

清热豁痰止咳法联合常规治疗对慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘患者的临床疗效

吴文芳

(海口市中医医院中西医结合内科, 海南 海口 570206)

摘要: 目的 探讨清热豁痰止咳法联合常规治疗对慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘患者的临床疗效。方法 90例患者随机分为对照组和观察组, 每组45例, 对照组给予常规治疗(卧床休息、氧疗、祛痰等), 观察组在对照组基础上加用清热豁痰止咳法, 疗程14 d。检测CAT评分、气道高分泌症状(痰量、痰色、痰质)评分、诱导痰检测指标(MUC5AC、PGE₂、LTB₄)、肺功能指标(FEV1/FVC、PEF、MVV% pred)变化。结果 治疗后, 2组CAT评分、气道高分泌症状评分、诱导痰检测指标降低($P<0.05$), 肺功能指标升高($P<0.05$), 以观察组更明显($P<0.05$)。结论 清热豁痰止咳法联合常规治疗可改善慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘患者肺功能, 减轻气道高分泌症状及高敏反应, 临床疗效确切。

关键词: 清热豁痰止咳法; 常规治疗; 慢性阻塞性肺疾病急性加重; 哮喘

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2022)11-3750-03

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2022.11.066

慢性阻塞性肺疾病急性加重患者肺功能呈进行性下降, 病情常反复发作, 若不及时有效治疗可发展为呼吸衰竭、肺性脑病、代谢综合征等病变^[1]。气道高敏反应性是哮喘典型病例特点, 颗粒物、粉尘、有毒气体等刺激原可引发气道黏液高分泌, 诱发多种炎症因子, 进一步导致气道高敏反应^[2]。中医将慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘归于“肺胀”“哮喘”范畴, 其根本病机为先天禀赋不足, 肺卫不固, 邪毒乘虚犯肺, 肺失宣降, 痰气阻滞, 水湿停聚形成痰饮, 痰阻脉络, 气滞血瘀, 痰瘀互结, 发为此症^[3]。本文研究清热豁痰止咳法联合常规治疗对慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2020年7月至2021年6月收治于海南省海口市中医医院中西医结合内科90例慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组45例。其中, 对照组男性25例, 女性20例; 年龄40~75岁, 平均年龄(58.80±7.11)岁; 病程3.1~11.7年, 平均病程(7.24±2.32)年; 平均体质量指数(23.75±1.31) kg/m²; 病情程度轻度13例, 中度15例, 重度17例, 而观察组男性29例, 女性16例; 年龄43~77岁, 平均年龄(58.09±7.60)岁; 病程4~12.7年, 平均病程(6.98±1.76)年; 平均体质量指数(23.56±1.48) kg/m², 病情程度轻度15例, 中度16例, 重度14例, 2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准(批准文号HZ20200217)。

1.2 纳入标准 ①符合慢性阻塞性肺疾病的诊断标准^[4]; ②处于急性加重期; ③符合痰热雍肺证的辨证标准^[5], 主证咳嗽, 喘息, 痰多色黄, 咯痰不爽; 次证口渴喜饮, 发热, 大便秘结; 舌红苔黄, 脉滑数; ④无肺脏外科手术史; ⑤满足哮喘的诊断标准^[6]; ⑥患者了解本研究, 签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①合并肺结核、肺肿瘤; ②合并主要器官功能严重不全; ③对研究药物过敏; ④精神异常; ⑤同时加入其他研究; ⑥近1个月进行相关药物治疗; ⑦合并其他感染病变。

1.4 治疗手段 对照组采用常规治疗, 包括卧床休息、氧疗、祛痰、止咳等, 并雾化吸入布地奈德福莫特罗吸入剂(瑞典阿斯利康公司, 注册证号H20140458, 160 μg×4.5 μg/吸), 每天2次, 每次2吸; 观察组在对照组基础上采用清热豁痰止咳法, 组方药材黄芩20 g、桔梗10 g、陈皮12 g、红景天15 g、法半夏10 g、茯苓15 g、麦冬15 g、瓜蒌12 g、全蝎3 g、僵蚕10 g、桃仁6 g、地龙6 g、甘草6 g, 由医院中药房煎制, 每天1剂, 取汁300 mL, 分装成2袋, 早晚饭后各温服1次。2组均连续治疗14 d。

