

2.2 两组临床疗效分析 所有患者均完成治疗,治疗组总有效率为 93.33%, 对照组总有效率为 82.14%, 治疗组总有效率明显高于对照组,有显著统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者疗效分析 例

组别	n	有效	总有效率(%)
治疗组	30	28	93.33
对照组	28	23	82.14

2.3 不良反应及住院时间分析 治疗组有 3 例发生恶心、呕吐、腹胀、烦躁、抽搐等不良反应;对照组出现 4 例不良反应, 两组差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 均予对症处理、调整药物剂量或呼吸机参数后症状缓解,未发生严重并发症和不良反应。两组住院时间有显著差异($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗不良反应与住院时间 ($\bar{X} \pm S$) 例(%)

组别	n	恶心、呕吐、腹胀	烦躁、抽搐	药物过敏	住院时间(d)
治疗组	30	2(6.67)	1(3.33)	0(0.00)	11± 3
对照组	28	2(7.14)	2(7.14)	0(0.00)	15± 4

3 讨论

COPD 并呼吸衰竭、肺性脑病是临床上常见的呼吸系统疾病,严重影响患者的健康,气管插管或气管切开机械通气对患者的创伤极大。随着无创呼吸机在临床上的应用,已成为 COPD 并呼吸衰竭、肺性脑病治疗上的重要措施之一。

COPD 患者因肺部病变或呼吸机疲劳等导致肺通气功能障碍、呼吸困难、每分钟通气量下降。缺氧和二氧化碳潴留加重将导致脑细胞受损、中枢神经功能障碍,表现为躁动、谵妄、甚至昏迷、通气功能抑制,反过来导致低氧及高碳酸血症更为严重,形成恶性循环。因此,早期防治肺性脑病的发生、改善通气、促进患者意识尽早恢复对于提高 COPD 患者存活

率与改善生存质量非常关键。BiPAP 无创呼吸机在患者吸气时给予一定的吸气压,减少气道阻力,增加肺泡通气量;呼气时给予一个较低的正压,促进肺泡扩张,改善缺氧及促进二氧化碳排出,从而改善通气,纠正呼吸衰竭。同时呼吸机还能改善气体在肺内分布不均的状况,使肺泡中的氧向血液弥散,减少无效死腔气量^[3],从而改善通气。机体发生呼吸衰竭时,体内的 β - 内啡肽含量明显升高,因此认为: β - 内啡肽是一种内源性呼吸抑制剂,参与 II 型呼吸衰竭的发生过程^[4],可减弱呼吸运动,使每分通气量下降,抑制呼吸造成低氧及高碳酸血症。纳络酮是羟二基吗啡酮的衍生物,能完全纠正或部分纠正阿片类物质的中枢抑制效应,其特点是容易透过血 - 脑屏障迅速产生兴奋呼吸中枢的作用,从而阻断呼吸中枢对呼吸的抑制作用,改善通气,改善低氧及二氧化碳潴留,纠正低氧血症及高碳酸血症,促进患者意识恢复,减少住院天数,提高治愈率,且不良反应少。本研究结果表明加用纳络酮治疗对于改善氧合、减轻高碳酸血症、促进意识恢复较对照组具有明显优势。

综上所述,BiPAP 联合纳络酮是治疗 COPD 合并肺性脑病的有效方法,可有效缓解缺氧及二氧化碳潴留,促进患者意识恢复,改善临床症状,降低住院天数,提高治愈率,同时该方案不良反应少,安全有效,值得在临床中推广应用。

参考文献

- [1]陈宝华,左志通,史建平,等.呼吸兴奋剂联合无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病并肺性脑病[J].实用医学杂志,2010,26(2):289-290
- [2]陆再英,钟南山.内科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版,2008.144
- [3]周小烈.无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺病并发 II 型呼吸衰竭 76 例临床分析[J].检验医学与临床,2011,8(9):1 035-1 036
- [4]陈天铎,董晨明,李培杰,等.纳络酮对心肺脑复苏作用的评价[J].急诊医学,2000,9(1):5-7

