

3 讨论

急性上呼吸道感染发病率较高,70%~80%的患者由病毒感染引起,发热是常见的伴随症状。患者发热是由于多种因素引起体温发生病理性升高,体温调定点上调。布洛芬是世界卫生组织、美国 FDA 唯一共同推荐使用的非甾体抗炎药,安全性高,退热效果佳,在国内可见诸多相关研究报道<sup>[5-6]</sup>。而对于选择何种发热时相进行给药目前尚无明确的推荐,相关研究报道也较少。

布洛芬通过抑制前列腺素合成,进而抑制白细胞活动及溶酶体酶释放,缓解炎症反应、发热等症状,退热作用通过下丘脑体温调节中枢完成,对产热系统无明显影响,不影响正常体温。现代药理研究提示<sup>[7]</sup>,布洛芬口服 30 min 后即可起效,2.5 h 药效可达到峰值,同时该水平可维持 4 h,8 h 内无反弹现象,药效持续时间长,可减少给药次数。本研究中,B 组患者在体温达到乙时相时给予布洛芬 0.2 g 口服,临床疗效上与 A 组无显著性差异,但在体温恢复上

明显优于 A 组,这一结果与国内相关研究一致<sup>[8]</sup>。综上所述,在乙时相(体温超过 39℃)给予患者布洛芬口服可明显缩短患者病程,具有良好的临床效果。

参考文献

[1]徐洪涛,余健,聂国明,等.右旋布洛芬与布洛芬混悬液退热疗效的对照研究[J].实用药物与临床,2013,16(8):701-702  
[2]范利生.改良退热方法在小儿上呼吸道感染发热中的临床应用[J].江西医药,2015,50(7):694-696  
[3]张延义.小儿牛黄清心散联合布洛芬颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染的效果[J].临床合理用药杂志,2015,8(9C):147-148  
[4]周彬武.小儿氨酚黄那敏颗粒联合利巴韦林气雾剂治疗急性上呼吸道感染的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2016,16(6):756-758  
[5]陈璐,黄文红,应鄂华,等.右旋布洛芬与布洛芬混悬液在 6 月~6 岁儿童中退热疗效的对照研究[J].中国卫生标准管理,2016,7(23):93-95  
[6]高雪红.布洛芬混悬液与小儿氨酚黄那敏颗粒治疗小儿上呼吸道感染发热临床效果比较分析[J].当代医学,2014,20(5):139-140  
[7]叶彩莲,骆建文.布洛芬混悬液治疗急性上呼吸道感染高热的应用意义探究[J].北方药学,2016,13(8):145  
[8]贺芳.布洛芬混悬液与小儿氨酚黄那敏颗粒治疗小儿上呼吸道感染发热临床效果比较分析[J].当代医学,2016,22(4):130-131

(收稿日期: 2017-01-16)

无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭疗效观察

谭俊锋

(广东省佛山市高明区人民医院呼吸内科 佛山 528500)

**摘要:**目的:探讨无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的临床疗效。方法:选择 2015 年 1 月~2016 年 10 月本院收治的 84 例慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 42 例。两组患者入院后均立即行常规对症治疗,在此基础上,对照组患者持续低流量吸氧,观察组行无创正压通气治疗,观察两组患者临床疗效,并监测两组血气分析指标变化。结果:观察组总有效率显著高于对照组, $P<0.05$ 。治疗后,观察组氧分压、血氧饱和度指标水平显著高于对照组,观察组二氧化碳分压水平显著低于对照组, $P<0.05$ 。结论:慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者采用无创正压通气治疗临床疗效良好,可有效改善患者缺氧状态,改善患者预后,值得临床借鉴使用。

**关键词:**慢性阻塞性肺疾病;呼吸衰竭;无创正压通气;临床疗效

中图分类号:R563

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.077

慢性阻塞性肺疾病是老年人高发的呼吸系统慢性病,受人口老龄化、环境污染等因素影响,我国慢性阻塞性肺疾病发病率逐渐升高,成为临床领域研究的重点课题。慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭临床救治较为复杂,其中吸氧、改善肺通气功能是治疗的重点环节,无创正压通气治疗是较为常用的机械通气模式<sup>[1]</sup>。为进一步探究无创正压通气治疗临床应用效果,本研究将 84 例慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭患者作为研究对象,对无创正压通气临床疗效和相关指标改善情况进行了监测分析,旨在探明无创正压通气的临床应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1 月~2016 年 10 月本院收治的 84 例慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭

