

加温加氧雾化吸入对 AECOPD 患者临床效果观察

彭立萍¹ 袁小兰^{2#} 胡小萍² 诸纪芬²

(1 江西省医药采购服务中心 南昌 330029; 2 江西省胸科医院 南昌 330006)

摘要:目的:对慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)患者采用新型加温加氧超声雾化吸入治疗,与传统的氧气超声雾化吸入方式对比,探讨一种对 AECOPD 患者最有效的雾化吸入方式。方法:将 90 例 AECOPD 患者随机分成观察组(加温加氧超声雾化组)和对照组(氧气雾化组)。观察两种雾化吸入方式患者排痰例数及疗效。结果:两组患者雾化吸入后排痰例数及雾化吸入疗效具有统计学意义($P<0.05$)。结论:加温加氧超声雾化吸入方式具有恒温的功能,能免除低温气雾吸入引起的支气管痉挛及黏膜纤毛摆动受抑制;氧气流量和浓度可调,可避免氧气浓度不稳定造成Ⅱ型呼吸衰病人 CO_2 潴留加重,值得在临床推广应用。

关键词:慢性阻塞性肺疾病急性加重期;加温加氧超声雾化吸入;效果观察

中图分类号:R563

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.004

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以气流受限为特征的可以预防和治疗的疾病,COPD 患者存在诱发因素(急性上呼吸道感染等)时可引起慢性阻塞性肺疾病急性发作(AECOPD),引起呼吸衰竭^[1],病情反复发作,加重患者经济负担,影响生存质量。雾化吸入方式对 AECOPD 的治疗逐渐被临床医生认可^[2],舒适有效的雾化吸入方式可缓解患者症状、提高患者医从性、缩短住院时间、提高患者疗效、节约医疗费用。我科 2013 年 10 月~2014 年 6 月收治了 90 例 AECOPD 患者,随机分为观察组(加温加氧超声雾化组)和对照组(氧气雾化组)各 45 例进行观察,分析两组雾化吸入后疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院呼吸内科 2013 年 10 月~2014 年 6 月收治的 AECOPD 患者 90 例,其中男 62 例,女 28 例,年龄 45~78 岁,平均年龄为 67 岁,病程 3~25 年,随机分为观察组和对照组各 45 例,两组患者性别、年龄、治疗手段和患病年龄等无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 材料 观察组患者使用广州医学院第一附属医院广州呼吸疾病研究所呼吸疾病国家重点实验室和东莞永胜医疗制品有限公司共同研制的专利产品 VGR-001 超声雾化器,对照组使用内蒙古英华融泰高科技发展有限公司生产的一次性雾化器。两组患者均使用中心供氧。

1.3 方法 观察组:先在加温加氧超声雾化器水槽内加低于 25℃的水(水位不超过最大水位线),放入已盛 20 mL 药液的药杯,旋好盖子,连接加热连接管、咬嘴并接好温度探头,打开电源,确认汽源驱动模式(氧气模式),按医嘱选择氧浓度(根据氧气流量和风量调节)、温度 $[(32\pm 5)^\circ\text{C}]$ 、时间(15~20 min)及雾量大小,按确认键开始操作,保证患者在吸氧状态下吸入恒温、适量、舒适的雾化粒子。对照

组:将装入 20 mL 药液的一次性雾化器插入中心供氧氧气接头上,调节氧气流量至 5 mL/min,咬嘴放入患者口中,教患者作深呼吸将雾粒吸入肺部。

1.4 疗效评价 参考相关文献制定^[3]:有效:治疗 3~7 d 喘憋症状消失或明显减轻,肺部体征减少或消失;无效:治疗 7 d 后,喘憋症状仍较明显,肺部体征无明显变化。

1.5 数据处理 所有数据均采用 SPSS16.0 统计软件,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组排痰效果明显优于对照组,疗效明显优于对照组,均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者雾化后排痰及疗效比较 例(%)			
组别	n	雾化后排痰	有效
观察组	45	42(93.33)	44(97.78)
对照组	45	32(71.11)	37(82.22)
χ^2		7.6	4.44
P		<0.01	<0.05

3 讨论

气道黏液腺高分泌和黏膜纤毛功能失调是慢性阻塞性肺疾病重要生理特征,导致气道分泌物多,通气降低导致呼吸困难,加温加氧超声雾化湿化效果显著,雾化后气道分泌物膨胀,便于及时清理患者分泌物,缓解呼吸困难症状。加温加氧超声雾化器具有恒温、供氧功能,可产生具有合适的温度和氧气浓度的雾化气体,保证患者在使用超声雾化同时,能湿化气道,促进气道分泌物的清除,且避免出现低氧血症和因雾化气体温度过低刺激气道而引起的支气管痉挛和呼吸困难。雾化粒子大小 1~5 μm 比较合适,容易沉积在细支气管及肺泡;氧气雾化所需的氧流量为 6~8 L/min,氧气连接简单,易操作^[4]。加温加氧超声雾化原理是通过超声波驱动板驱动雾化换能片,使药杯中药物产生雾化,并将雾化液加热到预定温度(32~35℃),通过氧气的压力及风机将药雾送出,

通讯作者:袁小兰, E-mail: xkyy2007@163.com

供患者使用。氧气管道相接,不但起到雾化的功能,而且把氧气加温、加湿和药物雾化结合起来,通过对氧气浓度的调节,使病人吸入气体中的氧气浓度达到预期要求。呼气正压阀可调节呼气时气道压力,使患者呼气时维持低的胸内压,以免小气道塌陷,利于吸入药物的持续作用^[5];同时延长呼气时相,有效排出更多 CO₂,防止和减轻 CO₂ 潴留。

