中药雾化配合体位引流治疗急性肺脓肿的疗效观察

查斌茂

(江西省上饶卫校铅山分校 铅山 334500)

摘要 :目的 :观察中药雾化配合体位引流对急性肺脓肿病程及疗效的影响。方法 :将 57 例急性肺脓肿患者随机分为 2 组 ,观察组采用在全身用有效足量抗生素治疗的基础上 ,对 32 例患者进行中药雾化及体位引流治疗 ;对照组采用在全身有效足量抗生素治疗基础上 ,对 25 例患者进行蒸汽雾化治疗 ;并对 2 组结果进行比较分析。结果 :治愈率观察组为 93.7% ,明显高于对照组的 84% ($P < 0.05$)。结论 :中药雾化配合体位引流治疗急性肺脓肿 ,能缩短病程 ,提高治愈率 ,是一种安全有效的方法。

关键词 :急性肺脓肿 ;中西医结合疗法 ;抗生素 ;中药雾化 ;体位引流

中图分类号 :R 563.2

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)06-0018-02

我们于 1999 年 8 月~2003 年 8 月采用中药雾化配合体位引流对 32 例急性肺脓肿患者进行治疗 ,取得较满意效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 57 例病例均来源于本院住院患者 ,符合急性肺脓肿的诊断标准 ,诊断标准参照崔祥宾等主编《实用肺脏病学》的标准:(1)临床表现:突发畏寒高热、咳嗽和随后咯大量脓臭痰;(2)实验室检查血象、血白细胞计数及中性粒细胞增高,痰液检查明确致病菌;(3)X 线检查:示肺野炎性浸润中有空洞及液平;(4)排除其它原因所致的空洞。

1.2 一般资料 观察组 32 例为在我院住院患者,其中男 20 例,女 12 例;18~53 岁,平均 32.5 岁;病程 2~10d,平均 4.6d;病变部位肺上叶后段 14 例,下叶背段 18 例;血象:白细胞 30.0~40.0 伊⁰/L 10 例,20.0~30.0 伊⁰/L 18 例,15.0~20.0 伊⁰/L 4 例。对照组 25 例中男 16 例,女 9 例;年龄 17~54 岁,平均 32.8 岁;病程 2~9d,平均 4.5d;病变部位肺上叶后段 11 例,下叶背段 14 例,血象:白细胞:30.0~40.0 伊⁰/L 8 例,20.0~30.0 伊⁰/L 14 例;15.0~20.0 伊⁰/L 3 例。2 组病例的性别、年龄、病程、症状及病变部位均无统计学差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 观察组 32 例患者在全身用有效足量抗生素治疗的基

础上配合中药雾化及体位引流。

2.1.1 雾化治疗 (1)中药雾化液:苇茎 15g、薏苡仁 30g、冬瓜仁 10g、桃仁 10g、桔梗 12g、鱼腥草 15g、金银花 15g、葶苈子 15g、穿山甲 15g、皂角刺 15g、白及 10g。上药煎煮 45min,浓缩药液至 60~80mL。(2)雾化时间:在体位引流前 15~30min 进行,1d 2 次。

2.1.2 体位引流 (1)根据肺部病变的部位,安置患者于相应肺段支气管引流的体位。肺段支气管顺位排痰体位:病变部位:左上叶后段、右上叶后段、下叶背段。体位分别为:俯卧位,上半身向左上转 1/4,右臂后伸,用 3 个枕头使头部及肩部抬起;俯卧位,向右侧转 1/4 左臂向后方伸展,头部及腹侧用枕支撑;俯卧,腹下垫枕。(2)引流时间,每晨早饭前及晚间睡眠前施行 1 次,每次约 10~15min。

2.2 对照组 25 例患者在全身用有效足量抗生素治疗的基础上,配合蒸汽雾化治疗,1d 2 次。2 组全身使用的抗生素均根据痰培养及药物敏感试验进行选择,2 组疗程均为 3 周。

2.3 统计学方法 采用 t 检验, χ^2 检验。

3 结果

3.1 疗效评定标准 参照崔祥宾等主编《实用肺脏病学》的标准拟定。临床治愈:症状完全消失,胸片示炎症及脓腔完全消散仅残留索条纤维影;有效:症状明显改善,血象恢复正常,胸片示炎症及脓腔明显吸收。

