

甲强龙治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效分析

叶瑞端 蔡秀密^{通讯作者}

厦门大学附属第一医院 361000

【摘要】目的 探讨甲强龙在慢性阻塞性肺疾病急性加重期的应用疗效。**方法** 选取我院2019年6月~2020年9月期间收治的84例慢性阻塞性肺疾病患者作为研究对象,分为观察组(甲强龙+常规治疗)和对照组(常规治疗)各42例,比较两组患者的治疗效果。**结果** 观察组患者的治疗有效率(95.24% > 80.95%, $\chi^2=4.086$)以及治疗后的第一秒用力呼气容积(FEV1)水平[(2.43±0.51)L > (1.97±0.62)L, $t=3.713$]、第一秒用力呼气量占所有呼气量的比例(FEV1/FVC)水平[(67.23±5.09)% > (53.82±6.72)%, $t=10.309$]高于对照组($P < 0.05$),而气促症状消失时间[(3.42±0.83)d < (4.75±1.16)d, $t=6.043$]、喘息症状消失时间[(3.79±0.94)d < (4.82±0.87)d, $t=5.212$]、呼吸困难消失时间[(4.04±1.02)d < (5.23±1.14)d, $t=5.042$]比对照组更短($P < 0.05$)。**结论** 甲强龙在慢性阻塞性肺疾病急性加重期治疗中的应用,可以有效控制病情发作,促进临床症状的快速消退。

【关键词】 甲强龙;慢性阻塞性肺疾病;急性加重期;疗效

【中图分类号】 R563

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415(2020)12-031-02

慢性阻塞性肺疾病是发生与气道、肺实质以及肺血管的慢性炎症,引发支气管管腔狭窄、肺气肿等病症,持续气流受限是该疾病的主要特征。慢性阻塞性肺疾病患者由于通气、换气功能发生障碍,引起缺氧、二氧化碳潴留,严重损害患者的肺功能,存在呼吸功能衰竭的风险^[1]。在急性加重期的治疗过程中,一般采取低流量氧疗的方式,同时配合使用具有抗感染、祛痰以及舒张支气管等功效的治疗药物。甲强龙在慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床治疗中的应用,在抗炎方面有着显著的作用效果,患者在用药后,药物会迅速渗透肺组织,促进气道炎症消退,改善患者的临床症状^[2]。本研究选取我院2019年6月~2020年9月期间收治的84例慢性阻塞性肺疾病患者作为研究对象,探讨甲强龙在急性加重期的临床应用疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组研究对象为我院2019年6月~2020年9月期间收治的84例慢性阻塞性肺疾病患者,行分组对照研究(观察组和对照组各42例)。观察组中,男性患者23例,女性患者19例,年龄范围43~79岁,平均年龄(55.57±7.24)岁。对照组中,男性患者24例,女性患者18例,年龄范围41~78岁,平均年龄(55.62±7.41)岁。基本资料具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组(常规治疗):实施低流量氧疗(1.0~2.0L/min)、抗感染以祛痰等基础治疗,给予注射用头孢他啶(北京太平洋药业股份有限公司,国药准字H20044308)2.0g+生理

盐水100ml、盐酸氨溴索注射液(青岛金峰制药有限公司 国药准字H20143267)30mg,均为静脉滴注给药(2次/d)。联合应用布地奈德粉雾剂(上海信谊百路达药业有限公司,国药准字H20080316),雾化吸入用药。

观察组(甲强龙+常规治疗):在静脉滴注头孢他啶、盐酸氨溴索和雾化吸入布地奈德等常规治疗(剂量、方法同对照组)的基础上,联合应用甲强龙进行治疗。给予注射用甲泼尼龙琥珀酸钠(PFIZER SA,注册证号H20170198),静脉滴注用药(40mg/次,2次/d),持续治疗5d,然后将剂量降低至为20mg/次。

两组患者均治疗2周。

1.3 统计学处理

以SPSS19.0统计学软件进行数据分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料用(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的临床疗效

表1: 两组慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的临床疗效观察 [n(%)]

| 组别 | 显效 | 有效 | 无效 | 有效率 |
|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 观察组(n=42) | 25(59.52) | 15(35.71) | 2(4.76) | 40(95.24) |
| 对照组(n=42) | 18(42.86) | 16(38.10) | 8(19.05) | 34(80.95) |
| χ^2 | | | | 4.086 |
| P值 | | | | < 0.05 |

