

者产生了巨大的恐惧心理,护士不仅要积极采取治疗和护理措施,而且从言语、行为上做到尊重患者,同情关心患者,加强护患之间沟通,护理人员可鼓励患者通过手势、表情、写字板等表达自己的需要<sup>[5]</sup>。尽可能满足患者的需要,使其感到温暖、亲切,消除孤独感、恐惧感,增加与病魔对抗的信心。

### 3 讨论

本文通过分析对6例艾滋病机械通气患者的护理,结果显示护理人员娴熟的技术及对病人无微不至的关心,同时加强气道管理、基础护理、心理护理、健康宣教等,使患者及家属深受感动。正确引导病人面对现实,树立与死神较量的信心,促进患者早日康复,降低病死率,提高了抢救成功率,提高患者生活质量及延长生命。艾滋病护理是一条漫长而艰辛的路,我

们正在不断探索和总结经验,以更高的水平去护理服务病人。

### 参 考 文 献

- [1] 何玉香. 32例艾滋病患者的护理[J]. 南华大学学报(医学版), 2005, 33(4): 583-584.
- [2] 翟新华, 吉丽萍. 15例艾滋病人的护理体会[J]. 内科, 2009, 4(2): 329-330.
- [3] 丁炎明. 艾滋病的护理进展[J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(8): 873-874.
- [4] 张玉芳. 艾滋病患者的消毒隔离与护理[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2008, 7(2): 66-67.
- [5] 邴桂青, 彭凤玲, 张志坚. 艾滋病合并肺结核患者的护理体会[J]. 当代护士, 2009, (1): 38-39.

(收稿日期: 2010-06-11 修回日期: 2010-07-14)

## ● 经验交流

# 中西医结合治疗肺结核咯血 50 例疗效观察

罗 凯 欧炯昆

(广西玉林市结核病防治所, 玉林市 537000)

**【摘要】 目的** 观察中西医结合治疗肺结核咯血的临床效果。**方法** 91例肺结核咯血患者随机分为治疗组50例和对照组41例。两组均按全国统一标准化疗方案给予治疗,并给予卡巴克络、止血芳酸或垂体后叶素等止血药,治疗组在上述治疗的基础上加用降逆滋阴敛血中药治疗。**结果** 治疗组显效41例,有效8例,无效1例,总有效率98.0%;对照组分别为25例、8例、8例、80.5%。治疗组疗效好于对照组( $P < 0.05$ ),复发率治疗组为8.0%明显低于对照组的26.8%( $P < 0.05$ )。**结论** 中西医结合治疗肺结核咯血疗效好、复发率低。

**【关键词】** 肺结核;咯血;中西医结合疗法

**【中图分类号】** R 521 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2010)08-1011-02

咯血是肺结核患者常见症状之一,有1/3~1/2的肺结核患者伴有不同程度的咯血,如处理不当,易引起失血性休克、窒息、甚至死亡。临床上一旦发生咯血使用止血药后大部分都能控制,但仍有部分病例反复发作或长期血痰,迁延难愈。笔者2007年1月至2009年10月用中西医结合治疗肺结核咯血患者50例,收到满意的疗效,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 肺结核咯血患者91例,均有不同程度的咳嗽、咯血、潮热、盗汗、消瘦等症状,咯血病程最长3年,最短2d。入组标准:(1)符合《临床诊疗指

南·结核病分册》<sup>[1]</sup>肺结核诊断标准;(2)根据临床症状、体征,并经胸部X线拍片或CT片、实验室相关检查等确诊;(3)均伴有咯血症状;(4)排除肺炎、肺脓肿、肺部肿瘤、二尖瓣病变等疾病引起的咯血。根据咯血量多少分为小量咯血( $< 100 \text{ ml/d}$ )、中量咯血( $100 \sim 300 \text{ ml/d}$ )、大咯血( $> 300 \text{ ml/d}$ )。符合上述标准共91例,将患者按完全随机设计方法分为治疗组和对照组。治疗组50例,男32例,女18例;年龄19~65岁,平均42岁;小量咯血18例,中量咯血26例,大咯血6例;病程 $< 2$ 周12例,2~48周33例, $> 48$ 周5例。对照组41例,男26例,女15例;年龄20~64岁,平均41.5岁;小量咯血14例,中量咯血23例,大咯血4例;病程 $< 2$ 周9例,2~48周29例, $> 48$ 周3例。两

