

- fibrosis aggravation in nonalcoholic steatohepatitis in mice[J]. Hepatology, 2014, 59(1):154-169.
- 4 陈宵瑜, 杨长青. 肝纤维化发生机制研究新进展[J]. 实用肝脏病杂志, 2016, 24(1):121-124.
 - 5 中国中西医结合学会肝病专业委员会. 肝纤维化中西医结合诊疗指南[S]. 中国肝脏病杂志: 电子版, 2010, 2(4): 54-60.
 - 6 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002. 173-178.
 - 7 周光耀, 胡志秋, 郑建建, 等. 微小RNA-10a作为肝星状细胞活化及肝纤维化的分子标志物的研究[J]. 现代免疫学, 2016, 19(3):34-36.
 - 8 李汨, 聂青和. CXC趋化因子配体10在丙型肝炎发病机制和抗病毒治疗中的作用[J]. 临床肝胆病杂志, 2015, 31(11):1820-1824.
 - 9 张瑞凤, 姚云洁, 游忠岚, 等. 复方鳖甲软肝片联合恩替卡韦治疗慢性乙型肝炎肝纤维化的观察[J]. 第三军医大学学报, 2014, 36(18):1961-1963.
 - 10 杨丽敏, 李群, 窦雯雯, 等. 卡托普利联合复方鳖甲软肝片用于肝纤维化的临床效果[J]. 山东医药, 2016, 56(24):29-31.

(收稿日期 2016-09-29)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

孟鲁司特钠对哮喘-慢阻肺重叠综合征患者呼吸困难指数的影响

洪敏 洪芳

哮喘和慢性阻塞性肺疾病都是临床上较为常见的呼吸系统疾病。理论上,两者是不同的疾病,部分呼吸系统疾病患者可同时具有哮喘和慢性阻塞性肺疾病两种疾病的特征,称之为哮喘-慢阻肺重叠综合征^[1]。据报道,在全部慢性阻塞性肺疾病患者中有超过一半的患者存在哮喘-慢阻肺重叠综合征,且哮喘-慢阻肺重叠综合征较单一疾病的病情变化快,从而加重了患者的病情^[2]。本次研究中主要运用孟鲁司特钠对哮喘-慢阻肺重叠综合征患者进行干预,并分析对呼吸困难指数的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年6月至2016年6月于常山县人民医院门诊或病房接受诊治的哮喘-慢阻肺重叠综合征患者72例,其中男性42例、女性30例;年

龄50~75岁,平均(64.21±4.88)岁,病程2~10年,平均病程(5.92±1.18)年;纳入标准:①符合哮喘-慢阻肺重叠综合征诊断标准^[3];②入组前1个月内接受过激素、抗胆碱能类药物、β₂受体激动剂治疗;③初次诊断为哮喘-慢阻肺重叠综合征。排除标准:①支气管扩张、肺结核等其他肺部疾病引起的咳嗽、咳痰、喘息症状;②肝肾功能障碍者;③对本次研究用药过敏者;④妊娠或哺乳期妇女。按照不同治疗方法分为两组,每组36例。观察组中男性22例、女性14例;平均年龄(63.78±4.63)岁,平均病程(6.12±1.67)年;对照组中男性20例、女性16例;平均年龄(65.05±5.29)岁,平均病程(5.87±1.14)年。两组患者年龄、性别、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 所有患者均给予吸氧、抗感染、止咳化痰等基础治疗。对照组患者给予沐舒坦片30 mg口服,每日三次;多索茶碱注射液0.2 g静脉注射,每日

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.04.027

作者单位:324200 浙江常山, 常山县人民医院药品耗材中心

二次;舒利迭500 μ g吸入治疗,每日二次;噻托溴铵干粉胶囊18 μ g经单剂量干粉吸入器,每日上午吸入1次。观察组患者在对照组的基础上加用孟鲁司特钠片10 mg口服,每日一次,睡前服用。两组疗程均为4周。

