

BiPAP 合中药雾化治疗COPD 伴Ⅱ型呼衰的临床观察

孙建

(江苏省南通市中医院 南通 226001)

关键词:无创机械通气;BiPAP;中药雾化;慢性阻塞性肺病;COPD;Ⅱ型呼衰;中西医结合疗法;临床观察

中图分类号:R 563 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2005)03- 0014-02

慢性阻塞性肺病(COPD)是以慢性进行性气流阻塞为特征的疾病,主要包括慢性支气管炎和慢性阻塞性肺气肿。COPD 急性加重时,若 PaO₂<60mmHg 或 PaCO₂>50mmHg,则提示Ⅱ型呼衰。近年来,应用无创机械通气(BiPAP)成为治疗 COPD 合并Ⅱ型呼衰患者的第一线手段^[1]。笔者在临床工作中应用 BiPAP 合中药超声雾化治疗 COPD 合并Ⅱ型呼衰患者 56 例,取得良好效果。总结如下:

1 对象与方法

1.1 对象选择 选用 2002~2004 年我院呼吸内科治疗的 COPD 合并Ⅱ型呼衰患者 56 例,均符合 2002 年中华医学会呼吸学分会关于 COPD 诊疗指南^[2]。分组:治疗组 30 例,其中男 29 例,女 1 例,平均年龄为 (65.5± 10.8) 岁;对照组 26 例,其中男 24 例,女 2 例,平均年龄 (64.9± 11.2) 岁。2 组病例均排除具有咳嗽咳痰喘息症状的其他疾病(如肺结核、尘肺、肺脓肿、心脏病、心功能不全、支气管扩张、慢性鼻咽疾患)。2 组性别比例、年龄、病程统计无差异。

1.2 方法 对照组患者予抗感染、平喘、祛痰对症治疗及氧疗。治疗组除常规治疗外,加用美国伟康科技公司生产的无创呼吸机(BiPAP),均采用口或鼻面罩通气。设定参数:呼吸频率 8~15 次/min 开始,氧浓度 33%左右,吸气压以 8cmH₂O 开始,逐渐增加压力至 25cmH₂O,呼气压以 4~8 cmH₂O,吸气时间 0.8~1.0S,每日上机 2 次,每次 3h,1 周为 1 个疗程。并用中药雾化,用生理盐水 10~20mL 加入金荞麦水剂 10 mL 或鲜竹沥 10 mL 中任何 1 种,根据患者的临床症状和体征而

选择,每日 2 次,每次 15~20min。BiPAP 合中药雾化治疗组治疗前、后测定桡动脉血气分析,对照组测定同期桡动脉血气分析。

1.3 观察项目 2 组患者在同一治疗阶段血气分析的 pH 值、PaO₂、PaCO₂ 的变化趋势及临床症状观察咳嗽、咳痰、喘息等,其判断标准根据 1979 年制定的《慢性支气管炎诊断标准及疗效判断标准》。

1.4 统计学方法 采用单因素分析并作配对 t 检验。

2 结果

2.1 临床症状体征比较 见表 1。

表 1 2 组病人治疗前后症状、体征比较													例
组别	n	咳嗽			痰液			喘息			干湿罗音		
		轻	中	重	泡	粘	脓	轻	中	重	轻	中	重
治疗组	治疗前 [#]	5	21	4	8	13	9	10	9	11	5	16	9
	治疗后 [*]	26	3	1	25	4	1	23	6	1	24	5	1
对照组	治疗前 [#]	4	19	3	7	11	8	8	8	10	3	15	8
	治疗后 [*]	18	6	2	17	6	3	15	7	4	13	11	2

注:2 组治疗前比较, # P>0.05, 无显著差异性;2 组治疗后比较, * P<0.05, 有差显著异性。

2.2 血气分析变化 见表 2。

表 2 2 组治疗前后血气分析结果 (X± S)				
项目	PH	PaO ₂ /mmHg	PaCO ₂ /mmHg	
治疗组	治疗前	7.322± 0.132	55.34± 2.25	78.29± 4.54
	治疗后 [*]	7.39± 0.125	78.39± 3.28	52.68± 5.35
对照组	治疗前	7.327± 0.145	58.85± 2.31	76.98± 4.83
	治疗后 [#]	7.37± 0.145	73.23± 3.58	61.59± 5.42

