

清热祛痰法联合西药对 COPD 急性加重期痰热壅肺型患者 肺功能及免疫功能的影响*

余 群, 陈代珍, 陈 音
(云南省中医医院, 云南 昆明 650031)

摘要: **目的** 观察清热祛痰法联合西药对慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)急性加重期痰热壅肺型患者肺功能及免疫功能的影响。**方法** 选择 COPD 急性加重期痰热壅肺型患者 109 例, 将其随机分为试验组 56 例、对照组 53 例, 对照组给予常规治疗, 试验组在对照组基础上给予清热祛痰法治疗, 2 组均治疗 28 d。比较 2 组患者治疗前后肺功能指标、T 淋巴细胞亚群以及圣乔治呼吸问卷评分 (SGRQ)、6 min 步行距离 (6MWT) 变化。**结果** 治疗后 2 组患者 FEV1% 和 FEV1/FVC 较治疗前升高 ($P<0.05$), 且治疗后试验组 FEV1% 和 FEV1/FVC 明显高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后 2 组患者 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平明显升高 ($P<0.05$), 而 CD8⁺ 水平明显降低 ($P<0.05$), 治疗后试验组 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 明显高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后 2 组患者 SGRQ 评分较治疗前明显降低 ($P<0.05$), 6MWT 较治疗前明显升高 ($P<0.05$), 治疗后试验组 SGRQ 评分明显低于对照组 ($P<0.05$), 试验组 6MWT 明显高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 清热祛痰法联合西药治疗 COPD 急性加重期痰热壅肺型患者, 可明显提高肺功能以及机体免疫功能, 有助于患者行动能力以及生活质量的改善。

关键词: 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重期; 痰热壅肺; 清热祛痰法; 肺功能; CD4⁺; CD8⁺

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2018)04-0051-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2018.04.011

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是临床常见的呼吸系统疾病, 中老年多发, 随着人口老龄化进程加快, COPD 发病率呈逐年上升趋势^[1-2]。COPD 急性加重期可导致患者肺功能下降, 对生命安全造成严重威胁^[3]。常规治疗方案多采取抗感染、祛痰、止咳、吸氧等对症措施, 可获得一定的疗效, 但对于 COPD 疾病进程无明显的延缓^[4]。近年来研究显示^[5], 采取中西医结合治疗可有效控制患者病情, 有助于肺功能的改善。本研究采用清热祛痰法联合常规方案治疗 COPD 急性加重期痰热壅肺型患者, 并分析对患者肺功能以及免疫功能的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2016 年 1 月—2018 年 7 月我院收治的 COPD 急性加重期痰热壅肺型患者 109 例作为研究对象, 患者均符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》中相关诊断标准^[6], 同时符合《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》中痰热壅肺型诊断标准^[7]: ①咳嗽

或喘息气急; ②痰多色黄或白黏, 咯痰不爽; ③舌质红, 舌苔黄或黄腻, 脉数或滑数; ④发热或口渴喜饮; ⑤大便干结。具备上述①、②项, 加③、④、⑤中的任意 2 项即可诊断。患者年龄 45~75 岁, COPD 疾病严重程度分级为 I-III 级, 均为急性加重期患者; 患者自愿签署知情同意书。排除标准: COPD 病情分级 IV 级患者, 合并糖尿病、肝肾功能异常、造血系统疾病等; 由于结核、真菌、肿瘤、过敏、矽肺等因素所引起的慢性咳嗽喘息患者; 孕妇及哺乳期妇女、对本药物过敏者。按照随机数字表法将 109 例患者随机分为试验组 56 例、对照组 53 例。其中, 试验组中男性患者 30 例、女性患者 26 例, 年龄 45~72 岁, 平均年龄 (62.17 ± 8.41) 岁, 病情分级 I 级 23 例、II 级 20 例、III 级 13 例; 对照组中男性患者 27 例、女性患者 26 例, 年龄 46~75 岁, 平均年龄 (61.92 ± 9.32) 岁, 病情分级 I 级 24 例、II 级 19 例、III 级 10 例。2 组患者性别、年龄、病情比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组给予常规治疗方案。持续低流量

收稿日期: 2018-07-10

* 基金项目: 云南省基础研究计划项目(201801CH00153)

