

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咳喘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

患者 82 例,依据治疗方案不同分为参照组和研究组各 41 例。参照组女 19 例,男 22 例;年龄 51~77 岁,平均年龄 (63.85± 6.21) 岁;病程 3~14 d,平均病程 (7.91± 2.24) d。研究组女 18 例,男 23 例;年龄 52~77 岁,平均年龄 (64.35± 6.08) 岁;病程 4~14 d,平均病程 (8.25± 2.09) d。两组年龄、性别、病程等一般资料均衡可比 ($P>0.05$)。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 (1)纳入标准:患者或家属知情并自愿签署知情同意书;符合 AECOPD 诊断标准^[3],动脉血二氧化碳分压 (PaCO_2) ≥ 50 mm Hg,动脉血氧分压 (PaO_2) ≤ 60 mm Hg。(2)排除标准:伴有免疫系统疾病、肝肾功能异常;休克或深度昏迷;对本研究所用药物过敏。

1.3 治疗方法 两组均给予常规西药治疗,包括支气管扩张剂、化痰及抗感染药物。参照组采用无创间歇正压通气治疗,仪器为 Evita V300 呼吸机,购于德国德尔格公司,参数设定:S/T 模式,呼吸频率 12 次/min,吸气压力 13 cm H_2O ,呼气压力 3 cm H_2O ,氧浓度 25%,根据患者病情及时调整参数,每天上机时间 10 h 以上。研究组在参照组基础上采用清热化痰通腑方治疗,药方组成:黄芩 10 g,法半夏 10 g,陈皮 8 g,枳实 10 g,桑白皮 15 g,桔梗 10 g,鱼腥草 15 g,大黄 8 g,南沙参 12 g,浙贝母 12 g,瓜蒌仁 15 g,厚朴 10 g,北杏仁 10 g,甘草 6 g。水煎取汁

100 ml,1 剂/d,早晚饭后各 1 次。两组均持续治疗 7 d。

1.4 观察指标 (1)治疗效果。(2)治疗前后血气分析指标,包括动脉血 PaCO_2 、动脉血 PaO_2 、动脉血氧饱和度 (SaO_2)。

1.5 疗效评估标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]评估治疗前后证候积分,减分率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。减分率 $>85\%$,症状明显改善为显效;减分率 30%~85%,症状有所缓解为有效;减分率 $<30\%$,症状无改善或加重为无效。显效、有效计入总有效。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件对数据进行分析,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,行 t 检验,计数资料以 % 表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 研究组治疗总有效率高 于参照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
研究组	41	21 (51.22)	17 (41.46)	3 (7.32)	38 (92.68)
参照组	41	16 (39.02)	14 (34.15)	11 (26.83)	30 (73.17)
χ^2					5.513
<i>P</i>					0.019

2.2 两组血气分析指标比较 治疗后研究组 PaCO_2 低于参照组, PaO_2 、 SaO_2 高于参照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组血气分析指标比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	<i>n</i>	$\text{SaO}_2(\%)$		$\text{PaO}_2(\text{mm Hg})$		$\text{PaCO}_2(\text{mm Hg})$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	41	66.85± 2.73	90.05± 2.14	51.33± 6.51	85.26± 7.63	73.57± 8.24	38.22± 4.12
参照组	41	67.21± 2.84	83.11± 2.55	51.45± 6.29	77.28± 7.19	72.68± 8.15	42.53± 4.56
<i>t</i>		0.585	13.349	0.085	4.874	0.492	4.491
<i>P</i>		0.560	<0.001	0.933	<0.001	0.624	<0.001

3 讨论

AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭为临床危急重症,发病率、病死率较高,以气道阻塞、慢性气道炎症为基本特征,患者多出现呼吸困难、意识障碍等症状,严重者甚至死亡。因此,临床应采取及时有效治疗措施,以延缓疾病进展。

中医理论认为,本病属“肺胀”范畴,其发生多因久病肺虚,痰瘀滞留,复感外邪,诱发急性加重,痰热壅肺,肺气不宣,以致咳喘,治疗应以化痰平喘、清热通腑为根本原则^[5-6]。清热化痰通腑方由黄芩、法半夏、陈皮、枳实、桑白皮、桔梗、鱼腥草、大黄、南沙参、浙贝母、瓜蒌仁、厚朴、北杏仁、甘草等组成,其中黄芩具有消痰利气、泻肺热、定喘嗽之功效;法半夏、陈皮具有祛湿化痰之功效;厚朴、大黄、枳实可发挥泻

热通便的作用;桔梗、南沙参有清肺化痰、止咳之功;浙贝母可散结解毒、清热化痰;桑白皮具有降气、泻肺之功效;鱼腥草具有清热解毒之功效;北杏仁具有宣肺平喘、润肠通便、化痰止咳之功效;瓜蒌仁可宽胸散结、清热化痰、润肠通便;甘草调和诸药。诸药合用,共奏清热化痰、降逆平喘、行气通腑之效。现代药理学研究表明,清热化痰通腑方可有效清除肠道有害物质,将毒素排出体外,减轻机体应激反应,增加肠胃活动,改善机体脑部微循环,调节神经功能,促进意识清醒,恢复肢体功能,还可改善肺部感染^[7]。本研究结果显示,研究组治疗总有效率高 于参照组 ($P<0.05$),提示清热化痰通腑方联合无创间歇正压通气治疗 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者的疗效显著。