本研究结果显示,因雾化微粒小,雾化气体温度符合气道的生理需求,提供满足 AECOPD 患者需求的氧气浓度,加温加氧超声雾化湿化排痰效果显著,能及时清除患者呼吸道分泌物。但雾化吸入时间以不超过 20 min 为宜,长时间雾化吸入可加重支气管水肿,使通气功能更差,导致心肌缺血缺氧,严重者可致心力衰竭^[6]。低温雾化气体进入呼吸道时,呼吸道黏膜纤毛系统对其进行加温,气体从呼吸道黏膜吸收温度和水分,从而增加了呼吸道的负荷,使呼吸道分泌物更加黏稠。氧气雾化吸入产生的雾化气体的温度远低于呼吸道生理温度,不利于维持呼吸道纤毛运动的最佳状态,而加温加氧超声雾化气体温度维持在 32~35℃,接近生理温度 37℃,能更好地

清除气道分泌物。治疗过程中如出现过度换气或咳嗽等症状,可以拿开喷雾器让鼻部轻松呼吸几次,待不适感消失后再继续吸放,如果出现呼吸急促、口唇发绀应停止治疗,并立即通知医生处理^[7]。本研究观察组有 1 例患者出现咳嗽剧烈、分泌物多而拒绝接受雾化吸入治疗,遵医嘱停止使用。而对照组有 8 例患者出现不同程度不适被迫停止雾化吸入治疗。综上所述,加温加氧雾化吸入方式在 AECOPD 患者中疗效显著,值得在临床推广使用。

参考文献

[1]张遂甫.沙丁胺醇、布地奈德联合氨溴索雾化治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作的疗效[J].临床医学,2012,32(11):26-28
[2]荆建华.联合雾化吸入在慢性阻塞性肺疾病急性加强期疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2012,20(11):1 862-1 863
[3]李西睦,哈广娟,丁志远.3 种不同雾化吸入方式治疗毛细支气管炎疗效比较[J].河北医药,2009,31(21):2 909-2 910
[4]Laube BL,Janssens HM,de Jongh FHC,et al.What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies [J].Eur Respir J,2011,37(6):1 308-1 331
[5]李洁,杜美莲,詹庆元.胸部物理疗法新进展[J].国际呼吸杂志,2007,27(13):1 033
[6]解秀玲.氧气驱动雾化吸入研究进展[J].护理研究,2007,21(29):2 643-2 645
[7]黄曲.雾化吸入在治疗毛细支气管炎中的应用[J].北方药学,2012,9(2):26-27

(收稿日期:2014-09-10)

柴胡加龙骨牡蛎汤治疗失眠症 32 例临床观察

徐春风 杨晓梅

(北京市土地医院 北京 100084)

摘要:目的:观察柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗失眠症的疗效。方法:64 例失眠患者随机分为治疗组与对照组各 32 例,对照组口服西药艾司唑仑,治疗组服用柴胡加龙骨牡蛎汤加减,7 d 为 1 个疗程,连服 2 个疗程。随访 1 周,对比观察两组临床疗效和反弹性失眠率。结果:治疗组治愈 22 例,好转 8 例,未愈 2 例,总有效率 93.75%,反弹性失眠率为 0;对照组治愈 14 例,好转 8 例,未愈 10 例,总有效率 68.75%,反弹性失眠率为 15.62%;两组比较, $P<0.05$ 。结论:应用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗失眠有一定疗效。

关键词:失眠症;柴胡加龙骨牡蛎汤;临床观察

中图分类号:R256.23

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.005

失眠,中医又称“不寐”,是指睡眠质量和时间下降,从而影响其正常社会功能的一种主观体验。失眠症常缠绵难愈、虚实夹杂,笔者临床运用柴胡加龙骨牡蛎汤加减施治起效快、远期疗效好,同时改善伴随的精神症状,提高生活质量。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 入选病例均为本院门诊 2012 年 1 月~2013 年 12 月的 64 例失眠患者,病程均持续 2 周以上,入选者随机分为治疗组与对照组各 32 例。治疗组女 18 例,男 14 例;年龄 21~68 岁,平均(46.1±7.6)岁。对照组女 19 例,男 13 例;年龄 20~68 岁,平均(45.3±6.8)岁。两组患者年龄、性别、病程等方面比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 按照国际通用的诊断标准及《中

国精神障碍分类及诊断标准》^[1](CCMD-3)并结合中国人睡眠生活特点,初步拟定以下诊断标准:(1)睡眠障碍:包括难以入睡,久不能眠,或间断多醒,整夜多梦,似睡非睡或早醒,醒后不能再入睡,或通宵难眠。(2)上述睡眠障碍每周至少发生 3 次,并持续 2 周以上。(3)白天出现精神疲乏不振,或头晕头胀、心慌心烦等症状,影响工作、学习和社会活动功能。(4)无躯体疾病,或其他精神疾病的并发症状。

1.3 纳入标准 具有失眠典型症状,持续在 2 周以上,符合中医辨证标准者。

1.4 排除标准^[1] (1)凡是全身性疾病如疼痛、发热、咳嗽、手术等,以及外界环境干扰因素引起者;(2)年龄在 18 周岁以下或 70 岁以上者,妊娠或哺乳期妇女;(3)合并有心血管、肺、肝、肾和造血系统等严重原发疾病,精神病患者;(4)排除躯体疾病或精