

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

识意见》中太阴阴结便秘证,主症:大便不爽,排便不尽感,腹痛,腹胀,纳呆;次症:口干不喜饮,或口淡喜温,形寒肢冷,神疲乏力;舌边有齿痕,舌质淡,胖大,苔腻、苔白,脉沉迟。

1.3 入组标准 纳入标准:符合中西医诊断标准;病程≥6个月;入组前1个月未接受其他同类治疗。排除标准:存在胃肠道器质性疾病者;对本研究药物过敏者;存在腹腔手术史者;盆底综合征、习惯性或药物性便秘者;精神疾病者。

1.4 治疗方法 对照组给予常规西药治疗。枸橼酸莫沙必利片(国药准字 H19990317),口服 5 mg,3 次/d;双歧杆菌三联活菌胶囊(国药准字 S10950032),口服 420 mg,3 次/d。研究组在对照组的基础上加用加味枳术汤,方剂组成:枳实 15 g,生白术 30 g,干姜 9 g,炙甘草 9 g。暖气者加桂枝 10 g;腹中实痛者可加芍药 20 g、酒大黄 10 g、延胡 10 g;虚寒痛者可加肉桂 6 g、附子 10 g。每日 1 剂,加 500 ml 水煎煮,取汁 300 ml,分早晚 2 次服用。疗程 4 周。

1.5 观察指标 (1)对比两组中医证候积分:对两组治疗前、治疗 4 周后的中医证候(大便不爽、腹痛腹胀、纳差、口干)进行评分,按无症状、轻度、中度、重度记为 0 分、1 分、2 分、3 分,得分越高则病症越严重。(2)对比两组治疗前后的排便情况。自主排便次数指不借助外力帮助、每周自发排便数,包括未排尽、排尽感。完全自主排便次数指完全排尽的自主排便次数。

1.6 统计学方法 数据采用 SPSS18.0 统计学软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分对比 治疗前,两组大便不爽、腹痛腹胀、纳差、口干等证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 4 周后,两组中医证候积分均低于治疗前,且研究组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组中医证候积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)						
时间	组别	<i>n</i>	大便不爽	腹痛腹胀	纳差	口干
治疗前	对照组	40	2.43± 0.35	2.64± 0.25	2.55± 0.32	2.66± 0.10
	研究组	40	2.40± 0.44	2.62± 0.19	2.54± 0.36	2.65± 0.09
	<i>t</i>		0.338	0.403	0.131	0.470
	<i>P</i>		0.737	0.688	0.896	0.640
治疗后	对照组	40	1.98± 0.65*	2.01± 0.13*	2.04± 0.06*	2.03± 0.12*
	研究组	40	1.24± 0.35*	1.42± 0.25*	1.59± 0.12*	1.47± 0.18*
	<i>t</i>		6.340	13.243	21.213	16.372
	<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

注:与同组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组排便情况对比 治疗前,两组的自主排

便、完全自主排便次数比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 4 周后,两组自主排便、完全自主排便次数均增加,且研究组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组排便情况对比(次/周, $\bar{x} \pm s$)				
时间	组别	<i>n</i>	自主排便次数	完全自主排便次数
治疗前	对照组	40	1.85± 0.68	0.55± 0.12
	研究组	40	1.86± 0.65	0.58± 0.11
	<i>t</i>		0.067	1.166
	<i>P</i>		0.947	0.247
治疗后	对照组	40	4.56± 0.35*	3.78± 0.26*
	研究组	40	5.48± 0.49*	4.58± 0.62*
	<i>t</i>		9.663	7.526
	<i>P</i>		0.000	0.000

注:与同组治疗前对比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

IBS 的病因尚未明确,目前多认为 IBS 是由肠道感染、炎症反应、胃肠道动力紊乱、脑-肠轴调节异常等多种因素共同导致^[5-6]。临床多以药物治疗结合饮食调节为主。西药莫沙必利片、双歧杆菌乳杆菌三联活菌片可有效提高胃肠动力,调节肠道菌群,改善患者的排便症状,但长期用药会增加耐药性,且易导致皮疹、腹痛等不良反应^[7]。而中药辨证治疗效果显著,且安全性高,因此便秘型 IBS 患者可进行中西医结合治疗。

中医学认为,便秘症也称“结”,《伤寒论》中提出太阴阴结由寒凝内结、太阴脾虚阳亏、肠腑气机受阻导致。太阴阴结便秘证的基本病机在于太阴中阳不足、升降失常、运化失司,治疗应以理气温阳为主^[8-9]。本研究结果显示,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,说明加味枳术汤可减轻 IBS 患者的中医证候,改善患者的排便症状。分析原因在于方中枳实性辛、苦、微寒,归胃、脾经,可化痰散痞、破气消积;生白术味苦、性甘温,归胃、脾经,可燥湿利水、健脾益气;干姜味辛,性热,可回阳通脉,温中散寒;炙甘草可益气通阳、滋阴养血,发挥调和诸药的作用^[10]。全方补中有通,补而不滞,散阴结,调升降,理中焦,可发挥下气通便、健脾温阳的功效,进而有效治疗太阴阴结便秘证。现代药理学研究表明,枳实的提取物可使胃肠收缩节律有力,拮抗肠管收缩;白术可有效提高小肠推进功能,促进患者胃排空;干姜浸剂可抑制胃酸过度分泌,有抗炎、镇痛作用;炙甘草可有效缓解胃肠道平滑肌痉挛,发挥镇痛效果。诸药合用,对便秘型 IBS 患者的胃肠功能具有良好的改善作用,可减轻患者病症,促进排便。综上所述,加味枳术汤联合枸橼酸莫沙必利