注:治疗组内治疗前后比较, * P<0.05; 治疗组和对照组间治疗

通过加强肠蠕动、促进毒素排泄、调整肠道微生态平衡和机体的免疫功能等综合作用来实现的^[8]。所以清胰汤的应用能有效保护胃肠粘膜屏障,抑制细菌移位,减少肠道内毒素吸收等。大承气汤灌肠有利于排出肠内淤积,减少肠内细菌数量,进而减少肠内细菌移位发生率。腹部剧痛处外敷中药可止痛及利于炎症消退。生长抑素善得定是人工合成的天然生长抑素的八肽衍生物,其药理作用在于抑制生长激素和胃肠胰内分泌系统肽的病理性分泌增加,故可强烈抑制胰腺的内外分泌增加,从而减轻 SAP 的全身急性炎症反应。山莨菪碱能解除血管痉挛、抗休克和抑制胰腺的分泌。西米替丁保护胃粘膜和预防应激性溃疡,亦可抑制胰腺分泌。因此早期中西医结合非手术治疗 SAP,能有针对性地解决病变胰腺的微循环障碍,阻止病理变化进展,从而防止病情进一步恶化,提高治愈率。

参考文献

[1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性重症胰腺炎临床诊断及分级标准[J]. 中华外科杂志, 1997, 35 (12): 773
[2] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 第 2 版. 北京: 人民

军医出版社, 1998. 84
[3]Kyogoku T, Manabe T, Tobe T .Role of ischemia in acute pancreatitis hemorrhagic shock converts edematous pancreatitis to hemorrhagic pancreatitis in rats[J]. Dig Dis Sci, 1992, 37(9): 1 409~1 417
[4]Bassi D, Kollias N, fernandez-del N, et al. Impairment of pancreatic microcirculation with the severity of acute experimental pancreatitis [J]. J AmColl Surg, 1994, 179:25
[5]裴正军, 花天放, 夏强, 等. 丹参和大剂量补液对急性坏死性胰腺炎大鼠脂质炎症介质的影响 [J]. 中华肝胆外科杂志, 1999, 5 (2): 78~79
[6]赵晓晏, 夏时海, 郭萍, 等. 丹参治疗重症急性胰腺炎的血液流变及其相关指标的实验研究[J]. 微循环学杂志, 2001, 11 (3): 31~33
[7]严律南. 重症急性胰腺炎的治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21 (4): 238
[8]邓群, 吴承堂, 黎洁良, 等. 急性坏死性胰腺炎并发感染防治方法的实验研究[J]. 中华外科杂志, 2000, 38(8): 625~628

(收稿日期: 2004-11-15)

益安回生口服液治疗海洛因依赖临床疗效观察

黄平¹ 吴刚² 周平乐³ 吴洪军¹ 汤益民¹

(1 江西省九江市第五人民医院 九江 332000; 2 江西省都昌县人民医院 都昌 332600;
3 江西省九江市公安局 九江 332000)

摘要:目的:评价中药戒毒新药益安回生口服液对海洛因依赖的脱毒治疗效果及不良反应。方法:105 例符合 ICD-10 阿片类依赖的自愿戒毒者随机分为试验组和对照组,试验组采用益安回生口服液总体辨证论治,对照组用美沙酮替代递减治疗。采用《阿片类药物戒断症状量表》(OWS)、Hamilton 焦虑量表(MAMA)评定疗效,并随访观察 2 组病人出院 1 个月复吸率。结果:试验组和对照组的脱毒率分别为 90.38%(47/52)、84.91%(45/53),相互比较无显著性差异($P>0.05$)。戒毒药物治疗期间,OWS、MAMA 和药物不良反应评分比较无显著性差异($P>0.05$)。停戒毒药 48h,试验组 OWS、MAMA 评分显著低于对照组($P<0.01$)。出院随访 1 个月,试验组和对照组复吸率分别为 65.85%(27/41)、92.11%(35/38),2 组比较存在显著性差异($P<0.01$)。结论:益安回生口服液对海洛因依赖脱毒效果显著可靠,临床使用安全,撤药反应轻,复吸率低。

关键词:益安回生口服液;中医疗法;海洛因依赖;脱毒治疗;疗效观察

中图分类号:R 749.6¹

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03-0015-02

阿片类药物依赖的脱毒治疗多采用美沙酮替代递减治疗方法,美沙酮具有控制戒断症状完全、作用时间长、安全、使用方便等优点^[1],但由于它在治疗中递减速度慢,撤药症状较重,总体疗程时间长,严重影响脱毒成功率^[2]。近年来中医药戒毒方兴未艾,益安回生口服液属非麻醉性营养型中药三类戒毒新药。其为纯天然中药制剂,不含阿片类成分,无成瘾

