

表 2 两组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前			治疗后		
		FEV ₁ (L)	PEF(L/s)	FVC(L)	FEV ₁ (L)	PEF(L/s)	FVC(L)
研究组	40	1.69± 0.21	3.13± 0.34	1.74± 0.23	2.72± 0.28	4.83± 0.54	2.88± 0.32
对照组	40	1.68± 0.19	3.14± 0.35	1.75± 0.24	1.88± 0.22	3.95± 0.40	2.17± 0.24
t		0.223 3	0.129 6	0.190 3	14.919 3	8.282 0	11.226 1
P		0.823 9	0.897 2	0.849 6	0.000 1	0.000 1	0.000 1

2.3 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	血糖增高	声音嘶哑	口腔黏膜念珠菌感染	总发生
研究组	40	1(2.50)	1(2.50)	0(0.00)	2(5.00)
对照组	40	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	3(7.50)
χ^2					0.213 3
P					0.644 2

3 讨论

特发性肺间质纤维化疾病的发病机制,可能与吸烟、病毒感染、接触金属或粉尘、自身免疫功能等有关^[4],致病因素破坏上皮基底膜和肺泡上皮,纤维细胞发生增殖和分化,过度生成细胞外基质和胶原。研究显示^[5-6],炎症反应、肺泡中氧化能力高与肺泡病理损伤存在密切关系,肺泡纤维增生修复和慢性损伤两者共同作用,进而发生肺间质纤维化。

醋酸泼尼松片为糖皮质激素药物,有抑制免疫、抗过敏、抗炎等作用^[7-8],对炎症反应、炎症部位聚集白细胞和巨噬细胞等均有抑制作用,降低肺部病理损伤,进而使肺功能得到改善。但此疾病肺泡炎症细胞量多,导致肺部蛋白和大量脂质氧化,谷胱甘肽耗费太多,加快肺间质纤维化速度^[9]。N-乙酰半胱氨酸为黏液溶解剂,人体痰液内二硫键可因药物中巯基发生断裂,痰液粘滞性被降低,促进痰液排出^[10]。服用 N-乙酰半胱氨酸药物后,药物可快速转变为半胱氨酸,增强谷胱甘肽含量,进而清除羟自由基、过氧化氢等,降低肺组织损伤性。李会丽^[11]在研究中

讨论了 58 例特发性肺间质纤维化患者,结果显示观察组 FEV₁/FVC、FVC、FEV₁ 高于对照组,病灶吸收率高于对照组,且 $P<0.05$,说明大剂量 N-乙酰半胱氨酸联合醋酸泼尼松片治疗优势明显,与本研究结果相符。综上所述,大剂量 N-乙酰半胱氨酸联合醋酸泼尼松片治疗特发性肺间质纤维化疾病,可促进病灶吸收,显著改善其肺功能,疗效明显。

参考文献

[1]刘国田,蔡善花,崔蓉,等.N-乙酰半胱氨酸对特发性肺间质纤维化患者 PDGF、TGF- β 和 VCAM-1 水平及肺纤维化程度的影响[J].临床和实验医学杂志,2016,15(22):2232-2234

[2]刘顺.N-乙酰半胱氨酸联合泼尼松治疗特发性肺间质纤维化的临床观察[J].国际医药卫生导报,2018,24(5):728-730

[3]路政,法宪恩.N-乙酰半胱氨酸联合雾化吸入低分子肝素对特发性肺间质纤维化的疗效观察[J].广东医学,2016,37(23):3599-3601

[4]陈利玲,黄江,唐燕.大剂量 N-乙酰半胱氨酸改善特发性肺间质纤维化的机制研究[J].实用临床医药杂志,2016, 20(23):154-155

[5]李小平,龚静.大剂量 N-乙酰半胱氨酸与环磷酰胺治疗特发性肺间质纤维化的临床效果分析[J].甘肃医药,2016,35(3):193-195

[6]陈红梅,冯小玲.乙酰半胱氨酸联合泼尼松治疗特发性肺间质纤维化的效果研究[J].当代医药论丛,2017,15(21):64-66

[7]曹孟淑,蔡后荣,代华平.2015ATS/ERS/JRS/ALAT 官方的临床实践指南:特发性肺纤维化的治疗(执行摘要)——对 2011 年临床指南的更新[J].中国呼吸与危重监护杂志,2016,15(2):189-197