片、双歧杆菌三联活菌胶囊可减轻 IBS 患者的中医症候,改善患者的排便症状,促进患者康复。

参考文献

[1]姚鹏.四逆散合痛泻要方与西药治疗肠易激综合征疗效系统评价[J].天津中医药,2016,33(5):279-284
[2]丁洪汇.中西医结合治疗对便秘型肠易激综合征和功能性消化不良重叠患者肠道微生态的影响[J].中国微生态学杂志,2018,30(12):1437-1439
[3]李上云,吴耀南.中医药治疗便秘型肠易激综合征研究进展[J].中医药通报,2014,13(6):64-66
[4]周慧芬,徐安婷,祝方良.中医治疗便秘型肠易激综合征的临床观察[J].中华中医药学刊,2014,32(3):683-685

[5]张洁.肠易激综合征诊断及药物治疗的研究进展[J].世界临床药物,2019,40(5):302-309
[6]袁耀宗.便秘型肠易激综合征诊疗进展专家会议纪要[J].中华消化杂志,2019,39(3):197-198
[7]张成,高泽立.双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊对便秘型肠易激综合征患者胃肠激素及氧化应激指标的影响[J].临床荟萃,2019,34(7):629-632
[8]郭婉薇,贾林,许鸣,等.六味能消胶囊联合西药治疗便秘型肠易激综合征的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2018,38(9):1058-1061
[9]宫临征.补中益气汤加减对便秘型肠易激综合征患者血液学指标及肠敏感度的影响[J].陕西中医,2018,39(1):65-67
[10]李丽,章浩军,阙茂棋,等.理中汤合枳术汤治疗太阴阴结便秘型肠易激综合征临床观察[J].广州中医药大学学报,2019,36(3):332-336

(收稿日期: 2019-12-15)

普萘洛尔结合稳心颗粒治疗甲亢合并房颤的疗效观察

孙晓利

(河南省郑州人民医院 郑州 450003)

摘要:目的:探讨采用普萘洛尔联合稳心颗粒治疗甲亢合并房颤患者的效果。方法:选取 2018 年 2 月~2019 年 3 月收治的甲亢合并房颤患者 70 例为研究对象,按照随机数字表法分成观察组与对照组,各 35 例。两组均采用丙硫氧嘧啶治疗甲亢,在此基础上对照组采用普萘洛尔治疗房颤,观察组在对照组用药基础上予以稳心颗粒治疗房颤,对比两组临床疗效,治疗前后血清游离三碘甲状腺原氨酸、游离甲状腺素及促甲状腺素水平及不良反应发生情况。结果:观察组治疗总有效率为 94.29%,明显高于对照组的 77.14%($P<0.05$);治疗 3 个月两组游离三碘甲状腺原氨酸、游离甲状腺素水平均较治疗前降低,促甲状腺素水平较治疗前提高,且观察组治疗后游离三碘甲状腺原氨酸、游离甲状腺素水平显著高于对照组,促甲状腺素水平显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组治疗期间不良反应总发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:采用普萘洛尔联合稳心颗粒治疗甲亢合并房颤患者效果显著,安全性高。

关键词: 甲亢;房颤;普萘洛尔;稳心颗粒

中图分类号: R581.1

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.037

甲亢是甲状腺功能亢进的简称,临床表现主要为多食、消瘦、畏热、多汗、心悸等,严重者还可出现甲亢危象、昏迷等。房颤作为常见的心律失常疾病,研究认为大约 10%的患者是因甲亢所致,所以甲亢合并房颤的临床发病率较高^[1]。甲亢合并房颤临床多使用西药治疗,主要有普萘洛尔,该药物对甲亢引起的心律失常有一定的辅助治疗效果,但是总体疗效有限,因此临床需寻找更加有效的治疗方法^[2]。近年来,我院采用普萘洛尔联合稳心颗粒治疗甲亢合并房颤患者取得了满意的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 2 月~2019 年 3 月收治的甲亢合并房颤患者 70 例为研究对象。纳入标准:(1)符合《中国甲状腺疾病诊治指南》中甲亢的有关诊断标准,且依据欧洲心脏病学会标准确定合并房颤。(2)无普萘洛尔用药禁忌。(3)自愿参与并签署知情同意书。排除标准:(1)近期使用治疗甲状腺药物的患者。(2)合并肝肾功能损伤、精神病及糖尿病患者。(3)妊娠期、哺乳期女性。按照随机数字表

法将 70 例患者分为观察组和对照组。观察组 35 例,男 21 例,女 14 例;年龄 25~56 岁,平均(46.2±2.3)岁;阵发性房颤 24 例,持续性房颤 11 例。对照组 35 例,男 20 例,女 15 例;年龄 27~55 岁,平均(45.8±2.1)岁;阵发性房颤 23 例,持续性房颤 12 例。两组年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均采用甲亢常规治疗方法干预,主要为丙硫氧嘧啶片(注册证号 H20150035)口服,初始剂量为 300 mg/d,后续根据病情改变情况增减药物,增减介于 150~600 mg/d。对照组在常规治疗甲亢的基础上,给予患者盐酸普萘洛尔片(国药准字 H32020133)口服,10~30 mg(1~3 片)/d,3~4 次/d,饭前或者饭后服用。观察组在对照组用药基础上加用稳心颗粒(国药准字 Z10950026)口服治疗,1 袋/次,3 次/d。两组均持续用药 2 个月,治疗期间指导患者按时按量用药,同时指导患者保持积极的心态,避免房颤发作,保证治疗效果。

1.3 观察指标 (1)临床疗效:根据症状体征改变