

呼吸窘迫综合症的临床特点与治疗

Clinical Characteristics and Treatment of Respiratory Distress Syndrome

申中芹

Zhongqin Shen

义乌稠州医院内三科 中国·浙江 义乌 322000

Yiwu Chouzhou Hospital Three Internal Departments, Yiwu, Zhejiang, 322000, China

摘要: 急性呼吸窘迫综合症, 这种疾病的发病原因比较复杂, 所以想要诊断这样的疾病, 一定要通过多项检查才能确诊, 首先要化验血常规, 还需要做胸片, 医生也可以通过听诊来听肺部杂音程度, 通过这些方法可以确诊患者是否有急性呼吸窘迫综合症。

Abstract: Acute respiratory distress syndrome, the cause of the disease is more complex, so want to diagnose such a disease, must pass a number of tests to be diagnosed, first of all, blood routine, but also need to do chest tablets, doctors can also listen to the degree of pulmonary murmurs, through these methods can confirm whether the patient has acute respiratory emergency syndrome.

关键词: 呼吸窘迫综合征; 急性; 特点; 治疗

Keywords: respiratory distress syndrome; acute; characteristics; treatment

DOI: 10.12346/pmr.v4i1.5418

1 引言

随着经济的不断发展, 人们生活水平的提高。呼吸系统的感染是最常见, 其呼吸窘迫综合症也是最严重的, 对患者的危害极大。论文从成人与小儿的呼吸窘迫综合症为例, 进行解析。

2 成人呼吸窘迫综合症的概述

2.1 成人呼吸窘迫综合症发病原因

成人呼吸窘迫综合症是指在创伤、感染、休克、大手术等严重疾病的过程中继发的一种以进行性呼吸困难和难以纠正的低氧血症为特征的急性呼吸衰竭, 多见于休克晚期, 又称休克肺。

2.2 成人呼吸窘迫综合症护理评估

2.2.1 健康史

引起 ARDS 的常见原因是休克, 因此对严重创伤和感染并发休克的病人, 要密切观察其呼吸状态。

2.2.2 身体状况

①初期: 病人突然出现呼吸加快、费力, 有呼吸窘迫感,

一般吸氧不能缓解, 此期表现不明显, 即无明显低氧和发绀, 无明显肺部体征, 无胸部 X 线阳性可见。

②进展期: 病人呼吸浅促, 出现典型的进行性呼吸困难, 伴发绀, 血氧分压降至 8kPa(60mmHg), 出现呼吸性和代谢性酸中毒。

③末期: 病人明显呼吸困难, 吸气时呈“三凹征”, 进行性发展呈呼吸极度窘迫, 病人呈深昏迷, 血氧分压降至 3.33kPa(25mmHg), 提示呼吸衰竭已达临终状态。

2.2.3 辅助检查

① X 线检查: 初期无明显改变, 至进展期出现肺部广泛的点状和片状阴影。

②血气分析: 初期动脉血氧分压有下降趋势, 到进展期动脉血氧分压明显下降, 末期可降至 3.33kPa(25mmHg)。

2.2.4 病因分析与治疗

呼吸窘迫综合症初期的临床症状就是发热、感染以及重度, 如果是脓毒性休克导致的呼吸窘迫综合症, 则会有循环功能障碍的表现。随着病情的不断发展, 呼吸窘迫综合症患者还会出现发绀、呻吟、呼吸困难等症状, 肺部可以明显听

【作者简介】申中芹 (1982-), 女, 中国浙江义乌人, 本科, 主治医师, 从事呼吸内科研究。

到干性啰音或湿性啰音。急性呼吸窘迫综合征的病情一般很严重,可导致呼吸障碍,且可伴有胸闷、咳嗽、血痰等症状。因此,需要尽快治疗,非机械通气治疗手段包括肺水清除与液体管理、肺泡表面活性物质补充疗法、急性呼吸窘迫综合征,这种疾病的发病原因比较复杂,所以想要诊断这样的疾病,一定要通过多项检查才能确诊,首先要化验血常规,还需要做胸片,医生也可以通过听诊来听肺部杂音程度,通过这些方法可以确诊患者是否有急性呼吸窘迫综合征、营养干预等;其有效治疗方法仍在继续探索。

急性呼吸窘迫综合征是比较严重的,尤其是在发作期间,病情危重患者可出现意识障碍,甚至死亡等。因此要及时治疗。机械通气是急性呼吸窘迫综合征患者的主要治疗手段。按照机械通气方式的不同,可以分为无创通气与有创通气,无创通气依赖面罩进行通气,有创通气则依赖气管插管或气管切开导管进行通气,二者选择需依赖具体病情而确定时机。

