

噻托溴铵联合孟鲁司特钠治疗慢性阻塞性肺疾病的效果观察

邱义廷

济南市第一人民医院呼吸内科 山东济南 250000

〔摘要〕目的 探讨噻托溴铵联合孟鲁司特钠治疗慢性阻塞性肺疾病的效果。**方法** 选择医院 2020 年 1 月-2020 年 6 月期间治疗的 50 例慢性阻塞性肺疾病患者进行本次研究, 随机分为观察组和对照组, 对照组患者使用噻托溴铵治疗, 观察组患者使用噻托溴铵联合孟鲁司特钠治疗, 对比两组患者的治疗效果。**结果** 观察组患者治疗有效率 96.00% 显著高于对照组的 76.00% ($P < 0.05$); 两组患者治疗前肺功能指标比较无统计差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者的肺功能指标均显著优于对照组 ($P < 0.05$); 两组患者不良反应发生情况比较无统计学差异 ($P > 0.05$)。**结论** 慢性阻塞性肺疾病患者采用噻托溴铵联合孟鲁司特钠治疗效果理想, 并发症发生率低, 可在临床上推广应用。

〔关键词〕 噻托溴铵; 孟鲁司特钠; 慢性阻塞性肺疾病

〔中图分类号〕 R563 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2020) 10-017-02

慢性阻塞性肺疾病发病率与死亡率高, 是一种慢性疾病, 主要临床表现是进行性呼吸困难, 治疗不及时病情进展严重者易诱发肺部感染, 甚至发生呼吸衰竭^[1]。诱发该病的主要因素在于气道、肺实质和肺血管慢性炎症, 所以临床多采用支气管扩张药物治疗^[2]。本次实验对我院收治的慢性阻塞性肺疾病患者给予噻托溴铵与孟鲁司特钠治疗, 效果显著, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选择医院 2020 年 1 月-2020 年 6 月期间治疗的 50 例慢性阻塞性肺疾病患者进行本次研究, 纳入标准: 符合 COPD 诊断标准^[3]; 年龄介于 40-85 岁之间; 近 1 个月未接受过; 类似治疗; 知情同意并配合本次治疗; 本院医学伦理委员会批准。排除标准: 恶性肿瘤; 重要脏器衰竭; 肺结核; 本组药物过敏; 肝肾功能障碍。随机分为观察组和对照组, 对照组男 14 例, 女 11 例, 病程 0.3-3.8 年, 平均 (1.9 ± 0.3) 年, 年龄 40-79 岁, 平均 (55.6 ± 3.7) 岁。观察组男 15 例, 女 10 例, 病程 0.4-4.1 年, 平均 (2.0 ± 0.4) 年, 年龄 40-80 岁, 平均 (55.5 ± 3.9) 岁。两组资料并不见显著差异 ($P > 0.05$), 组间资料存在可比价值。

1.2 方法

本研究两组患者均予化痰、平喘、解痉、止咳、消炎、低流量吸氧等常规治疗。在此基础上, 对照组使用噻托溴铵粉雾剂治疗, 每次剂量 18ug, 持续治疗 6 个月。观察组使用噻托溴铵联合孟鲁司特钠治疗, 其中噻托溴铵用法用量与对照组相同, 而孟鲁司特钠咀嚼片剂量为 10mg, 睡前服用, 持续治疗 6 个月。

1.3 观察指标

记录两组患者治疗前后的肺功能指标水平, 包括呼气峰流速

值 (PEF)、用力呼气量占用力肺活量比值 (FEV_1/FVC)、用力肺活量 (FEV_1), 对比两组患者临床治疗效果及不良反应发生情况。

疗效判定标准^[4]: (1) 显效: 经过治疗, 患者临床症状消失, 经检查肺功能基本恢复正常; (2) 有效: 经过治疗, 患者呼吸困难症状明显改善, 肺功能得到明显恢复; (3) 无效: 经过治疗, 患者呼吸困难症状并未改善, 肺功能也没有明显恢复。总有效率 = 显效率和有效率。

1.4 统计学处理

本文实验数据均采用统计学软件 SPSS22.0 进行处理和分析, 均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料; 百分比 (%) 表示计数资料; 组间资料分别用 t 和 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果对比

观察组患者治疗有效率 96.00% 显著高于对照组的 76.00% ($P < 0.05$)。详见下表 1。

表 1: 两组患者临床治疗效果比较 [n, (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	25	11	8	6	76.00
观察组	25	16	8	1	96.00
χ^2					3.267
P					0.039

2.2 两组患者治疗前后肺功能指标对比

两组患者治疗前肺功能指标比较无统计差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者的肺功能指标均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。详见下表 2。

表 2: 两组患者治疗前后肺功能指标比较 [n, (χ^2)]

