

## 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭机械通气患者 73 例临床观察

张楚明<sup>1</sup>, 林 彬<sup>2</sup>

(浙江省台州市立医院①ICU, ②中医科, 浙江台州 318000)

**【关键词】** 中西医结合治疗; 呼吸衰竭; 机械通气; 肺疾病阻塞性, 慢性

**中图分类号:** R285.6 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3969/j.issn.1008-9691.2011.01.019

慢性阻塞性肺疾病(COPD)并呼吸衰竭(呼衰)常反复发作,病程长。COPD急性加重期(AECOPD)患者呼吸困难、咳嗽和(或)咯痰出现超常变化,每一次发作将加重患者病情,甚至促进疾病的发展<sup>[1]</sup>。急性加重期一旦出现呼衰,气管插管机械通气辅助治疗是一种有效的治疗方法<sup>[2-3]</sup>。但机械通气可能使病情更难控制,临床常使用各种抗菌药物、糖皮质激素治疗,但细菌耐药现象日趋严重,采用中药治疗 COPD 取得一定的临床疗效<sup>[4-5]</sup>。本院重症监护病房(ICU)采用中西医结合治疗 AECOPD 取得了较为满意的疗效,现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 病例及分组:**选择 2005 年 5 月至 2010 年 5 月本院 ICU 住院的 AECOPD 并呼衰患者 73 例,诊断均符合中华医学会呼吸病学分会制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》<sup>[6]</sup>,患者均出现呼衰,多数患者已出现肺性脑病,均为重症患者。

**1.2 病例分组:**按随机原则将患者分为两组。中西医结合组 36 例中男 23 例,女 13 例;年龄 55~82 岁,平均 71 岁;病程 10~30 年,平均 20 年。西医对照组 37 例中男 25 例,女 12 例;年龄 53~80 岁,平均 72 岁;病程 8~30 年,平均约 20 年。两组性别、年龄、病程、病情严重程度及治疗前中医证候积分比较差异无统计学意义(均  $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.3 治疗方法

**1.3.1 西医对照组**给予西医常规治疗:  
①一般措施:均行气管插管机械通气,痰盛者翻身拍背以助排痰,气道护理,吸痰;随时调整呼吸机参数,并考虑是否脱机拔管。  
②抗感染:感染严重者足量、联合使用抗菌药物,选用敏感抗菌药物。  
③解痉平喘:选用氨茶碱、 $\beta_2$ 受体激动

剂,部分患者应用小剂量激素。  
④支持疗法:保持充足的营养及能量供应,但避免糖类过多,适当增加脂肪与蛋白质的摄入,呼吸机支持者全部留置胃管及深静脉置管。  
⑤并发症处理:利尿、脱水等治疗脑水肿;予制酸、止血治疗应激性溃疡所致的上消化道出血,纠正电解质紊乱及酸碱失衡等。

**1.3.2 中西医结合组**在西医对照组基础上加用自拟中药治疗。药物组成:黄芪 10 g,白术 10 g,防风 6 g,桂枝 6 g,炙甘草 3 g,法半夏 6 g,桔梗 6 g,茯苓 10 g,紫苏梗 10 g,杏仁 10 g,丹参 10 g。随证加减:热重者去桂枝,加黄芩、鱼腥草、桑白皮等;喘甚者加炙麻黄、杏仁、沉香等;痰盛者加炙紫菀、苏子、白芥子等;血瘀者加当归、川芎、红花等;气虚者加党参、山药等;阳虚者加细辛、菟丝子、蛤蚧等。每日 1 剂,水煎,分两次口服或鼻饲。

两组均治疗 5 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

**1.4 疗效评价:**①显效:成功脱机拔管 2 d 以上,呼吸平稳,咳、痰、喘及肺部啰音恢复到急性发作前水平,成功转入普通病房。  
②有效:呼吸机参数明显下降,达到或者接近脱机指征<sup>[7]</sup>。  
③无效:症状、体征及动脉血二氧化碳分压( $\text{PaCO}_2$ )、动脉血氧分压( $\text{PaO}_2$ )无改善,达不到脱机指征、或已经脱机拔管后病情恶化又重新行气管插管。总有效=显效+有效。

**1.5 统计学处理:**采用四格表资料的  $\chi^2$  检验对计数资料的数据进行统计学分析,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 5 d 疗效比较(表 1):**中西医结合组总有效率明显高于对照组( $\chi^2=3.899$ ,  $P<0.05$ ),而脱机拔管成功率较对照组有所升高( $\chi^2=0.425$ ,  $P>0.05$ )。表明中西医结合治疗 5 d 对 AECOPD 并呼衰

