

纤维支气管镜治疗急危重症合并严重肺部感染的疗效分析

长兴县人民医院 浙江省湖州市 313000

谈宇浩

[摘要]目的：分析纤维支气管镜在急危重症合并严重肺部感染患者临床治疗干预中的可行性。**方法**：以医院收治的 82 例急危重症合并严重肺部感染患者为研究对象，对照组患者采用常规药物治疗，观察组患者则在药物干预基础上实施纤维支气管镜灌洗治疗干预，比较两组患者临床疗效。**结果**：观察组患者治疗后的肺功能、血气指标与炎症因子指标均优于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论**：在急危重症合并严重肺部感染患者临床干预中，合理采用纤维支气管镜治疗方法可以达到改善肺功能以及血气指标的目的，应该成为当前临床治疗首选方案。

关键词：急危重症；肺部感染；纤维支气管镜；肺功能；血气指标

前言：肺部感染是临床上较为常见的呼吸系统危重症，其中急危重症患者往往受到疾病影响而导致病菌入侵呼吸系统而引发严重肺部感染问题，若不能及时改善患者临床症状，则可能会产生累及其他器官的病变，最终威胁患者生命安全。临床上在急危重症合并严重肺部感染的疾病治疗中通常采用抗菌消炎以及吸烟等治疗方法，虽然上述疗法在改善患者呼吸功能、纠正躯体炎症反应中有一定的作用，但部分患者的病灶范围大，且深处的分泌物无法有效排除，最终导致其治疗效果不满意。为解决上述问题，医学界开始积极探索新型医疗技术在临床上的可行性，其中纤维支气管镜治疗方法因为具有疗效确切、见效快等优点成为临床治疗的新方向，值得关注。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择医院于 2023 年 10 月-2024 年 12 月间收治的 82 例急危重症合并严重肺部感染患者，经随机数字表法分组，其中观察组患者 41 例，男/女=28/13；年龄 42-73 岁，平均年龄（ 58.43 ± 4.46 ）岁；疾病病程 1-3 天，平均为（ $2.03\pm$

0.14) 天。对照组患者 41 例, 男/女=24/17; 年龄 45-72 岁, 平均年龄 (58.45 ± 4.27) 天; 疾病病程 1-4 天, 平均为 (2.09 ± 0.15) 天。两组患者的一般资料数据差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 可比较。

纳入标准: 经影像学以及生化检验等确诊为肺部感染; 患者或监护人知情并自愿参与本次研究; 对纤维支气管镜以及药物治疗方案有良好依从性; 成年患者。

排除标准: 合并其他严重呼吸系统疾病, 如肺部肿瘤、肺结核等; 合并其他严重感染患者; 对药物已知成分过敏或者存在明显的纤维支气管镜治疗禁忌患者; 入组前 7 天内接受其他相关药物治疗。

1.2 方法

对照组患者采用保守药物治疗干预, 用药方案包括: (1) 静脉注射头孢哌酮 (辉瑞制药, 国药准字号 H20020597, 1.5g), 将药物混合于 100mL 生理盐水中滴注, Q8H。(2) 注射美罗培南 (山东罗欣药业股份有限公司, 国药准字 H20163392, 0.5g), 将药物混于 5% 的 150ml 葡萄糖注射液中静脉滴注, Q8H。本组患者的药物治疗周期为 7 天。

在对照组患者治疗方案基础上, 观察组患者采用纤维支气管镜灌洗治疗, 治疗前患者禁食禁水 6 小时, 并告知患者或监护人整个操作的注意事项。在治疗前使患者呈仰卧位, 将纤维支气管镜插入至气管隆嵴位置, 用 5mL 利多卡因 (杨森制药有限公司, 国药准字 H20093799, 每 100 克含角菜酸酯 2.5 克、二氧化钛 2 克、氧化锌 2 克、利多卡因 2 克) 麻醉。麻醉效果满意后则可将气管镜插至支气管位置, 并吸出支气管的分泌物的黏液。确定吸出效果良好后则可用 36℃ 左右的氯化钠溶液灌洗, 20mL/次, 维持复杂状态将清洗液吸出。重复上述治疗过程, 直至析出液透明、无色为止。

