指标也相应的得到改善,从而平稳度过急性期。BiPAP 呼吸机经口鼻面罩气道正压通气治疗,有迅速、简单、痛苦少等优点^[6]。由于 COPD 合并呼吸衰竭患者长期疾病困扰和存在组织的慢性缺氧,又多年老体弱,情绪较差,给予呼吸机治疗时配合较差,因此给予无创呼吸机治疗前和治疗期间的心理疏导,对疾病的恢

3 参考文献

- [1] 陈嘉馨. 营养支持对急性期 COPD 病人免疫功能的影响[J]. 肠内与肠外营养,2004(11):177-179.
- [2] 谢仕强. 胸腺肽的临床应用新进展[J]. 实用医技杂志,2006(3):394.
- [3] 张九进,陈显源. 丙种球蛋白佐治慢性阻塞性肺疾病院内下呼吸道真菌感染 48 例[J]. 广西医学,2007(29):1525-1527.
- [4] 高金明. 免疫调节剂在预防慢性阻塞性肺疾病加重中的作用和前景[J]. 中国处方药,2010(06):43-45.
- [5] 廖海英. 不同营养支持对机械通气 COPD 呼吸衰竭患者免疫功能的影响及疗效观察[J]. 中国医药指南,2008(6):21-23.

(2011-06-13 收稿,2011-07-22 修回)

复十分必要,对 86 例患者及家属都给予了心理指导,54 例患者临床症状逐步渐好转。但仍有 32 例患者因在无创呼吸机治疗期间,护理观察到气道分泌物多,病人不能耐受而改为有创机械通气,提示虽然使用无创呼吸机治疗 COPD 伴呼吸衰竭,但仍要密切观察病情,以便及时采取更为合适有效的治疗措施。

4 参考文献

- [1] 吴翠芬. 面罩双水平无创正压通气治疗尘肺合并 II 型呼吸衰竭的疗效观察和护理[J]. 实用临床医药杂志,2011(6):17-18.
- [2] 贾冬云,郑军. 长期卧床老年患者肺部感染原因分析及护理[J]. 实用临床医药杂志,2011(8):19-20.
- [3] 白勇为. 呼气末正压对循环系统不良反应[J]. 实用临床医药杂志,2011(24):48-49.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会. 慢性阻塞性肺疾病(COPD)诊治规范. 中华结核和呼吸杂志,2002(3):460-543.
- [5] 邓美玉,刘勇谋,张令晖. BiPAP 无创通气在 COPD 并严重呼吸衰竭中的应用[J]. 临床肺科杂志,2006(3):339-340.
- [6] 冯淑贞. 8 例急性呼吸衰竭伴意识不清患者无创正压通气的护理[J]. 实用临床医药杂志,2010(22):18-19.

(2011-07-20 收稿,2011-08-28 修回)