机械通气患者疗效有明显影响,对脱机拔管成功率无明显影响。

**表 1 两组 AECOPD 并呼吸衰竭机械通气患者治疗 5 d、15 d 疗效比较**

组别	时间	例数	疗效(例)			总有效 率(%)	脱机拔管 率(%)
			显效	有效	无效		
西医对	5 d	37	6	4	27	27.0	16.2
照组	15 d	37	12	10	15	59.4	32.4
中西医结	5 d	36	8	10	18	50.0 <sup>a</sup>	22.2
合组	15 d	36	20	11	5	86.1 <sup>a</sup>	55.6 <sup>a</sup>

注:与西医对照组同期比较,<sup>a</sup> $P<0.05$

**2.2 15 d 疗效比较(表 1):**中西医结合组总有效率和脱机拔管成功率均明显高于西医对照组( $\chi^2=6.516$ ,  $\chi^2=3.963$ , 均  $P<0.05$ )。表明中西医结合治疗 15 d 可以明显提高 AECOPD 并呼衰机械通气患者的临床疗效和脱机拔管成功率。

### 3 讨论

COPD 中医辨证属“咳嗽”、“喘证”、“肺胀”等范畴。COPD 的基本病机为气血亏虚,痰瘀阻滞<sup>[8]</sup>,多属本虚标实。治疗的核心是辨证论治,但由于本病反复发作、缠绵迁延的主要原因为痰浊、血瘀、脏腑亏虚等因素<sup>[9]</sup>,因此本研究中的中西医结合组从痰、瘀、虚入手,以化痰、行瘀、补虚、理肺为法来制定基本方,同时结合个体情况进行辨证加减,既有原则性的治法为指导,又兼顾患者实际病情的个体差异辨证施治,以取得最佳疗效。本研究结果显示,中西医结合组在总体疗效、症状和体征(包括退热、缓解咳嗽、咯痰、喘息,以及减少肺部湿啰音等)改善方面均优于西医对照组,提示在常规西医治疗基础上联合中药辨证论治 AECOPD 疗效显著;短期内中西结合疗法对 AECOPD 并呼衰机械通气患者的脱机拔管成功率无明显影响,较长时间的中西医结合疗法则能显著提高脱机拔管成功率,说明中西医结合疗法临床总有效率更高。

作者简介:张楚明(1977-),男(汉族),湖北省人,主治医师。

中医药治疗 COPD 最大的优势虽然在缓解期,但如果在发作期就及早进行中西联合治疗,不仅能加快改善各项临床症状的时间,同时对减缓疾病进展速度、减少急性加重次数与严重程度等远期目标均有重要作用。

参考文献

[1] 李建生,王明航.慢性阻塞性肺疾病急性加重的临床意义.中国危重病急救医学,2007,19(9):572-573.

[2] 周明华,周石连,周明,等.无创正压通气在慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭

治疗中的作用.中国危重病急救医学,2009,21(4):247.

[3] 张伟兵,王欣燕,田晓彦,等.无创正压通气在慢性阻塞性肺疾病合并 I 型呼吸衰竭治疗中的价值:一个为期 4 年的回顾性分析.中国危重病急救医学,2008,20(10):601-603.

[4] 马显振.中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 30 例.中国中西医结合急救杂志,2009,16(1):48.

[5] 沈洁,龚艳.培补正气中药辅助治疗慢性阻塞性肺疾病的临床观察.湖北中医杂志,2010,32(9):48.

[6] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性

肺病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版).中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17.

[7] 中华医学会重症医学分会.机械通气临床应用指南(2006).中国危重病急救医学,2007,19(2):65-72.

[8] 何军强.中医对 COPD 病因病机的认识及中医固本治疗.陕西中医学院学报,2005,28(3):12-13.

[9] 黄礼明.试论痰、瘀、虚在慢性阻塞性肺病辨治中的重要性.贵阳中医学院学报,2000,22(1):5-7.

