

中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作并 II 型呼吸衰竭临床观察

王永群

江安县中医医院内科 四川宜宾 644000

〔摘要〕目的 对中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作并 II 型呼吸衰竭临床效果进行观察。方法 选取我院 2018 年 1 月-2019 年 1 月急性发作并 II 型呼吸衰竭患者 62 例进行试验。结果 观察组显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急救发作可改善通气换气功能, 降低不良反应发生率。

〔关键词〕中西医结合; 慢性阻塞性肺疾病; 呼吸衰竭

〔中图分类号〕R563.9 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 04-010-02

〔Abstract〕Objective to observe the clinical effect of combined traditional Chinese and western medicine in the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and respiratory failure type II. Methods 62 patients with acute respiratory failure type II from January 2018 to January 2019 in our hospital were selected for the experiment. Results the observation group was significantly better than the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion the combination of traditional Chinese and western medicine can improve ventilation and ventilation function and reduce the incidence of adverse reactions.

〔Key words〕integrated traditional Chinese and western medicine; Chronic obstructive pulmonary disease; Respiratory failure

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 在临床中较为常见, 具有高风险属性^[1]。慢阻肺若出现急性加重反应会导致死亡, 同时其加重次数呈每年增加状态。治疗慢性肺急性加重 (AECOPD) 病症主要以抗激素、感染以及支气管扩张剂联合无创呼吸机为治疗方向。中西医结合治疗方法可缩短患者治疗时间, 对其生活质量具有显著提升作用^[2]。本文主要以慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭患者进行分析, 同时将中西医结合治疗方法疗效进行阐述, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2018 年 1 月-2019 年 1 月急性发作并 II 型呼吸衰竭患者 62 例, 随机分为观察组与对照组, 各 31 例, 观察组男性患者 21 例, 女性患者 10 例, 平均年龄为 (69.32 ± 5.23) 岁; 对照组男性患者 10 例, 女性患者 21 例, 平均年龄为 (68.78 ± 45.56) 岁, 两组患者一般资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

西医诊断标准: 以《慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治中国专家共识》为诊断依据。同时满足 II 型呼吸衰竭诊断条件。

中医诊断标准: 以《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》为依据, 主要症状表现为胸闷、痰多、舌苔黄腻等, 除此外, 患者会出现大便秘结、胸痛以及发热等症状。

纳入标准: ①符合上述中西医诊断标准; ②患者及家属在知情下签署知情同意书; ③自身未伴有危重病症。

排除标准: ①患者胃肠道疾病、糖尿病以及代谢性疾病或影响营养支持治疗性患者; ②对试验药物具有过敏史; ③对试验具有严重抗拒患者。

1.2 方法

对照组患者参照《慢性阻塞性肺疾病急性加重 (AECOPD) 诊治中国专家共识》中规范化治疗方案, 化痰、抗炎以及支气管扩张剂药物。

观察组在对照组基础上采用清热化痰通腑类中医煎剂进行治疗。药材如下: 鱼腥草 15g, 桑白皮 15g, 浙贝母 12g, 法半夏 10g, 北杏仁 10g, 桔梗 10g, 瓜蒌仁 15g, 黄芩 10g, 枳实 10g, 厚朴 10g, 陈皮 8g, 沙参 12g, 甘草 6g, 大黄 8g。以水煎至, 取汤药 100ml, 每日早晚两次, 各 50ml 进行温服。以 10d 为两组统

观察疗效时间。

1.3 观察指标

对患者治疗前后动脉血氧分压与二氧化碳分压、降钙素原进行观察, 对患者呼吸机相关性肺炎、腹胀以及误吸例数进行记录, 同时给予比较。

1.4 统计学方法

运用 SPSS23.0 进行数据统计, t 为检验, 均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$), n (%) 为结果, $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后指标比较

将两组动脉血氧分压与二氧化碳分压、以及降钙素原进行比较, $P < 0.05$, 详见表 1。

表 1: 两组患者治疗前后指标比较 n (%)