指标	对照组		观察组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
FEV_1 (v/L)	1.33 ± 0.25	$1.56 \pm 0.28^*$	1.31 ± 0.22	$1.74 \pm 0.31^{*#}$
PEF (v/L · s ⁻¹)	4.23 ± 0.34	$4.73 \pm 0.39^*$	4.20 ± 0.34	$5.49 \pm 0.40^{*#}$
FEV_1/FVC (%)	64.21 ± 7.60	$75.84 \pm 8.70^*$	66.10 ± 7.75	$83.68 \pm 8.90^{*#}$

注: 与治疗前比较, $*P < 0.05$, 与对照组比较, $^{#}P < 0.05$

2.3 两组患者不良反应的发生情况对比

治疗中观察组 1 例患者有口干症状, 不良反应发生率为 4.00%; 对照组患者口干症状 1 例, 皮肤瘙痒 1 例, 不良反应发生率为 8.00%。两组患者不良反应无明显对比差异 ($\chi^2 = 0.284$, $P > 0.05$)。

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是临床常见的慢性支气管炎和肺气肿, 在中老年群体中较为多见, 且具有较高致死率。由于该病的发生因

素相对复杂, 除自身长期吸烟之外还受到大气污染、呼吸道感染等多种因素的影响, 在受影响以后将会致使患者肺部容积增加, 使得气道壁受到损害, 进而对患者的呼吸功能产生影响和损害^[5]。临床在治疗期间, 主要治疗目标在于缓解或消除呼吸困难, 改善肺功能从而提高患者生活质量。

噻托溴铵属于支气管扩张性药物, 作用时间较长, 可对于支气管平滑肌上的 M1、M3 胆碱受体具有选择性拮抗作用, 可与胆碱 (下转第 20 页)

胎儿脑发育,并可导致神经行为异常及儿童认知障碍,远期智力、行为发育可能受到影响。(3)其它方面影响:远期并发症,成人期疾病发病风险增加。

目前,临床还不清楚 FGR 病理机制,大多数研究人员认为 FGR 同以下因素有着密切关联:(1)孕妇方面:包括母体营养不良,妊娠剧吐,微量营养摄入不足等。因此,孕妇应均衡饮食,发生妊娠剧吐、营养不良等及时治疗纠正。孕妇患有自身疾病:如心脏病、慢性肾病、高血压疾病、糖尿病、甲状腺疾病、自身免疫性疾病等,胎儿有生长受限的可能。(2)胎儿因素:胎儿存在染色体异常或基因组疾病等。胎儿自身结构异常:如先心病、腹壁裂、脐带膨出等。对于胎儿生长受限,应当进行详细的超声检查,必要时遗传咨询与产前诊断。此外,胎儿代谢异常也可导致胎儿生长受限。(3)胎盘、脐带因素:胎盘因素包括:胎盘血管瘤,小胎盘,副胎盘,局部胎盘梗死。脐带因素包括:单脐动脉,脐带过细,脐带打结,脐带扭转等。(4)其它因素:宫内感染(风疹病毒、巨细胞病毒、弓形虫感染等),吸烟、致畸药物,孕期禁用药物的使用。(5)胎儿体重还可受性别、孕妇产次、父母种族、身高、体重、年龄、经济、子宫畸形等影响。

临床诊断胎儿生长受限时,首先需准确核对孕周,明确孕妇月经情况,是否有辅助生殖等相关情况。胎儿体重主要通过胎儿超声检测进行评估,对于超声体重或腹围估计小于同胎龄第 3 百分位时,称之为严重的胎儿生长受限,不良妊娠结局风险更高,应重点关注。同时,需积极寻找可能的相关病因,详细询问病史,综合情况给予评估与治疗。此外,胎儿生长受限需要加强产检次数,进行孕期宫内监护,包括:自数胎动,定期超声及胎心监护,至少每两周 1 次,并评估其生长、趋势;羊水与脐血流情况,必要时进行生物物理评分。最理想的方案是综合评估,联合多个治疗进行评估胎儿宫内安危。

对怀疑或确诊生长受限的胎儿,积极寻找病因,并进行相应

的对症处理。一般治疗包括:适度休息,吸氧、营养支持;每日监测胎动变化。临床发现,当胎盘的螺旋小动脉出现血管硬化,出现纤维蛋白原沉淀,就会产生血栓,进而全部或部分阻塞血管,大幅度降低胎盘绒毛血管床,引发胎盘梗死,绒毛间质血管间的物质转运被切断,诱发 FGR。所以,临床主张转变胎盘血液灌注是治疗 FGR 的核心。

低分子肝素是分子量相对较低的肝素,由普通肝素中解聚制备而来,相较普通肝素,能够快速且有规律地被机体吸收,有着携带突出预见性能的药动学特点,生物利用率超过 90%。采用皮下注射低分子肝素到机体后,能够较好增强抗凝血酶 III 的生物活性,转变胎盘血液高凝状况,降低血液黏度与血管阻力,以调节血脂水平,对抗局部炎症,保护血管内皮细胞。另外,它能够控制纤维蛋白原转变成纤维蛋白,避免其沉积于胎盘血管基膜表层,加快局部血液循环,较好调节胎盘血流灌注,转变子宫环境,推动胎儿生长发育^[3]。除此之外,临床对于 FGR 者,除应用药物治疗外,还可通过以下举措进行预防:加强产前检查,胎监,认真数胎动,做好卫生宣教,增强营养,减少疾病;尽可能避免接触有害物质,禁研究;定期彩超复查等。

