

尿激酶都有着一定溶栓作用<sup>[1]</sup>。两组患者治疗前冠状动脉血流情况对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗后观察组患者冠状动脉血流情况明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。有研究显示,TMPFC 计数法应用于心脏核磁对于冠脉微循环出现障碍的结果评价比较一致,且对于患者的预后情况具有重要指导作用<sup>[15]</sup>。两组患者治疗后,ST 段回落率、MBG 3 级比较明显高于对照组,CTFC 和 NR 发生率明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。由此证明,应用重组人尿激酶原静脉溶栓能够进一步降低患者机体冠脉内血栓负荷,并且在减少无复流和血流的同时,提升患者心肌灌注情况。研究显示,心肌酶和早期心电图表现的 ST 段回落水平能够及时反映出患者的心肌再灌注情况,从而评价患者的治疗效果和预后情况<sup>[16-17]</sup>。两组患者不良心血管事件总发生率对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),冠脉内给予小剂量注射重组人尿激酶原不会增加出血风险,也不会增加 MACE 事件,安全性高<sup>[18]</sup>。

综上所述,重组人尿激酶原静脉溶栓可提高患者血管再通情况,改善冠脉血流及心肌灌注,效果确切,安全性好。

#### 参考文献

- [1] 施巍. 美托洛尔对急性ST段抬高型心肌梗死患者自主神经失衡的影响[J]. 中国药业,2015,24(22):46-48.
- [2] 张楠. 替罗非班在急性ST段抬高型心肌梗死行PCI术患者中应用的最佳时机[J]. 中国医药导报,2018,15(8):124-128.
- [3] 张伯亨, 张亚静, 岳博成, 等. 尿激酶原联合血栓抽吸对高血栓负荷的sSTEMI患者的疗效观察[J]. 医学研究杂志,2018,47(5):179-182.
- [4] 洪涛. 冠状动脉TIMI血流分级[J]. 中国介入心脏病学杂志,2003,11(3):154-154.
- [5] 郝清卿, 王立立, 安少波, 等. 重组尿激酶原联合替罗非班在急性心肌梗死介入治疗中的作用[J]. 中国临床药理学杂志,2017,33(21):2098-2100.
- [6] 张蕊.sT段抬高型急性心肌梗死患者溶栓治疗中常规剂量替罗非班联合半剂量瑞替普酶的应用效果分析[J]. 中国实用医药,2018,13(12):99-101.
- [7] 郑望, 邓兵, 沈琳, 等. 重组人尿激酶原联合替罗非班在高血栓负荷急性sT段抬高型心肌梗死患者急诊经皮冠状动脉介入治疗中的应用效果[J]. 实用心脑血管病杂志,2018,26(5):91-92.
- [8] 隆海文, 谢迎春, 甘剑挺, 等. 老年ST段抬高型急性心肌梗死转运PCI应用替罗非班的临床观察[J]. 心脑血管病防治,2018,18(1):54-56.
- [9] 刘志坚, 冯冀, 刘志辉, 等. 溶栓后PCI与pPCI治疗急性ST段抬高型心肌梗死的临床效果比较[J]. 基层医学论坛,2018,22(4):520-522.
- [10] 耿宏旭. 急性ST段抬高型心肌梗死PCI术中冠状动脉内注射替罗非班对改善心肌灌注的临床研究[J]. 中国实用医刊,2018,45(9):68-70.
- [11] 张靖, 舒民, 姚明言, 等. 血栓抽吸联合重组人尿激酶原预处理对高血栓负荷STEMI患者冠脉血流及心肌灌注的影响[J]. 天津医药,2020,48(6):539-542.
- [12] 王海洋, 刘琳, 申文字, 等. 冠状动脉内注射重组人尿激酶原对STEMI病人急诊PCI术后心肌血流灌注的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(1):124-127.
- [13] 赵广文, 张燕, 钱福东.PCI术中冠状动脉内注射重组人尿激酶原对STEMI患者高血栓负荷的影响[J]. 安徽医学,2020,41(10):1160-1163.
- [14] Li X X, Liu S H, Zhuang S J, et al. Effects of intravenous thrombolysis with alteplase combined with edaravone on cerebral hemodynamics and T lymphocyte level in patients with acute cerebral infarction[J]. Medicine,2020,99(50):e23414.
- [15] Liu Y, Yang Y, Li Y, et al. Comparison of Efficacy and Safety of Recombinant Human Prourokinase and Alteplase in the Treatment of STEMI and Analysis of Influencing Factors of Efficacy[J]. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine,2021,2021(12):1-6.
- [16] 韩梅, 张驰, 冯璐, 等. 重组人尿激酶原对老年性ST段抬高型心肌梗死患者近期心血管事件影响分析[J]. 中国心血管病研究,2018,16(5):411-415.
- [17] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志,2016,8(38):675-687.
- [18] 张春龙, 彭绪东. 重组人尿激酶原治疗急性ST段抬高型心肌梗死患者的临床研究[J]. 心脑血管病杂志,2017,36(6):436-439.