1.3 观察指标 观察比较两组患者治疗前及治疗4周结束时的呼吸困难指数分级^[4]、哮喘控制测试(asthma control test, ACT)评分^[5]、慢阻肺症状评分(chronic obstructive pulmonary disease assessment test, CAT)^[6]及肺功能情况。采用德国耶格MS Diffusion 肺功能仪行肺功能检查,记录患者1秒用力呼气量(forced expiratory volume in one second, FEV1)用力肺活量(forced vital capacity, FVC),比较两组FEV1占预计值百分比与FEV1/FVC。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件对数据进行分析。计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料采用 t 检验;计数资料采用 Z 检验。设 $P<0.05$

为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后呼吸困难指数分级情况见表1

表1 两组患者治疗前后呼吸困难指数分级比较/例

组别		0级	1级	2级	3级	4级
观察组	治疗前	0	3	8	15	10
	治疗后	14	12	6	4	0
对照组	治疗前	0	4	7	14	11
	治疗后	8	6	8	9	5

由表1可见,两组患者治疗前呼吸困难指数分级比较,差异无统计学意义($Z=1.70, P>0.05$),治疗后两组4级患者减少,0级患者增多,观察组呼吸困难指数明显优于对照组,差异有统计学意义($Z=3.87, P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后ACT评分、CAT评分和肺功能指标比较见表2

表2 两组患者治疗前后ACT评分、CAT评分和肺功能指标比较

组别		ACT 评分 / 分	CAT 评分 / 分	FEV1 占预计值百分比 / %	FEV1/FVC
观察组	治疗前	10.42 \pm 2.65	26.31 \pm 4.97	40.66 \pm 6.35	30.32 \pm 4.31
	治疗后	23.14 \pm 5.22**	16.94 \pm 2.48**	59.42 \pm 7.14**	39.64 \pm 4.53**
对照组	治疗前	11.03 \pm 3.04	25.95 \pm 4.83	41.02 \pm 6.43	30.37 \pm 4.45
	治疗后	16.36 \pm 4.10*	20.53 \pm 3.62*	50.15 \pm 7.30*	33.41 \pm 5.19*

注:*,与治疗前比较, $P<0.05$;*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,两组患者治疗前ACT评分、CAT评分、FEV1占预计值百分比、FEV1/FVC比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.65、0.72、0.85、1.05, P 均 >0.05),两组患者治疗后ACT评分、CAT评分、FEV1占预计值百分比、FEV1/FVC与治疗前比较,差异均有统计学意义(t 分别=8.96、6.65、10.53、3.42、8.62、4.11、9.33、2.61, P 均 <0.05),观察组治疗后ACT评分明显高于对照组, CAT评分明显低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=7.11、9.34, P 均 <0.05)。观察组治疗后FEV1占预计值百分比、FEV1/FVC均明显高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=7.11、5.17, P 均 <0.05)。

3 讨论

哮喘-慢阻肺重叠综合征与单纯的支气管哮喘或慢阻肺相比,其肺功能水平、临床症状、生活质量水平更差,需用更多的药物进行治疗^[9]。其主要的临床表现有持续性劳力性呼吸困难、持续性气流受限。目前,对该疾病的治疗尚无标准的治疗方案,据报

道,经治疗后哮喘-慢阻肺重叠综合征患者的临床症状可明显缓解,但常复发,且复发后治疗强度需增大^[6]。呼吸困难是哮喘-慢阻肺重叠综合征的主要临床表现,且在运动或急性发作时加重,而呼吸困难程度的评估对判断治疗效果及预后至关重要。呼吸困难指数是一种评价患者呼吸困难程度的主观指标,同时也可间接地反映气道阻塞^[7]。

孟鲁司特钠属白三烯受体拮抗剂,对半胱氨酰白三烯受体具有特异性抑制作用。目前该药物被广泛应用于呼吸系统疾病中。本次研究在常规治疗的基础上给予孟鲁司特钠干预,两组治疗后4级患者减少,0级患者增多,观察组呼吸困难指数明显优于对照组($P<0.05$),提示孟鲁司特钠可明显改善患者呼吸困难的临床症状。观察组治疗后ACT评分明显高于对照组, CAT评分明显低于对照组(P 均 <0.05),提示了孟鲁司特钠干预对提高患者的生活质量具有较高的临床价值。治疗后,两组患者FEV1占预计值百分比、FEV1/FVC均较前提高,且观察组FEV1占预计

