

重症哮喘呼吸内科临床治疗分析

田亚明

河北中石油中心医院 呼吸与危重症医学科 河北廊坊 065000

【摘要】目的：探究及分析在呼吸内科对重症哮喘患者实施治疗的方案及有效性。方法：将本院呼吸内科 2022 年 2 月-2023 年 4 月期间收治的 55 例重症哮喘患者作为此次研究对象，使用电脑随机分组原则对 55 例患者分成两组，其中参照组 27 例患者实施常规治疗，治疗组 28 例患者开展呼吸内科综合干预法，对比两组哮喘患者的临床疗效。结果：治疗组患者干预后的治疗优良率高于参照组患者 ($P=0.038$)，差异具有统计学意义；治疗组治疗后对比的 FEV1、FVC、PEE 高于参照组 ($P<0.05$)，差异具有统计学意义；且治疗组的呼吸困难、喘息、咳嗽缓解时间相对于参照组更短 ($P<0.05$)，差异具有统计学意义。结论：对重症哮喘患者实施呼吸内科综合干预的效果十分明显，能在短时间内缓解患者哮喘发作时的一系列症状，还能稳定和改善患者的肺功能指标，促进患者预后。

【关键词】重症哮喘；呼吸内科；治疗方案；治疗疗效；症状缓解时间

哮喘属于呼吸内科十分多见的慢性炎症性气道疾病，主要是指严重的反复发作的气急、胸闷、喘息或咳嗽等临床综合征^[1]。重症哮喘主要是由于长时间吸烟、空气污染、肥胖、鼻息肉、性别因素、精神心理因素、缺乏维生素 D 等导致的，重症患者症状主要表现为休息时气短、端坐呼吸、沟通中只能单字表达、烦躁不安、大汗淋漓、焦虑、每分钟的呼吸频率在三十次以上，通常伴随着三凹征，能听到明显、响亮和弥漫性的哮鸣音、患者每分钟心率一般在 120 次以上^[2]。若不及时治疗将会导致十分严重的风险甚至危害患者生命安全等不良事件的发生，以往的临床中通常对患者实施吸氧干预、补液治疗、纠正内环境紊乱等基础治疗^[3]，但对于重症哮喘患者来说效果并不十分显著，具有一定的局限性。因此，在呼吸内科临床中提倡为重症哮喘患者实施呼吸内科综合和对症治疗，旨在改善患者肺功能，尽快缓解患者症状，缩短患者症状改善时间^[4]。本院展开了 55 例重症哮喘患者的分组治疗，分别给予了常规治疗、呼吸内科综合疗法，旨在探究呼吸内科治疗对重症哮喘治疗中的价值和作用，详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 基线资料

使用电脑随机分组法对本院呼吸内科观察、分析的重症哮喘患者 55 例分成两组，其中 27 例参照组患者中男性 15 例，女性 12 例，年龄分布在 33-78 岁，均值 (52.12 ± 5.26) 岁，病程时间 5 个月-5 年，平均 (2.63 ± 0.45) 年；治疗组 28 例患者中男性 15 例，女性 13 例，年龄分布在 32-79 岁，均值 (52.10 ± 5.29) 岁，病程时间 6 个月-5 年，平均 (2.65 ± 0.43) 年。

统计学处理两组重症哮喘患者的一般资料，结果差异不大 ($P>0.05$) 且可比性高。本研究开展之前，55 例重症哮喘患者及其家属均对本研究的全部内容展开了了解并签署知情同意协议；本研究均在本院伦理委员会审批下通过。

纳入标准^[5]：1) 经临床诊断及检查均符合哮喘的标准，且在休息时也会表现为气短，而且呈现端坐呼吸、焦虑、大汗、心率和呼吸频率都会明显增快，血气分析氧分压也会明显降低；2) 同意参与此次观察且临床资料完整。

排除标准：1) 合并严重的呼吸道感染及过敏原接触史；2) 妊娠期或哺乳期；3) 合并全身性恶性肿瘤或系统性疾病；4) 肝肾肺功能不全或严重药物过敏史。

1.2 方法

为参照组患者实施常规治疗，患者入院之后第一时间送至急诊科接受抢救治疗，在给予一系列生命体征指标的检测之后为患者实施吸氧治疗、纠正低氧血症，必要时给给予面罩吸氧。为患者应用支气管扩张剂，包括吸入 β 受体激动剂以及抗胆碱能的药物，静脉应用氨茶碱等，同时还应给予足量的糖皮质激素。哮喘持续且摄水量不足的患者，应积极补液，稀释痰液，纠正脱水的情况、积极的纠正水电解质酸碱失衡的情况、及时脱离致敏的环境，针对病因对症治疗、必要时给予气管插管机械通气。