第一作者简介: 余群(1968-), 女, 副主任医师, 研究方向: 心血管、呼吸内科疾病的中西医结合治疗。

吸氧(1~2 L/min),根据患者药敏情况选择敏感的抗菌药物抗感染治疗,包括阿莫西林/克拉维酸、阿奇霉素、左氧氟沙星、环丙沙星等,同时雾化吸入异丙托溴铵(英国勃林格殷格翰大药厂,规格:0.5 mg;2 mL)2 mL/次、沙丁胺醇(葛兰素史克公司,规格:20 mL:0.1 g)1 mL/次,布地奈德(阿斯利康制药有限公司,规格:1 mg/2 mL)2 mL/次,2次/d,15~20 min/次。试验组在对照组基础上给予清热祛痰法治疗,组方:连翘20 g,金银花20 g,枇杷叶20 g,紫苑20 g,桑白皮15 g,半夏15 g,款冬花15 g,桔梗15 g,苏子15 g,茯苓15 g,杏仁10 g,黄芩10 g,甘草10 g。水煎服,每日1剂,分2次温服。14 d为1个疗程,共治疗2个疗程。

1.3 观察指标 ①比较2组患者治疗前后肺功能指标变化情况,包括第1秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV1%)、第1秒用力呼气容积与用力肺活量比值(FEV1/FVC);②治疗前后采用流式细胞技术检测2组患者外周血T淋巴细胞亚群变化情况,包括CD4⁺、CD8⁺水平,并计算CD4⁺/CD8⁺;③比较2组治疗前后圣乔治呼吸问卷(St.George's respiratory questionnaire,SGRQ)评分、6 min步行试验(6 MWT),

SGRQ包括症状、日常活动能力、疾病影响3个维度评分,评分越低则表示患者生活质量越高;6 min步行试验是评价COPD患者运动耐力的可靠指标。

1.4 统计学分析 采用统计学软件SPSS 22.0进行数据处理分析,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组治疗前后肺功能指标变化 治疗后2组患者FEV1%和FEV1/FVC较治疗前明显升高($P<0.05$),且治疗后试验组FEV1%和FEV1/FVC明显高于对照组($P<0.05$)。见表1。

2.2 2组治疗前后T淋巴细胞亚群变化 治疗后2组患者CD4⁺以及CD4⁺/CD8⁺比值明显升高($P<0.05$),而CD8⁺水平明显降低($P<0.05$),且治疗后试验组CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺明显高于对照组($P<0.05$),见表2。

2.3 2组治疗前后SGRQ评分及6 MWT比较 治疗后2组患者SGRQ评分较治疗前明显降低($P<0.05$),6MWT较治疗前明显升高($P<0.05$),治疗后试验组SGRQ评分明显低于对照组($P<0.05$),试验组6 MWT明显高于对照组($P<0.05$)。见表3。

表1 2组治疗前后肺功能指标变化($\bar{x}\pm s$)

组别	n	FEV1%		FEV1/FVC	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	56	59.84±6.03	70.19±5.33 ^{*#}	52.83±8.42	64.28±5.92 ^{*#}
对照组	53	59.17±6.22	65.48±5.63 [*]	53.41±7.59	59.38±6.38 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$

表2 2组治疗前后T淋巴细胞亚群变化($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
试验组	56	治疗前	35.48±4.85	31.22±4.73	1.13±0.33
		治疗后	43.12±5.10 ^{*#}	24.18±3.98 ^{*#}	1.71±0.36 ^{*#}
对照组	53	治疗前	36.10±4.92	30.98±4.85	1.19±0.35
		治疗后	40.22±3.97 [*]	27.31±3.74 [*]	1.55±0.30 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$

表3 2组治疗前后SGRQ评分及6MWT比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	SGRQ/分		6 MWT/米	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	56	49.84±7.42	31.85±6.03 ^{*#}	210.58±48.32	285.47±37.42 ^{*#}
对照组	53	50.19±8.10	38.42±6.11 [*]	203.84±45.94	251.38±30.44 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$

3 讨论

目前,COPD发病呈上升趋势,对患者的生命健康和生活质量造成威胁^[8]。研究显示,COPD患者肺血管内皮改变、气道慢性炎症、气道重塑、气道损伤等病理变化在疾病的发展过程中发挥着重要作用^[9]。常规

西药治疗效果不理想,患者需长期采取糖皮质激素、抗生素等药物治疗,可引起机体耐药性的增加以及免疫功能的下降^[10-11]。COPD属于中医学“肺胀”病证范畴,其病位在肺,并累及脾、肾,且随着病情的发展,可对患者心功能造成一定的影响^[12]。痰热壅肺型COPD

病理实质多为本虚标实,肺肾亏虚为本,痰热壅滞为标^[13]。对于痰热壅肺型 COPD 急性加重期患者治疗多以清热解毒、清肺化痰为主,基于此,笔者采取清热祛痰法治疗。

本研究清热祛痰法联合西药对痰热壅肺型 COPD 急性加重期患者肺功能及免疫功能的影响,方中金银花、连翘清热解毒^[14-15];桑白皮性寒味甘,利水消肿、泻肺平喘,枇杷叶清肺中郁热、止咳化痰,黄芩苦寒,清热燥湿、凉血止血、泻火解毒,紫菀化痰润肺,半夏燥湿化痰,茯苓渗湿利水^[16-17];款冬花润肺下气,桔梗宣肺祛痰,杏仁止咳降气,苏子下气消痰;甘草调和诸药^[18]。以上诸药合用,具有清热化痰、降逆平喘之功效。