1.3 观察指标

记录两组患者的肺功能, 包括肺总量、最大通气量以及 1 秒用力呼气量情况; 患者血气指标评估中主要包括动脉血氧分压与动脉二氧化碳分压等; 血清炎症因子指标则主要包括超敏 C 反应蛋白与白细胞介素-6。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 25.0 软件, 其中患者的肺功能、血气指标以及血清炎症因子均为计量资料, 用 t 值检验, $P < 0.05$ 时认为数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 患者肺功能

观察组患者经纤维支气管镜治疗干预后，其肺功能指标显著优于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 患者肺功能比较（单位：L）

组别	肺总量		最大通气量		1 秒用力呼气量	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	2.09±0.28	3.54±0.31	60.33±5.46	75.53±4.46	1.19±0.30	2.55±0.24
对照组	2.01±0.24	3.21±0.27	60.40±5.57	72.29±4.42	1.25±0.27	2.36±0.19
t	1.389	5.140	0.057	3.304	0.952	3.97
P	0.169	0.000	0.954	0.001	0.344	0.000

2.2 患者气血指标与血清炎症指标

两组患者对比结果显示，观察组患者经纤维支气管镜干预后的气血指标与血清炎症指标更理想，组间数据差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 患者气血指标

组别	动脉血氧分压（mmHg）		动脉二氧化碳分压（mmHg）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	57.13±4.49	76.40±3.26	58.81±4.03	41.16±3.53
对照组	57.24±4.28	74.96±2.54	58.90±4.12	43.28±3.28
t	0.114	2.231	0.100	2.817
P	0.910	0.029	0.921	0.006

表 3 血清炎症指标

组别	超敏 C 反应蛋白（mg/L）		白细胞介素-6（ng/L）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	76.22±4.35	25.58±3.39	113.25±4.35	75.43±2.42

对照组	76.14±4.53	27.30±3.51	113.72±4.43	80.63±4.23
t	0.082	2.257	0.485	6.832
P	0.935	0.027	0.629	0.000

3. 讨论

严重肺部感染的发生会进一步提升急危重症患者的治疗难度,对于改善预后不利,因此在临床上需要寻找一种疗效显著且见效快的治疗方案,其中纤维支气管镜治疗方法可通过内窥镜的治疗方法观察患者呼吸系统的内部病变情况,也可有效吸取气管深部分泌物,有助于促进患者呼吸功能改善,并为病原菌检测提供有效支持。本文的相关研究结果显示,观察组患者经纤维支气管镜治疗干预后,其血清炎症因子水平、肺功能以及气血指标均显著优于对照组,组间数据差异有统计学意义($P<0.05$)。出现上述结果的原因可能为:(1)纤维支气管镜技术可为医师提供良好的操作视野,进而将支气管等位置的痰液、痰栓等吸出,进而在短时间内解决气道堵塞问题^[1]。(2)纤维支气管镜可通过灌洗等治疗方法降低痰液黏稠度,有助于分泌物的排除,从而改善通气功能。同时该治疗方法具有刺激患者呼吸道黏膜的功能,因此经该疗法干预后可以加快患者咳嗽反射,进而促进痰液排出。(3)针对合并严重肺部感染的患者,利用纤维支气管镜可将药物直接注射至病变组织,可加快感染部位吸收药物中的有益成分,进而获得更满意的治疗效果。(4)纤维支气管镜可通过反复冲洗的治疗方法持续改善呼吸系统的内分泌物水平,并配合肺复张的干预方法,可在更短时间内改善呼吸系统通气功能。

综上所述,对急危重症合并严重肺部感染患者实施纤维支气管镜治疗方法可以达到改善肺功能与炎症反应的效果,因此值得推广。

参考文献:

- [1]穆少宁,吴春燕.探讨纤维支气管镜治疗急危重症合并严重肺部感染的疗效[J].中国实用医药,2023,18(21):52-55.