[8]钟春蕾,张志强.糖皮质激素联合 N-乙酰半胱氨酸、大环内酯类治疗特发性肺纤维化[J].实用医学杂志,2017, 33(3):501-502

[9]陈珊珊,李华敏,陈建寿,等.大剂量 N-乙酰半胱氨酸联合糖皮质激素治疗慢性阻塞性肺疾病并肺间质纤维化的临床疗效[J].实用心脑血管病杂志,2017,25(3):97-100

[10]樊芙蓉,苗青,张琼,等.通肺络补宗气方提高特发性肺间质纤维化患者活动耐力的临床研究[J].环球中医药,2017,10(3):284-287

[11]李会丽.N-乙酰半胱氨酸联合醋酸泼尼松片对特发性肺间质纤维化肺功能的影响[J].实用中西医结合临床,2018,18(2):68-69

(收稿日期: 2019-11-25)

参附注射液联合氢化可的松对老年重症肺炎的影响

郑国平

(河南省第二人民医院 郑州 451100)

摘要:目的:探讨参附注射液联合小剂量氢化可的松对老年重症肺炎患者的影响。方法:选取老年重症肺炎 82 例,依据治疗方案不同分为参照组和研究组。在常规治疗基础上,参照组采用小剂量氢化可的松治疗,研究组采用参附注射液联合小剂量氢化可的松治疗。比较两组治疗前后急性生理与慢性健康评分,凝血四项指标及利钠肽、降钙素原水平变化情况。结果:治疗后,两组急性生理与慢性健康评分均较治疗前降低,且研究组低于参照组($P<0.05$);两组活化部分凝血活酶时间、凝血酶原时间、凝血酶时间均较治疗前下降,且研究组较对照组低,而纤维蛋白原含量上升,且研究组较对照组高($P<0.05$);两组利钠肽、降钙素原均较治疗前降低,且研究组较对照组低($P<0.05$)。结论:参附注射液联合小剂量氢化可的松治疗老年重症肺炎患者,可有效减轻炎症反应,改善凝血状态,缓解病情,改善预后。

关键词:老年重症肺炎;参附注射液;氢化可的松;急性生理与慢性健康评分;凝血四项

中图分类号:R563.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.034

肺炎为呼吸内科常见疾病,老年人由于身体机能退化,在伴有心肺功能减退或附加危险因素基础上感染肺炎,会增加肺炎严重程度,致死率达 50%

以上^[1]。老年重症肺炎(Severe Pneumonia, SP)疾病进展迅速、病情危重,极大威胁患者生命安全。临床多采取西医治疗老年 SP,包括抗生素、糖皮质激素

等。氢化可的松是一种常用糖皮质激素,具有抗过敏、抗炎、抑制免疫等作用,研究显示小剂量氢化可的松有助于改善患者预后^[2]。参附注射液为中药制剂,能补气生血、补虚扶正,抑制炎症反应、提高免疫力的作用,在 SP 治疗中得到广泛应用。本研究采用参附注射液与小剂量氢化可的松联合治疗,旨在探讨其对老年 SP 患者急性生理与慢性健康评分(APACHE II)、凝血指标变化的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 2 月~2019 年 1 月我院收治的 82 例老年 SP 患者,依据治疗方案不同分为参照组和研究组,各 41 例。参照组女 18 例,男 23 例;年龄 60~78 岁,平均(68.27± 4.12)岁;病程 1~3 d,平均(1.95± 0.36)d。研究组女 19 例,男 22 例;年龄 60~79 岁,平均(69.23± 4.25)岁;病程 1~4 d,平均(2.11± 0.42)d。两组年龄、性别、病程基线资料均衡可比($P>0.05$)。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:患者及家属知情本研究,并自愿签署知情同意书;符合 2016 年《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南》^[3]中 SP 诊断标准。排除标准:年龄<60 岁;肝、肾功能异常;伴有免疫系统疾病;长期接受糖皮质激素治疗;伴器官移植;入院后 24 h 内病死;资料不全;治疗依从性差。

1.3 治疗方法 两组均给予常规西医治疗,包括维持水电解质平衡、抗感染、祛痰平喘、机械通气等。在此基础上,参照组采用小剂量氢化可的松(国药准字 H51022869) 静脉滴注治疗,100 mg 加入 200 ml 生理盐水,2 次/d,持续治疗 7 d。研究组在参照组基