(收稿日期:2010-11-19)  
(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

步长稳心颗粒与美托洛尔联用治疗心律失常临床观察

阿布都卡地尔·阿布都拉,布哈力其·尼亚孜,玛依努尔·克其克夫

(新疆喀什地区第二人民医院,新疆喀什 844000)

【关键词】 步长稳心颗粒;心律失常;临床观察

中图分类号:R242 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2011.01.020

目前常用β受体阻滞剂控制心律失常,从而改善症状.本院在常规抗心律失常治疗的基础上合用步长稳心颗粒取得满意疗效,总结如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象及分组:选择 2007 年 1 月至 2009 年 12 月住院患者 80 例,男 48 例,女 32 例;年龄 35~70 岁,平均 52.5 岁.入选患者均经静息心电图和 24 h 动态心电图明确心律失常,且均为频发期前收缩(早搏);其中单纯频发房性早搏 26 例,单纯频发室性早搏 22 例,频发房性早搏和频发室性早搏同时出现 32 例.将患者按随机原则分为对照组和治疗组,每组 40 例.两组性别、年龄比较差异无统计学意义,有可比性。

1.2 治疗方法:对照组单用酒石酸美托洛尔 6.25~50.00 mg,每日 2 次;治疗组在对照组基础上服用步长稳心颗粒 5 g,每日 3 次;两组患者均治疗 2 个月。

1.3 观察指标:用药前和用药 2 个月后进行静息心电图和 24 h 动态心电图监测,检测血、尿、粪常规和肝肾功能、电解质等,记录患者不良反应发生情况。

1.4 疗效评定标准:症状好转,心律失常控制>50%为显效;症状减轻,心律失常控制<50%为有效;症状未见好转,心律失常未控制为无效。

常控制<50%为有效;症状未见好转,心律失常未控制为无效。

1.5 统计学方法:计数资料采用χ<sup>2</sup>检验,P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效(表 1):治疗组总有效率明显高于对照组(P<0.05)。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率 [% (例)]
对照组	40	9	18	13	67.5(27)
治疗组	40	14	20	6	85.0(34)*

注:与对照组比较,\*P<0.05

2.2 不良反应:治疗组用药 1 周内出现胃部不适 2 例,轻度腹泻 1 例,轻度恶心 1 例,均能耐受,2 周时自行好转或减轻,均完成疗程.两组用药前后查血、尿、粪常规和肝肾功能、电解质等均无异常。

3 讨论

美托洛尔是公认且最常用的抗心律失常药之一.步长稳心颗粒是新一代的抗心律失常治疗药物,其主要成分有党参、甘松、黄精、三七等,具有活血化瘀、通络活络、益气养阴、固本扶正等多种作用,诸药合用达到宁心复脉、定悸安神的功效<sup>[1]</sup>.研究显示:党参可改善心肌舒张功能,增加心肌顺应性,使冠状动脉灌注阻力减少,有利于心肌供血,其中含有微量生物碱、皂苷等可扩张外周血管,提高

心排血量,甘松中含有的缙草酮具有膜抑制及延长动作电位的作用,从而有效治疗心律失常,具有起效快,疗效好,安全方便等优势,与抗心律失常西药作用机制相似,但较西药不良反应小<sup>[2]</sup>.步长稳心颗粒中的各成分经过合理配伍,优势互补,具有益气养阴、定悸复脉、活血化瘀之功,从根本上达到标本兼治的作用,因而疗效显著<sup>[3-4]</sup>.步长稳心颗粒联合美托洛尔可改善早搏患者微循环功能并增强心肌收缩力,明显减轻患者症状<sup>[5]</sup>.本研究结果亦显示,治疗组总有效率达 85.0%,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 张桂华,杨崔领.步长稳心颗粒治疗心律失常疗效分析.中国中西医结合急救杂志,2009,16(2):120.

[2] 葛晓娟,关振龙.稳心颗粒治疗心律失常的临床疗效观察.中国中西医结合急救杂志,2006,13(1):61.

[3] 张桂华,杨崔领.稳心颗粒联合胺碘酮治疗心肌梗死室性期前收缩临床观察.中国中西医结合急救杂志,2010,17(3):179.

[4] 谢忠敏,于晓莉.步长稳心颗粒治疗冠心病心律失常的临床观察.河北医药,2004,26(7):562.

[5] 赵顺芳,吴新华,尹雪艳,等.美托洛尔联用稳心颗粒治疗期前收缩患者临床观察.中国中西医结合急救杂志,2009,16(6):366.

(收稿日期:2010-09-15)  
(本文编辑:李银平)

作者简介:阿布都卡地尔·阿布都拉(1967-),男(维吾尔族),新疆维吾尔自治区人,副主任医师。