2.2 两组慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的肺功能恢复情况

表2: 两组慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的肺功能恢复情况观察 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | FEV1(L) | | FEV1/FVC(%) | |
|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 观察组(n=42) | 1.53±0.27 | 2.43±0.51 | 43.81±7.95 | 67.23±5.09 |
| 对照组(n=42) | 1.55±0.30 | 1.97±0.62 | 43.62±8.04 | 53.82±6.72 |
| t值 | 0.321 | 3.713 | 0.109 | 10.309 |
| P值 | > 0.05 | < 0.05 | > 0.05 | < 0.05 |

2.3 两组慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的症状改善情况观察

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是呼吸道感染、吸入粉尘及有害气体

引发的呼吸系统疾病,营养、环境以及自主神经功能失调均是影响疾病发生、进展的影响因素。慢性阻塞性肺疾病患者支气管管壁发生充血、水肿、纤维增生,进而形成萎缩、塌陷,导致支气管管腔狭窄^[3]。与此同时,患者往往还伴随着

肺气肿症状, 出现肺泡血流量降低的情况。患者受到通气功能、换气功能障碍的影响, 产生呼吸困难、气促等症状表现, 病情的持续进展, 容易引起肺部感染、肺源性心脏病以及呼吸衰竭等严重并发症, 危及生命健康安全。在慢性阻塞性肺疾病的临床治疗中, 通过低流量吸氧的方式, 改善患者的呼吸状态, 同时对症用药, 使支气管舒张剂、抗生素药物以及祛痰药物进行治疗。支气管舒张剂的应用, 用于松弛支气管平滑肌, 进而达到缓解气流受限的作用。抗生素药物以及祛痰药物的应用, 有助控制感染, 防止病情的持续加重^[4]。本组研究结果显示, 经过常规治疗后, 对照组患者的FEV1水平由治疗前的(1.55±0.30)L提升至(1.97±0.62)L, FEV1/FVC由(43.62±8.04)%提升至(53.82±6.72)%, 反映出患者肺功能的得到良好的改善。经过低流量氧疗、抗感染以及祛痰等基础治疗后, 患者的临床症状得到一定程度的改善, 但是整体疗效并不理想, 病情易反复。

为了进一步提高慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床治疗效果, 有效控制病情进展, 使用糖皮质激素进行治疗, 利用其抗炎功效, 促进气道炎症消退^[5]。应用糖皮质激素药物治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期, 甲强龙是一种良好的选择, 该药物具有很强的抗炎活性, 能够快速渗透于患者的肺部, 防止肺毛细血管通透性的提高, 降低蛋白水解酶类的释放, 有效抑制炎症反应降低炎性浸润。促进水肿症状的消退。另外, 甲强龙的应用, 还需要抗免疫作用, 减少炎性物质的释放, 预防过敏反应的发生。甲强龙适用于慢性阻塞性肺疾病急性加重期的治疗, 应用疗程较短, 并需要严格控制其药用剂量, 需要根据患者的症状改善情况, 逐渐降低药物使用剂量, 保障临床用药的安全性^[6]。本组研究结果显示, 经过甲强龙+常规治疗后, 观察组患者的FEV1水平由治疗前的(1.53±0.27)L提升至(2.43±0.51)L, FEV1/FVC由(43.81±7.95)%提升至(67.23±5.09)%, 显著优于对照组, 说明甲强龙的应用, 可以更好的改善慢性阻塞性肺疾病患者的肺功能。与此同时, 观察组患者的治疗有效率为95.24%, 比对照组更高, 气促、喘息、呼吸困难等症状的消失时间比对照组更短,

充分凸显了甲强龙治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的优势作用。

综上所述, 在慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床治疗中, 甲强龙具有显著的应用疗效, 可以快速、有效的改善患者的临床症状, 促进其肺功能的良好恢复。