对治疗组患者开展呼吸内科综合干预，具体如下：首先在为患者实施对症的吸氧、补液等干预之后应给予雾化吸入干预，通过雾化吸入的手段给予患者布地奈德 2.00mg (通用名称：布地奈德气雾剂；商品名称：普米克；英文名称：Budesonide Aerosol；规格：5 毫升：20 毫克，200 微克/喷；国药准字：H20030410；企业名称：阿斯利康制药有限公司)+异丙托溴铵 500ug (通用名称：吸入用异丙托溴铵溶液；英文名称：Ipratropium Bromide Solution for Inhalation；规格：500 微克/2 毫升/支；批准文号：X20010352) 加入 0.90% 的 4ml 生理盐水治疗。其次，还应对重症哮喘患者实施机械通气治疗，更好更快的维持其呼吸道通畅，结合患者实际情况对仪器各项参数进行设定和调整，在这一过程中应密切监测患者呼吸功能指标的变化，一旦患者症状得到控制，无呼吸困难症状即可拔管。

1.3 观察指标

针对参照组、治疗组重症哮喘患者治疗后的治疗优良率、症状缓解时间、FEV1、FVC、PEE 等肺功能指标展开对比。(1) 治疗优良率^[6]=(优+良)/n · 100.00%；其中优：治疗 5 天后患者症状消失，各项指标和功能恢复正常范围内，无药物不良反应；良：治疗 5 天后患者症状得以改善，各项指标有所改善；差：治疗一周后患者症状未得到显著缓解或不断加重。

1.4 统计学分析

采用 spss21.0 软件的处理，肺功能指标及症状缓解时间为计量资料，采用均数标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，治疗优良率为计数资料，采用 χ^2 表示， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 参照组与治疗组干预后的治疗优良率

治疗组哮喘患者治疗后对比的治疗优良率高于参照组哮喘患者 ($P<0.05$)，差异具有统计学意义；见表 1 所示：

表 1 两组重症哮喘患者治疗后对比的治疗优良率

组别	优 (n)	良 (n)	差 (n)	治疗优良率 (n/%)
参照组 (27)	10 (37.04)	11 (40.74)	6 (22.22)	21 (77.78)

治疗组 (28)	12 (42.86)	15 (53.57)	1 (3.57)	27 (96.43)
X ² 值	-	-	-	4.305
P 值	-	-	-	0.038

表2 两组重症哮喘患者干预前后比较的 FEV1、FVC、PEE

组别	FVC (L)		PEE (L/min)		FEV1 (L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组 (27)	2.12 ± 0.15	2.40 ± 0.20	230.15 ± 65.45	255.59 ± 70.10	1.10 ± 0.15	1.30 ± 0.25
治疗组 (28)	2.13 ± 0.16	2.56 ± 0.25	232.20 ± 62.59	273.69 ± 75.46	1.12 ± 0.17	1.50 ± 0.26
t 值	0.239	2.615	0.119	0.921	0.462	2.906
P 值	0.812	0.012	0.906	0.361	0.646	0.005

2.2 参照组和治疗组患者治疗前后的肺功能

干预前, 两组哮喘患者之间的肺功能指标无显著差异 ($P > 0.05$), 差异无统计学意义; 治疗后, 治疗组患者的 FEV1、FVC、PEE 水平高于参照组患者 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 见表 2:

2.3 参照组、治疗组患者的症状缓解时间

治疗组重症患者接受治疗后对呼吸困难的、喘息、咳嗽缓解时间相对于参照组重症患者更短 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 见表 3:

表3 两组哮喘患者治疗后的喘息、咳嗽、呼吸困难缓解时间 (d)

组别	咳嗽缓解时间	呼吸困难缓解时间	喘息缓解时间
参照组 (27)	4.63 ± 1.12	2.52 ± 1.05	2.89 ± 0.78
治疗组 (28)	2.50 ± 1.00	1.56 ± 0.63	1.35 ± 0.52
T 值	7.446	4.129	8.645
P 值	< 0.001	< 0.001	< 0.001

3 讨论

研究显示, 随着人们基础性疾病的发及生活习惯的变化, 现阶段临床中哮喘的发病率越来越高, 哮喘不单单可以引起咳嗽、喘息等不适症状, 还可能引起肺部的反复发作性感染、水电解质和酸碱失衡以及并发肺和其他脏器的功能损害, 严重时可导致猝死。重度哮喘发作时, 患者往往会有咳嗽、喘息、胸闷等不适症状, 在发生以上症状时, 患者应及时到医院检查、治疗。如果哮喘不及时加以控制, 不仅会引起身体上的不适, 还可能引发其他并发症, 对身体健康产生更严重的危害^[7]。