(收稿日期: 2014-05-05)

定喘汤雾化吸入治疗痰浊阻肺型肺胀 30 例疗效观察

李云林 江久

(江西省景德镇市中医医院 景德镇 333000)

摘要:目的:观察定喘汤雾化吸入治疗痰浊阻肺型肺胀的临床疗效。方法:将 60 例肺胀患者随机分为治疗组和对照组各 30 例,治疗组采用中药定喘汤雾化吸入治疗,对照组采用西药沐舒坦雾化吸入治疗。结果:治疗组总有效率 86.7%,对照组总有效率 73.3%,两组比较差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:定喘汤雾化治疗肺胀疗效确切。

关键词:肺胀;定喘汤;雾化吸入

中图分类号:R563

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.010

肺胀是指多种慢性肺系疾病反复发作,迁延不愈,肺脾肾三脏虚损,从而导致肺管不利,气道不暢,肺气壅滞,胸膈胀满等病理改变,以喘息气促、咳嗽咯痰、胸部膨满、胸闷如塞,或唇甲紫绀、心悸浮肿,

甚至出现昏迷、喘脱为临床特征的病证。现代医学称为慢性阻塞性肺疾病(COPD),频繁发作、气道炎症加重,肺功能进一步恶化,住院率和病死率上升^[1]。肺功能呈进行性减退,发展至后期,由于缺氧逐渐加

重、二氧化碳潴留导致呼吸衰竭、肺心病循环障碍,严重影响活动能力和生命质量。雾化吸入具有药物作用直接、起效快、操作方便、副作用少等特点,现已广泛应用于呼吸系统疾病^[2]。近年来,笔者采用定喘汤雾化吸入治疗痰浊阻肺型肺胀,获得了较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均来源于 2012 年 1 月~2014 年 3 月江西省景德镇市中医医院内科住院患者,随机分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组男性 14 例,女性 16 例;年龄 55~75 岁,其中 55~60 岁 6 例,61~70 岁 18 例,71 岁以上 6 例。对照组男性 17 例,女性 13 例;年龄 56~76 岁,其中年龄 56~60 岁 7 例,61~70 岁 16 例,71 岁以上 7 例。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 疾病诊断和分期标准参照卫生部《慢性阻塞性肺病诊疗规范(2011 年版)》进行诊断。

1.2.2 中医证候诊断 参照中华中医药学会 2008 年制定的《中医内科常见病诊疗指南 - 中医病证部

分》。胸满,咳嗽痰多,咯痰白黏或带泡沫,气喘,劳则加重,怕风易汗,脘腹痞胀,便溏,倦怠乏力。舌体淡胖,或紫暗,苔薄腻或浊腻,脉细滑。

1.3 治疗方案 两组患者出现心衰时予强心剂纠正心衰、吸氧、维持水电解质平衡等对症处理。治疗组治以化痰降逆平喘,方用定喘汤,药剂科制备。组方:白果 21 枚(去壳,炒黄色,分破),麻黄、款冬花、桑皮(蜜炙)各 9 g,苏子 6 g,制半夏(如无,甘草煎汤,泡 7 次)9 g,杏仁(去皮、尖)、黄芩(微炒)各 4.5 g,甘草 3 g。常规方法水煎,加水 500 mL 煎成 200 mL,过滤制成雾化液装瓶备用。取 20 mL 中药雾化液,加入雾化吸入器中雾化吸入,采用 JSC-OK 双头式多功能型超声雾化器(辽宁鞍山员电子医疗器械厂生产),2 次/d,20 min/次,余药 180 mL,半小时温服,2 次/d。对照组采用西药沐舒坦雾化吸入治疗,其方法设备均同观察组。两组均以 10 d 为 1 个疗程,共观察 2 个疗程。

