

经电子支气管镜糜蛋白酶灌洗治疗肺痰阻

谢启蔚 欧阳远辉

(江西省赣州市人民医院 赣州 341000)

关键词:糜蛋白酶;肺痰阻;电子支气管镜

中图分类号:R 563.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.037

肺痰阻引起的肺不张多因下呼吸道重度感染和分泌物排除不畅所致,治疗关键是通畅气道和导出分泌物,而单纯抗感染治疗收效往往不十分显著。电子支气管镜可以直达或接近感染及阻塞部位,能够起到有效的疏通气道和糜蛋白酶药物局部灌洗等治疗作用。我院自 2008 年以来经电子支气管镜糜蛋白酶灌洗诊治肺痰阻 15 例,收到了满意的效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 15 例患者,男性 12 例,女性 3 例;年龄 15~75 岁,平均年龄 51.1 岁;胸外伤 4 例,术后 4 例,老年人 2 例,肺感染 5 例。15 例均有肺不张表现,并经 CT 证实,患者有不同程度呼吸困难、血氧饱和度下降等情况。CT 示:一侧肺不张 13 例,全肺不张 2 例。

1.2 方法 15 例患者术前 30min 用德国产的 PARI-BOY 压缩雾化吸入 2%利多卡因 10 mL,肌肉天麻 8 g、半夏 6 g、白术 6 g、茯苓 8 g、陈皮 8 g、丹参 16 g、郁金 10 g、薄荷 8 g、生甘草 3 g,每日 1 剂,水煎分 2 次温服。随症加减:气虚者加党参或人参,脾虚便秘加肉苁蓉,脾虚湿困苔厚腻者加苍术、枳壳,血虚失眠多梦者加炒枣仁,阴虚舌红少苔者去茯苓、半夏,加天冬、麦冬。两组均 2 周为 1 个疗程,连用 1~3 个疗程后统计疗效。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照 1995 年全国第四届脑血管病会议脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准及临床疗效评定标准^[2]制定,基本治愈(痊愈):神经功能缺损评分减少≥91%;显效:神经功能缺损评分减少 46%~90%;有效:神经功能缺损评分减少 18%~45%;无效:神经功能缺损评分减少<18%或病情加重者。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%

2.2 治疗效果 两组临床疗效比较见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例					
组别	n	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	34	5	14	10	5
对照组	34	5	8	6	15

注:两组总有效率比较,χ²=7.083, P<0.05。

注射硫酸阿托品 0.5 mg、地西洋 10 mg。采用 EB-1830TB 型电子支气管镜,鼻腔或口腔插入,先进入健侧的主支气管,后进入患侧主支气管,先吸净泡沫较稀的痰液,再充分吸引分泌物,并酌情留取抽吸物标本,做细菌培养和药敏实验。同时支气管镜观察阻塞部位及阻塞程度,以免负压吸引黏稠分泌物、痰栓或血凝块阻塞支气管镜管腔。治疗过程中出现支气管镜下视野模糊不清,可嘱患者咳嗽,利用气流振动或者使支气管镜靠近气管壁用生理盐水 10 mL 迅速冲洗,镜片的污秽可去除。对于痰液极度黏稠或血块栓,可用活检钳钳夹,把痰栓、血块夹碎,用糜蛋白酶加生理盐水 20 mL 反复冲洗后吸除,清除痰栓后可应用细胞刷向堵塞远端刷检,生理盐水反复冲洗,以免段以下的支气管堵塞。操作过程中间断吸引,血氧饱和度不低于 85%,术后鼓励患者深呼吸、咳嗽防止形成痰栓,使肺及早复张^[1]。

3 讨论

脑出血属于中医学“中风”范畴,急性期可现风痰瘀血、痰热腑实、肝阳暴亢等症象,恢复期则以痰、瘀、虚为主要病理病机,正虚邪实即气虚血瘀、痰湿蒙蔽清窍贯穿于脑出血的全过程。《丹溪心法》曰:“中风大卒主血虚多痰,治痰为先次养血行血……半身不遂,大卒多痰^[3]。”结合笔者多年临床观察发现,大多数患者在恢复期仍有神志反应迟钝、语言缓慢、舌苔厚腻食欲欠佳、痰浊蒙蔽清窍等症状,故在一贯用于治疗脑出血恢复期的补阳还五汤基础上加减化裁应用半夏天麻白术汤,起到补气养血、活血通络、化痰开窍的作用,紧扣其基本病机痰虚,在临床实践中确实收到了良好疗效。本临床观察结果表明,治疗组在常规治疗的基础上加用补阳还五汤合半夏天麻白术汤加味(中西医结合),临床疗效优于对照组, P<0.05,且未见明显不良反应,有效地降低了脑出血的病残率,值得同道临床借鉴。

参考文献

[1] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经杂志, 1996,29(6):379-380
[2] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准及临床疗效评定标准[J]. 中华神经科杂志, 1996,29(6):381-383
[3] 张伯臾. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985.208-213

(收稿日期: 2010-12-22)

和胃止痛汤治疗胃脘痛 67 例临床观察

安品凤

(天津市红桥区洪湖医院 天津 300130)