## 盐酸氨溴索对老年肺炎患者肺功能及炎症因子的影响

邢丽艳

(吉林省人民医院呼吸科, 吉林 长春, 130021)

**摘要:**目的 探讨盐酸氨溴索对老年肺炎患者肺功能及炎症因子的影响。方法 选取2019年1月~2021年3月吉林省人民医院呼吸科收治的90例老年肺炎患者为研究对象,根据抽签法分为对照组与观察组,每组45例。对照组给予常规治疗,观察组在对照组基础上给予盐酸氨溴索。对比两组肺功能指标(MMF、FEV<sub>1</sub>、FVC、PEF)、肺部症状(APACHE II、CPIS、MLIS)、治疗效果、炎症因子(TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-8、PCT、IL-6)、免疫细胞水平(CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>)、不良反应。结果 治疗前,两组肺功能、炎症因子、免疫细胞、肺部症状评分相比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗后,观察组肺功能指标、治疗效果、免疫细胞水平均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),

肺部感染、肺部损伤、健康状态评分、炎症因子水平均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 对老年肺炎患者予以盐酸氨溴索治疗,可改善呼吸道环境,恢复肺功能、炎症因子、免疫细胞水平指标水平,降低肺部症状评分,提升治疗效果,保证患者安全和提升患者生存质量。

关键词:肺炎;盐酸氨溴索;肺功能指标;炎症因子;免疫细胞

中图分类号:R563 文献标识码:A 文章编号:1009-8011(2022)-17-0024-05

老年肺炎是指产生肺泡、肺间质炎症的 60 岁以上老年群体,临床表现为咳痰、高热、咳嗽等症状,伴呼吸困难、胸部疼痛等现象。该病为临床常见的一种疾病,具有发病率高等特点<sup>[1]</sup>。老年人由于自身机体机能不断下降,肺部组织出现弹性退化,同时呼吸功能和免疫力逐渐减弱,导致机体清除病原微生物能力降低,容易因病菌侵袭造成肺炎疾病发生。氨溴索为一种成熟的血清溶解剂,主要用于呼吸道各种炎症疾病中。氨溴索也是一种黏膜活性剂,具有黏膜纤毛清除刺激作用,目前已被临床广泛运用<sup>[2]</sup>。老年肺炎患者采取盐酸氨溴索治疗,效果显著,能够缓解临床症状,改变免疫细胞水平,同时对炎症因子及肺功能指标改善具有积极意义,且安全性高。故本研究采用盐酸氨溴索干预治疗,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月 ~ 2021 年 3 月吉林省人民医院呼吸科收治的 90 例老年肺炎患者为研究对象,根据抽签法分为对照组与观察组,每组 45 例。对照组男 25 例,女 20 例;年龄 60 ~ 80 岁,平均年龄( $68.23 \pm 1.54$ )岁;病程 6 ~ 12 d,平均病程( $7.85 \pm 0.16$ )d;文化程度:初中及以下 16 例,高中 14 例,大专及以上 15 例;合并疾病:高血压 22 例,糖尿病 23 例。观察组男 24 例,女 21 例;年龄 62 ~ 79 岁,平均年龄( $68.42 \pm 1.53$ )岁;病程 5 ~ 11 d,平均病程( $7.82 \pm 0.14$ )d;文化程度:初中及以下 13 例,高中 12 例,大专及以上 20 例;合并疾病:高血压 24 例,糖尿病 21 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),可对比。所有患者均签订知情同意书。本研究已通过吉林省人民医院医学伦理委员会同意。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①符合《实用内科学(第 12 版)》中肺炎的诊断标准<sup>[3]</sup>;②基本资料齐全;③可正常交流沟通;④意识清晰;⑤治疗依从性好。