1.4 观察指标 以咳嗽、咳痰,胸闷、喘息、气短或呼吸困难、乏力、紫绀等症状的程度进行积分^[3]。详见表 1。

表 1 临床症状评分表

症状	评分标准			
	0	1	2	3
咳嗽	无	仅早晨咳嗽	全天时有咳嗽加上早晨咳嗽	咳嗽频繁加上早晨咳嗽
咳痰	无	昼夜咳痰 10~20 mL	昼夜咳痰 20~30 mL	昼夜咳痰 30 mL 以上
喘息	无	较重活动偶发,不影响正常活动	多数日常活动发生但休息时不发生	休息时亦发生
胸闷	无	偶有胸闷,尚能耐受	胸闷时作,活动加重	胸闷较甚,休息时亦发生
气短	无	较重活动时即感气短	稍事活动时即感气短	休息时即感气短
乏力	无	精神稍疲乏	精神疲乏	精神极度疲乏
紫绀	无	口唇轻度紫绀	口唇指甲中度青紫	口唇指甲严重紫绀

1.5 疗效标准 临床症状和呼吸困难为评价指标。临床控制:疗程结束后咳嗽、咳痰、气短或喘息、呼吸困难、紫绀等症状均好转。显效:疗程结束后咳嗽、咳痰、气短或喘息、呼吸困难、紫绀明显减轻。有效:上述症状、体征部分减轻。无效:上述症状、体征无改善或加重^[4]。

1.6 统计学方法 计量分析用 t 检验,计数分析用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗组总有效率 86.7%,对照组总有效率 73.3%:治疗组总有效率明显优于对照组 ($P<0.05$),有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者治疗后疗效比较 例

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	6	12	8	4	86.7
对照组	30	4	8	10	8	73.3

2.2 中医证候积分 两组患者与治疗前比较, $P<0.05$,差异有统计学意义;治疗组与对照组治疗后组间比较, $P<0.05$,差异有显著意义。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医证候评分比较 ($\bar{X}\pm S$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	25.27± 11.35	11.15± 5.36**
对照组	30	27.10± 12.27	21.23± 8.25*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$ 。

3 讨论

现代医学对慢性阻塞性肺疾病的治疗,在稳定期以提高机体抗病能力为主,用支气管舒张药作为预防性用药;在急性加重期,除用支气管舒张剂外,应用抗生素以及并发症的处理亦是治疗的关键。

中医对“肺胀”的认识,其病名首见于《内经》。《灵枢·胀论》:“肺胀者,虚满而喘咳。”《灵枢·经脉》说:“肺手太阴之脉,……是动则病肺胀满膨膨而喘咳。”指出了本病虚满的基本性质和典型症状。汉代《金匮要略》还观察到肺胀可出现浮肿、烦躁、目如脱等症状,认为本病与痰饮有关,开始应用越婢加半夏汤、小青龙加石膏汤等方药进行辨证论治。隋代《诸病源候论·咳逆短气候》记载肺胀的发病机理是由于“肺虚为微寒所伤则咳嗽,嗽则气还于肺间则肺胀,

肺胀则气逆，而肺本虚，气为不足，复为邪所乘，壅否不能宣畅，故咳逆短乏气也”。

本病的发生多因久病肺虚、痰瘀滞留，每因复感外邪诱使病情发作或加剧。久咳、久喘、久哮、复感外邪，肺之体用俱损，呼吸机能错乱，气壅于胸，滞留于肺，痰瘀阻结肺管气道，导致肺体胀满、张缩无力、不能敛降而成肺胀。病位首先在肺，继则影响脾、肾，后期病及于心，亦可累及于肝^[4]。在急性加重期分为寒饮伏肺、痰浊阻肺、痰热壅肺、阳虚水泛、痰蒙神窍五种证型。痰浊阻肺：胸满，咳嗽痰多，咯痰白黏或带泡沫，气喘，劳则加重，怕风易汗，脘腹痞胀，便溏，倦怠乏力，舌体胖淡或紫暗，苔薄腻或浊腻，脉细滑。定喘汤方中麻黄宣肺平喘，白果敛肺定喘，一开一收为君；杏仁、苏子、半夏、款冬花降气化痰为臣；桑白皮、黄芩清泄肺热为佐；甘草调和诸药，兼以润肺为