研究结果显示,治疗后 2 组患者 FEV1% 以及 FEV1/FVC 较治疗前明显升高($P<0.05$),且治疗后试验组 FEV1% 以及 FEV1/FVC 明显高于对照组($P<0.05$)。与学者研究报道结果相似^[19],采取中西医结合治疗方式可有效改善患者肺功能。此外,分析 2 组患者免疫功能变化情况,结果显示,治疗后 2 组患者 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 比值明显升高($P<0.05$),而 CD8⁺ 水平明显降低($P<0.05$),治疗后试验组 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 比值明显高于对照组($P<0.05$)。表明有效的治疗后可明显改善 COPD 急性加重期患者机体免疫功能,采取中西医结合方式治疗,其改善情况更佳。治疗后 2 组患者 SGRQ 评分较治疗前明显降低($P<0.05$),6 MWT 较治疗前明显升高($P<0.05$),治疗后试验组 SGRQ 评分明显低于对照组($P<0.05$),试验组 6 MWT 明显高于对照组($P<0.05$)。提示采取清热祛痰法联合西药治疗痰热壅肺型 COPD 急性加重期可有效改善患者步行能力,提高患者生活质量。

综上所述,清热祛痰联合西药治疗 COPD 急性加重期痰热壅肺型患者,可提高肺功能和机体免疫功能,有助于患者行动能力改善和生活质量的提高。

参考文献:

- [1] 张念志,王国臣. 清肺祛痰方对慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰热郁肺证)治疗作用的临床观察[J]. 中医药临床杂志,2011,23(11):958-960.
- [2] 汪为民,吴龙传,徐新华. 柴胡疏肝散治疗 COPD 急性加重期伴焦虑抑郁障碍 30 例临床观察[J]. 江苏中医药,2014,46(6):41-42.
- [3] 蔡琦玲,张富亮,胡国华. 宣白承气汤加减治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热腑实证患者疗效观察[J]. 天津中医药,2013,30(5):269-271.
- [4] 王至婉,李建生,王明航,等. 基于文献的慢性阻塞性肺疾病急性加重期证候要素分布规律的研究[J]. 中华中医药杂志,2008,23(4):325-327.
- [5] 李杰,冯淬灵,王琦,等. 慢性阻塞性肺病急性加重期中医证候要素与肺功能的关系[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(6):760-764.
- [6] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-264.
- [7] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011 版)[J]. 中医杂志,2012,53(1):80-84.
- [8] 于珊珊,慕杨娜,陆志斌. 清热化痰合剂联合西药治疗 COPD 急性加重期的临床疗效观察[J]. 上海中医药大学学报,2015,29(3):34-37.
- [9] 岳兴元. 清金化痰汤联合左氧氟沙星治疗痰热郁肺型社区获得性肺炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志,2013,27(9):57-59.
- [10] 周忠敬,魏岳斌. 麻杏石甘汤加减治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效及对炎症因子的影响[J]. 中国医院用药评价与分析,2016,16(12):1628-1630.
- [11] 陈剑. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效观察[J]. 广西医科大学学报,2014,31(4):681-683.
- [12] 孙璐璐,张伟,韩佳,等. COPD 模型大鼠急性加重期诱导肝脏损伤的实验研究[J]. 中医学报,2014,29(3):334-337.
- [13] 邓剑英,曾义菊,王太丽. 益气活血化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期[J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(22):193-196.
- [14] 林琳,胡旭贞. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期中医证候规律的初步探讨[J]. 广州中医药大学学报,2008,25(1):1-4.
- [15] 冯原,陈斯宁. 胸腺五肽肌注对 COPD 急性加重期患者免疫功能的影响[J]. 山东医药,2014,54(3):82-83.
- [16] 崔鑫鑫,梁国玲. 中医益肺灸法治疗肺肾气虚型慢性阻塞性肺疾病 60 例[J]. 中医临床研究,2015,7(25):10-12.
- [17] 潘玲,毛德强,罗玲. 慢性阻塞性肺病患者外周血中 T 细胞及 IgA、IgG 等免疫功能情况的研究[J]. 国际呼吸杂志,2014,34(13):974-976.
- [18] 王胜,叶海勇,陈悦,等. 302 例慢性阻塞性肺疾病急性加重期中医证候分型[J]. 北京中医药大学学报,2015,54(1):57-62.
- [19] 黄凯锋,庾慧. 不同证型 COPD 急性加重期患者体液免疫指标差异及意义初探[J]. 中国中医急症,2014,23(9):1665-1667.