排除标准:①合并肝肾功能不全;②服用过其他祛痰药物;③药物过敏;④语言障碍、精神异常;⑤中途退出研究;⑥免疫系统疾病。

### 1.3 方法

对照组实施常规治疗,采取抗生素实行抗感染治疗,其中青霉素(生产企业:上海新先锋药业有限公司,国药准字 H31020692)为肌肉注射用药,80 ~ 200 万 U/d,分 3 ~ 4 次给

药,氟喹诺酮(生产企业:山东鲁抗医药集团赛特有限责任公司,国药准字 H37023009)为口服用药,2 次/d,4 粒/次。患者入院后取 0.2 g 注射用左氧氟沙星(生产企业:扬子江药业集团有限公司,国药准字 H19990324)加入到 10 mL 氯化钠注射液,静脉滴注,头孢哌酮钠舒巴坦钠(生产企业:辉瑞制药有限公司,国药准字 H20020598)先与葡萄糖注射液溶解后,静脉滴注用药,2 ~ 4 g/d 治疗,等到痰培养结果出来后,按照试验结果选择敏感性强的抗生素治疗。同时予以排痰、高蛋白饮食、氧疗等。持续治疗 4 周为 1 个疗程。

观察组实施盐酸氨溴索治疗,在对照组基础上加用盐酸氨溴索,取 100 mL 0.9% 氯化钠溶液加入到 30 mg 盐酸氨溴索注射液(生产企业:国药集团国瑞药业有限公司,国药准字 H20113358)中,静脉滴注,2 次/d,持续治疗 4 周为 1 个疗程。两组共治 4 个疗程。

### 1.4 观察指标

①对比肺部症状评分,包含 CPIS 量表(肺部感染评分,总分 12 分,分数越高越严重)、MLIS 量表(肺部损伤评分,总分 16 分,由 4 个部分组成,每部分 0 ~ 4 分,分数越高越严重)、APACHE II 量表(健康状态评分,总分 71 分,由 3 个部分组成,分值越高健康状态越差)<sup>[4]</sup>。

②观察肺功能指标变化,包括用力肺活量(FVC)、最大呼气中断流量(MMF)、呼气峰值流速(PEF)、第 1 秒用力呼气容积( $FEV_1$ )<sup>[5]</sup>。检测方法是通过对肺功能仪器测试,测试时患者含住一口气,按照操作者的提示进行呼气和吸气,进行呼吸动作即可。

③疗效判定:显效为咳嗽、高热等临床症状消失,肺功能指标恢复正常数值,免疫细胞、炎症水平正常,无不良反应;有效为临床症状有所缓解,肺功能指标有改善,炎症因子、免疫细胞水平有改善,不良反应少;无效为以上所述均无改善或变化<sup>[6]</sup>。总有效率 = [(有效例数 + 显效例数) / 总例数] × 100%。

④采用酶联免疫吸附法,检测治疗前后炎症因子水平,包含肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、降钙素原(PCT)、白介素-8(IL-8)、白介素-6(IL-6)<sup>[7]</sup>。检测方法:血液经过 30 min 凝集后取血清,将酶复合物用稀释液完成稀释后,加入血清以及阳性、阴性对照,且必须在质控范围内;经过 1 h 孵育后洗板,并加入底物,30 min 避光反应后加入终止液即完成,之后读取数值,并按照数值判断结果是阳性还是阴性。

⑤采取流式细胞仪,检测免疫细胞水平,包含 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup><sup>[8]</sup>。

表 1 两组肺部症状评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	CPIS		APACHE II		MLIS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	6.75 ± 2.51	4.28 ± 1.14 <sup>*</sup>	22.39 ± 2.57	17.24 ± 1.79 <sup>*</sup>	6.24 ± 1.45	4.29 ± 0.78 <sup>*</sup>
观察组	45	6.52 ± 2.49	1.08 ± 0.45 <sup>*</sup>	22.14 ± 2.56	9.52 ± 1.32 <sup>*</sup>	6.11 ± 1.42	1.23 ± 0.46 <sup>*</sup>
<i>t</i>		0.463	17.515	0.462	23.285	0.430	22.668
<i>P</i>		0.664	<0.001	0.645	<0.001	0.668	<0.001

