

急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗效果观察

长兴县人民医院 浙江省湖州市 313100

袁康阳

摘要：目的：观察急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗效果。方法：研究对象共 24 例急性呼吸窘迫综合征患者，根据发病因素分组，肺内源组有 12 例患者，肺外源组有 12 例，两组患者均接受 ICU 监护治疗，观察疗效。结果：肺外源组患者机械通气时间短，住院周期也短，比肺内源组患者更获益，组间数据比较，有明显的差异性 ($P < 0.05$)。结论：肺外源急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗效果更加确切，可以提高患者急救效率，能够及时挽救患者的生活，降低院内治疗风险。

关键词：急性呼吸窘迫综合征；ICU；治疗效果；临床疗效

引言：急性呼吸窘迫综合征属于危急重症，发病原因很多，或是因肺内源引起的，或是因肺外源引起的。临床观察可见，急性呼吸窘迫综合征患者有低氧血症表现，死亡率极高。研究认为，急性呼吸窘迫综合征致病因素多，发病机制复杂，所以，在急性呼吸窘迫综合征临床治疗方面，需要结合患者实际情况确定治疗方案，预先明确致病因素，才能保证对症治疗治疗，进而最大程度上控制急性呼吸窘迫综合征患者的病情，降低死亡率^[1]。基于此，本文于本院 2019 年 12 月~2024 年 12 月收治的在 ICU 治疗过的急性呼吸窘迫综合征患者中，选取 26 例作为研究对象，研究了 ICU 临床治疗效果。本研究经过长兴县人民医院医学伦理委员会批准（批件号 2025—EC-21）

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 26 例急性呼吸窘迫综合征按照发病原因分组后，肺内源组 12 例患者中，有男性 9 例，有 3 例女性，最小~最大的患者年龄分别为 55 岁和 95 岁，平均年龄是 (76.00 ± 13.9) 岁。肺外源组 12 例患者的年龄区间为 48~85 (69.67 ± 11.52)

岁。纳入标准：①可以区分疾病主要来源的患者；②有完整的资料信息。排除标准：①住院时长超过 180 天。上述研究人员的有关资料相比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究取得了得到了医院伦理委员会的认可。

1.2 方法

24 例急性呼吸窘迫综合征均接受过 ICU 住院治疗：（1）将患者送入重症监护室后，医护人员，协同配合，建立静脉通道，进行心电监护，测量血压，监测血氧、心率等循环指标、呼吸指标，观察血流动力学指标等。（2）帮助患者将口鼻腔分泌物清理干净，变换体位，提升急性呼吸窘迫综合征患者机体舒适度。将 ICU 病房的温度、湿度调节至合理范围，降低对患者皮肤的刺激程度。及时进行补液、利尿、强心治疗，改善机体微环境，纠正机体酸碱度，维持水电解质平衡。（3）医护人员，协助急性呼吸窘迫综合征患者每间隔 2 小时更换一次体位，预防压力性损伤的发生。进行机械辅助通气治疗，全程于无菌模式下进行气管切开插管操作，保持患者呼吸通畅。选择合适患者佩戴的鼻面罩，并且调节好氧流量、潮气量等参数，改善通气效果，维持患者气道正压，纠正缺氧。（4）加强对急性呼吸窘迫综合征患者的抗感染治疗，进行细菌培养，明确致病菌后，合理选用抗生素类药物，从而提升抗感染治疗效果。（5）监测急性呼吸窘迫综合征患者的尿量，观察尿液颜色，分析其性质，做好肾功能监测工作，若患者尿量减少，考虑肾功能损害，或是脓毒血症，积极开展血液透析治疗，并连续监测患者的肾功能。（6）随时关注患者的病情变化，遵医嘱用药，从而强化急性呼吸窘迫综合征患者的治疗效果。

1.3 观察指标

（1）观察急性呼吸窘迫综合征患者的治疗结果；（2）观察急性呼吸窘迫综合征患者入院院内治疗风险评估情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件处理数据，计数资料采用 χ^2 检验，以 (%) 表示。计量资料采用 t 检验，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。 $P<0.05$ 视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标

