

加味涤痰汤联合双水平无创正压通气治疗 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭临床观察*

李文斌 陶毅强 李明爽 董智钰 李伟林[#]

台州市中医院 浙江 台州 318000

摘要 目的:研究加味涤痰汤联合双水平无创正压通气对慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)合并 II 型呼吸衰竭患者血气分析及右心室收缩压的影响。方法:选取 2022 年 4 月至 2024 年 3 月台州市中医院呼吸与危重症医学科收住的 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者 70 例,随机分为对照组 34 例和观察组 36 例。对照组予双水平无创正压通气及西医常规治疗,观察组在对照组的基础上加用加味涤痰汤,连续治疗 1 周。比较治疗后两组患者的 pH 值、氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)、右心室收缩压(RVSP)数值。结果:治疗后观察组 pH 值、PaCO₂ 数值下降优于对照组,存在统计学差异($P < 0.05$);两组患者 PaO₂ 在治疗后均明显改善,但两组间治疗后的 PaO₂ 不存在统计学差异($P > 0.05$);观察组 RVSP 数值较前下降但不存在统计学差异($P > 0.05$)。结论:加味涤痰汤联合双水平无创正压通气能够有效改善患者缺氧状态、减轻二氧化碳潴留,纠正呼吸性酸中毒,并在一定程度上改善右心室收缩压。

关键词 加味涤痰汤 无创通气 II 型呼吸衰竭 血气分析 右心室收缩压

本研究用加味涤痰汤联合双水平无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)合并 II 型呼吸衰竭,探索其临床价值,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准:西医诊断符合《慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治中国专家共识(2023 年修订版)》中 AECOPD 的诊断标准。II 型呼吸衰竭诊断标准:符合动脉血氧分压(PaO₂) < 60 mmHg,伴动脉血二氧化碳分压(PaCO₂) > 50 mmHg。肺衰病中医诊断标准参照《慢性呼吸衰竭中医证候诊断标准(2012 版)》中关于肺衰痰浊阻肺的相关标准,主症:喘促,咳嗽,咳痰,胸闷,精神萎靡甚至嗜睡;次症:喉中痰鸣,动则喘甚,纳呆,胃脘痞满,舌红、苔腻、脉滑。

1.2 纳入标准:年龄 50 ~ 85 岁;符合上述诊断标准;具备无创机械通气指征;患者资料齐全,可配合医护人员的检查诊治,签署知情同意书。

1.3 排除标准:呼吸停止或呼吸明显抑制需行有创机械通气;血流动力学不稳定;颜面部损伤或畸形者;近期上气道或消化道手术后不能耐受无创通气;大咯血,气道食管瘘,易误吸者;幽闭综合征、精神异常不接受口鼻面罩者。

1.4 中止标准:入组后发现不符合筛选条件者;病情迅

速恶化需转入 ICU 或死亡者;不能配合者。

1.5 一般资料:选取 2022 年 4 月至 2024 年 3 月台州市中医院呼吸与危重症医学科收住的 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者 70 例,随机分为对照组 34 例和观察组 36 例。对照组中男 22 例,女 12 例;平均年龄(79.41 ± 7.99)岁;急性起病病程(4.76 ± 2.03) d。观察组男 27 例,女 9 例;平均年龄(77.61 ± 10.00)岁;急性起病病程(4.41 ± 1.96) d。两组资料均衡($P > 0.05$)。

1.6 治疗方法:对照组予抗感染、止咳化痰、抗炎平喘、无创机械通气等对症治疗。哌拉西林他唑巴坦(瑞阳制药股份有限公司,国药准字 H20073604)每 8 小时 1 次,每次 4.5g 溶于 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 静滴,或头孢哌酮舒巴坦(齐鲁安替制药有限公司,国药准字 H20043200)每 8 小时 1 次,每次 2g 溶于 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 静滴,积极寻找病原学依据,根据药敏学试验及时调整抗生素方案;盐酸氨溴索注射液(湖北科伦药业有限公司,国药准字 H20183050)每 12 小时 1 次,每次 30mg 溶于 0.9% 氯化钠注射液 20 mL 静推;甲泼尼龙针(国药集团容生制药有限公司,国药准字 H20070007)每日 1 次,每次 40mg 溶于 0.9% 氯化钠注射液 20 mL 静推并根据病情变化逐步减量;双水平无创正压通气治疗采用 V60 无创呼吸机(Philips,美国)经口鼻面罩进行,设置 S/T 通气模式,I:E=1:1.5,吸气压(IPAP):12 ~ 20 cmH₂O,

* 基金项目:台州市科学技术项目(22ywa52)