注: 与同组治疗前比较, \* $P < 0.05$ 。

表 2 两组肺功能指标水平比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	MMF(L)		FVC(L)		PEF(L/s)		FEV1(L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	1.23 ± 0.14	1.96 ± 0.56 <sup>*</sup>	1.29 ± 0.25	1.88 ± 0.79 <sup>*</sup>	1.42 ± 0.13	2.04 ± 0.97 <sup>*</sup>	1.12 ± 0.54	1.24 ± 0.24 <sup>*</sup>
观察组	45	1.21 ± 0.13	3.28 ± 0.87 <sup>*</sup>	1.31 ± 0.24	3.26 ± 1.42 <sup>*</sup>	1.39 ± 0.12	3.92 ± 0.71 <sup>*</sup>	1.14 ± 0.55	2.91 ± 1.05 <sup>*</sup>
<i>t</i>		0.702	8.558	0.387	5.697	1.138	10.491	0.174	10.401
<i>P</i>		0.484	<0.001	0.700	<0.001	0.258	<0.001	0.862	<0.001

注: 与同组治疗前比较, \* $P < 0.05$ 。

⑥对比不良反应发生率, 包含恶心、头疼。总发生率 = (恶心 + 头疼) 例数 / 总例数 × 100%。

### 1.5 统计学分析

用 SPSS 20.0 分析数据, 计量资料应用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 比较采用 *t* 检验; 计数资料应用用 [ $n(\%)$ ] 表示, 比较采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组肺部症状评分比较

治疗前, 两组肺部症状评分对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后, 观察组评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

### 2.2 两组肺功能指标比较

治疗前, 两组肺功能指标相比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后, 观察组各项指标水平高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.3 两组治疗效果比较

观察组治疗总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组治疗效果比较

[ $n(\%)$ ]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	45	20(44.44)	15(33.33)	10(22.22)	35(77.77)
观察组	45	39(86.66)	5(11.11)	1(2.22)	44(97.77)
$\chi^2$					8.388
<i>P</i>					0.003

### 2.4 两组炎症因子比较

治疗前, 两组炎症因子对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗后, 观察组水平均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

### 2.5 两组免疫细胞水平比较

治疗前, 两组免疫细胞水平比较, 差异无统计学意义

( $P > 0.05$ ), 治疗后, 观察水平均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

### 2.6 两组不良反应比较

对照组 45 例患者中, 发生恶心 2(4.44%) 例, 头疼 2(4.44%) 例, 总发生率 4(10.00%) 例; 观察组 45 例患者中, 2(4.44%) 例出现恶心症状, 差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 0.178$ ,  $P = 0.672 > 0.05$ )。

## 3 讨论

肺炎是由病毒、细菌等病原体引发的肺部感染, 还可通过微生物、免疫损伤、药物等因素造成<sup>[9]</sup>。该疾病的诱发因素和免疫功能下降或者受到损伤、抽烟、空气混浊等相关, 部分病原体具有传染性, 对于长期卧床患者该疾病可间接或者直接致死, 危及生命<sup>[10]</sup>。当发生肺炎时, 炎症细胞因子发挥重要作用, 即免疫病理、免疫保护、免疫调节, 每种细胞因子会随着肺炎病原以及细胞因子本身浓度不同而出现不同作用<sup>[11]</sup>。据调查, 肺炎的发生可能和免疫系统异常、微量元素不足等因素相关, 但目前临床尚无明确的定论<sup>[12]</sup>。

氨溴索是一种第 8 代活性代谢产物, 可用于急性、慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核、术后咳嗽困难等疾病治疗中, 注射给药可以用在术后出现肺部并发症等治疗中<sup>[13]</sup>。氨溴索属于祛痰药物, 具有较好的润滑呼吸道以及溶解黏痰作用, 可促进肺表面的活性物质分泌、纤毛运动、呼吸液分泌等, 减少黏液滞留, 促进排痰, 进一步改善呼吸道状态<sup>[14]</sup>; 不良反应较少, 偶尔会出现腹泻、胃部不适等情况, 但青光眼患者不可服用该药, 避免药物中毒; 本品和阿莫西林、头孢等抗生素联合应用, 会增加抗生素在肺部分布浓度, 提高抗菌效果<sup>[15-16]</sup>; 与受体激动剂合用具有协同作用<sup>[17]</sup>。