础上加用参附注射液(国药准字 Z20043116)静脉滴注治疗,100ml 加入 250 ml 5%葡萄糖注射液,20 ml/h,1 次/d,持续治疗 7 d。

1.4 观察指标 (1)比较两组治疗前后急性生理与慢性健康评分(APACHE II),包括急性生理学评分、年龄评分、慢性健康状况评分 3 部分,总分 71 分,分值越高表明病情越重。(2)比较两组治疗前后凝血四项指标,凝血酶原时间(PT)、凝血酶时间(TT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、纤维蛋白原(FIB)变化情况。(3)比较两组治疗前后利钠肽(BNP)、降钙素原(PCT)水平变化情况。

1.5 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 APACHE II 评分比较 治疗前,两组 APACHE II 评分比较无明显差异($P>0.05$);治疗后,两组 APACHE II 评分均较治疗前明显降低,且研究组低于参照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 APACHE II 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	
研究组	41	23.41± 6.05	7.08± 2.22	6.675	<0.001	
参照组	41	23.32± 6.23	13.51± 3.17	3.013	0.004	
<i>t</i>		0.066	10.639			
<i>P</i>		0.947	<0.001			

2.2 两组治疗前后凝血四项指标比较 治疗前,两组 APTT、PT、TT、FIB 水平比较无明显差异 ($P>0.05$);治疗后,两组 APTT、PT、TT 水平均较治疗前缩短,且研究组较参照组短($P<0.05$),FIB 含量均较治疗前增高,且研究组较参照组高($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后凝血四项指标比较($\bar{x} \pm s$)									
组别	<i>n</i>	APTT(s)		PT(s)		TT(s)		FIB(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	41	52.68± 8.52	30.27± 4.64	17.18± 3.89	12.86± 1.52	18.53± 6.25	13.98± 2.01	4.98± 1.92	6.55± 1.78
参照组	41	52.85± 8.37	38.42± 5.86	17.25± 3.92	15.19± 2.68	18.61± 6.32	16.12± 2.28	4.94± 1.89	5.46± 1.83
<i>t</i>		0.091	6.982	0.081	4.842	0.058	4.508	0.095	2.734
<i>P</i>		0.928	<0.001	0.936	<0.001	0.954	<0.001	0.925	0.008

2.3 两组治疗前后 BNP、PCT 水平比较 治疗前,两组 BNP、PCT 水平无明显差异 ($P>0.05$); 治疗后,两组 BNP、PCT 水平均较治疗前显著降低,且研究组较参照组低($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后 BNP、PCT 水平比较(ng/ml, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	BNP		PCT	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	41	935.84± 115.21	536.65± 74.74	18.63± 2.28	9.06± 1.12
参照组	41	933.72± 113.61	766.82± 83.23	18.39± 2.34	13.12± 1.45
<i>t</i>		0.084	13.175	0.470	14.189
<i>P</i>		0.933	<0.001	0.639	<0.001

3 讨论

SP 已成为老年人常见疾病之一,随着我国老龄化加剧,老年 SP 发病率呈逐年上升趋势,≥60 岁发病率约 1.6%,≥75 岁发病率约 11.6%,且老年人自身多伴有其他疾病,发病后若未得到及时有效治疗,可发展为急性呼吸窘迫综合征、多器官功能障碍综合征,危及患者生命^[4]。常规糖皮质激素治疗,对于部分患者疗效不理想,随着中医学不断发展,临床治疗老年 SP 逐渐引入中西医联合疗法。

中医学认为,SP 属“气血亏虚”范畴,老年患者机体免疫力下降,临床常表现为气血亏损、脾肾亏虚等,应以健脾补肾、益气养血、扶正固本为根本治疗原则。参附注射液由红参、黑附子等提取制成,其中红参具有固后天、补元气之功效,黑附子发挥温补脾肾、大补先天、温壮元阳的作用,两药合用共奏养血补气、补益脾胃之功效。现代药理表明,红参中含有的活性成分人参皂苷可抑制人白介素 1 β 及人肿瘤坏死因子 α 释放,改善凝血障碍,发挥保护脏器的作用,具有强大单核吞噬细胞功能,可改善免疫功能,而黑附子通过促进代谢,可调节机体细胞功能^[5]。相关研究表明,参附注射液可缓解长期接受糖皮质激素治疗带来的不良症状,有效改善患者预后^[6]。本研究结果显示,治疗后研究组 APACHE II 评分较参照组低 ($P<0.05$),表明参附注射液联合小剂量氢化可的松治疗老年 SP 患者,可缓解病情。