后比较, # $P<0.05$ 。

治疗组在使用 BiPAP 机械通气合中药超声雾化前与对照组治疗前比较 pH 值、PaO₂ 值、PaCO₂ 值及临床症状无显著性差异 ($P>0.05$),而治疗后 2 组 pH 值、PaO₂ 值、PaCO₂ 值均较治疗前明显改善 ($P<0.05$),并且治疗组较对照组有明显改善,有显著性差异 ($P<0.05$)。

2.3 临床变化结果 治疗组病例经通气治疗后均有不同程度的呼吸由浅变深而有规律,咳痰、喘息气促均有不同程度缓解。30 例病人中嗜睡者 10 例中有 9 例神志转清;对照组 26 例病人常规治疗后,8 例嗜睡病人中有 6 例神志转清,2 例转为昏迷,昏迷者即予气管插管或气管切开有创机械通气。

2.4 不良反应 6 例患者出现腹胀,8 例患者有紧张恐惧感,经耐心解释及宣教症状均减轻或消失,未出现咽部干燥不适等症状。

3 讨论

慢性阻塞性肺病, GOLD 提出它是一种以气流受限为特征性疾病,气流受限不能完全可逆,并进行性发展;多与肺部对有害颗粒与气体的炎症反应相关。当出现呼吸动力学改变,表现为气道阻力大,氧耗量增加,VD/VT 和功能残气量增多。由于过度充气,再加上死腔的增加,病人不能保持正常的每分通气量而发展为氧分压下降,二氧化碳分压上升,当达到 PaO₂ <60mmHg 或 PaCO₂ >50mmHg,提示 II 型呼衰。无创机械通气的目的在于帮助病人度过慢性呼吸衰竭急性加重期,并增加慢性通气受损病人的气体交换,为进一步治疗创造条件。本研究通过治疗组与对照组对 COPD 伴 II 型呼衰治疗前后血气分析变化及临床症状的比较,可以看出应用无创机械通气治疗后,可明显提高 PaO₂ 降低 PaCO₂ ^[3]。其原因为: (1) 无创机械通气使用 IPAP[相当于压力支持 (PSV)],即

性,通过中医对吸毒者戒断症状总体辨证论治,总结出温补脾肾、益气养血、活血、宁心安神、化湿祛痰等理法用药,通过对 52 例海洛因依赖者戒断症状的脱毒治疗效果观察。结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2004 年 9 月 1 日~2004 年 11 月 21 日

在吸气时给予 PSV 以克服气道阻力,减少呼吸功,使呼吸肌疲劳得以缓解,而呼吸肌疲劳是 COPD 合并呼吸衰竭发生的机理之一。(2) 使用呼气压力[相当于呼气末正压 (PEEP)]可以避免末梢支气管肺泡萎陷,有助于 CO₂ 排出,并可减少由于内源性呼气末正压 (iPEEP) 所致吸气功耗增加。可见正压无创通气 (BiPAP) 治疗 COPD 合并 II 型呼衰,如果选择病例和使用方法适当,能改善通气量及肺的氧合功能,减轻呼吸肌负担,减少气管插管或气管切开以及其相应并发症,减少呼吸机相关肺炎的危险性,保护了气道的防御功能,降低医疗费用和住院天数。同时配合具有清肺、化痰、止咳作用的中药制剂雾化吸入,湿化了干燥的气道,有利于痰液排出,并有抗菌消炎、止咳化痰之功效。我们临床观察发现,金荞麦水剂具有良好的排痰效果,能使粘稠痰液稀化,并通过咳嗽动作,排出大量痰液,促进呼吸道通畅,改善呼吸道气流阻塞和气道高压,是取得疗效的主要机制。鲜竹沥具有豁痰利窍、定惊除烦之功效,对痰蒙神窍者有良效。

总之, 实践表明临床应用 BiPAP 合中药超声雾化治疗 COPD 伴 II 型呼衰安全有效,疗效肯定,值得临床进一步研究。

参考文献

[1]王辰,商鸣宇,黄克武,等.有创与无创序贯性机械通气治疗慢性阻塞性肺疾病所致严重呼吸衰竭的研究[J].中华结核和呼吸杂志, 2000, 23(4): 212~216
[2]中华医学会呼吸学会分会.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(8): 453~460
[3]黄席珍.无创通气临床应用的进展[A]. 见:蔡柏蔷主编.呼吸内科学 [M].北京:中国协和医科大学出版社, 2000.720~721

(收稿日期: 2005-02-19)