本研究,引发 FGR 的主要原因包括怀孕期合并症、胎盘不正常、羊水太少、宫内窘迫。观察组胎儿生长发育各指标较对照组更优,且新生儿的体重、胎龄较对照组更高($P < 0.05$)。

归纳得出,采取对症措施治疗 FGR,可以较好改善病情。

[参考文献]

- [1] 王贝, 马俊莲. 胎儿宫内生长受限新生儿结局及病因分析[J]. 浙江临床医学, 2020, 22(4):543-544.
- [2] 严文彦, 卢纹, 欧燕珊. 胎儿宫内生长受限采用低分子肝素治疗的临床效果分析[J]. 中国病案, 2019, 20(2):102-104.
- [3] 游燕, 陈香军, 王丹凤, 等. 胎儿宫内生长受限 120 例病因及妊娠结局分析[J]. 中国基层医药, 2018, 25(9):1196-1199.

(上接第 17 页)

能受体进行有效结合,从而有效收缩支气管平滑肌,以缓解呼吸困难,改善肺功能。经现代药理研究证实^[6],噻托溴铵在血药浓度峰值后,具有较长的药效时间,高达 24h,可在一定程度上改善患者临床症状,已逐渐成为目前临床治疗此项疾病的首选药物。而孟鲁司特钠为抗炎药物,属于白三烯受体拮抗剂,具有较高的选择性,可对半胱氨酰白三烯受体起到有效的特异性抑制,气道炎症细胞增殖得以抑制,继而加快机体白细胞的凋亡现象,从而使得支气管平滑肌得到舒张,从而有效改善机体肺功能。在本次实验中,观察组患者临床治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$),肺功能指标治疗后优于对照组($P < 0.05$),不良反应两组患者比较无统计学差异($P > 0.05$)。数据说明噻托溴铵联合孟鲁司特钠治疗慢性阻塞性肺疾病的效果更好,能够有效改善患者肺功能,且无显著不良反应发生,治疗安全可靠。

综上所述,慢性阻塞性肺病患者采用噻托溴铵联合孟鲁司

特钠治疗效果理想,并发症发生率低,可在临床上推广应用。

[参考文献]

- [1] 沈圣丽. 孟鲁司特钠联合噻托溴铵对慢性阻塞性肺病患者血气指标及炎性因子的影响[J]. 人人健康, 2019 (9): 255.
- [2] 陈晓阳. 多索茶碱联合噻托溴铵粉在慢性阻塞性肺病患者中的治疗效果分析[J]. 养生保健指南, 2019 (11): 314.
- [3] 王鹏. 孟鲁司特钠联合沙美特罗替卡松气雾剂对 COPD 的疗效[J]. 河南医学研究, 2020 (5): 864-866.
- [4] 郭峰. 孟鲁司特钠联合沙美特罗替卡松治疗慢性阻塞性肺疾病患者的疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2019 (4): 5-6.
- [5] 古辉, 李雪平, 杜燕芳, 徐小彭, 黄国华. 单用噻托溴铵喷雾剂治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的效果分析[J]. 中国药物经济学, 2019 (3): 39-42.
- [6] 李梅. 多索茶碱联合噻托溴铵粉治疗慢阻肺的疗效探究[J]. 健康大视野, 2020 (4): 90.

(上接第 18 页)

保障了国民的健康体质与生活质量。在多项术式创新中,腹腔镜手术的疗效提升尤为显著,较之常规的开腹手术,腹腔镜手术更安全,创口更小,性价比更高。除此之外,作为一种全新的微创手术,腹腔镜主要适用于卵巢囊肿摘除、子宫切除以及阑尾切除等临床症状的临床治疗,通过以上适用症可以得出,腹腔镜的主要面向群体为女性,因此其充分发挥了自身创口小、恢复快等优势,为女性患者尽量保留较为美观且微小的手术切口。现阶段,越来越多的科室临床开始采用腹腔镜手术,多数医生对腹腔镜手术的了解程度随之加深,该术式的运用合理性因此不断提升,手术效

率以及临床疗效持续精进。

综上所述,较之传统开腹阑尾切除手术,腹腔镜手术的安全质量更高,且具备相对良好的性价比,患者术后疼痛感、感染率以及肠粘连率大幅降低,因此值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 陈俊峰, 张家兴, 黄剑伟. 腹腔镜与开腹手术治疗老年急性化脓性阑尾炎并穿孔的疗效对比[J]. 牡丹江医学院学报, 2016, 37(03):86-88.
- [2] 冯卫, 张伟雄. 经腹腔镜行阑尾切除术与常规开腹行阑尾切除术临床疗效比较[J]. 临床误诊误治, 2016, 29(S1):47-48.