研究证实,在重症感染下,机体会产生大量炎症因子并激活凝血因子,可导致凝血功能紊乱,PCT 是反映细菌感染的重要指标,特异性较强,BNP 可作为判断 SP 患者预后情况的指标,而凝血四项能反映机体凝血功能^[7]。本研究结果显示,治疗后研究组 APTT、PT、TT 均较参照组短,FIB 含量较参照组

高,BNP、PCT 水平均较参照组低 ($P<0.05$),提示参附注射液联合小剂量氢化可的松治疗老年 SP 患者,可有效减轻炎症反应,改善凝血状态,改善预后。综上所述,参附注射液联合小剂量氢化可的松治疗老年 SP 患者,可有效减轻炎症反应,改善凝血状态,缓解病情,改善预后。

参考文献

[1]胡玲,章莉.肠内免疫微生态营养与肠内增强免疫营养在治疗重症肺炎的对比研究[J].临床肺科杂志,2018,23(3):525-529
[2]李燕,李球兵,王红阳.丹红注射液与低剂量氢化可的松联合静注对老年重症肺炎患者心肌损伤的辅助治疗效果[J].山东医药,2016,56(39):72-74
[3]中华医学会呼吸病学分会.中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 年版)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(4):241-242
[4]徐康,邵华,于锋,等.替加环素治疗多重耐药菌感染重症肺炎的研究进展[J].中国抗生素杂志,2016,41(8):577-583
[5]李劲松,陈继军,朱涛,等.参附注射液联合利奈唑胺治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌重症肺炎的临床观察[J].中国药房,2017,28(20):2800-2803
[6]王立民,张建,戈艳蕾,等.参附注射液联合小剂量糖皮质激素治疗对老年重症肺炎患者内皮功能与凝血状态的影响[J].山东医药,2017,57(5):46-48
[7]李秀丽.复方丹参联合小儿肺热喘嗽口服液对重症肺炎患儿凝血指标、血小板参数及炎症因子的影响[J].血栓与止血学,2017,23(2):262-264

(收稿日期: 2019-11-27)

清热化痰通腑方联合无创间歇正压通气治疗 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭的疗效评价

张亚丽

(河南省开封市人民医院重症医学科 开封 475000)

摘要:目的:探讨清热化痰通腑方联合无创间歇正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重合并 II 型呼吸衰竭患者的疗效。方法:选取 2017 年 1 月~2019 年 1 月收治的慢性阻塞性肺疾病急性加重合并 II 型呼吸衰竭患者 82 例,依据治疗方案不同分为参照组和研究组各 41 例。在常规西药治疗基础上,参照组采用无创间歇正压通气治疗,研究组采用清热化痰通腑方联合无创间歇正压通气治疗。比较两组治疗效果、血气分析指标。结果:研究组治疗总有效率高于参照组 ($P<0.05$);治疗后研究组动脉血二氧化碳分压低于参照组,动脉血氧分压、动脉血氧饱和度高于参照组 ($P<0.05$)。结论:清热化痰通腑方联合无创间歇正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重合并 II 型呼吸衰竭患者疗效显著,可有效改善肺部通气、换气功能。

关键词:慢性阻塞性肺疾病急性加重; II 型呼吸衰竭; 清热化痰通腑方; 无创间歇正压通气

中图分类号: R563.8

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.035

慢性阻塞性肺疾病急性加重 (Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, AECOPD) 可导致肺功能出现不可逆的损伤,若未得到及时治疗,可发展为呼吸衰竭,主要为 II 型呼吸衰竭,喘息、咳嗽等症状加重,极大影响患者生存质量^[1-2]。现阶段,临床以抗感染、扩张支气管、糖皮质激素、机械通气等西医疗法为主要治疗手段,虽可在一定程度上缓解临床症状,但部分患者疗

效欠佳。中医学认为,AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭以肺失宣降、痰热壅肺为主要病机。本研究对 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者采用清热化痰通腑方联合无创间歇正压通气治疗,取得了显著效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月~2019 年 1 月收治的慢性阻塞性肺疾病急性加重合并 II 型呼吸衰竭