实用中西医结合临床 2013 年 12 月第 13 卷第 9 期

异丙托溴铵和特布他林雾化联合甲强龙静滴对慢性阻塞性肺病急性加重期的疗效分析

周期兴　肖秀梅　颜季华　吴建军　王超先　周晅

（江西省永新县人民医院　永新 343400）

摘要：目的：探讨异丙托溴铵和特布他林雾化联合甲强龙静滴治疗慢性阻塞性肺病急性加重期(AECOPD)的疗效。方法：选取我院 2011～2012 年收治的 AECOPD 患者 80 例，随机分为对照组与研究组，对照组在常规治疗基础上给予异丙托溴铵和特布他林雾化治疗，研究组在对照组基础上给予甲强龙静滴。比较两组临床治疗疗效以及肺功能。结果：治疗后研究组总有效率明显高于对照组，其差异明显具有统计学意义（P<0.05）；研究组治疗前后比较 FEV1、FVC 显著上升，差异有统计学意义（P<0.05）；治疗后研究组 FEV1、FVC 改善情况优于对照组，差异明显具有统计学意义（P<0.05）。结论：异丙托溴铵和特布他林雾化联合甲强龙静滴治疗 AECOPD 临床疗效显著，值得推广。

关键词：异丙托溴铵；特布他林；甲强龙；慢性阻塞性肺病急性加重期；雾化吸入

中图分类号：R 563　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.012

慢性阻塞性肺病（COPD）为呼吸系统的常见疾病，其特征为持续存在的气流受限，气流受限呈进行性发展，伴有气道和肺对有害颗粒或气体所致慢性炎症反应的增加[1]。本文在异丙托溴铵和特布他林雾化基础上再给予甲强龙静滴进行治疗，疗效显著。现报道如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取本院 2011~2012 年收治的 AECOPD 患者 80 例，均符合 AECOPD 的诊断标准[2]，均无合并支气管哮喘、支气管扩张症、充血性心力衰竭以及肺结核等疾病，无糖尿病及其他严重性心、肝、肾脏疾病，无雾化吸入禁忌证。实验前 5 d 未使用任何吸入剂治疗，未使用皮质激素类药物。所有患者随机分为对照组与研究组各 40 例，对照组中男 28 例，女 12 例，年龄 54~81 岁，平均（67.5± 10.2）岁。研究组中男 30 例，女 10 例，年龄 55~85 岁，平均（68.9± 10.5）岁。两组患者年龄、性别之间比较差异无统计学意义（P>0.05），具有可比性。

1.2　方法　两组患者均给予常规抗感染、吸氧、祛痰等治疗。对照组在常规治疗基础上给予异丙托溴铵和特布他林雾化吸入，异丙托溴铵溶液 0.5 mg（2 mL/ 支，进口药品注册证号 H20100682 ）与硫酸特布他林雾化液 5 mg （2 mL/ 支，进口药品注册证号 H20090134）加 0.9%氯化钠溶液 3 mL，采用以氧气为驱动压力的雾化吸入器雾化吸入，2 次 /d，15 min/ 次，氧流量为 7~8 L/min。研究组在对照组基础上给予注射用甲强龙琥珀酸钠 40 mg （进口药品注册证号 H20080284），静脉滴注，1 次 /d。疗程共为 7 d，疗程结束后比较两组患者治疗情况。

1.3　观察指标　所有患者治疗前后均行肺功能检查，包括第 1 秒用力呼气容积(FEV1) 、用力肺活量（FVC）。

1.4　疗效标准[3]　临床控制：患者治疗后咳嗽、咳痰消失；显效：患者咳嗽、咳痰、气促等临床症状明显好转，肺部湿罗音消失或明显减少，痰液由黏稠变为稀薄；有效：患者咳嗽、咳痰、气促等临床症状有所减轻，肺部湿罗音较治疗前比有减少，痰液由黏稠变为稀薄，但是量较多；无效：患者咳嗽、咳痰、气促等临床症状无明显变化，肺部罗音无减少或增多，痰量较多，甚至加重。临床控制 + 显效 + 有效 = 总有效。

1.5　统计学处理　本实验使用 SPSS16.0 统计学软件对数据进行统计。计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采用 t 检验，以均数± 标准差（$\overline{X}\pm S$）表示。P<0.05 为差异有显著性意义。

2　结果

2.1　两组治疗效果比较　对照组总有效率 85%，研究组总有效率 95%，两组之间比较，差异显著（P<0.05）。见表 1。

表 1　两组临床疗效比较　例

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	5	17	12	6	85
研究组	40	11	18	9	2	95

2.2　两组患者治疗前后肺功能比较　研究组治疗前后比较 FEV1、FVC 显著上升，差异有统计学意义（P<0.05）；治疗后研究组 FEV1、FVC 改善情况优于对照组，差异明显具有统计学意义（P<0.05）。

表 2　两组患者治疗前后肺功能比较　（$\overline{X}\pm S$）　L

组别	n	FEV1		FVC	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	40	1.39± 0.32	2.8± 0.23▲*	2.38± 0.25	3.56± 0.13▲*
对照组	40	1.35± 0.34	2.1± 0.24*	2.33± 0.29	3.03± 0.16*