必仙+维生素 B₂。

5 讨论

成人口腔溃疡由多种原因引起,其中主要包括细菌、病毒、内分泌失调等。不论什么原因引起,其溃疡形成后均有不同程度的细菌性继发感染,因此抗生素治疗仍有一定疗效。然而口腔溃疡可有多种诱因同时参与,因此复方中药治疗可能疗效更为理想一些。中医认为口腔溃疡多由脾胃湿热或阴虚火旺等多种原因引起,因此必须清热解毒,养阴生肌,活血化瘀。新瘃片由三七、九节茶、牛黄、珍珠粉等组成,具有清热解毒、活血化瘀、消肿止痛功效,因此可以促进溃疡愈合,疼痛消除。此外新瘃片的成分不但有杀菌作用,同时按辨证论治其实际起着调节机体平衡,提高机体免疫力的作用。

(收稿日期:2004-08-04)

(上接第 8 页)

3 疗效判断标准

痊愈:用药 7d 溃疡愈合,疼痛消失。显效:用药 7d 溃疡面缩小 50%以上,疼痛明显减轻。进步:用药 7d 溃疡面缩小少于 50%,大于 20%,疼痛缓解。无效:用药 7d 溃疡面缩小少于 20%,疼痛无明显缓解或无变化。总有效率为痊愈率+显效率。

4 结果

治疗组和对照组经 7d 的治疗结果 见表 1。

表 1 2 组治疗口腔溃疡疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	进步	无效	总有效率
新瘃片	40	26 (65.0)	9 (22.5)	3 (7.5)	2 (5.0)	87.5
西药组	40	14 (35.0)	12 (30.0)	8 (20.0)	6 (15.0)	65.0

注:2 组比较, $P < 0.05$ 。

与对照组比较在痊愈率和有效率方面新瘃片疗效显著优于氨

中西医结合治疗胃食管反流病的疗效观察

杨荣素

(四川省简阳市中医医院 简阳 641400)

摘要 :目的 :探讨中西医结合治疗 GERD 临床疗效。方法 :56 例 GERD 随机分为治疗组和对照组。对照组 26 例采用指导改变生活方式和西药(雷尼替丁、西沙必利、硫糖铝)治疗。治疗组 30 例西药治疗同对照组,再中医辨证分为 5 型,分别方用柴胡疏肝散、左金丸、丁香柿蒂汤、理中汤、启膈散合橘皮竹茹汤加减。结果 :治疗组临床主要症状缓解开始时间较对照组早($P < 0.01$),见效快,治愈率(63.33%)和有效率(100%)均高于对照组;复发率(20.00%)较对照组低。结论 :中西医结合治疗 GERD 调理脏腑功能、控制炎症、增强胃食管粘膜抵抗力、减少复发均收到良好的效果,具有临床研究和推广前景。

关键词 :胃食管反流病;中西医结合疗法;柴胡疏肝散;左金丸;丁香柿蒂汤;理中汤;启膈散;橘皮竹茹汤

中图分类号 :R 573

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)06-0019-02

1 引言

胃内容物(包括十二指肠液)反流入食管引起烧心、胸痛、反酸等症状或有食管炎及食管外组织损伤并发症时,称为胃食管反流病(GERD)^[1]。本病分属于中医学吐酸、胸痹、胃脘痛、噎膈、梅核气等证的范畴。临床常用西药的胃动力药、制酸剂及粘膜保护剂,联合或交替使用取得了一定的疗效,但疗程长、复发率高。笔者中西医结合治疗该病,取得了较好疗效。现报告如下:

2 资料与方法

2.1 诊断标准 (1)有典型烧心、胸骨后灼感、暖气、口反酸水或苦水、噯球感^[1,2]; (2)胃镜检查幽门口见胆汁反流或胃粘膜有黄染; (3)胃镜下见浅表性胃炎、残胃炎、萎缩性胃炎或伴食管下段粘膜充血水肿、条状或片状红斑、糜烂、甚至溃疡,或伴齿状线上移贲门口松弛; (4)反流性食管炎的内镜

诊断及分级^[3](1999 年烟台全国反流性食道病/炎研讨会制定)。中医辨证参考《中药新药临床研究指导原则》^[4],分为肝胃不和证、肝胃郁热证、脾胃虚弱证、脾虚气滞证、气虚血瘀证。

