

优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,曲美他嗪、阿托伐他汀联合治疗冠心病效果明显,有效恢复心功能,不良反应少。

参考文献

[1]吴雷.曲美他嗪联合阿托伐他汀治疗冠心病临床疗效观察[J].中国医药指南,2012,10(9):160-161
[2]谭正中.曲美他嗪、阿托伐他汀联合治疗冠心病的疗效分析[J].中国医学工程,2012,20(8):158-159
[3]于安石.阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病的临床疗效评估[J].中国民康医学,2014,26(3):58-59

(收稿日期:2014-02-20)

重症哮喘采用中西医结合治疗效果观察

葛海清

(甘肃省兰州市兰石医院 兰州 730050)

关键词:重症哮喘;中西医结合疗法;疗效观察

中图分类号:R562.25

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.022

哮喘(即支气管哮喘)至今发病机制尚不明确,与遗传、呼吸道病毒感染、环境、气道异常反应等密切相关,临床主要表现为喘息、胸闷及气促、咳嗽等^[1]。重症哮喘是指哮喘发作持续 24 h 以上,经常规疗法(包括:抗炎、平喘、 β_2 受体激动剂、静脉使用糖皮质激素及吸入性激素的应用等)治疗均不能缓解哮喘症状的,称哮喘持续状态,包括在危重哮喘之中。重症哮喘的临床表现:患者在休息状态下也存在呼吸困难,端坐呼吸,说话受限,语句不连贯,只能说字,常有烦躁、焦虑、紫绀、大汗淋漓;呼吸频率常 >30 次/min,辅助呼吸肌参与呼吸运动,双肺满布响亮的哮鸣音,脉搏 >110 次/min,pH 降低;动脉血气常有不同程度的低氧血症,甚至是重度低氧血症(Ⅱ型呼衰)。严重哮喘具有发病急、危重等特点,若治疗不及时可能导致患者呼吸功能衰竭,很快死亡。本研究对我院收治的重症哮喘患者行中西医结合治疗,效果显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2011 年 12 月~2013 年 1 月收治的 50 例重症哮喘患者为研究对象,所有患者经 X 胸片、血常规、动脉血气分析及临床表现等确诊为重症哮喘,均表现出不同程度的呼吸困难、喘息、紫绀等症状。其中男性 27 例,女性 23 例;年龄在 65~75 岁之间,平均年龄(35.6 ± 1.2)岁;病程 3~35 年,平均病程(18.2 ± 1.4)年;重症发作时间 2~95 h,平均(48.5 ± 3.5)h。抽签将其随机分为对照组和观察组各 25 例,两组患者在年龄、病程等信息上差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 常规西医治疗。给予患者持续吸氧、高压泵雾化吸入、纠正水电解质紊乱等治疗。其中吸氧采取鼻导管吸入形式,氧气流量 2~3 L/min;氨茶碱(0.5~1 g)+葡萄糖(10%,200~300 mL)静脉滴注,在患者病情稳定后适当减少氨茶碱剂量。哮喘缓解期给予 ICS/LABA 治疗,如沙美特罗(50 μ g)/舒利迭(100 μ g)吸入治疗,2 次/d,同时进行抗感染治疗。

1.2.2 观察组 中西医结合治疗。西医治疗同对照组,中药汤剂:苏子 10 g、陈皮 5 g、炙麻黄 5 g、白芥子 5 g、杏仁 10 g、莱菔子 10 g、甘草 5 g、制半夏 2 g、白前 10 g。伴有痰湿、舌苔黄者加用桑白皮等,大便干燥者加用大黄,声音嘶哑、咳嗽者加用玉蝴蝶、玄参等。适当添加清水文火煎熬到 500 mL,1 剂/d,早晚各服用 1 次。1 周为 1 个疗程,连续治疗 1~3 个疗程。

1.3 疗效评定标准 显效:患者胸闷、喘息等临床症状及体征基本消失,肺部听诊哮鸣音基本消失;有效:患者胸闷、呼吸困难等临床症状及体征有所改善,肺部听诊哮鸣音有所好转;无效:患者呼吸困难、喘息等临床症状及体征不变或加重。总有效率=显效率+有效率。

1.4 统计学方法 应用 SPSS18.0 统计学软件进行数据分析,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

1.5 治疗结果 观察组总有效率 88%,对照组总有效率 68%,观察组总有效率明显高于对照组,差异

表 1 两组临床效果比较 例(%)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	25	15 (60)	7 (28)	3 (12)	22 (88)*
对照组	25	10 (40)	7 (28)	8 (32)	17 (68)