首先重度哮喘可导致猝死, 当哮喘严重发作时, 由于支气管痉挛, 患者无法正常呼吸, 可导致沉默肺的发生, 且发病速度十分快, 病情发展也十分迅速, 患者往往因来不及抢救而死亡。其次肺部反复发作性感染的出现, 如果哮喘反复出现, 可导致气道的敏感性增强, 气道正常的免疫功能及防御功能下降, 很容易受到一些病毒、细菌等病原体的感染, 甚至病情迁延不愈, 可发展为慢性咳嗽, 对生活质量造成严重影响^[8]。第三, 哮喘还会导致水电解质及酸碱失衡, 当哮喘发作时, 患者的呼吸频率加快, 气道内液体的挥发增多, 可导致机体缺水, 再加上气管痉挛, 可导致患者出现缺氧、呼吸困难的现象, 使身体的能量消耗大大增加, 从而并发水电解质及酸碱失衡, 情况严重, 可危及生命。最后, 哮喘可能并发肺及其他脏器的功能损害, 哮喘还可并发气胸、肺不张、纵膈气肿等, 由于哮喘的长期反复发作, 可导致机体气道生理结构受到破坏, 再加上炎症的反复刺激, 可诱发支气管扩张、慢性阻塞性肺气肿、肺源性心脏病等。因此, 在临床中对重度哮喘患者实施及时有效的治疗十分必要。以往临床中通常对患者实施常规和基础性的对症处理、包括吸氧、补液、纠正水电解质失衡等干预, 虽能起到一定的效果, 但对于重症患者来说效果不明显, 难以达到预期目标^[9]。因此, 在呼吸内科的治疗中提倡对重症哮喘患者开展呼吸内科综合治疗干预, 通过机械通气治疗和雾化吸入的手段更好、更快的缓解患者咳嗽、喘息、气急、呼吸困难等症

状, 提升患者的免疫能力, 抑制患者重症病症, 改善患者的肺功能指标, 减少哮喘症状反复发生导致患者肺功能产生的不利影响^[10]。本研究结果显示, 和参照组患者对比, 治疗组患者干预后的治疗优良率更高、喘息、咳嗽、呼吸困难等症状缓解时间更短、而 FEV1、FVC、PEE 等肺功能指标更优, 这一结果更好的说明了呼吸内科综合治疗对重症哮喘患者的治疗效果和价值。

由此可见, 在呼吸内科的临床治疗中为重症哮喘患者实施综合干预疗法的效果和价值十分显著, 建议在日后的呼吸内科临床中推广使用。

参考文献:

- [1] 孙蕾, 曹雯, 陈涛. 布地奈德雾化吸入+硫酸镁治疗小儿重症哮喘急性发作的临床效果及对气道重塑的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(15): 69-72.
- [2] 肖影, 青刚. BIPAP 联合特布他林雾化吸入治疗老年性重症哮喘合并呼吸衰竭疗效及对患者肺功能和免疫功能的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2022, 19(04): 77-81.
- [3] 刘勇, 刘丹, 柴文成. 桔贝合剂联合氨茶碱对重症哮喘急性发作患者呼吸纤毛清除功能及 IFN- γ /IL-4、Th1/Th2 的影响[J]. 中国医院用药评价与分析, 2022, 22(05): 580-583.
- [4] 吴加豪, 乔建瓯. 《临床常见病诊疗丛书: 支气管哮喘》出版: 老年重症支气管哮喘临床治疗分析探究[J]. 介入放射学杂志, 2023, 32(02): 212.
- [5] 颜石新, 阳生光, 谢梓正. 小剂量肾上腺素辅助治疗对重症支气管哮喘急性发作患者肺功能的影响[J]. 慢性病学杂志, 2022, 23(07): 1117-1120.
- [6] 韩晋英, 崔丽平, 张文艳等. 无创正压通气治疗在呼吸重症监护病房重症支气管哮喘患者中的应用效果[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022, 6(07): 83-85.
- [7] 才德吉, 何秀琴, 施发花. 纳洛酮联合无创双水平正压通气治疗重症支气管哮喘合并慢性阻塞性肺疾病的临床研究[J]. 中国临床医生杂志, 2022, 50(05): 543-546.
- [8] 刘晓娜. 支气管哮喘急性重症患者实施布地奈德、特布他林、异丙托溴铵雾化治疗期间联合甲强龙治疗效果分析[J]. 医药论坛杂志, 2022, 43(12): 47-50.
- [9] 张明凤, 马海彬, 张德良. 布地奈德福莫特罗粉吸入剂联合甲泼尼龙治疗重症支气管哮喘的临床疗效及其对炎性反应的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(36): 13-16.
- [10] 崔索娟, 张孝萍. 无创-有创序贯通气联合布地奈德治疗年龄>60岁重症哮喘并 II 型呼吸患者的疗效评价[J]. 临床研究, 2022, 30(06): 100-103.