值百分比、FEV1/FVC均明显高于对照组 (P 均 < 0.05),提示孟鲁司特钠有利于提高患者的肺功能水平,对疾病的恢复具有重要意义。阮伟良等^[8]等研究显示,孟鲁司特钠具有缓解气管痉挛、改善通气功能、扩张小支气管、减轻气道炎症反应等作用,对哮喘-慢阻肺重叠综合征患者的咳嗽、咳痰、喘息、呼吸困难等临床表现具有较好的化解作用。此外,张红萍等^[9]研究结果表明孟鲁司特钠还可抑制肽素生长因子对嗜酸、嗜碱性粒细胞的促成成熟作用,从而对哮喘-慢阻肺重叠综合征患者的气道炎症反应具有较好的缓解作用,进而有效改善哮喘-慢阻肺重叠综合征患者的哮喘和慢阻肺症状,提高肺功能水平,改善呼吸困难症状。

综上所述,孟鲁司特钠能够有效促进改善哮喘-慢阻肺重叠综合征患者呼吸困难指数,提高患者肺功能水平,改善其生活质量。由于本次研究纳入研究病例数偏少,有待今后增加样本量并做进一步观察。

参考文献

- 1 Barrecheuren M, Esquinas C, Miravittles M. The asthma - chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome (ACOS): opportunities and challenges[J]. Curr Opin Pulm Med, 2015, 21(1):74-79.
- 2 程璘令, 刘雅雅, 苏柱泉, 等. 慢性阻塞性肺疾病-哮喘重叠综合征慢性阻塞性肺疾病和支气管哮喘临床特征差异研究[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 35(2):143-145.
- 3 孙永昌. 哮喘-慢阻肺重叠综合征指南解读[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2014, 13(4):325-329.
- 4 杜晓秋. 不同评分系统在慢性阻塞性肺疾病患者中的临床应用[D]. 苏州: 苏州大学, 2015.
- 5 张海琴, 程齐俭, 万欢英. 支气管哮喘-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征的诊治进展[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2014, 13(2):219-222.
- 6 李晓川, 陈荣娟. 胸腺肽 α -1 辅助治疗哮喘-慢阻肺重叠综合征的治疗效果[J]. 药物生物技术, 2015, 22(4):343-345.
- 7 冷秋平, 曾学文. COPD 评估测试和呼吸困难指数评分在 COPD 患者中的临床应用研究[J]. 新疆医学, 2013, 43(2):57-60.
- 8 阮伟良, 陈胜海, 钟琴娟. 孟鲁司特钠联合布地奈德治疗支气管哮喘急性发作的疗效观察[J]. 现代实用医学, 2014, 26(11):1371-1373.
- 9 张红萍, 吕燕, 梁睿, 等. 孟鲁司特治疗成人支气管哮喘急性发作的疗效和安全性的系统评价[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2012, 11(4):335-338.

(收稿日期 2017-03-11)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

支气管腺样囊性癌的多层螺旋CT表现与病理对照分析

陈松平

支气管腺样囊性癌是一种与涎腺腺样囊性癌组织形态一致的恶性肿瘤^[1],起源于支气管壁黏膜下浆液及黏液腺^[2],发病率低,临床表现缺乏特异性,易延误诊断。影像学检查尤其是多层螺旋CT (multi-slice spiral computed tomography, MSCT) 检

查是早期发现病变的主要手段,因此认识了解本病的MSCT表现,有助于早期诊断及早治疗。本次研究回顾性分析7例支气管腺样囊性癌的MSCT表现并与病理对照,旨在提高对该病的认识及术前诊断水平。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2010年1月至2016年11月宁波

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.04.028

作者单位:315202 浙江宁波,宁波市第七医院放射科