肺内源组与外源组患者疾病重症程度差异无统计学意义 ($P>0.05$)。肺外

源组患者救治效果更好，与肺内源组患者相比，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；见表 1：

表 1 两组患者临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	APACHE II 评分	机械通气时间 (d)	住院时间 (d)
肺外源组	12	25.67 ± 9.11	2.18 ± 2.45	10.04 ± 11.44
肺内源组	12	24.00 ± 7.05	9.19 ± 7.09	29.67 ± 25.40
t		0.502	2.323	2.44
P		>0.05	<0.05	<0.05

2.2 院内风险评估

肺内源组与外源组患者生活自理能力无统计学意义 ($P > 0.05$)。与肺内源组患者相比，肺外源组患者营养风险更高，跌倒坠床风险更高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；

表 2 两组患者院内风险对比 ($\bar{x} \pm s$ /分)

组别	n	Nutrition 评分	跌倒坠床评估	ADL 评估
肺外源组	12	6.33 ± 1.23	54.58 ± 20.17	29.58 ± 31.66
肺内源组	12	4.75 ± 2.34	35.83 ± 18.93	37.08 ± 33.74
t		2.07	2.34	0.56
P		<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

急性呼吸窘迫综合征患者病情严重，随时可能发生变化，死亡风险也很高。ICU 病房收入急性呼吸窘迫综合征患者后，需要积极采取科学合理的治疗措施进行干预，从而稳定患者的体征，控制疾病进展^[2]。在本研究中，主要对急性呼吸窘迫综合征患者，进行机械通气治疗，进行肾功能监测，进行药物治疗等，在短时间内确保急性呼吸窘迫综合征患者得到有效的救治，大大提升抢救成功率，救治效果有保障。而急性呼吸窘迫综合征有内源性和外源性两种，属于综合性疾病，各项器官功能有衰竭表现，救治期间，需要密切结合疾病特点以及患者临床症状表现进行治疗，进而降低死亡风险。本文研究发现，肺内源性急性呼吸窘迫综合征和肺外源性急性呼吸窘迫综合征患者，ICU 临床治疗效果也存在一定的差异性，

内源性急性呼吸窘迫综合征患者救治时间更长，机械通气时间也更长。

在本研究中，观察上文中的研究结果可见，治疗后，肺外源组患者机械通气时间（ 2.18 ± 2.45 ）、住院时间（ 10.04 ± 11.44 ），均比肺内源组患者更小，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；说明 ICU 综合治疗很有效，但是因肺外源因素引起的肺部疾病经过临床综合治疗，疗效更显著。评定患者院内风险情况可见，肺外源组患者 nuture 评分 跌倒坠床评估 ADL 评估，各项评分，分别为（ 6.33 ± 1.23 ）、（ 54.58 ± 20.17 ）、（ 29.58 ± 31.66 ）；和肺内源组患者相比，生活自理能力无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。与肺内源组患者相比，肺外源组患者营养风险更高，跌倒坠床风险更高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），需要足够的营养支持治疗机安全防范护理；进一步说明肺外源因素引起的急性呼吸窘迫综合征的能够控制院内治疗风险，而因肺外源因素引起的急性呼吸窘迫综合征患者治疗时间和呼吸机治疗时间比肺内源因素引起的急性呼吸窘迫综合征患者风险更可控。因此，临床在救治急性呼吸窘迫综合征患者时，必须确认疾病的发病原因，进而对症治疗，提升治疗效果。

综上所述，急性呼吸窘迫综合征的 ICU 临床治疗效果确切，可以提高急救效率，能够及时挽救患者的生命。

参考文献：

- [1] 邓红叶. 呼吸机在 ICU 急性呼吸窘迫综合征患者治疗中的临床效果[J]. 中国医疗器械信息, 2022, 28(10):129-131.
- [2] 刘霏. 急性呼吸窘迫综合征 ICU 临床治疗效果[J]. 中国社区医师, 2020, 36(17):49-50.