

〔文章编号〕 1007-0893(2021)07-0189-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.092

盐酸氨溴索治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染的效果

侯瑞婷

(濮阳县人民医院, 河南 濮阳 457100)

〔摘要〕 **目的:** 探讨盐酸氨溴索治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染的临床效果。**方法:** 选择濮阳县人民医院呼吸内科 2017 年 1 月至 2019 年 3 月收治的 80 例慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者进行前瞻性研究, 按照随机数字表法分为两组, 每组 40 例, 对照组给予抗菌药物治疗, 观察组在对照组基础上加用盐酸氨溴索, 比较两组患者的临床疗效、症状缓解时间、血清炎症因子指标、不良反应发生率。**结果:** 观察组的总有效率为 95.00%, 对照组为 80.00%, 观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的咳嗽、咳痰、肺啰音等症状缓解时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者治疗后的 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平均较治疗前降低, 且治疗后观察组的 CRP、IL-6、TNF- α 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者用药后的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 盐酸氨溴索用于慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染治疗中具有良好的临床疗效和用药安全性, 可有效缓解患者症状, 减轻炎症反应。

〔关键词〕 慢性阻塞性肺疾病; 肺部感染; 盐酸氨溴索

〔中图分类号〕 R 563 [文献标识码] B

慢性阻塞性肺疾病属于临床常见的慢性呼吸系统疾病, 在急性发作期患者往往伴有呼吸系统症状, 随着病情发展, 患者易伴发肺部感染, 临床需对慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染予以积极治疗, 以免发展为全身感染^[1-2]。以往, 临床针对慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染多采取抗菌药物治疗, 但单一的抗菌药物治疗无法取得理想疗效, 有研究报道指出, 盐酸氨溴索用于慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染中可起到良好的治疗作用^[3], 本研究为探讨盐酸氨溴索治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染的临床效果, 针对 80 例慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者进行研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院呼吸内科 2017 年 1 月至 2019 年 3 月收治的 80 例慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者进行前瞻性研究, 按照随机数字表法分为两组, 每组 40 例, 对照组男 26 例、女 14 例, 年龄 50~75 岁, 平均 (63.19 ± 10.51) 岁; 观察组男 24 例、女 16 例, 年龄 50~76 岁, 平均 (63.54 ± 10.47) 岁; 两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

两组患者均实施常规治疗, 包括解痉、止咳、祛痰、辅助吸氧等治疗, 嘱咐患者保持卧床休养。在此基础上, 对照组给予抗菌药物治疗, 选择哌拉西林钠他唑巴坦 (上海上药

新亚药业有限公司, 国药准字 H20030234), 每次取 20 mL 哌拉西林钠他唑巴坦注射液与 250 mL 0.9% 氯化钠注射液混合, 静脉滴注, 持续滴注 30 min, 每日 1 次; 观察组在对照组基础上加用盐酸氨溴索 (Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co.KG, 国药准字 J20140032), 每次取 30 mg 盐酸氨溴索与 250 mL 0.9% 氯化钠注射液混合后静脉滴注, 每日 2 次。两组患者均持续治疗 10 d。

1.3 观察指标

比较两组的临床疗效、症状 (咳嗽、咳痰、肺啰音) 缓解时间、血清炎症因子指标 (包括 C 反应蛋白 (C-reactive protein, CRP)、白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α))、不良反应发生率。

1.4 疗效评价

评价标准, (1) 显效: 临床症状及体征基本消失, 呼吸状况恢复正常, 胸部 X 片显示肺部阴影消失; (2) 有效: 临床症状及体征减轻, 呼吸状况好转, 胸部 X 片显示肺部阴影面积缩小; (3) 无效: 未达到“显效、有效”的评判标准^[4]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

〔收稿日期〕 2021-01-21

〔作者简介〕 侯瑞婷, 女, 主治医师, 主要从事呼吸内科工作。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

观察组的总有效率为 95.00%，对照组为 80.00%，观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	14(35.00)	18(45.00)	8(20.00)	32(80.00)
观察组	18(45.00)	20(50.00)	2(5.00)	38(95.00) ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者的症状缓解时间比较

观察组患者的咳嗽、咳痰、肺啰音等症状缓解时间均短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者症状缓解时间比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s, d$)

组别	咳嗽	咳痰	肺啰音
对照组	4.73 ± 1.67	3.36 ± 1.28	3.84 ± 1.09
观察组	3.10 ± 1.25 ^b	2.01 ± 0.96 ^b	2.75 ± 0.84 ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后血清炎症因子指标比较