注:与对照组比较,* $P<0.05$,差异有统计学意义。

2 讨论

重症哮喘发病急且严重,若抢救不及时可能导致患者死亡。为此,采取安全、高效的治疗方法至关重要。目前临床上治疗重症哮喘的主要手段为西医治疗,哮喘发作时及时地进行吸氧治疗,氧容量为 2~3 L/min,同时给予氨茶碱、沙美特罗(吸入型糖皮质激素)/舒利迭(吸入型长效 β_2 受体激动剂)等抗哮喘药物治疗,主要目的是舒张支气管平滑肌、控制

感染,虽有一定的疗效,但不良反应较多,总体治疗效果不是很理想^[2]。中医认为哮喘属于“哮证”范畴,主要由肾、脾、肺三虚引起,以止咳、平喘为主。中医药方中杏仁、麻黄等具有化痰、平喘、止咳、利水消肿等功效,白前、莱菔子、苏子等具有降气化痰、止咳平喘等功效。本研究采取中西医结合治疗后,总有效率为 88%,比单纯使用西医治疗的患者高 20%。由此可见中西医治疗能有效缓解重症哮喘临床症状,改善患者生活质量。

参考文献

[1] 罗世杰,唐志书,张玲,等.儿童哮喘中西医结合阶梯式治疗方案研究[J].陕西中医学院学报,2011,34(3):6-8
[2] 杨戈. 中西医结合治疗哮喘的临床疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2012,10(33):626-627

(收稿日期: 2014-04-14)

HIV/AIDS 并肺结核者与单纯肺结核者的临床特征研究

李沛军

(青海省第四人民医院中西医结合科 西宁 810000)

摘要:目的:探讨 HIV/AIDS 并肺结核(TB)者与单纯 TB 者的临床特征。方法:选择 HIV/AIDS 并 TB 患者 70 例作为研究组,选择同期收治的单纯 TB 患者 72 例作为对照组,观察比较两组患者临床特征、影像学检查结果、治疗效果。结果:研究组咳嗽、发热、消瘦、胸痛的临床症状明显多于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。研究组并发症发生例数明显多于对照组($P<0.01$);且肺外结核发生例数也多于对照组($P<0.01$)。研究组粟粒样病变 38 例,明显高于对照组的 24 例($P<0.05$);研究组伴有空洞形成 25 例,明显低于对照组的 53 例($P<0.01$)。两组治疗效果均较佳。结论:HIV/AIDS 合并 TB 的发生率较高,临床表现不具备典型性,诊疗时应结合患者个体情况,给予多样化治疗。

关键词:HIV/AIDS 合并肺结核;单纯肺结核;临床特征

中图分类号:R512.91

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.023

许多资料显示,艾滋病(AIDS)患者结核(TB)的发生率约为正常人的 30 倍,而两种疾病是目前危害人类健康的严重传染性疾病^[1-2]。感染结核分枝杆菌的患者终生发病率仅为 10%,而联合感染人类免疫缺陷病毒(HIV)的发病率为 5%~8%,其中近 1/3 的 AIDS 患者因结核病致死。近年来,随着人们生活方式的改变,HIV/AIDS 的发病率呈显著递增的趋势,而 TB 作为 AIDS 多发的机会性感染,其合并后可使患者出现病情恶化、感染加重等症状,明显加快了死亡速度。本文对 70 例 HIV/AIDS 并 TB 患者与单纯 TB 者的临床特征进行对照性分析,旨在加强对 HIV/AIDS 的认知,为完善临床诊治方案提供有效参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月~2013 年 1 月期间我院收治的 HIV/AIDS 并 TB 患者 70 例作为研究组,其中男 45 例,女 25 例;年龄 21~48 岁,平均年龄(35.3± 3.3)岁;选择同期收治的单纯 TB 患者 72 例作为对照组,其中男 45 例,女 27 例;年龄 21~50 岁,平均年龄(36.2± 3.5)岁。入选患者均根据

2005 年中华医学会制定的《临床诊疗指标》中对 TB 的诊断标准及《国家免疫艾滋病抗病毒药物治疗手册》内对于 HIV/AIDS 诊断标准进行确诊。

1.2 观察方法 观察对比两组患者临床特征、影像学检查结果、治疗效果等信息。

1.3 治疗方法 对照组肺外结核及痰菌阳性者给予 3HRZE/6HR 化疗,其他患者应用 2HRZE/4HR 化疗,研究组在此基础上应用免疫调节及抗病毒治疗,采取 3TC+AZT/D4T+EFV 治疗。两组在治疗同时均采取对症治疗、保肝及营养支持,均治疗 6 个月。

1.4 统计学方法 通过 SPSS13.0 软件进行分析与统计,计量资料以率(%)来表示,组间对比采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床特征比较 两组性别对比无明显差异($P>0.05$)。研究组咳嗽、发热、消瘦、胸痛的临床症状明显多于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。研究组并发症发生例数明显多于对照组($P<0.01$)。研究组肺外结核发生例数明显多于对照组($P<0.01$),研究组中最为常见的肺外结核为结核性胸膜 (下转第 91 页)