1.5 指标检测

1.5.1 病情程度 采用慢性阻塞性肺疾病评估量表(CAT)^[7]进行评价, 包括7个项目, 总分0~35分, 分值越低, 病情越轻。

1.5.2 气道高分泌症状评分 采用痰液性状评分量表^[8], 包括痰量、痰色、痰质, 每项0~3分, 分值越高, 病情越重。

收稿日期: 2022-01-06

作者简介: 吴文芳(1987—), 女, 主治医师, 研究方向为呼吸道方面疾病。Tel: 13518848604

1.5.3 气道高反应指标 患者首先吸入 200 μg 沙丁胺醇 15 min, 再雾化吸入 3% 高渗盐水 20 min, 最后双氧水漱口 1 min, 鼓励深咯痰, 采集 1 g 以上痰液至无菌容器中立即送检, 经混匀、水浴、离心后取上清液, 在 MRX A2000 型酶标仪 (韩国 K-Lab 公司) 上采用酶联免疫吸附实验检测诱导痰中黏蛋白 (MUC5AC)、前列腺素 E₂ (PGE₂)、白三烯 B₄ (LTB₄) 水平。

1.5.4 肺功能指标 采用 BTL-08 Spiro 型肺功能测量仪 (英国比特勒公司) 检测肺功能指标 1 s 用力呼气容积/用力肺活量 (FEV₁/FVC)、最大呼气流速峰值 (PEF)、每分钟最大通气量占预计值百分比 (MVV% pred)。

1.6 统计学分析 通过 SPSS 21.0 软件进行处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内比较采用配对样本 *t* 检验, 组间比

较采用独立样本 *t* 检验。*P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 CAT 评分 治疗后, 2 组 CAT 评分降低 (*P* < 0.05), 以观察组更明显 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 2 组 CAT 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$, *n* = 45)

组别	治疗前	治疗后
观察组	25.93 ± 5.49	16.84 ± 4.11 ^{*#}
对照组	26.22 ± 5.16	20.64 ± 5.00 [*]

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

2.2 气道高分泌症状评分 治疗后, 2 组气道高分泌症状评分降低 (*P* < 0.05), 以观察组更明显 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 2 组气道高分泌症状评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$, *n* = 45)

组别	时间	痰量	痰色	痰质
观察组	治疗前	2.16 ± 0.67	2.07 ± 0.62	2.16 ± 0.56
	治疗后	1.04 ± 0.40 ^{*#}	1.16 ± 0.52 ^{*#}	1.09 ± 0.42 ^{*#}
对照组	治疗前	2.07 ± 0.69	2.11 ± 0.75	2.16 ± 0.71
	治疗后	1.67 ± 0.52 [*]	1.53 ± 0.55 [*]	1.56 ± 0.50 [*]

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

2.3 诱导痰检测指标 治疗后, 2 组诱导痰中 MUC5AC、PGE₂、LTB₄ 水平降低 (*P* < 0.05), 以观察组更明显 (*P* < 0.05), 见表 3。

2.4 肺功能指标 治疗后, 2 组 FEV₁/FVC、PEF、MVV% pred 升高 (*P* < 0.05), 以观察组更明显 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 3 2 组诱导痰检测指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	时间	MUC5AC/(mg·L ⁻¹)	PGE ₂ /(ng·mL ⁻¹)	LTB ₄ /(ng·mL ⁻¹)
观察组	41	治疗前	55.19 ± 13.03	32.21 ± 9.06	63.02 ± 8.67
	41	治疗后	32.26 ± 9.36 ^{*#}	18.07 ± 5.97 ^{*#}	48.21 ± 6.35 ^{*#}
对照组	39	治疗前	57.84 ± 14.03	31.72 ± 9.39	64.44 ± 7.70
	39	治疗后	39.19 ± 11.32 [*]	22.87 ± 7.24 [*]	55.19 ± 6.31 [*]

注: 观察组、对照组分别有 4、6 例未完成检测。与同组治疗前比较, ^{*}*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, [#]*P* < 0.05。

表 4 2 组肺功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$, *n* = 45)

组别	时间	(FEV ₁ /FVC)/%	PEF/(L·s ⁻¹)	MVV% pred/%
观察组	治疗前	54.45 ± 4.55	2.59 ± 0.44	61.50 ± 8.55
	治疗后	64.15 ± 6.50 ^{*#}	3.55 ± 0.55 ^{*#}	84.15 ± 10.50 ^{*#}
对照组	治疗前	53.85 ± 4.35	2.75 ± 0.42	62.65 ± 8.95
	治疗后	59.35 ± 5.85 [*]	3.07 ± 0.51 [*]	72.25 ± 10.25 [*]