两组患者治疗后的 CRP、IL-6、TNF- α 水平均较治疗前降低，且治疗后观察组的 CRP、IL-6、TNF- α 水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清炎症因子指标比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP/mg · L ⁻¹	IL-6/ng · L ⁻¹	TNF- α /mg · L ⁻¹
对照组	治疗前	9.83 ± 2.35	27.11 ± 3.91	16.95 ± 3.30
	治疗后	7.50 ± 1.87 ^a	23.52 ± 3.07 ^c	13.66 ± 2.91 ^c
观察组	治疗前	9.71 ± 2.40	26.98 ± 3.82	16.80 ± 3.42
	治疗后	5.68 ± 1.49 ^{cd}	20.05 ± 2.79 ^{cd}	10.73 ± 2.35 ^{cd}

与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^d $P < 0.05$

注: CRP — C 反应蛋白; IL-6 — 白细胞介素-6; TNF- α — 肿瘤坏死因子- α

2.4 两组患者的不良反应发生率比较

两组患者用药后的不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者的不良反应发生率比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	腹泻	头晕	恶心	总发生
对照组	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50)
观察组	1(2.50)	1(2.50)	0(0.00)	2(5.00)

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病的病程长，迁延不愈，在急性发作期，患者的临床特征以气流受限不完全可逆为主，多伴有咳嗽、咳痰等呼吸系统症状，患者病情进展速度快，其呼吸系统症状往往会出现严重恶化，引发呼吸困难、发热症状，甚至引发呼吸衰竭^[5-6]。肺部感染是导致慢性阻塞性肺疾病急性发作的重要原因，慢性阻塞性肺疾病患者急性发作时合并肺部

感染的概率较高^[7]，临床上需对慢性阻塞性肺疾病患者的肺部感染予以充分重视，积极实施治疗。

现阶段，临床治疗慢性阻塞性肺疾病的方案以常规对症治疗为主，主要有止咳、祛痰、辅助吸氧等措施，可在一定程度上缓解患者咳嗽、咳痰等症状，但其临床疗效不够理想。慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染的治疗以抗菌药物为主，采用抗菌药物可有效发挥抑菌作用，减轻患者肺部炎症反应和气道炎症反应，具有良好的抗感染作用，但在实际治疗时，仅仅应用抗菌药物对慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染进行治疗无法取得满意疗效。

有研究报道指出，在慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者治疗中应用盐酸氨溴索治疗可起到良好的作用^[8]。盐酸氨溴索属于强效黏液溶解剂，可有效溶解气道内黏液，对气道内分泌物予以清理，有利于增强气道内纤毛摆动速度，提高气道内纤毛清除能力，确保呼吸道通畅，改善肺通气功能，还可起到抗氧化作用，抑制炎症反应，促进肺表面活性物质合成^[9-10]。本研究结果显示：(1) 观察组的临床总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，其咳嗽、咳痰、肺啰音等症状缓解时间均短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，其治疗后的 CRP、IL-6、TNF- α 水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，证实了盐酸氨溴索在慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染治疗中应用的有效性；(2) 两组患者用药后的不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，说明在抗菌药物治疗基础上加用盐酸氨溴索后不会增加不良反应风险。

综上所述，盐酸氨溴索用于慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染治疗中具有良好的临床疗效和用药安全性，可有效缓解患者症状，减轻炎症反应。

〔参考文献〕

- (1) 吕绍翔, 霍敏琴. 盐酸氨溴索支气管肺泡灌洗对慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染的疗效 (J). 广东医学, 2016, 37(2): 228-229.
- (2) 刘博, 张睿, 彭伟, 等. 盐酸氨溴索辅助治疗对慢性阻塞性肺疾病伴肺部感染患者肺功能和血气指标的影响 (J). 疑难病杂志, 2016, 15(10): 1020-1023.
- (3) 梁旭满, 黄干. 慢阻肺合并肺部感染患者应用盐酸氨溴索和对症治疗的疗效观察 (J). 中国医学创新, 2015, 12(32): 19-22.
- (4) 邹谧, 熊简. 盐酸氨溴索在治疗 COPD 合并急性肺部感染中的肺功能改变及疗效分析 (J). 解放军预防医学杂志, 2018, 36(11): 1475-1476.
- (5) 林晓芬, 黄燕璇. 盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染的疗效观察 (J). 现代诊断与治疗, 2015, 26(5): 1013-1014.
- (6) 蒋永均. 盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺感染的临床观察 (J). 中国老年保健医学, 2014, 12(5): 36-38.