血气分析是医学上常用于判断机体是否存在酸碱平衡失调及缺氧程度等的检验手段,PaCO₂、PaO₂、SaO₂ 为其中常见指标,当 PaCO₂ 升高、PaO₂ 下降超过一定范围时,患者可出现心律失常、呼吸障碍,引发心搏骤停、肺源性心脏病、肺性脑病等严重并发症。SaO₂ 在健康人群中水平正常,而在肺气肿等缺氧性肺疾病中则表现为下降^[9]。本研究结果显示,治疗后研究组 PaCO₂ 低于参照组,PaO₂、SaO₂ 高于参照组 ($P<0.05$),提示热化痰通腑方联合无创间歇正压通气治疗 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者,可有效改善其肺部通气、换气功能。综上所述,清热化痰通腑方联合无创间歇正压通气治疗 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者疗效显著,可有效改善肺部通气、换气功能,值得临床应用。

参考文献

[1]徐泾,王兰,李欣,等.尼可刹米治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期并呼吸衰竭的疗效观察[J].现代药物与临床,2017,32(12):2373-2376

[2]肖鹏云,辛大永.通腑泻肺方结合西医常规疗法治疗痰热遏肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重患者临床研究[J].国际中医中药杂志,2017,39(10):887-890

[3]慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治专家组.慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2017 年更新版)[J].国际呼吸杂志,2017,37(14):1041-1057

[4]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.54-56

[5]彭先祝,李竹英,王雪慧.通腑化痰中药汤剂联合西药综合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床观察[J].蚌埠医学院学报,2017,42(4):434-436

[6]闵师强,万健.清热宣肺化痰法联合无创辅助通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期呼吸衰竭效果观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(34):3811-3815

[7]王艳丽,谢超明,董伟彪.中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作并发呼吸衰竭临床观察[J].实用中医药杂志,2019,35(1):44-45

[8]冯云霞,侯佳倩.丹参川芎嗪联合综合干预对慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭患者炎症反应及肺功能的影响[J].吉林中医药,2018,38(1):41-44

(收稿日期: 2019-09-26)

加味枳术汤对肠易激综合征患者症状积分及排便情况的影响

朱建华¹ 徐公达²

(1 浙江省海盐县康复护理院 海盐 314300;2 浙江省海盐县中医院 海盐 314300)

摘要:目的:探究加味枳术汤对肠易激综合征患者症状积分及排便情况的影响。方法:选取 2015 年 4 月~2019 年 9 月收治的 80 例便秘型肠易激综合征患者,按照随机数字表法分为对照组和研究组,各 40 例。对照组采用常规西药治疗,在对照组基础上,研究组加用加味枳术汤。比较两组患者的中医证候积分及排便情况。结果:治疗 4 周后,研究组的大便不爽、腹痛腹胀、纳差、口干等证候积分低于对照组,自主排便、完全自主排便次数高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:加味枳术汤可减轻肠易激综合征患者的中医证候,改善排便症状,促进患者康复。

关键词:肠易激综合征;加味枳术汤;症状积分;排便情况

中图分类号:R574

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.036

肠易激综合征 (Irritable Bowel Syndrome, IBS) 属于功能障碍性综合征,以排便习惯改变、腹痛腹胀为主要特征,易间歇或持续发作,严重影响患者的正常生活^[1]。IBS 可根据大便性状分为便秘型、腹泻型、不定型、混合型,其中便秘型 IBS 以排便困难、排便周期延长等为主要表现。西医治疗便秘型 IBS 时多采用促动力剂、通便剂、益生菌等药物来改善患者的排便情况,调节肠道功能,但单纯西药治疗效果不理想,需联合中药治疗。中医学认为便秘型 IBS 属于“便秘”范畴,多因禀赋不足、外邪入侵导致气血、阴阳亏虚,进而导致肠道传导失司,治疗应以理气通便、平衡阴阳为主^[2-4]。加味枳术汤可利湿退黄、理气健脾,但目前该药物治疗便秘型 IBS 的相关报道较少。本研究旨在探究加味枳术汤对便秘型 IBS 患者的症状积分、排便情况的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 4 月~2019 年 9 月我院收治的 80 例便秘型 IBS 患者,按照随机数字表法分为对照组和研究组,各 40 例。对照组男 16 例,女 24 例;年龄 21~53 岁,平均 (37.50± 2.50) 岁;病程 7~26 个月,平均 (10.50± 4.25) 个月。研究组男 15 例,女 25 例;年龄 20~54 岁,平均 (37.64± 2.35) 岁;病程 6~27 个月,平均 (10.45± 4.50) 个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可对比性。

1.2 诊断标准 (1)西医诊断标准:符合《肠易激综合征与罗马 III 诊断标准》中 IBS 诊断标准:排便频率改变;排便后腹痛或不适症状缓解;大便外观改变。患者近 3 个月内每月至少 3 d 存在以上症状。(2)中医诊断标准:符合《肠易激综合征中医诊疗共