老年肺炎患者通常肺功能有不同程度的受损, 对其进行治疗的目的之一是改善患者肺功能, 进而减轻疾病给患者造成的痛苦, 促使患者尽早回归到正常生活中<sup>[18]</sup>。

表 4 两组炎症因子水平比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	hs-CRP (pg/mL)		PCT (ng/mL)		TNF- $\alpha$ (ng/mL)		IL-6 (pg/mL)		IL-8 (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	17.69 $\pm$ 2.12	14.73 $\pm$ 2.48	3.97 $\pm$ 0.53	2.58 $\pm$ 0.42	52.31 $\pm$ 1.24	45.32 $\pm$ 5.48	30.95 $\pm$ 2.51	25.42 $\pm$ 3.45	369.27 $\pm$ 1.28	345.78 $\pm$ 14.73
观察组	45	17.42 $\pm$ 2.09	8.51 $\pm$ 2.51	3.95 $\pm$ 0.51	1.13 $\pm$ 0.37	52.14 $\pm$ 1.23	26.38 $\pm$ 3.45	30.71 $\pm$ 2.48	14.07 $\pm$ 2.38	369.24 $\pm$ 1.27	208.27 $\pm$ 16.35
<i>t</i>		0.608	11.825	0.182	17.378	0.653	19.620	0.456	18.166	0.112	41.917
<i>P</i>		0.544	<0.001	0.856	<0.001	0.516	<0.001	0.649	<0.001	0.911	<0.001

注: 与同组治疗前比较, \* $P < 0.05$ 。

表 5 两组免疫细胞水平比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	CD3 <sup>+</sup> (%)		CD4 <sup>+</sup> (%)		CD8 <sup>+</sup> (%)		CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup>	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	52.31 $\pm$ 3.64	58.79 $\pm$ 4.72	25.46 $\pm$ 2.33	30.51 $\pm$ 2.63	21.42 $\pm$ 2.68	23.28 $\pm$ 3.26	1.56 $\pm$ 0.42	1.89 $\pm$ 0.73
观察组	45	52.56 $\pm$ 3.62	69.28 $\pm$ 5.86	25.67 $\pm$ 2.36	40.29 $\pm$ 3.16	21.69 $\pm$ 2.65	31.19 $\pm$ 4.36	1.58 $\pm$ 0.43	2.84 $\pm$ 0.52
<i>t</i>		0.327	9.352	0.425	15.958	0.481	9.747	0.223	7.110
<i>P</i>		0.745	<0.001	0.672	<0.001	0.632	<0.001	0.824	<0.001

注: 与同组治疗前比较, \* $P < 0.05$ 。

本研究结果显示, 两组患者治疗后, 观察组肺功能指标明显优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 可见, 观察组治疗方案在改善老年肺炎患者肺功能中效果十分明显。

对照组治疗总有效率为 77.77%, 观察组为 97.77%, 观察组明显高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。夏巨坤<sup>[9]</sup>的研究中, 将盐酸氨溴索联合左氧氟沙星设为对照组, 将盐酸氨溴索联合舒巴坦钠设为研究组, 两组相比较, 研究组治疗优良率 94.87% 明显高于对照组的 79.49%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 本研究在上述研究结果一致, 说明盐酸氨溴索与舒巴坦钠联合治疗肺炎疾病能够提升临床疗效。

在老年肺炎发病及疾病进展中, 炎症因子往往发挥着重要的促使疾病发展的作用, 因此, 在治疗后观察炎症因子变化情况, 能够了解疾病的改善情况, 并对患者预后的评价有参考价值。本研究结果显示, 两组患者治疗后, 观察组炎症因子指标明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 可见, 观察组治疗方案在改善肺炎患者炎症因子中效果显著。

此外, 本研究结果还显示, 两组患者治疗后, 观察组免疫细胞、肺部症状评分均优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。由此得出, 盐酸氨溴索可以改善临床症状, 消除肺部的炎症因子, 改善呼吸道环境, 提高肺部换气功能, 获取理想的治疗效果, 但在用药前要告知患者可能出现的不良反应, 加强监测病情, 及时处理不良事件。

综上所述, 对老年肺炎患者予以盐酸氨溴索治疗, 可改善呼吸道环境, 恢复肺功能, 降低肺部症状评分、炎症因子指标水平, 提升治疗效果, 保障患者安全和生存质量。但本研究仍存在不足, 受多种因素影响, 选取样本存在差异, 且样本量少, 后期需扩大样本纳入范围, 以进一步深入研究氨溴索在老年肺炎中的应用效果。

#### 参考文献

[1] 赵世英. 左氧氟沙星与盐酸氨溴索联合方案治疗老年肺炎的应用

及相关指标评估[J]. 中国实用医药, 2019, 14(36): 121-122.