患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 42 例。两组患者行体格、胸片、血气分析等辅助检查均确诊为慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭。观察组男 28 例,女 14 例;年龄 49~78 岁,平均年龄 $(63.42\pm 14.58)$ 岁;病程 10 个月~5 年,平均病程 $(2.89\pm 2.14)$ 年;其中合并糖尿病 12 例,合并高血压 10 例。对照组男 27 例,女 15 例;年龄 48~78 岁,平均年龄 $(63.09\pm 15.08)$ 岁;病程 11 个月~5 年,平均病程 $(2.79\pm 2.13)$ 年;其中合并糖尿病 11 例,合并高血压 11 例。两组患者均已排除肝肾功能严重衰竭者、严重昏迷/休克者、存在有创通气治疗指征者等。两组患者和家属均自愿参与本次研究,并签署知情同意书,本次研究经伦理委员会批准。两组在年龄、性别等一般资料方面,无显著差异, $P>0.05$ ,无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 入院后立即行清理患者呼吸道、吸痰、纠正水电解质 / 酸碱失衡、解痉平喘、扩张支气管、祛痰、抗感染等常规对症治疗,并在此基础上持续低流量吸氧,根据患者情况使用脱水剂和利尿剂,快速脱水改善肺水肿,维持水电解质平衡。

1.2.2 观察组 在常规治疗基础上增加无创正压通气治疗:采用双水平无创正压通气(BiPAP)方式,使用 BiPAP 呼吸机(伟康公司),设置为 S/T 模式。初始设置呼气正压<4 cm H<sub>2</sub>O 以下、吸气正压<8~10 cm H<sub>2</sub>O,逐步增加正压,呼吸频率 15~20 次 /min,氧浓度为 35%~45%,流量调节至 5 L/min,吸气压力增加至 14~20 cm H<sub>2</sub>O,以患者耐受为佳。每日通气≥18 h,患者血氧饱和度≥90%后,逐渐降低呼吸正压、吸气正压。患者病情稳定后,且吸气正压降到初始压力,考虑停用呼吸机。停用 48 h 内,密切监测心率、血压等生命体征情况,并监测血气分析指标,若患者出现呼吸急促、憋喘等症状,应立即重新开始无创正压通气治疗,严重者转为有创机械通气治疗。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效评估 两组患者治疗 72 h 后评估临床疗效。(1)显效:呼吸困难、气促、呼吸衰竭等症状完全消失,呼吸通畅、血气分析指标恢复正常,咳嗽、肺部感染等慢性阻塞性肺疾病症状显著改善;(2)有效:呼吸困难、气促、呼吸衰竭等症状显著改善,呼吸通畅,血气分析指标显著改善,咳嗽、肺部感

染等慢性阻塞性肺疾病症状有改善;(3)无效:咳嗽、肺部感染等慢性阻塞性肺疾病症状无改善或加重,血气分析指标无改善或恶化,呼吸不通畅,气促严重,转为有创机械通气治疗治疗者<sup>[2]</sup>。总有效率=(样本数-无效)/样本数。

1.3.2 血气分析指标监测 监测两组患者氧分压、二氧化碳分压、血氧饱和度指标水平情况,分别比较两组患者治疗前后血气分析指标水平。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计学软件分析研究数据,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 *t* 检验;计数资料以%表示,采用  $\chi^2$  检验。*P*<0.05 为差异显著,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组总有效率显著高于对照组,*P*<0.05。见表 1。

| 表 1 两组临床疗效比较 |          |       |       |       |         |
|--------------|----------|-------|-------|-------|---------|
| 组别           | <i>n</i> | 显效(例) | 有效(例) | 无效(例) | 总有效率(%) |
| 观察组          | 42       | 23    | 15    | 4     | 90.48   |
| 对照组          | 42       | 15    | 16    | 11    | 73.81   |
| $\chi^2$     |          |       |       |       | 3.997   |
| <i>P</i>     |          |       |       |       | 0.046   |

