

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

• 39 •

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)

药品产生的所有额外费用由患者支付,包括普通患者支付费用在内。根据选择药物种类加价规定,给药剂师的补贴是基于在确认的治疗组中定价最低的福利药品。更高定价的福利药品产生的所有额外费用由患者支付,包括普通患者支付费用在内。患者支付的特殊费用,选择药物品牌和药物种类的加价对于最大用药量同样适用。当一个用药量小于或大于最大用药量,同时使用标准定价规则时,加价产生的额外费用将是影响最大用药量的因素之一。

某些公立医院对于 PBS 处方药品另有规定。为了在这些规定下获得药品福利,患者必须在参与药品改革的公立医院就诊,或必须是出院病人或非住院病人。只有提供药物诊疗的执业医师、提供助产术治疗的助产士、提供专业护理的执业护师可以在参与药品改革的公立医院开出 PBS 补助的药品。维多利亚州、昆士兰州、南澳大利亚州、塔斯马尼亚地

区和北澳大利亚州都有此类规定。

处方权者开出了一张有关用药量大于最大用药限量的 PBS 权威处方,患者应该支付每次提供超出最大用药限量所产生的额外费用。

药剂师被允许同时提供每项福利药品及其所有重复用药量。对于 PBS 的处方药品,药剂师为提供首次和每次重复用药量组成的总用药量可以向普通患者收取额外费用(包括患者支付的所有合理的特殊费用,选择药物品牌或药物种类产生的额外费用,以在总用药量中提供首次和每次重复用药量)。

如果药剂师在非正常营业时间提供 PBS 药品,那么可以收取额外费用。这笔费用由患者支付,且不计入安全网内。

药房配发福利药品会产生额外的费用,这笔费用也不计入安全网内。

来源:江西省卫计委药政处提供(www.pbs.gov.au)

(上接第 39 页)炎、纵隔淋巴结、结核性心包炎、结核性脑膜炎;而对照组最为常见的为结核性胸膜炎、结核性脑膜炎、纵隔淋巴结。见表 1。

表 1 两组临床特征比较 例												
组别	n	性别		临床表现					肺外结核		并发症	
		男	女	咳嗽	发热	咯痰	消瘦	胸痛	有	无	有	无
研究组	70	45	25	50*	58 [#]	40	60 [#]	58 [#]	50 [#]	20	70 [#]	0
对照组	72	45	27	65	30	45	37	38	26	46	47	25

注:与对照组相比,*P<0.05, [#]P<0.01。

2.2 两组影像学检查结果比较 两组经胸部 CT 检查提示,研究组粟粒样病变 38 例,明显高于对照组的 24 例(P<0.05)。研究组浸润改变 35 例,对照组 40 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)。而从病变范围方面来看,研究组两肺病变 60 例,单侧病变 10 例;对照组两肺病变 40 例,单侧病变 32 例;两组对比差异具有统计学意义(P<0.05)。

2.3 两组治疗效果比较 经 6 个月治疗后,研究组肺部 CT 改善率低于对照组(P<0.01);研究组痰涂片(+)多于对照组(P<0.01);两组死亡例数对比无明显差异(P>0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗效果比较 例(%)				
组别	n	肺部 CT 提示改善	痰涂片(+)	死亡
研究组	70	45(64.28)*	18(25.71)*	1(1.43)
对照组	72	65(90.28)	6(8.33)	0(0.00)

注:与对照组相比,*P<0.01。

3 讨论

AIDS 合并 TB 患者因临床表现不明显,且免疫功能降低,这使 TB 失去了相应的特征表现。本文研究结果可见,研究组表现为发热、消瘦、胸痛的例数明显多于对照组,而对照组咳嗽的例数多于研究组;

研究组由于严重的免疫功能减退可使结核菌向外散播,所以其并发症及肺外结核的发生率明显高于对照组。研究组 CT 表现不具有典型性,多见于肺间质性浸润、播散性浸润性病变,感染进展后可增加中下部病变,胸腔积液、空洞形成,纵隔淋巴结肿大、心包积液等。通过抗 AIDS 治疗后,因免疫系统重建,其短期内病灶无明显改善或见增大,边缘模糊严重。但经有效的抗 TB 治疗后,病灶可逐渐减小。因此,治疗初期病灶扩大不应提示为疗效不佳,而应视作有效治疗的标志,临床中应加以注意^[1]。本文研究结果显示,研究组治疗 6 个月后,肺部 CT 提示的改善率为 64.28%,痰涂片转阴率为 74.28%,死亡率为 1.43%;对照组分别为 90.28%、91.67%、0.00%,两组均取得了较好的治疗效果。结果可见,针对 HIV/AIDS 患者应积极采取抗病毒治疗及抗结核治疗。

总之,HIV/AIDS 合并 TB 的发生率较高,临床表现不具备典型性,但其肺部 CT 可提示病灶具有多形态表现,痰检查抗酸杆菌阳性比率较低,抗病毒及抗结核治疗均能取得较好疗效。临床诊疗时,应结合患者个体情况,及时诊断,早期治疗,以此保证患者的治疗效果,降低死亡率。

参考文献

[1]陆霓虹,杨蓁,邓常文,等.HIV/AIDS 合并肺结核与单纯肺结核患者临床特征分析[J].昆明医学院学报,2012,33(2):140-143
[2]陆霓虹,汪亚玲,杨蓁,等.艾滋病并肺结核患者与单纯性肺结核患者免疫功能变化的临床意义 [J]. 昆明医科大学学报,2013,34(1): 153-155
[3]谢正平,戴峰.AIDS 合并粟粒型肺结核的 HRCT 表现与 CD4+T 细胞相关性分析[J].放射学实践,2013,28(2):150-153

(收稿日期: 2014-04-24)