[2] 张昊妍. 研究盐酸氨溴索在老年肺炎治疗中的临床应用效果[J]. 中国医药指南, 2019, 17(36): 131-132.

[3] 陈灏珠. 实用内科学(第12版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1675.

[4] 刘涛. 盐酸氨溴索辅助治疗老年肺炎的价值分析[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(9): 146-148.

[5] 张谭畅, 闵红燕, 王怡进. 不同剂量盐酸氨溴索辅助治疗老年人肺炎的临床对比[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(24): 161-162.

[6] 唐政. 盐酸氨溴索在治疗儿童肺炎支原体肺炎中的应用效果分析[J]. 医学美学美容, 2019, 28(5): 26-27.

[7] 白显利. 盐酸氨溴索联合盐酸丙卡特罗治疗老年急性肺炎的疗效[J]. 中国卫生工程学, 2019, 18(2): 293-294.

[8] 王悦轩. 盐酸氨溴索治疗老年慢性阻塞性肺炎合并肺部感染的有效性分析[J]. 首都食品与医药, 2019, 26(21): 62-63.

[9] 陆鹏, 朱艳. 盐酸氨溴索联合排痰仪与大剂量盐酸氨溴索联合支气管镜对老年重症肺炎疗效的Meta分析[J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(8): 67-79.

[10] 程德忠, 杜文峰, 童芳. 糜蛋白酶注射剂联合盐酸氨溴索注射液治疗慢性阻塞性肺疾病的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2020, 36(17): 2603-2605, 2613.

[11] 陈侠, 周色丹. 哌拉西林他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索对老年急性肺炎的治疗效果分析[J]. 沈阳药科大学学报, 2021, 38(1): 35.

[12] 况凤燕, 杨慧园. 小青龙汤联合盐酸氨溴索治疗老年肺炎对气喘及咳嗽等临床症状消失时间的影响[J]. 吉林医学, 2021, 42(10): 2436-2437.

[13] 刘小红. 盐酸氨溴索辅助治疗老年肺炎患者的疗效观察及对炎症因子的影响研究[J]. 中国社区医师, 2020, 36(32): 52-53.

[14] 温晋青, 王玮, 崔婷, 等. 盐酸氨溴索联合橘红片对慢性肺炎血清 visfatin, CRP, TNF- $\alpha$  的影响及疗效影响因素分析[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(8): 2017-2021.

[15] 张健, 蔡江红, 彭吾训. 盐酸氨溴索联合纤维支气管镜吸痰对老年重症肺炎血气指标及安全性影响的Meta分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(23): 3563-3568.

[16] 陈绵聪, 陈伟, 林秀山, 等. 大剂量盐酸氨溴索联合纤支镜灌洗对

老年重症肺炎患者氧合指数血清CRPPCT 水平的影响[J]. 河北医学, 2020,26(9):1434-1438.

[17] 朱建凤, 王红娟. 盐酸氨溴索联合纤维支气管镜肺泡灌洗在老年重症肺炎患者中的应用效果[J]. 实用临床医药杂志, 2020,24(1):82-87.

[18] 王丁超, 张艳阁, 苏秀平, 等. 清肺消炎汤联合盐酸氨溴索治疗老

年重症肺炎的疗效及对其血清IL-1 $\beta$ , sTREM-1, HMGB1 表达的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2020,15(12):2265-2269.

[19] 夏巨坤. 盐酸氨溴索结合不同药物治疗老年急性肺炎疗效对比分析[J]. 中国现代药物应用, 2019,13(11):116-117.