组别	例数	时间	动脉血氧分压	二氧化碳分压	降钙素原
观察组	31	治疗前	6.98 ± 0.95	12.45 ± 0.65	5.56 ± 1.89
		治疗后	11.32 ± 1.25	7.65 ± 0.72	0.54 ± 0.45
对照组	31	治疗前	6.89 ± 1.11	12.25 ± 0.66	5.38 ± 2.54
		治疗后	10.56 ± 1.23	8.35 ± 0.62	0.88 ± 0.41
P					< 0.05

2.2 两组患者不良事件比较

对两组治疗期间不良事件发生率进行比较, 其中包含腹胀、误吸。观察组腹胀 3 例, 误吸 1 例, 成功恢复例数为 28 例; 对照组腹胀 11 例, 误吸 4 例, 成功恢复例数为 23 例。观察组与对照组不良事件发生率分别为 19.35.00% 与 79.97%。两组差异具有统计学意义 $P < 0.05$ 。

3 讨论

因慢性支气管炎反复发作而形成慢性阻塞性肺疾病急性发作并 II 型呼吸衰竭, 对患者健康具有较大威胁。因慢性支气管炎病情发展过程较为漫长, 导致其代偿性红细胞增多、血液粘稠度增高以及缺氧现象长期反复存在, 同时使右心负荷加剧、肺动脉压上升以及肺动脉进行收缩, 致使缺氧后形成淤血, 最后形成更加缺氧的症状, 形成恶性循环。此病症与患者自身免疫力相关, 因

(下转第 13 页)

术后统计, 实验组患者发生咽喉不适 1 例, 呕吐误吸 2 例, 不良反应发生率为 5.00%; 对照组患者发生咽喉不适 3 例、饮水呛咳 1 例、声音嘶哑 1 例、呕吐误吸 7 例, 不良反应发生率为 20.00%。实验组患者不良反应发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

目前, 临床上麻醉处理时多结合使用肌肉松弛药, 麻醉部位深度不足, 患者虽有短暂时间无法感知疼痛, 但仍存在较大的交感神经反射, 增加手术风险, 术后发生不良反应的几率也随之增加。复合麻醉方式作为新型临床麻醉措施, 弥补了现代麻醉中的不足, 采用更安全、可靠的技术, 使用药量减少的同时能够达到理想的麻醉效果, 且能抑制术后不良反应发生。傅润乔等^[4]选取 60 例患者进行试验, 研究表明, 实验组于气管导管表面涂抹 2.5% 利多卡因和 2.5% 丙胺卡因乳膏, 能降低 13% 异氟醚用量, 若联合硬膜外阻滞, 则能降低 48% 异氟醚用量。但表面麻醉作用时间较短, 针对手术时间较长的患者不能发挥持续性作用。本研究同样采用复合麻醉方式行连续气管内-咽喉表面麻醉, 结果显示, 实验组患者不良反应发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。与上述研究结果保持一致。

据相关文献记载, 行手术过程中施行拔管和麻醉苏醒步骤, 试验组为表面麻醉, 能够对患者的血流动力学情况起到积极改善作用, 同时使患者饮水呛咳、肢体躁动、咽喉不适、呕吐误吸等不良反应发生率减少, 加强患者指令配合程度, 在一定程度上增加手术成功率, 增加患者舒适度^[5]。本研究拔管和麻醉苏醒步骤

中全程覆盖表面麻醉, 术后统计, 实验组患者发生咽喉不适 1 例, 呕吐误吸 2 例, 不良反应发生率为 5.00%; 对照组患者发生咽喉不适 3 例、饮水呛咳 1 例、声音嘶哑 1 例、呕吐误吸 7 例, 不良反应发生率为 20.00%。实验组患者不良反应发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。与前文结果统一性较高。

综上所述, 复合麻醉方式在现代外科学术后康复理念的基础上加以先进的技术科学的用药方法, 全程行连续气管-咽喉内表面麻醉, 方法简便易行, 可有效减少全身麻醉药用量, 同时降低不良反应发生率, 加快患者苏醒进度, 具有较高的临床应用价值, 可普遍推广使用。

[参考文献]