使。合而用之，共达宣肺平喘、化痰泄热之功。研究认为定喘汤能有效地降低肺及全身性炎症反应，减轻肺水肿，改善氧的通气功能，降低呼吸频率，提高治愈率。临床实践证明，定喘汤具有祛痰、镇咳、解痉作用，可缓解气道痉挛、呼吸困难、精神紧张等而无明显不良反应。综上所述，定喘汤雾化吸入治疗痰浊阻肺型肺胀，其综合疗效优于对照组，是一种简便、有效的方法，值得在临床上推广应用。

参考文献

[1]王秋月. 抗生素在慢性阻塞性肺疾病治疗中的应用[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(4): 301

[2]王永炎, 严世芸. 实用中医内科学[M]. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2009. 193

[3]中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南 - 中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008. 49

[4]薛亚君. 痰热清配合西药治疗慢性阻塞性肺疾病疗效观察[J]. 陕西中医, 2013, 34(4): 388

(收稿日期: 2014-04-30)

济川煎治疗老年功能性便秘 43 例临床疗效观察

陆德成¹ 刘翠清² 王晋阳³ 井小会³

(1 甘肃省金昌市永昌县中医门诊部 永昌 737200; 2 甘肃中医学院附属医院 兰州 730020; 3 甘肃中医学院 兰州 730000)

摘要:目的: 探讨济川煎加减治疗老年功能性便秘的临床疗效。方法: 选取 2013 年 3 月~2014 年 2 月在甘肃省金昌市永昌县中医门诊部、甘肃中医学院附属医院门诊治疗的 86 例患者, 随机分为对照组和治疗组各 43 例, 治疗组采用济川煎加减方治疗, 对照组采用乳果糖治疗, 比较两组患者的疗效及症状改变情况。结果: 治疗组总有效率为 97.67%, 对照组为 83.72%, 两组比较具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 济川煎加减治疗老年功能性便秘疗效显著。

关键词: 老年功能性便秘; 济川煎; 疗效观察

中图分类号: R256.35

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.011

便秘是由多种原因引起的粪便在肠内滞留过久、秘结不通、排便周期延长, 或周期不长、但粪质干结、排出艰难, 或粪质不硬、虽有便意、但便而不畅等为主要表现的一类疾病。功能性便秘是指临床上排除了代谢性、器质性和系统性疾病之后的便秘。随着社会老龄化、生活节奏、饮食习惯的改变, 以及来自精神、心理和社会因素的影响, 功能性便秘的发病率呈不断上升趋势。在北京、天津、西安等地对 60 岁以上人群进行流行病学调查表明, 慢性便秘者高达 15%~20%^[1], 可见本病好发于老年人, 故又可称为老年功能性便秘。便秘不仅降低人们的生活质量, 也易导致心脑血管疾病的发生, 会造成血压升高、诱发心肌梗死、突发脑出血、脑梗死等病, 因此积极研究对便秘正确、规范、合理的治疗有非常重要的意义。本研究于 2013 年 3 月~2014 年 2 月对 43 例老年功能性便秘患者, 采用济川煎方治疗, 并与西药治疗的结果进行比较。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将来自甘肃省金昌市永昌县中医门诊部、甘肃中医学院附属医院门诊的 86 例患者随机分为治疗组与对照组各 43 例。治疗组男 21 例, 女 22 例; 年龄 63~83 岁, 平均年龄 65 岁。对照组男 22 例, 女 21 例; 年龄 61~80 岁, 平均年龄 63.5 岁。两组一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 临床诊断 中医诊断标准: 参考 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]中便秘的诊断标准作为依据: 排便时间延长, 3 d 以上一次, 粪便干燥坚硬; 重者大便艰难, 干燥如栗, 可伴少腹胀急、神倦乏力、胃纳减退等症; 排除肠道器质性疾病; 同时中医辨证属肾阳虚型便秘, 证见: 大便干或不干, 排出困难, 小便清长, 面色皤白, 四肢不温, 腹中冷痛或腰膝酸冷。舌淡苔白, 脉沉迟。西医诊断标准: 符合罗马 III 功能性便秘的诊断标准: (1) 在