# 术后采用康复新液对鼻窦炎患者术腔黏膜上皮化的结果分析

陈永伟

(临朐县人民医院耳鼻咽喉科, 山东 潍坊, 262600)

**摘要:**目的 分析鼻窦炎患者术后采用康复新液鼻腔冲洗对术腔黏膜上皮化的影响结果。方法 选取 2020 年 7 月 ~ 2021 年 7 月临朐县人民医院收治的 62 例慢性鼻窦炎患者, 根据随机抽签法将患者划分为研究组与对照组, 每组 31 例。研究组患者术后采用康复新液冲洗治疗, 对照组患者术后采用常规冲洗治疗。对比两组患者间的视觉模拟评分 (VAS)、Lund-Kennedy 评分、术腔黏膜上皮化时间、生活质量评价、血清炎症因子水平与治疗效果。结果 研究组患者的 VAS 评分、Lund-Kennedy 评分低于对照组, 术腔黏膜上皮化用时短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 研究组 SNOT-20 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 研究组 IL-6 水平、TNF 水平与 Hs-CRP 水平均低于对照组, IL-10 水平高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 研究组的治疗有效率高高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 鼻窦炎患者术后采用康复新液进行鼻腔冲洗, 能有效缓解患者术后的各种症状反应, 促进术腔黏膜上皮化, 提升患者的生活质量, 显著改善患者的治疗效果。

**关键词:** 康复新液; 鼻窦炎; 术腔黏膜上皮化

**中图分类号:** R762 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-17-0028-04

鼻窦炎是耳鼻喉科临床上较为多见的一种疾病, 患者会出现头痛、鼻塞等症状表现, 部分患者还会出现嗅觉衰退、丧失等问题, 给患者的日常生活带来严重影响。近年来对于鼻窦炎患者主要采用鼻腔镜手术的方式实施治疗, 鼻腔镜手术具有创伤小、恢复快等特点, 对于治疗鼻窦炎、鼻息肉问题具有显著效果<sup>[1]</sup>。但对于鼻窦炎患者而言, 术后术腔黏膜上皮的再生与恢复也是临床治疗中不可忽视的一环。在常规治疗方案中, 为保证患者术后术腔黏膜上皮的恢复效果, 采用鼻腔冲洗治疗的方式来缓解患者鼻黏膜水肿、痂皮形成等不适症状, 以降低术后各类并发症问题的发生概率。目前, 国内学者将鼻腔冲洗治疗作为耳鼻喉科的常规治疗方案, 且已达成基本共识。然而当前在临床研究领域中, 就鼻窦炎患者术后采用哪种冲洗液能为患者带来最佳的冲洗效果这一问题尚未达成共识。康复新液是一种在冲洗治疗中相对常见的中成药, 其具有通利血脉、养阴生肌的功效, 对促进肉芽组织的生长、各类溃疡与创伤伤面的恢复均具有显著效果<sup>[2]</sup>。本研究选用康复新液对鼻窦炎患者实施术后鼻腔冲洗, 观察并分析康复新液对患者术腔黏膜上皮化的影响效果, 现将研究成果

总结汇报如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 7 月 ~ 2021 年 7 月临朐县人民医院收治的 62 例慢性鼻窦炎患者, 根据随机抽签法将患者划分为研究组与对照组, 每组 31 例。研究组中, 男 17 例, 女 14 例; 年龄 22 ~ 62 岁, 平均年龄 (41.76 ± 4.12) 岁; 病程 1 ~ 5 年, 平均病程 (2.23 ± 0.61) 年; 其中 16 例伴有鼻息肉症状。对照组中, 男 16 例, 女 15 例; 年龄 22 ~ 63 岁, 平均年龄 (42.11 ± 4.18) 岁; 病程 2 ~ 6 年, 平均病程 (2.41 ± 0.66) 年; 其中 18 例伴有鼻息肉症状。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P < 0.05$ )。本研究经临朐县人民医院医学伦理委员会审核批准通过, 且参与研究的患者均对研究内容知情, 自愿参与本研究。

### 1.2 纳入与排除标准

**纳入标准:** ①以《中国慢性鼻窦炎诊断和治疗指南》为依据, 患者经临床诊断确诊为鼻窦炎<sup>[3]</sup>; ②患者对本研究所用药物不具有过敏反应; ③患者无精神状态或认知能力损伤问题。

**排除标准:** ①患者合并有自身免疫性疾病; ②患者存在

**作者简介:** 陈永伟 (1975.3-), 男, 汉族, 籍贯: 山东省潍坊市, 本科, 主治医师, 研究方向: 耳鼻喉治疗。