2.2 两组治疗前后血气分析指标水平比较 治疗前,观察组氧分压、二氧化碳分压、血氧饱和度指标水平与对照组比较无显著差异,*P*>0.05,无统计学意义;治疗后,观察组氧分压、血氧饱和度指标水平显著高于对照组,观察组二氧化碳分压水平显著低于对照组,*P*<0.05。见表 2。

| 表 2 两组患者治疗前后血气分析指标水平比较( $\bar{x} \pm s$ ) |          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 组别                                        | <i>n</i> | 氧分压(mm Hg)               |                          | 二氧化碳分压(mm Hg)            |                          | 血氧饱和度(%)                 |                          |
|                                           |          | 治疗前                      | 治疗后                      | 治疗前                      | 治疗后                      | 治疗前                      | 治疗后                      |
| 观察组                                       | 42       | 77.12± 8.18 <sup>*</sup> | 92.58± 4.12 <sup>#</sup> | 51.69± 5.47 <sup>*</sup> | 40.12± 3.98 <sup>#</sup> | 84.56± 5.47 <sup>*</sup> | 83.97± 4.68 <sup>#</sup> |
| 对照组                                       | 42       | 78.07± 5.24              | 85.14± 5.43              | 52.04± 6.02              | 48.47± 4.17              | 97.14± 2.58              | 91.47± 4.13              |

注:与对照组相比,<sup>\*</sup>*P*>0.05;与对照组相比,<sup>#</sup>*P*<0.05。

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病急性发作期,患者多伴有不同程度的呼吸衰竭症状,病情进展较快,若不及时吸氧,纠正患者呼吸衰竭症状,极易导致患者窒息死亡。有创机械通气改善呼吸衰竭、缺氧效果较好,但气管切开 / 插管操作复杂,感染风险较高,并发症多,患者痛苦较大,制约了有创机械通气的使用,需探索更为安全可靠的机械通气方式<sup>[3]</sup>。

无创正压通气是一种新型的单纯肺脏通气功能的支持治疗,其适应于尚存在自主呼吸功能,只需短时间呼吸支持的患者。该通气模式无需气管切开,主要依靠不同高低正压辅助自主呼吸,可有效提高氧输送,诱导呼吸做功,促进气体交换,维持胸腔内器官压力及容积环境,进而改善内环境,并保护患者

脏器<sup>[4-5]</sup>。无创正压通气治疗在各脏器功能衰竭中应用较多,有文献报道显示<sup>[6-7]</sup>,无创正压通气对慢性阻塞性肺疾病急性发作导致的呼吸衰竭治疗效果较高,操作简单,可快速给氧,改善患者呼吸衰竭症状,提高慢性阻塞性肺疾病治疗效果。本次研究发现观察组总有效率显著高于对照组,*P*<0.05,可知无创正压通气治疗显著提高了临床疗效,对于改善患者预后较为有利。本次研究对患者治疗前后血气分析指标进一步检测发现,治疗后,观察组氧分压[(92.58± 4.12)mm Hg]、血氧饱和度指标水平显著高于对照组,观察组二氧化碳分压水平显著低于对照组,*P*<0.05,可知无创正压通气改善患者缺氧症状时,可有效提升患者血氧饱和度,协助维持患者生命体征。慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭患者触发

气道内高正压,而无创正压通气可形成同步的压力控制通气加呼气末正压通气,对肺脏通气功能改善效果较好,进而迅速改善患者缺氧症状<sup>[8]</sup>。

综上所述,慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者采用无创正压通气治疗临床疗效良好,可有效改善患者缺氧状态,改善患者预后,值得临床借鉴使用。

参考文献

[1]余南丁.支气管镜联合无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的临床疗效[J].医疗装备,2017,31(1):135-136  
[2]池洪伟,刘恩民,池恒.无创正压通气对慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭患者预后的影响研究[J].中国医药指南,2016,14(12):156-157