关键词:胃脘痛;和胃止痛汤;中医药疗法

中图分类号:R 573

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.038

胃脘痛是临床常见症状,是以上腹部近心窝处经常发生的疼痛为主证,并伴有暖气、呕吐等症状。现代医学多见于急慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、胃痉挛、胃神经官能症等疾患。笔者在临床上采用自拟和胃止痛汤治疗胃脘痛,效果良好。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 67 例患者为门诊病人,均符合《中医病证诊断疗效标准》。其中男 35 例,女 32 例,年龄 29~71 岁,就诊时间 2005 年 7 月~2009 年 12 月,病程最短 1 个月,最长 12 年。胃镜或 B 超检查:浅表性胃炎 44 例,萎缩性胃炎 5 例,急性胃炎 6 例,消化道溃疡 5 例,反流性食道炎 7 例。临床主要症状为胃脘疼痛、心下痞满、纳呆腹胀、暖气、反酸、恶心、呕吐、便秘或腹泻等。

1.2 治疗方法 口服和胃止痛汤:半夏 12 g、黄芩 12 g、干姜 3 g、党参 15 g、炙甘草 6 g、黄连 6 g、红枣 6 枚、丹参 12 g、檀香 3 g、砂仁 6 g、枳实 10 g,水煎服,1 剂/d,分 2 次服,14 d 为 1 个疗程。治疗期间

1.3 结果 15 例患者经电子镜吸引、糜蛋白酶灌洗治疗后,有效排除堵塞物,去除病因,患者呼吸困难明显改善或消失,术后肺部听诊呼吸音恢复正常或较前增强。术后 4 例行胸片检查示肺复张,24 h 内 X 线胸片示肺复张者 6 例,48 h 后肺复张 2 例,72 h 后肺复张 3 例。

2 讨论

经电子支气管镜糜蛋白酶灌洗治疗肺痰阻是一个非常有效的方法,优点是治疗直接和疗效显著,我们治疗 15 例患者的有效率达到 100%。目前有很多电子支气管镜下治疗肺痰阻的成功例子^[2-3],不同的是本组应用糜蛋白酶灌洗液使痰液中的纤维蛋白溶解,痰液稀释,有利痰液吸出。

肺痰阻为胸部外伤及术后肺部感染、老年人无力咳嗽的常见并发症,因患者术后卧床及外伤疼痛致患者不敢改变体位、不敢咳嗽,或因疾病致咳嗽无力,或术后麻醉药抑制咳嗽反射,使支气管内分泌物、痰液及血增多不能及时咳出,时间一长形成黏液栓、血块栓阻塞支气管导致肺不张^[4]。对于平素

嘱其宜食清淡易消化食物,避免情志刺激。

1.3 疗效评定 参照《中医临床病证诊断疗效标准》。痊愈:胃脘疼痛消失,饮食增加,精神明显好转,大便恢复正常。好转:胃脘疼痛减轻,饮食有所增加,精神好转,主要物理检查好转,半年未复发。无效:胃脘疼痛略减,饮食增加不明显,主要物理检查无改变。

1.4 治疗结果 67 例病例中痊愈 39 例,占 58.2%;好转 25 例,占 37.3%;未愈 3 例,占 4.5%:总有效率为 95.5%。

2 典型病例

刘某,女,36 岁,2008 年 12 月 19 日初诊。胃脘部疼痛反复发作 2 年。常因着凉或着急而加重,经胃镜检查,诊断为慢性浅表性胃炎。近半月来,又因受凉后复发,症见胃脘部胀痛,痛有定处,痛无规律,暖气嘈杂,纳少,体倦神疲,大便稍干,舌暗红苔白腻,脉弦。中医诊断:胃痛。中医辨证:本虚标实。此为脾胃虚弱,运化无力、胃失和降,脉络失养,气

体健、全身无其他脏器疾患的患者,支气管镜下吸痰更为直接、有效^[5],避免了常规吸痰的盲目性,且可根据痰培养及药敏结果选择抗生素。且时间短、疗效确切、损伤小,明显优于常规的保守治疗方法。对分泌物黏稠需用糜蛋白酶液冲洗的患者,冲洗液不易过多,以能稀释分泌物为准,并且尽可能将冲洗液吸引干净,以免过多冲洗液残留气道,患者无力咳嗽、排痰无力而加重气道阻塞^[6]。本组患者治疗后取得了很好的效果,显示此技术便于临床应用。

参考文献

[1]李红霞,秦北宁.纤维支气管镜治疗外伤后及术后并发肺不张 25 例报告[J].实用心血管病杂志,2007,15(6):455
[2]徐野平,王铭栋,于森.经纤维支气管镜糜蛋白酶治疗感染性肺不张 20 例[J].实用医学杂志,2008,24(23):4 100-4 101
[3]孙洁民,陈箐.纤维支气管镜下联合用药治疗肺脓肿及痰阻性肺不张[J].临床医药实践,2009,18(5):358-359
[4]张利民,窦志慧,陈久成,等.纤维支气管镜在剖胸术后继发肺不张中的应用[J].中国内镜杂志,1994,11(2):89
[5]孙小康.纤维支气管镜在开胸术后并发症中的应用[J].中国内镜杂志,2002,8(8):91
[6]李强.呼吸内镜学[M].上海:上海科学技术出版社,2003.318-327

(收稿日期:2011-01-11)