注：与本组治疗前比较，*P<0.05；与对照组比较，▲P<0.05。

3　讨论

COPD 为气流受限性肺疾病，患者的迷走神经

中西医结合治疗29 例消化性溃疡临床疗效观察

郑超

（江苏省盐城市滨海县蔡桥镇卫生院　盐城 224531）

摘要：目的：观察中西医结合方法对消化性溃疡的临床治疗效果。方法：根据治疗方法不同将 58 例消化性溃疡患者分为观察组和对照组，对照组使用西医四联疗法治疗，观察组在对照组基础上辨证论治服用中药治疗。观察治疗后患者消化性溃疡症状的改善情况以及远期治疗效果。结果：观察组中痊愈 16 例，有效 11 例，痊愈率为 55.2%，总有效率为 93.1%，对照组中痊愈 12 例，有效 12 例，痊愈率为 41.4%，总有效率为 82.8%，观察组治疗效果优于对照组，差异显著（P<0.05）；观察组 HP 转阴 25 例，转阴率为 86.2%，对照组 HP 转阴 17 例，转阴率为 58.6%，观察组 HP 转阴率明显高于对照组，差异具有统计学意义（P<0.05）；观察组复发 2 例，复发率为 6.9%，低于对照组复发率 27.6%(8/29)，差异具有统计学意义（P<0.05）。结论：西药治疗消化性溃疡基础上联合中医辨证论治可有效改善消化性溃疡患者的临床症状，减少复发率。

关键词：消化性溃疡；中西医结合疗法；辨证论治；疗效

中图分类号：R 573.1　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.013

消化性溃疡（PU）包括胃、十二指肠以及复合溃疡，其发病主要机理为过多胃酸消化自身黏膜导致黏膜防御能力下降引发溃疡，具体病因尚未明确。为研究治愈 PU 的临床方法，本文在西医治疗基础上采用中医辨证论治的方法治疗 PU[1]，观察其临床效果以及远期治疗作用。现报告如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2012 年 2 月 ~2013 年 4 月我院消化科收治的消化性溃疡患者 58 例，临床均表现为周期性上腹部胀痛、泛酸症状。胃镜检查提示胃黏膜有出血和水肿表现。其中，男 27 例，女 31 例，患者年龄 20~55 岁，平均（36.24± 4.12）岁，病程 1~18 个月。患者溃疡直径均≤30 mm，溃疡数目均≤2 个，监测 HP 感染均阳性。治疗前患者均未服用任何抗生素治疗，无药物过敏史，经检查其他系统器官功能均正常。将患者随机分为观察组和对照组，两者患者的年龄、性别、病程等一般情况比较无显著性差异（P>0.05），具有可比性。

1.2　治疗方法　两组患者均进行一般治疗，保证规律的生活作息，进食定时定量，禁烟酒，保证充分营养供给，保持精神放松。对照组患者采用西医四联疗法治疗：奥美拉唑 40 mg + 克拉霉素 0.5 g + 阿莫西林 1 g+ 雷尼替丁 150 mg，2 次 / d，饭后服。观察组在对照组基础上采用中医辨证治疗：（1）脾胃虚寒证：胃隐痛，畏寒肢冷，腹胀便溏，舌体淡胖，有齿痕，苔白脉缓。治法为健脾和胃，温中散寒。药选黄芪、芍药、桂枝、茯苓、半夏、甘草、大枣。（2）肝胃不和证：胃脘胀痛，因情志不遂诱发，口苦泛酸，舌红苔白脉弦。治法为健脾和胃，疏肝理气。药选柴胡、芍药、陈皮、枳壳、川芎、香附、沉香、乌药、吴茱萸、延胡索。（3）肝胃郁热证：胃脘灼痛，胁肋胀痛，烦躁易怒，口苦口干，小便短黄，便秘，舌红苔黄脉弦数。治法为清胃泻热，疏肝理气。药选栀子、丹皮、黄连、陈皮、青皮、泽泻、贝母、郁金。（4）胃阴不足证：胃隐痛，饥不欲食，手足心热，舌红少津少苔，脉细数。治法为养阴止痛，健脾益胃。药选沙参、麦冬、当归、生地、枸杞、川楝子、芍药、柏子仁、甘草。（5）胃络瘀阻证：胃脘刺痛，伴呕血或黑便，舌紫伴瘀点，脉涩。治

张力较高，而支气管基础口径是由迷走神经张力决定的，迷走神经张力愈高，则支气管基础口径愈窄[4]。采用雾化吸入的治疗方式效果明显，无明显不良反应，临床一般采用两种药物联用治疗。本研究在此基础上加入甲强龙静脉滴注治疗，甲强龙属于人工合成的中效糖皮质激素，具有很强的抗炎作用，可抑制炎症介质的释放，增强平滑肌 β2 受体的反应性，降低气道的高反应性，提高气道平滑肌对 β2 受体激动剂的敏感性。但是甲强龙适合短期应用，长期用药会导致肾上腺皮质萎缩和机能不全。本组研究采用 7 d 作为 1 个疗程，避免了对肾上腺皮质的不良影响。本文研究结果显示，研究组总有效率明显高于对照组，其差异明显具有统计学意义（P< 0.05）。综上所述，采用异丙托溴铵和特布他林雾化联合甲强龙静滴治疗慢性阻塞性肺病急性加重期，其疗效显著，能有效缓解患者症状，降低病死率，值得临床推广应用。

参考文献

[1]柳涛，蔡柏蔷.慢性阻塞性肺疾病的诊断、治疗与预防的全球策略（2011 年版）[J].中国呼吸与危重监护杂志，2012，11(1)：1-12

[2]中华医学会呼吸病学会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊断指南（2013 年修订版）[J].中华结核和呼吸杂志，2013，36(4)：1

[3]杨金荣，郑晓燕，沈建英，等.布地奈德联合特布他林、异丙托溴胺雾化吸入治疗慢性阻塞性肺病急性加重期的临床疗效[J].南方医科大学学报，2010，30(11)：2 590-2 591

[4]刘又宁.呼吸内科学高级教程[M].北京：人民军医出版社，2011.251

（收稿日期：2013-09-11）