[3]吴涛.无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的临床疗效[J].医疗装备,2017,31(1):13-14  
[4]卢丹.无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者护理综合干预的效果评价[J].中国医药导报,2015,12(28):151-155  
[5]李素俊.无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的临床疗效[J].深圳中西医结合杂志,2016,17(21):113-115  
[6]王艳红,张志学,李春艳.无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的临床疗效[J].中国保健营养,2016,26(15):129-130  
[7]林卫涵,吴卫锋.纤维支气管镜肺灌洗联合无创正压通气在慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭中的应用[J].西部医学,2015,27(1):72-74  
[8]王红娟,郭红荣,鲍敏.支气管镜联合无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病并呼吸衰竭的疗效[J].中国老年学杂志,2016,36(2):377-379  
(收稿日期:2017-01-16)

右归丸联合环磷酰胺治疗激素抵抗型肾病综合征的临床研究

段喜芳

(辽宁省朝阳市喀左县大城子街道社区卫生服务中心内科 喀左 122000)

**摘要:**目的:探讨右归丸联合环磷酰胺治疗激素抵抗型肾病综合征的临床疗效。方法:选取我院肾内科收治的激素抵抗型肾病综合征患者 122 例,按随机数字表法分组,对照组 61 例予以泼尼松联合环磷酰胺治疗,研究组 61 例在对照组基础上予以右归丸治疗,比较两组临床疗效及不良反应发生率。结果:对照组治疗总有效率(70.49%)低于研究组的 85.25%, $P<0.05$ ;对照组不良反应发生率(24.59%)高于研究组的 8.20%, $P<0.05$ 。结论:右归丸联合环磷酰胺治疗激素抵抗型肾病综合征的临床疗效确切,安全性高。

**关键词:**激素抵抗型肾病综合征;右归丸;环磷酰胺;临床疗效

中图分类号:R692

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.078

激素抵抗型肾病综合征(SRNS)是临床常见的疑难肾脏疾病,指经常规剂量糖皮质激素治疗 8~12 周无效,或初次治疗有效而复发后再次治疗无效的原发性肾病综合征(NS)<sup>[1]</sup>。本病属于难治性 NS,治疗困难,迁延难愈,病情进展较快,发病率占 NS 的 20%左右,其中约 1/2 的患者可在 5 年内进展为终末期肾病。目前西医主要采用糖皮质激素联合环磷酰胺、环孢素 A、雷公藤多苷等免疫抑制剂来治疗,但是此类药物肝肾毒性较大,容易引发多种并发症,而且治疗的有效率也仅为 60%~80%,临床疗效并不理想<sup>[2]</sup>。中医治疗在有效控制蛋白尿、改善肾功能、提高药物敏感型等方面具有独特优势。右归丸是中医治疗 NS 的常用方剂,本研究主要探讨右归丸联合环磷酰胺治疗激素抵抗型肾病综合征的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取自 2012 年 12 月~2015 年 3 月来我院肾内科治疗的激素抵抗性肾病综合征患者 122 例,经我院伦理委员会审核通过,按随机数字表法分为研究组与对照组各 61 例。对照组男 33 例,女 28 例;年龄 30~77 岁,平均年龄(51.64± 11.17)

岁;病程 1~5 年,平均病程(3.15± 1.53)年。研究组男 34 例,女 27 例;年龄 31~75 岁,平均年龄(50.67± 11.12)岁;病程 1.5~4.5 年,平均病程(3.09± 1.47)年。两组均未有患者脱落,且两组间患者年龄、性别、病程等一般临床资料差异不明显( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 纳入、排除、剔除标准 (1)综合临床症状、体征、生化检验,均符合 2013 年葛均波等主编的人民卫生出版社出版的《内科学》(第 8 版)的诊断标准,中医辨证根据《中药新药临床研究指导原则》属于脾肾阳虚证;(2)排除糖尿病、高血压肾病、狼疮性肾炎等继发性肾小球疾病患者;(3)对激素治疗敏感的患者除外;(4)排除存在泌尿系统发育畸形的患者;(5)合并严重心脑血管疾病、肝功能异常、血液系统、免疫系统疾病的患者除外;(6)排除对右归丸、环磷酰胺等研究中涉及药物过敏的患者;(7)患者本人或家属签订知情同意书,积极配合此次研究。

1.3 治疗方法 所有患者均予以优质低蛋白、低盐低脂饮食,常规对症调节血压、血糖,维持酸碱、水电解质平衡。对照组患者予以泼尼松龙片(国药准字 H36020638)1 mg/kg,1 次/d,连续口服 8 周后,每周