2.2 疗效标准 治愈:症状消失,胃镜复查粘液色澄清,食管下段及胃粘膜组织学改变基本恢复正常或明显好转;好转:症状明显改善,胃镜复查粘液色变淡,食管下段及胃粘膜组织学改变好转;无效:症状、体征、粘膜组织学无改变。

2.3 病例资料 56 例均为 2000 年 1 月~2004 年 1 月的门诊患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,其中男 18 例,女 12 例;年龄 15~65 岁,平均 31.8 岁;病程 1 个月~7 年,平均 8.2 个月;胃镜检查:浅表性胃炎 25 例(其中胃窦炎 19 例),残胃炎 2 例,萎缩性胃炎 3 例;食道内镜检查 0 级 15 例,Ⅰ级 12 例,Ⅱ级 2 例,Ⅲ级 1 例;中医辨证分型肝胃不和

3.2 疗效比较 观察组 32 例中,治愈 30 例(占 93.7%),有效 2 例(占 6.3%);对照组 25 例中治愈 21 例(占 84.0%),有效 4 例(占 16.0%)。2 组治愈率比较,观察组明显优于对照组,有显著性差异($P < 0.05$)。

3.3 2 组患者症状、血象改善情况 见表 1。

表 1 2 组患者症状、血象改善情况 ($\bar{X} \pm s$) d

组别	例数	体温复常时间	血象复正常时间	住院时间
观察组	32	4.7 $\pm$ 0.8**	15.5 $\pm$ 1.7	16.4 $\pm$ 1.5*
对照组	25	6.7 $\pm$ 0.9	20.4 $\pm$ 1.4	21.4 $\pm$ 1.6

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。

结果表明:观察组患者在退热,缩短病程方面明显优于对照组($P < 0.01$ 、 $P < 0.05$)。

4 讨论和体会

肺脓肿是由多种病原菌引起的急性肺部化脓性感染性疾病,经积极抗生素治疗,治愈率可达 86%^[1]。由于肺脓肿脓性分泌物粘稠,全身用药时药物浓度不易渗入,且有纤维组织形成的壁,药物难以渗入内部发挥作用^[2]。若治疗不彻底或支气管引流不畅,可迁延不愈而转变为慢性肺脓肿。故在治疗中加强痰液引流和局部抗炎治疗尤为关键,然多数抗生素对气管粘膜有刺激作用,可引起支气管痉挛,剂量太小又不足起杀菌作用。临床实践证明抗生素雾化疗法效果是不佳

的,甚至可引起细菌耐药性^[3]。而我们采用中药雾化配合体位引流治疗肺脓肿一方面可使中药直接达到支气管病灶内,病灶局部药物浓度高,维持时间长,吸收充分;另一方面有利于排痰,改善引流。故采用本方法治疗急性肺脓肿,在治愈率、改善症状、缩短病程等方面明显优于对照组($P < 0.05$)。

急性肺脓肿,属中医肺痈范畴,其病理特点表现为邪热蕴肺,肺气壅滞,肺脉瘀阻,以致热壅血瘀,肉腐而化为痈脓。方中苇茎清解肺热;薏苡仁、冬瓜仁、桃仁化浊行癖;金银花、鱼腥草清热解毒化脓;葶苈子泄肺逐痰;桔梗祛痰排脓;白及既能止血又治痈肿;皂角刺、穿山甲破瘀散结,载药入病所;共奏清热解毒、化痰排脓之功。

在采用本方法治疗过程中,患者未出现窒息、肺不张等情况,鉴于基层医院无条件开展纤支镜直视下引流术、局部脓肿内导管直接滴药等技术,本法不失为一种安全有效的方法,并为中药用药途径,提供一种思路和方法。

参考文献

- [1]陈灏珠.内科学[M].第 3 版,北京:人民卫生出版社.1992.68~73
- [2]曹鹏,李美红.纤维支气管镜及经皮肺穿刺置管灌洗治疗细菌性肺脓肿 28 例[J].实用中西医结合临床,2004,4(2):36
- [3]崔祥宾,王鸣歧,萨藤三.实用肺脏病学[M].上海:上海科学技术出版社,1991.199

(收稿日期:2004-07-01)