组患者性别、年龄、咯血量、病程等比较差异无统计学意义,具有可比性。

**1.2 治疗方法** 两组均按全国统一化疗方案给予的标准方案治疗<sup>[2]</sup>:初治涂阳患者方案为2H3R3Z3E3/4H3R3,初治涂阴方案为2H3R3Z3/4H3R3,复治涂阳方案为2H3R3Z3 S3E3/6H3R3E3。同时嘱患者卧床休息,避免一切咯血诱因。治疗方法为:异烟肼(H)600 mg,口服,隔天1次;利福平(R)600 mg,口服,隔天1次;吡嗪酰胺(Z)2000 mg,口服,隔天1次;乙胺丁醇(E)1250 mg,口服,隔天1次;链霉素(S)750 mg,肌肉注射,隔天1次。并根据患者咯血量的给予不同的止血药治疗:中、小量咯血者口服卡巴克络10 mg,3次/d;止血芳酸0.4 g加入生理盐水或5%葡萄糖250 ml静脉滴注,1次/d。大量咯血者则同时给予垂体后叶素10~20 U加入10%葡萄糖或生理盐水250~500 ml中缓慢静脉滴注,1次/d。7 d为1个疗程。治疗组:在上述治疗的基础上给予中药治疗,以降逆滋阴敛血为治疗原则,方药组成:牛膝12 g,代赭石30 g(先煎),三七粉6 g(冲服),沙参15 g,麦冬15 g,生地15 g,熟地15 g,阿胶(烊化)15 g,白芨15 g,仙鹤草15 g,侧柏叶15 g,甘草10 g。1剂/d,水煎服用。咳甚加贝母、杏仁、桔梗;气虚加党参或西洋参;热甚加黄芩;骨蒸潮热者加青蒿、地骨皮;盗汗多者加浮小麦、五味子。7 d为1个疗程,观察2个疗程。获效后继续用药2~3个疗程巩固,防止再发生咯血。

**1.3 疗效评定标准** 显效:治疗1周内出血停止,2周内无再出血;有效:1周内出血明显减少,偶见痰中带血,2周内无再出血;无效:治疗1周出血无明显好转,需改用其他方法治疗。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 13.0统计软件进行数据处理,等级资料用秩和检验,率的比较用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 治疗组疗效好于对照组,两组比较差异有统计学意义( $u = 7.815, P = 0.013$ ),见表1。两组患者均随访观察半年,治疗组50例中咯血复发4例(8.0%),对照组41例中咯血复发11例(26.8%),治疗组复发率低于对照组,两组比较差异有统计学意义( $\chi^2 = 5.800, P = 0.016$ )。

表1 治疗组与对照组疗效比较(n,%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	50	41(82.0)	8(16.0)	1(2.0)	49(98.0)
对照组	41	25(61.0)	8(19.5)	8(19.5)	33(80.5)

**2.2 不良反应** 治疗组出现胃肠反应1例,继续服

药能耐受。对照组胃肠反应3例,腹痛1例,转氨酶升高1例。

## 3 讨论

现代医学认为,肺结核是肺部感染结核杆菌引起的一种慢性传染病。肺结核引起咯血多是由于肺部病灶的毛细血管壁通透性增加、病变侵蚀血管、空洞内动脉瘤的破裂或血管断裂、钙石的刺激及瘢痕收缩、淋巴支气管痿、合并结核性支气管扩张和血管畸形引起<sup>[3]</sup>。临床观察发现卡巴克络对中、小量咯血患者的止血作用缓慢,疗程长,部分患者疗效欠佳,复发率高。垂体后叶素可直接兴奋平滑肌,使内脏小动脉收缩,减少肺循环血量,使肺循环血压降低,体循环血压升高,促进血小板凝聚形成血栓而止血<sup>[1]</sup>,可有效控制大咯血,是临床治疗咯血的首选药物,但有引起面色苍白、出汗、胸闷、腹痛、心悸、过敏性休克等不良反应,而且有一定的禁忌证(对高血压、冠状动脉疾病、心力衰竭、肺源性心脏病病人禁用),因此限制了其临床应用。祖国医学称肺结核为肺癆,肺癆咯血属癆虫蚀肺;发病机制为肺阴耗伤,阴虚肺热,虚火灼伤肺络,血不循经而上冲外溢所致。临床上虽有多种证型,但以肺阴虚为多见,故治疗应从降逆滋阴敛血为主治法。长期反复咯血,阴血亏乏,血液黏稠,进而造成淤血。淤血阻络,使血无归宿,往往血液可再次潮动,因此咯血反复发作,迁延不愈。所以临床上无论有无淤血表现,均佐以活血化淤,以免留淤为患,使淤血去新血自止。方中三七、牛膝活血止血,三七是历代医家推崇止血良药,其作用强大,既止血又散淤;代赭石、牛膝引血下行,降逆止血,两药对血不循经上逆之出血有很好的疗效,与西医降低肺内循环压力达到止血作用的原理相吻合;沙参、麦冬、生地、熟地滋阴润肺,降虚火;白芨、仙鹤草、侧柏叶收敛止血,补肺生肌;阿胶养血止血尚能滋阴润肺。诸药合用,切中病机,虚火渐清,血络安宁,故获捷效。研究表明,中西医结合方法治疗肺结核咯血疗效好于单纯西药治疗组,且复发率低,值得临床推广应用。

## 参 考 文 献

- [1] 中华医学会.临床诊疗指南·结核病分册[M].北京:人民卫生出版社,2005:8-9.
- [2] 中华人民共和国卫生部疾病控制司.中国结核病防治规划实施工作指南[C].中华人民共和国卫生部,2002:32-34.
- [3] 马 琦,朱莉贞,潘毓萱.结核病[M].北京:人民卫生出版社,2006:372-373.

(收稿日期:2010-06-09 修回日期:2010-07-11)