- [1] 傅润乔, 王雯, 彭晓风, 等. 连续气管内-咽喉表面麻醉对全身麻醉药物用量的影响[J]. 麻醉安全与质控, 2018(03).
- [2] 曹江北, 米卫东, 张宏. 不同麻醉诱导对视可尼可视喉镜辅助气管内插管反应的影响[J]. 北京医学(10): 34-37.
- [3] 余静. 表面麻醉对尘肺灌注术麻醉药用量的影响[J]. 数理医药学杂志, 025(002): 213-214.
- [4] 傅润乔, 王雯, 彭晓风, 等. 苏醒期表面麻醉对围气管拔管期应激反应的影响[J]. 北京医学, 2017, 39(10): 1007-1010.
- [5] 陈永敏, 张球茹. 表面麻醉联合全身麻醉在支撑喉镜下声带手术中的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 000(099): 71-72.

(上接第 10 页)

免疫力低下引发支气管反复感染, 进而使分泌液数量增多, 气道产生阻塞现象, 甚至导致出现痉挛, 使其通气量降低而发生呼吸衰竭。此类病症若得不到及时救治, 会对患者生命构成严重威胁, 易产生严重不良后果。西医治疗主要以患者感染、利尿、吸氧为主要治疗方向, 对患者淤血、痰阻气道以及免疫力低下等方面较为欠缺。

因内伤以及外伤而导致“本虚标实”, 但主要病机变化为淤血、痰阻以及肺脾气虚。中医在我国历史悠久, 治疗疗效较为显著, 在临床中具有良好的反响效果。中医在治疗中对活血化瘀、抗感染具有显著疗效, 同时对患者抵抗力具有显著增强作用。本文主要将慢性阻塞性肺疾病急性发作并 II 型呼吸衰竭患者进行试验, 将中西医结合治疗效果进行阐述。研究表明, 观察组患者优于对照组。

综上所述, 中西医结合治疗中, 可有效降低患者不良事件发生率。

[参考文献]

- [1] 李艳琴, 沙正凯. 长期氧疗联合中药汤剂治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作合并呼吸衰竭的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(14):53-54.
- [2] 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(01):44-45.
- [3] 邱金燕. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期呼吸衰竭的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(A2):214-215+217.
- [4] 邓志平. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期呼吸衰竭的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(08):80.
- [5] 程功光. 痰热清辅助治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作合并呼吸衰竭的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(07):73+77.

(上接第 11 页)

血则可有效改善患者的免疫状态, 并提高细胞免疫功能, 从而显著降低输血不良反应发生率、院内感染发生率、手术及非手术治疗并发症发生率, 有利于提高治疗效果、改善预后及促进患者快速康复。

综上所述, 对于大剂量输血患者而言, 相较于应用常规输血, 应用去白细胞输血可有效降低输血不良反应发生率, 具有积极影响作用。

[参考文献]

- [1] 石洁, 高琪, 杨勇毅, 等. 围术期去除白细胞的红细胞输注减轻输血对膀胱癌患者的免疫抑制[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2018, 34(7):632-636.
- [2] 李笋, 孙立涛, 杨乐, 等. 去白细胞输血对降低急性白血病患者医院感染及炎症因子与免疫指标的影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(9):1333-1336.

[3] 芦璐, 高阳. 去白细胞红细胞输血对严重创伤患者免疫功能和炎症因子的影响[J]. 临床输血与检验, 2019, 21(4):352-355.

[4] 马仕财, 郝彩红. 去白细胞输血与常规输血的不良反应调查分析[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(12):129-132.

[5] 张红, 谢跃文, 李茂, 等. 去白细胞成分输血对肿瘤患者的价值及输血不良反应、术后感染率的改善分析[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(2):124-125.

[6] 宋庆召, 严明钧, 李润青. 老年肿瘤患者输血治疗采用去白细胞成分输血的价值分析[J]. 癌症进展, 2018, 16(10):1303-1305.

[7] 董勤敏, 李海云, 雷福珍, 等. 去白细胞输血对急性淋巴细胞白血病患者外周血 Th1/Th2 细胞平衡影响[J]. 中国实验血液学杂志, 2018, 26(4):999-1004.

[8] 田保清, 侯成功. 探讨大剂量常规输血及去白细胞输血的临床效果[J]. 医药论坛杂志, 2017, 38(3):125-126.