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

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病急性加重的发病率、致残率均较高, 已成为导致人类死亡的主要病因之一^[9]。哮喘为呼吸系统慢性炎症病变, 可引起支气管缩窄、分泌物增加、呼吸困难等症状^[10]。慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘患者随着气道高敏反应增强, 气道高分泌症状也随之加重, 治疗难度增加^[11]。目前, 西医对本病以对症治疗为主, 但临床效果不理想^[12]。

中医认为, 慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘根本

病因为痰热雍肺, 先天禀赋不足、年老体弱、肺失宣降、邪毒入侵等因素相互作用和影响, 形成痰浊、郁热、瘀血等病理产物, 热壅于肺发为此症^[13]。本研究所用清热豁痰止咳法中的黄芩功效清上焦肺热, 瓜蒌功效祛痰散结、止咳平喘, 法半夏祛痰燥湿, 共为君药; 地龙功效熄风止痉, 僵蚕功效祛痰止咳、散结宣肺, 桃仁功效止咳平喘、祛瘀, 红景天功效清热解毒、益气平喘, 共为臣药; 茯苓功效健脾燥湿, 麦冬功效滋阴润肺, 桔梗功效祛痰止咳、降逆, 陈皮功效祛痰燥湿、理气; 苦杏仁功效止咳平喘、利气降

肺,为佐药;甘草可调和诸药,为使药,全方配伍,标本兼治,共奏止咳平喘、祛痰燥湿、清热散结之功^[14]。

本研究发现,治疗后观察者CAT评分、气道高分泌症状评分低于对照组,肺功能指标更高,表明清热豁痰止咳法有助于控制慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘患者病情,减轻气道高分泌症状,改善肺功能;MUC5AC、PGE₂、LTB₄水平低于对照组,表明该方法有助于降低患者气道高敏反应,可能是其发挥疗效的作用机制。

综上所述,清热豁痰止咳法联合常规治疗可降低慢性阻塞性肺疾病急性加重合并哮喘患者高敏反应及高分泌症状,改善肺功能。

参考文献:

[1] 张东,张海龙,王露,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重康复临床研究的文献分析[J].世界科学技术(中医药现代化),2021,23(3):892-898.

[2] 何俊峰.哮喘患儿气道高反应的影响因素分析[J].河南医学研究,2021,30(7):1212-1214.

[3] 李竹英,陈璐,王丽洁.麻黄-白果药对“异病同治”支气管哮喘和慢性阻塞性肺疾病药理作用研究[J].陕西中医,2021,42(8):1128-1132.

[4] 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治专家组.慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2014年修订版)[J].国际呼吸杂志,2014,34(1):1-11.

[5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:

南京大学出版社,1994:81-84.

[6] 沈华浩.支气管哮喘防治指南(2016年版)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(9):675-697.

[7] 柴晶晶,朱华栋,于学忠,等.慢性阻塞性肺疾病评估测试对COPD急性加重的有效性评估[J].中国急救医学,2017,37(2):158-163.

[8] 慢性气道炎症性疾病气道黏液高分泌管理中国专家共识编.慢性气道炎症性疾病气道黏液高分泌管理中国专家共识[J].中华结核和呼吸杂志,2015,38(10):723-729.

[9] 张志平,王耀东,叶珣.AECOPD患者胸部高分辨率CT检查图像肺血管参数变化及其与肺功能、短期预后的关系[J].山东医药,2020,60(30):69-72.

[10] 高景蓬,钱娟娟,莫伟强.布地奈德/福莫特罗吸入治疗成人哮喘合并COPD的临床效果观察[J].中国生化药物杂志,2016,36(2):29-31.

[11] 刘岩,孙铁英,张洪胜,等.哮喘与慢性阻塞性肺疾病气道反应性研究[J].中国医刊,2006,41(1):36-37.

[12] 吉晓娇,黄敬霞,封景丽.布地奈德联合福莫特罗对老年哮喘并慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及白细胞介素-6-13超敏C反应蛋白水平的影响[J].中国药物与临床,2021,21(5):776-778.

[13] 宋芊,杨璐,李友林.运用异病同治法论治慢性阻塞性肺疾病稳定期和哮喘持续期临床疗效分析[J].浙江中医药大学学报,2012,36(8):874-879.

[14] 阎玥,杨璐,王辛秋,等.温润宣通法治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期与支气管哮喘慢性持续期的疗效影响因素分析[J].中华中医药杂志,2014,29(6):1954-1956.