

· 短篇及病例报道 ·

# 肿瘤晚期呼吸衰竭机械通气死亡 29 例原因探讨

郑琪琪, 唐 丽, 杨国辉

(贵阳医学院附属医院/贵州省肿瘤医院急诊综合内科, 贵阳 550003)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.21.053

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)21-2184-01

机械通气是治疗呼吸衰竭的有效手段,但恶性肿瘤晚期患者出现呼吸衰竭后,是否积极选择有创机械通气。本文对 29 例不同部位晚期恶性肿瘤并发呼吸衰竭患者,行有创机械通气后死亡原因进行分析,为今后此类患者合理有效使用机械通气,总结出一定的经验,报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 2005 年 8 月至 2009 年 12 月期间,34 例恶性肿瘤晚期呼吸衰竭患者进行有创机械通气治疗,其中 29 例死亡,男 22 例,女 7 例,平均年龄 65 岁。I 型呼吸衰竭 10 例,II 型呼吸衰竭 19 例,基础疾病:肺癌 14 例,肝癌 6 例,胃癌、肠癌各 2 例,淋巴瘤、脑瘤、宫颈癌、乳腺癌、恶性间皮瘤、喉癌、鼻咽癌各 1 例。29 例患者均有癌细胞多脏器转移,如肺、肝脏、骨、脑等转移。在此基础上发生不同程度肺部感染、阻塞性肺炎、放射性肺炎。上机前临床表现:嗜睡 19 例、昏迷 8 例、呼吸心跳骤停 2 例。上机前已行面罩吸氧(氧流量 8 L/min),血气平均水平, I 型呼吸衰竭: pH 7.40、PaCO<sub>2</sub> 4.2 kPa、PaO<sub>2</sub> 6.2 kPa、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 18.9 mmol/L; II 型呼吸衰竭: pH 7.24、PaCO<sub>2</sub> 10.9 kPa、PaO<sub>2</sub> 7.2 kPa、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 33.5 mmol/L。

**1.2 机械通气** 18 例气管切开,11 例气管插管、呼吸机选择模式为间隙指令通气及双向正压通气 2 种模式,参数设置针对病情、血气变化而异。潮气量 5~12 mL/kg、平均 8.2 mL/kg,上机时间 2 h 至 58 d,平均 8.5 d。机械通气期间,10 例行气管吸痰,19 例行纤支镜吸痰细菌培养,致病菌为:鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌、粪肠球菌、霉菌等。25 例患者应用过头孢唑林、头孢哌酮、哌拉西林/他唑巴坦、环丙沙星、莫西沙星、尹曲康唑、丙泊芬等,其中 4 例应用过万古霉素。

**1.3 死亡原因** 难以控制耐多药菌感染导致缺氧不能纠正死亡 9 例。家属因经济困难放弃治疗导致死亡 7 例,患者因身体及精神痛苦同时感救治无望不愿继续接受治疗死亡 5 例,继发 MOF 死亡 3 例,因咯血、消化道出血、脑疝、严重心律失常、心力衰竭等各死亡 1 例。29 例中有 5 例一度脱机成功,2~3 周后再次发生肺部感染,拒绝上机而死亡。

## 2 讨 论

**2.1 患者基础疾病为恶性肿瘤晚期,多脏器转移,上机前已使用过各类抗生素,属于免疫力低下并长期使用广谱抗菌药物的危重患者,一旦选择机械通气,抗生素的选择,除严格按细菌培养及药敏结果选择外,早期经验性用药尽可能选用超广谱高效抗生素,能覆盖包括革兰阴性菌和阳性菌(包括 MRSA)的联合抗菌治疗方案,一步到位,重拳出击,逐渐调整,从高一级转换为低一级,即降阶梯疗法<sup>[1]</sup>。本院因多种细菌感染而死亡的患者,抗生素的选择过于谨慎,害怕使用高档抗生素之后没有**

更多的选择空间,只顾逐级升档,忽视患者的基础疾病,从而造成肺部感染难以控制,最后再作调整时,患者已出现肝、肾功能损害,多器官功能衰竭,错过了有效用药时机<sup>[2]</sup>。

**2.2 家属因经济困难或患者本人身心痛苦感救治无望放弃治疗是本院有创机械通气失败的另一个重要原因。**本院曾统计:3 年存活期的各类肿瘤患者其治疗费用 10~45 万元,平均 27 万元,费用对于普通家庭而言,已难以承受。一旦选择上机进入重症监护室(ICU),急增的费用更是雪上加霜。因此,上机前应对经济承受能力及救治前景进行评估。机械通气不能治疗原发病,它只能为治疗原发病过程中争取时间。作者认为对于肿瘤患者行有创机械通气,尽可能选择用于肿瘤术后或早期肿瘤一般情况较好患者,这类肿瘤患者机械通气后脱机的成功率较高,积极的机械通气治疗能延长患者的生存时间<sup>[3]</sup>。而肿瘤晚期患者免疫功能低下,同时并存许多并发症,如腹水、胸腔积液、心包积液、恶病质、有难以纠正的贫血、低蛋白血症、不同程度各个器官功能损害以及肿瘤转移后的疼痛等等,行有创机械通气,并不能真正有效延长生存时间,只能进一步增加患者的痛苦,增加家庭的负担,造成社会资源浪费。

新的医学理念,应该以人为本,而不是以病为本<sup>[4]</sup>,治疗只看局部而忽视整体,过分关注瞬间抢救存活率,从而忽视患者生存质量,其寿命并无真正意义上的延长,患者及家属并无真正意义上的受益,其实已失去治疗的价值<sup>[5]</sup>。作者认为对于晚期恶性肿瘤多脏器转移患者,出现呼吸衰竭后是否采取积极选择有创机械通气,值得商榷。

## 参考文献:

- [1] 崔平,王涛,宜立华. 38 例晚期肿瘤患者临终关怀的实践[J]. 中国肿瘤临床与康复杂志,2003,2(2):212-214.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会. 急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征的诊断标准[J]. 中华结核和呼吸杂志,2000,23(4):203-205.
- [3] Dojat M, Harf A, Touchard D, et al. Clinical evaluation of computer controlled pressure support mode[J]. Am J Respir Crit Care Med,2000,61(9):1161-1166.
- [4] 耿莉华. 医院感染控制指南[M]. 北京:北京科学技术文献出版社,2004:416-433.
- [5] 郭丽. 重症监护病房感染流行菌及其耐药性[J]. 中国实验诊断学,2006,10(5):554-555.

(收稿日期:2011-01-25 修回日期:2011-04-29)