3 小儿呼吸窘迫综合征的概述

3.1 小儿呼吸窘迫综合征的临床表现

小儿呼吸窘迫综合征,常有不同程度呼吸困难、三凹、鼻扇等。在24~48h可出现严重呼吸窘迫,呼吸时常带鼻音或呻吟,有明显发绀及胸凹陷现象。但多无咳嗽和血沫痰。到晚期可减慢。呼吸衰竭患儿呼吸方面表现可不明显。

3.2 小儿呼吸窘迫综合征的诊断标准

呼吸窘迫综合征诊断标准首先就是在一个星期内是否有畸形或者急进性的呼吸困难^[1],其次就是一句影像学的检查结果,是否有双肺的浸润、结节病以及胸腔积液等,但有一个前提条件就是急性呼吸窘迫综合征发生之后。呼吸窘迫综合征发展到后期则会成为急性的呼吸衰竭。此外,呼吸窘迫综合征诊断标准还要以影像学检查结果为主,提示双肺呈浸润性改变等。确诊后呼吸窘迫综合征必须要及时接受治疗才。

3.2.1 诊断 1

临床上呼吸窘迫综合征的诊断标准有:是否有相应引起呼吸窘迫综合征的诱因,如严重的感染、休克、创伤或者烧伤。另外,发病时间从原发病造成的损害,到符合呼吸窘迫综合征诊断标准的时间 ≤ 7 天,表现为双肺弥漫性浸润影,但是需要除外由于肺不张或者结节病引起的弥漫性浸润影。

急性呼吸窘迫综合征的诊断有很多种诊断标准,首先有起病急、有明确肺内肺外因素,另外氧合指数小于300(mmHg),影像学改变,患者出现双肺渗出性改变,出现的肺水肿不能完全用心衰和水负荷过重解释、生理参数的改变,患者分钟通气量要大于13(L/min);此外急性呼吸窘迫综合征还需要和心衰和肺水肿进行鉴别诊断。

急性呼吸窘迫综合征的诊断标准,主要以胸部影像为标

准,也就是人们常说的胸片,胸部ct,通过胸片可以看见,胸部的双侧阴影面积,通过这样的检测,能够看出肺叶是否有肺萎陷和结节,患上这样的疾病后,一定要尽快接受正规的治疗,治疗期间要注意,不能吃刺激性的食物,也不能吸烟喝酒。

急性呼吸窘迫综合征,这种疾病的发病原因比较复杂,所以想要诊断这样的疾病,一定要通过多项检查才能确诊,首先要化验血常规,还需要做胸片,医生也可以通过听诊来听肺部杂音程度,通过这些方法可以确诊患者是否有急性呼吸窘迫综合征。

3.2.2 诊断 2

①有发病的高危因素。

②急性起病,呼吸频数和(或)呼吸窘迫。

③低氧血症:急性肺损伤时动脉 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300\text{mmHg}$; ARDS时 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200\text{mmHg}$ 。

④胸部X线检查示两肺浸润阴影。

⑤肺毛细血管气压 $< 18\text{mmHg}$ 或临床上能除外心源性肺水肿。

凡符合以上五项可以诊断为急性肺损伤或者是急性呼吸窘迫综合征。

3.3 鉴别诊断

3.3.1 急性左心衰竭

二者都有呼吸困难、憋气等症状。但是急性呼吸衰竭常有高血压心脏病、冠心病等心脏疾病史,常表现为夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸,咯粉红色泡沫样痰,并伴有心脏扩大、杂音、心脏杂音等,心脏超声可以帮助鉴别。

3.3.2 支气管炎

两种疾病都可以出现呼吸困难,但是支气管炎主要表现为发热、咳嗽、咳痰、乏力,可有轻、中、重度呼吸困难,胸部x线表现为浸润性弥漫阴影,而急性呼吸窘迫综合征有明显的呼吸困难和窘迫症状^[2]。

3.3.3 治疗

急性呼吸窘迫综合征属于呼吸系统危重症,在急诊科或者重症医学科最为多见。对症处理改善患者临床症状是非常重要的,需要掌握好以下原则:纠正顽固性的缺氧(吸氧)、防止肺泡萎陷(机械通气)、改善肺水肿、增加肺部的微循环、治疗基础性原发疾病。

4 康复护理与治疗

呼吸是人体每时每刻都在进行的运动,如果没有了呼吸,生命就会戛然而止。在临床上,有一种呼吸重症疾病叫急性呼吸窘迫征,英文简称为ARDS,这种疾病起病迅速,治疗往往十分困难,所以患者的病死率一直居高不下^[3]。当发生急性呼吸窘迫症时,最为重要的就是采取对症治疗措施,减少病人的痛苦。那么急性呼吸窘迫征的处理原则有哪些呢?想必很多人不太了解,这里就来给大家详细说明。

