

PLT 都正常,故考虑是一个 MPD 类型的 CMML。临床应用了地西他滨治疗后病情得到了有效的控制。其实无论是 MDS 型还是 MPD 型 CMML,最终还是会转变成急性单核细胞白血病,有的病例在转化之前有可能因为并发症而死亡。这种血液病临床较少见,文献报道也少,所以为了更好地服务患者,提高血液诊断水平,对 CMML 的分型以及各型的诊断标准应该做系统的总结,这个工作还需要同行学者统计更多的病例和资料。

参考文献

[1] 钟淑萍,滕淑萍,侯丽君,等.慢性粒单核细胞白血病 4 例

吹气疗法治愈恶性肿瘤并发顽固呃逆患者 1 例

田会斌,吴大芝,周忠义(重庆市綦江区人民医院肿瘤科 401420)

【关键词】 呃逆; 吹气疗法; 肺功能
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.21.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)21-2779-01

肿瘤患者在治疗过程中经常伴发顽固性呃逆,而对呃逆的治疗亦无特殊方法。本次试验性应用吹气疗法治愈顽固性呃逆 1 例并改善了患者的肺功能。

1 临床资料

患者,男,因“右肺癌放、化疗后 5 个月,确诊肺结核 2 个月”入院。入院查体:体温 37.2℃,脉搏 92 次/分,呼吸 21 次/分,血压 118/70 mm Hg,肿瘤患者功能评分标准百分法评为 60 分,消瘦,神志清楚,慢性病容,自动体位,口唇发绀。咽部无充血,未见脓点,颈软,颈静脉无怒张,胸廓对称无畸形,右侧呼吸动度减弱,触诊右侧语颤减弱,双侧无胸膜摩擦感,无皮下捻发感,叩诊右侧为浊音,左肺为清音;听诊右肺呼吸音弱,左肺呼吸音清晰,双肺未闻及湿啰音,无哮鸣音,无胸膜摩擦音。心界不大,心率 92 次/分,节律整齐,心音有力,未闻及明显杂音。腹平软,无压痛,无反跳痛,肝肋下未扪及,双下肢无水肿,病理征未引出。辅助检查:2010 年 9 月新桥医院纤支镜病理活检:右上肺支气管鳞癌。2011 年 4 月 1 日痰结核菌涂片(++++)。入院诊断:右上肺支气管肺癌伴左侧主支气管转移鳞癌 T4NxM1、肺结核稳定期、右侧胸腔积液。患者入院后 3 d 出现无明显诱因引起顽固性呃逆,给予肌肉注射安定、胃复安、异丙嗪后效果不明显。经病理讨论,患者出现呃逆可能为中枢性呃逆,主要因患者精神紧张造成。可实验性应用吹气疗法治疗,该治疗方法为:患者用吸管在装有清水的水杯中吹气,以此达到分散患者注意力,减轻患者精神紧张的情况,达到治疗呃逆的效果。患者实行该治疗方法 1 周后,呃逆症状明显减轻。2 周后,呃逆基本上得到控制。1 个月后,呃逆在停止治疗后消失,此后嘱患者继续执行上述疗法,以改善患者的肺功能。随访 3、6 个月未再复发。并行肺功能检查,入院时患者不能完成肺功能检查,行吹气试验 1 个月后可完成肺功能检查。6 个月后患者肺功能检查的每一秒用力呼气容积(FEV1)、FEV1/用力肺活量(FVC)、最大呼气流量(PEF)指标较前均有所改善,见表 1。

表 1 治疗 1、6 个月后 3 项指标结果

观察指标	治疗 1 个月后	治疗 6 个月后
FEV1(%)	1.72±0.68	2.39±0.81*
FEV1/FVC	43.16±10.00	65.12±10.25*
PEF(%)	5.07±1.38	6.46±1.68*

注:与治疗 1 个月后比较,*P<0.05。

[J]. 临床血液学杂志,2010,23(7):436-438.
[2] 黄济舟,陈燕.慢性粒单核细胞白血病的临床特点和预后分析[J]. 临床血液学杂志,2010,23(5):281-284.
[3] 卢兴国,马顺高.骨髓增生异常骨髓增殖性疾病形态学和分子病理[J]. 检验医学,2005,20(2):165-167.

(收稿日期:2012-06-19)

2 讨论

呃逆是指膈肌不自主反复间歇性收缩运动,随后声门突然关闭发出短促的特别声音。在呼吸周期任何瞬间都可发生呃逆,其发作频率为 4~60 次/分。文献[1]报道,2%的恶性肿瘤患者在治疗期间常发生不同程度的呃逆。长时间、反复地发作呃逆会严重影响患者的睡眠、饮食、呼吸、心理甚至导致死亡[2]。对呃逆患者采取正确的护理措施,能有效控制症状,减轻患者心理压力,提高其生活质量。呃逆分为中枢性呃逆和外周性呃逆,中枢性呃逆多由颅脑疾病使迷走神经、膈神经受刺激并反射性地使膈肌产生间歇性的收缩运动所致。该患者呃逆在精神受到刺激后加重,应用中枢镇静剂后或注意力分散会减轻,考虑为中枢性呃逆。近年来,国内外学者通过干扰呼吸的方法来治疗呃逆,即通过提高二氧化碳分压来抑制脑干呃逆反射[3]。本文使用的吹气疗法的原理是:(1)通过这种方式来分散患者注意力,并对其进行心理疏导,从而减轻患者焦虑、紧张感。(2)通过吹气疗法干扰患者呼吸,提高二氧化碳分压来抑制脑干呃逆反射。另外,患者为肺癌患者,肺病占位合并阻塞性炎症,肺功能严重下降,通过合理的训练,使气道内压升高,避免呼吸时小气道的狭窄闭陷,有助于充分排出肺内气体以及有效分布肺内气体,以改善气体交换,也减慢了呼吸频率,延长了呼吸时间,有益于下次呼吸时能够吸入更多新鲜空气,改善肺内缺氧[4];用力向外吹气,增加了膈肌活动度与功能,能够使肺泡膨胀,改善气体交换,增强通气功能。由此可见,科学、合理的呼吸训练能够有效改善肺功能,进而提高患者的生活质量。

参考文献

[1] 孙燕.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001:89-107.
[2] 俞尚德.中医消化病学[M].北京:中国医药科技出版社,1996:70-71.
[3] Liaw CC, Wang CH, Chang HK, et al. Cisplatin-related hiccup: male predominance, induction by dexamethasone and protection against nausea and vomiting[J]. J Pain Symptom Manage. 2005;30:359-366.
[4] 刘洪君,姚翠玲,许占英,等.呼吸操对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及血气的影响[J]. 临床肺科杂志,2006,11(1):63.

(收稿日期:2012-06-13)