- (7) 王汉杰. 盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床疗效分析 (J). 中外医疗, 2015, 34(6): 123-124.
- (8) 鲁平海, 李晓作. COPD 合并肺部感染患者接受盐酸氨溴索支气管肺泡灌洗后全身炎症及应激反应的评估 (J). 海南医学院学报, 2017, 23(21): 2937-2940.
- (9) 李辉努. 盐酸氨溴索治疗老年慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 合并肺部感染临床效果观察 (J). 现代诊断与治疗, 2015, 26(11): 2440-2441.
- (10) 孙勉, 张幸. 盐酸氨溴索对 COPD 发作期并发肺部感染的疗效观察 (J). 临床肺科杂志, 2014, 19(8): 1511-1513.

(文章编号) 1007-0893(2021)07-0191-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.093

切开复位内固定术对胫骨 Plion 骨折患者的疗效观察

白东兴

(上蔡协和医院, 河南 上蔡 463800)

〔摘要〕 **目的:** 分析切开复位内固定术对胫骨 Plion 骨折患者的疗效。**方法:** 选取 2017 年 8 月至 2018 年 12 月上蔡协和医院收治入院的胫骨 Plion 骨折患者 94 例, 随机分为观察组和对照组, 每组各 47 例。对照组用解剖复位固定, 观察组采用切开复位内固定。比较两组患者临床症状消失时间、住院时间及手术结束 6 周, 12 周后两组患者美国特种外科医院 (HSS) 膝关节功能评分。**结果:** 观察组患者临床症状消失时间及住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组手术结束 6 周, 12 周后 HSS 膝关节功能评分均高于对照组, 且两组患者术后 12 周评分均高于术后 6 周, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 切开复位内固定术在胫骨 Plion 骨折患者的治疗中有着缩短临床症状消失时间及住院时间, 促进膝关节功能恢复的重要作用。

〔关键词〕 胫骨 Plion 骨折; 切开复位内固定术; 解剖复位固定

〔中图分类号〕 R 687.3 **〔文献标识码〕** B

胫骨 Plion 骨折指因旋转、直接打击产生的巨大反冲力导致负重关节面胫骨远端的骨折, 甚至比 X 线片所反映的情况更为严重, 患者关节面严重缺损, 甚至严重粉碎。大部分胫骨 Plion 骨折合并有腓骨骨折, 是最难治疗的关节内骨折之一^[1]。传统手术治疗后由多种因素影响致使骨折愈合时间、住院时间均延长, 影响患者恢复效果^[2]。局部软组织并发症是影响治疗效果的主要因素之一, 致残率高。切开复位内固定术是一种针对骨折不稳定、骨折错位严重或粉碎性骨折的患者实施的一种治疗方案。本研究中笔者分析了切开复位内固定术应用于胫骨 Plion 骨折患者的疗效, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2017 年 8 月至 2018 年 12 月入本院治疗的 94 例胫骨 Plion 骨折患者随机分为观察组和对照组, 各 47 例。观察组男 28 例, 女 19 例, 年龄 25 ~ 58 岁, 平均 (37.02 ± 5.02) 岁, 开放性骨折 19 例, 闭合性骨折 28 例, 受伤至手术时间 3 ~ 8 d, 平均 (5.23 ± 1.32) d, 根据 Ruedi-allgower 分型^[2]: I 型

12 例, II 型 25 例, III 型 10 例。对照组男 27 例, 女 20 例, 年龄 23 ~ 57 岁, 平均 (36.87 ± 5.21) 岁, 开放性骨折 20 例, 闭合性骨折 27 例, 受伤至手术时间 3 ~ 9 d, 平均 (5.41 ± 1.37) d, 根据 Ruedi-allgower 分型: I 型 10 例, II 型 26 例, III 型 11 例。纳入标准: (1) 符合胫骨 Plion 骨折诊断标准^[3]。(2) 有行切开复位内固定术的指征。(3) 均知情同意本研究。排除标准: (1) 有骨髓炎或传染性疾病致骨折不愈合者。(2) 合并心、肝、肾功能障碍者。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予解剖复位固定。锐器切开皮肤行骨折复位, 恢复下肢长度, 选择合适的克氏针固定骨折块, 安装踝关节外固定器。

1.2.2 观察组 根据软组织损伤程度的不同 (水肿、水泡消退情况, 伤口愈合情况) 判断手术时机; 根据患者骨质情况、周围软组织条件、粉碎程度选择适当的内固定材料, 经外侧或胫前内侧入, 切口 > 7 cm, 复位后行内固定。术中两切口之间保证有足够的皮桥以免发生软组织坏死。术后

〔收稿日期〕 2021 - 01 - 26

〔作者简介〕 白东兴, 男, 主治医师, 主要从事骨科工作。