通讯作者:李伟林,E-mail:932608878@qq.com

呼气压力(EPAP):4~8cmH₂O,备用频率15次/min,吸氧浓度在30%~40%之间,潮气量调节为6~10mL/kg,起始呼吸机压力低,逐渐提高至患者氧饱和度维持在92%以上,前2d患者使用呼吸机时长根据血气分析结果尽可能延长,病情稳定后可逐渐缩短每日通气时间,其余时间持续低流量吸氧(2~3L/min)。观察组在对照组基础上予以加味涤痰汤治疗。组方:法半夏10g,胆南星9g,茯苓20g,陈皮10g,枳壳10g,党参15g,石菖蒲10g,竹茹10g,桃仁9g,丹皮12g,黄芪15g,甘草6g。由本院中药煎配中心统一熬煮,浓煎药汁200mL,每次100mL,早晚餐后半小时各一次。

表1 两组治疗前后血气分析比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前			治疗后		
		pH值	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)	pH值	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)
观察组	36	7.23±0.03	53.75±3.76	65.64±12.84	7.38±0.04**	78.92±9.80**	45.56±5.76**
对照组	34	7.22±0.04	53.09±4.71	61.30±8.80	7.35±0.06*	74.73±9.00*	50.58±7.00*

注:与同组治疗前比较,#P<0.05;与对照组治疗后比较,*P<0.05。

2.2 两组治疗前后RVSP比较:见表2

表2 两组治疗前后RVSP比较($\bar{x} \pm s$,mmHg)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	36	53.42±7.97	45.14±6.44**
对照组	34	49.55±11.17	49.30±14.96

注:与同组治疗前比较,#P<0.05;与对照组治疗后比较,*P<0.05。

3 讨论

肺胀是因多种慢性肺系疾病反复发作,迁延不愈,导致肺气胀满不能敛降的一种病证^[1],其主要表现为咳嗽咳痰、胸闷气喘、唇甲紫绀、肢体浮肿、心慌心悸等,严重者可出现神昏、痉厥等危重证候,现代中医以“肺衰病”作为呼吸衰竭病名。肺胀的发生多因久病肺虚,导致痰饮浊邪留恋不去而致肺失宣降,每因复感外邪诱使病情发作或加剧。痰浊性属阴,质黏腻,易阻碍气血运行,肺胀患者气虚无力推动痰行,痰滞导致气道阻塞,肺气无以宣降,继而肺气胀满,循环往复而成肺衰。故治疗肺衰病的关键在于涤痰,兼顾益气、理气、化痰,本研究选用的加味涤痰汤正是基于这一治法而制定。

《东医宝鉴》记载:“涤痰汤,治中风痰迷心窍,舌强不能言……此药治中风不语,豁痰清热,利气补虚,可谓简而当也。”可见涤痰汤本为治疗中风所定,但根据其豁痰、理气、补虚的组方原则,在长期临床使用中不断优化演绎,可广泛运用于各类与痰浊相关,尤其是因痰浊、痰热内阻引起的神志变化疾病。涤痰汤用陈皮、半夏、胆南星利气燥湿而化痰为君药,臣以菖蒲开窍通心,竹茹清

化热痰,枳实破痰利膈,佐以党参、茯苓、甘草补益心脾。诸药合用,使痰消火降,经络通利。加味涤痰汤在原有基础上加用桃仁、丹皮、黄芪三味。桃仁、丹皮活血化瘀,肺胀日久,进而肺衰,肺朝百脉、心主血脉功能受损,则周身血行,瘀滞不畅,加之痰浊黏腻,阻滞气血,此二药可化血瘀推动气血运行,气行而痰动。黄芪为补气固表之首药,肺胀、肺衰的根本病机为久病肺气亏虚,加用黄芪能够在化痰理气祛瘀的同时固护正气,使邪去不伤正,共同达到益气、理气、化痰、化瘀的治疗目的。

1.7 观察指标:①治疗前及治疗后第7天分别抽取患者在未吸氧状态下动脉血行血气分析,记录pH值、氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂);②治疗前后分别行超声心动图检查,记录右心室收缩压(RVSP)。

1.8 统计学方法:采用SPSS 25.0软件处理数据。计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验;正态分布计量资料用平均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较用独立样本t检验,组内比较采用配对t检验。P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血气分析比较:见表1。

通过上述研究可以得出,加味涤痰汤联合双水平无创正压通气对AECOPD合并II型呼吸衰竭患者在pH、PaCO₂的数值改善上更具优势,痰液堵塞气道是造成II型呼吸衰竭的重要致病因素之一,加味涤痰汤通过荡涤痰液,通畅气道达到痰消气顺的功效,从而改善患者缺氧状态,减轻二氧化碳潴留。气虚痰滞,血液运行受阻,心主血脉、肺朝百脉失司,故见右心室收缩压升高,加味涤痰汤通过益气、化痰、散瘀等功效改善血流动力学,降低右心室收缩压。此研究证实加味涤痰汤联合双水平无创正压通气治疗AECOPD合并II型呼吸衰竭具有较高的临床价值,为中西医联合诊治危急重症提供新思路。

4 参考文献

[1]方建庆,武学农,王哲,等.甘露消毒丹治疗痰热壅肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重期46例临床观察[J].浙江中医杂志,2024,59(5):398-400.