参考文献

[1] 张波, 宋欣. 布地奈德联合特布他林治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效分析[J]. 中国实用医药, 2020, 15(17):129-131.
 [2] 徐海樱, 胡永庆. 头孢哌酮舒巴坦联合雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效及对肺功能的影响分析[J]. 贵州医药, 2020, 44(05):706-707.
 [3] 郭麒. 慢阻肺合并呼吸衰竭患者应用小剂量甲强龙联合呼吸兴奋剂治疗的效果观察[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(10):1529-1530.
 [4] 赵岩. 慢阻肺并呼吸衰竭患者采用小剂量甲强龙联合呼吸兴奋剂治疗的效果分析[J]. 中国疗养医学, 2019, 28(08):891-893.
 [5] 彭永枝, 张文莹, 彭伟奖. 小剂量甲强龙联合呼吸兴奋剂治疗慢阻肺并呼吸衰竭临床疗效及不良反应分析[J]. 现代医院, 2019, 19(01):84-87.
 [6] 刘龙军, 王玉洁, 刘立冬. 小剂量甲强龙联合呼吸兴奋剂治疗慢阻肺合并呼吸衰竭30例[J]. 长江大学学报(自科版), 2018, 15(04):17-19.

表3: 两组慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的症状改善情况观察 [($\bar{x} \pm s$), d]

| 组别 | 气促症状 消失时间 | 喘息症状 消失时间 | 呼吸困难 消失时间 |
|------------|--------------|--------------|--------------|
| 观察组 (n=42) | 3.42±0.83 | 3.79±0.94 | 4.04±1.02 |
| 对照组 (n=42) | 4.75±1.16 | 4.82±0.87 | 5.23±1.14 |
| t 值 | 6.043 | 5.212 | 5.042 |
| P 值 | < 0.05 | < 0.05 | < 0.05 |

(上接第30页)

肯定, 值得在临床上推广应用。

本次研究过程中, 实验组患者的心率、心功能及血流动力学指标均显著优于对照组患者, 组间差异显著, 具有统计学意义; 而且实验组患者的临床治疗有效率为91.11%, 对照组患者的临床治疗有效率为68.89%, 差异存在显著性, 与肖秀国^[6]的研究结果完全吻合, 由此可见, 本项研究结果安全可靠, 值得临床推广。慢性心力衰竭传统治疗中, 多应用洋地黄、利尿剂等药物, 针对患者心脏血流动力学失常情况, 实施血管扩张及强心利尿等措施, 临床效果缺乏理想性。通过β受体阻滞剂, 可以对交感神经系统的兴奋程度给予有效抑制, 降低患者的心率, 提升β受体密度, 促使其功能性反射恢复正常, 降低患者心肌能量及氧气的消耗, 不仅可以阻止心肌出现儿茶酚胺中毒, 还能保证细胞内钙含量正常, 保证心肌供血充足, 强化心脏的舒张功能, 避免患者猝死。除此之外, 还可以对心室肥大情况给予有效逆转, 保证心肌细胞活动, 延缓或阻止心室重塑。美托洛尔作为β-肾上腺素受体阻滞剂, 可以对患者肾上腺能系统活动进行有效抑制, 介导心肌重构。改善患者心脏的左室功能, 降低心脏负荷, 稀释儿茶酚胺,

提高患者心脏的收缩功能。值得注意的是, 在临床应用中, 需要确保患者心力衰竭情况平稳, 初始剂量应最小, 结合患者实际情况, 逐渐增加剂量。如果患者存在IV级心功能不全、急性左心力衰竭情况, 需慎用此药。

参考文献

[1] 李霞. 曲美他嗪与酒石酸美托洛尔联合治疗风湿性心脏病合并慢性心力衰竭的临床疗效分析[J]. 中国药物评价, 2017, 34(2):115-117.
 [2] 陈俊禹, 曾文敏, 王博. 美托洛尔治疗风湿性心脏病慢性心力衰竭效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2018(1):56-57.
 [3] 王焕杰. 美托洛尔治疗风湿性心脏病慢性心力衰竭的临床研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(16):44-44.
 [4] 徐书灿. 美托洛尔治疗风湿性心脏病慢性心力衰竭的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2015(1):44-47.
 [5] 赵淑琴, 朱莉, 陆迎. 美托洛尔治疗风湿性心脏病慢性心力衰竭患者的疗效分析[J]. 中国临床保健杂志, 2016, 19(2):181-183.
 [6] 肖秀国. 风湿性心脏病慢性心力衰竭采用美托洛尔治疗临床效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018(4):89-90.