4.1 处理原则

急性呼吸窘迫综合征的主要表现为低氧血症，患者的氧分压多在 50 毫米汞柱以下，二氧化碳分压大于 60 毫米汞柱。大量的二氧化碳聚集在肺组织内，造成肺组织与外界换气困难，使病人出现急性呼吸衰竭。要处理本病，有以下几种原则。

①纠正缺氧。缺氧是患者的首要表现，急性缺氧会对身体各组织器官造成损伤。因此，在处理这类病人时，需要让病人吸入纯度在百分之五十以上的纯氧，并随时监测血氧饱和度，让氧分压保持在 70 毫米汞柱以上。

②防止肺泡萎缩。肺泡萎缩可导致低氧血症难以纠正，为了保证肺泡处于持续膨胀的状态，应积极采取呼吸末正压通气（即机械通气）的治疗策略。

③改善肺水肿。本病患者肺水肿程度较重，改善肺水肿可以大剂量使用利尿剂，限制患者入水量，减轻水肿程度。

④增加肺部的微循环。大剂量使用肾上腺糖皮质激素。

⑤治疗基础性原发疾病。

急性呼吸窘迫综合征的处理原则有哪些呢？急性呼吸窘迫综合征是急诊科或者重症医学科处理起来非常棘手的一种呼吸系统危重症。本病主要以顽固性的低氧血症为主要表现。要想对疾病进行对症处理，需要掌握好以下原则：纠正顽固性的缺氧、防止肺泡萎缩、改善肺水肿、增加肺部的微循环、治疗基础性原发疾病。

4.2 预后

急性呼吸窘迫综合征的预后较差，经过治疗死亡率仍能达到 30% 到 50%，治好之后有很多病人还会出现肺纤维化等后遗症，严重的肺纤维化可能导致患者丧失劳动能力，只能休息，更有甚者需要靠氧疗或通气治疗来支持。急性呼吸窘迫综合征（ARDS）是由肺内原因和 / 或肺外原因引起的，以顽固性低氧血症为显著特征的临床综合征，因高病死率而备受关注。

4.3 护理

对急性呼吸窘迫综合征患者而言，患病期间内护理的重要性不言而喻。一般而言，护士应严密观察患者病情变化，并根据患者实际情况进行吸痰。患者多伴有严重的低氧血症，因此吸痰时应采取密闭系统。

此外，吸痰可能导致低氧血症加重，故应按需吸痰。患

者进行肺复苏后，若进行吸痰，可导致患者病情恶化。因此，此时应避免为患者吸痰。若患者处于清醒状态，医护人员应充分与患者进行沟通交流，以减少患者的焦虑、不安情绪。

4.3.1 注意保暖

成人呼吸窘迫综合征患者呆的环境温度需要维持在 22℃~24℃，皮肤的温度需要维持在 36℃~36.5℃，如果室内温度达不到的话可以采用一些设备进行取暖，吸入氧气的话可以进行加温湿化，相对湿度维持在 55%~65%。

4.3.2 保持呼吸道顺畅

患者的体位一定要正确，头稍稍向后仰，使得气道伸直。需要及时清除口、鼻咽部的分泌物，等到分泌物变得黏稠的时候可以给予雾化吸入后吸痰。

4.3.3 吸氧

根据患者的实际情况给予头罩吸氧、鼻塞持续气道吸氧、气管插管和机械呼吸，不过需要注意避免氧气中毒，PaO₂ 在 50~70mmHg，SaO₂ 维持在 85%~95%。

4.3.4 正确方式喂养

如果呼吸窘迫综合征患者病情十分严重的话应当按照医嘱嘱禁食补液，以免出现窒息的情况，注意控制输液的总量以及控制输液的速度，等到病情稍微稳定之后，尽量给予少量肠内营养。

5 结语

呼吸窘迫综合征患者的抵抗力是非常差的，因此极其发生院内感染的现象，希望大家能够做好各项消毒隔离工作，预防感染发生。

即使呼吸窘迫综合征患者治愈后也得定期随访，让医生查看一下自己的身体到底恢复什么情况了。同时，还需要加强营养，预防感染。

参考文献

- [1] 冯香菊.两种通气模式对新生儿呼吸窘迫综合征患儿肺功能及血氧状态的影响[J].山西职工医学院学报,2018,28(3):34-36.
- [2] 林报忠,郑通喜,周红艳,等.不同胎龄及不同程度的呼吸窘迫综合征新生儿治疗后肺功能情况观察[J].河北医药,2018,40(7):1065-1067.
- [3] 李志博,王雪芹.不同通气模式对呼吸窘迫综合征新生儿潮气呼吸肺功能的影响[J].安徽医学,2018,39(1):66-69.