

阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证与临床指标的相关性分析

曾仕英

昆明医科大学第一附属医院呼吸内科 云南昆明 650041

〔摘 要〕目的 观察慢性阻塞性肺疾病与慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)痰热壅肺证指标相关性。方法 收集我市中心医院 2014 年 1 月至 2015 年 2 月 182 例慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺症患者,按照中医辨证分型标准分为非痰热证组及痰热证组。通过问卷调查获得患者血沉、血常规及基线资料等临床指标,观察痰热壅肺证与临床指标的相关性。将数据纳入 PSS17.0 软件中进行分析。结果 共收集 182 例 AECOPD 患者,其中非痰热证组 102 例,痰热证组 80 例。通过单因素分析结果得出,痰热壅肺证与病程相关,两组在 CRP、PCT、N%、WBC、血沉等方面,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 痰热壅肺证的发生跟病程及 CRP 密切相关。

〔关键词〕慢性阻塞性肺疾病急性加重期;痰热壅肺证;相关性

〔中图分类号〕R259 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2018)06-100-02

慢性肺阻塞肺疾病特征为进行性进展、气流受限不完全可逆等,严重危害人们健康。慢性阻塞性肺疾病发病与患者肺部对有害颗粒及气体的异常炎症反应有关,主要症状为呼吸困难、咳嗽及慢性咳嗽,严重可变成呼吸衰竭及肺心病等^[1]。观察慢性阻塞性肺疾病与慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)痰热壅肺证临床指标的相关性,提供临床实践辨证分型的客观依据,现报道如下:

1 对象与方法

收集 182 例慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺症患者,将其作为研究主体。患者均知情同意,且已签署知情同意书;并经伦理委员会同意批准。

1.1.1 将年龄 41-91 岁患者;符合慢性阻塞性肺疾病诊断标准并处于急性加重期患者纳入此次研究当中。

1.1.2 排除合并呼吸衰竭者;精神病及无法配合信息采集患者;合并心脑血管及其他器官具有严重原发疾病患者;

1.2 中医疗效判定

当前缺少慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证的权威辨证诊断标准,因此,本次研究辨证分型参考《AECOPD 诊断标准》、《中药新药临床研究指导原则》及《中医内科学》。结合患者实际状况,将 AECOPD 划分为肺肾阴虚、肺脾气虚、肺肾气虚、痰热壅肺及痰浊壅肺症候,将《中药新药临床研究指导原则》慢性支气管炎症状分级量化表作为症状分级量化参考标准,将患者分成非痰热证组及痰热证组。

1.3 西医疗效判定

参考《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》及《慢性阻塞性肺疾病全球倡议》制定西医诊断、严重程度分级相关内容。

1.3.1 慢性阻塞性肺疾病诊断标准 针对患者肺功能检查、

实验室检查、体征、临床症状、危险因素接触史、病史等进行综合判定,必备诊断条件是不完全可逆的气流受限。

1.3.2 AECOPD 诊断标准:患者多痰、咳嗽、呼吸困难等呼吸系统症状急性恶化变异,一般由于感染等因素发作,需要改变药物进行治疗。

1.4 研究方法

1.4.1 采集患者信息:通过实验室检查、体检、问卷调查收集患者基本信息。

调查问卷:使用《病例调查表》及《中医症候调查表》记录患者中西医资料。

病例调查表内容:疾病相关资料,如病程、家族史、用药史等;实验室检查,如血常规、血沉等;

中医症候调查表内容:主症(喘、咳嗽等),全身症状,脉象、舌象等。

1.4.2 调查方法 由工作经验较长的中医师收集患者资料,填写问卷调查。由 2 位工作经验在 3 年以上的中医师独立完成中医症候分型,填写调查表,交叉核对,讨论解决分歧问题。

1.5 统计分析

将数据纳入 PSS17.0 软件中进行分析,计量资料比较使用 t 来进行检验,用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料使用 χ^2 来进行检验,用率(%)来表示, ($P < 0.05$) 为显著差异,具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组疾病相关状况

痰热壅肺证组病程短于非痰热壅肺证组,差异有统计学意义($P < 0.05$);但在吸烟史、用药史及家族史方面,无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1

表 1: 比较两组疾病相关状况 [n(%)]

组别	例数	病程	吸烟史	用药史	家族史
非痰热组	102	25	68	63	2
痰热组	80	10	67	60	1
χ^2		4.163	6.831	3.585	0.140
P		< 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

2.2 比较两组实验室检查指标

意义 ($P > 0.05$)。见表 2

两组在 CRP、PCT、N%、WBC、血沉等方面, 差异无统计学

表 2: 比较两组实验室检查指标 [n(%)]

组别	例数	CRP (mg/l)	PCT (pg/ml)	N%	WBC ($10^9/L$)	血沉 (mm/h)
非痰热组	102	13.00	0.05	76.08	7.81	30.93
痰热组	80	11.00	0.05	71.23	6.83	28.09
χ^2		0.040	0.01	6.068	0.047	0.469
P		< 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病始终伴有炎症, 有持续性气流受限现象, 临床患者特征表现为喘息、咳嗽、咳痰及反复发作等, 急性加重时咳嗽量、粘液性黄痰、浓痰明显增多, 并且出现发热现象。与中医学的肺失宣降, 痰热互结于肺的病机相似, 另外使用方剂和清热化痰法临床效果显著, 更加证明了痰热壅肺症与 AECOPD 的相关性^[2]。

本次研究共调查 182 例 AECOPD 患者, 结果显示痰热壅肺症组患者病程低于非痰热壅肺症组, 两组患者在吸烟史、用药史及家族史方面, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。在实验室检查方面, 两组在 CRP、PCT、N%、WBC、血沉等方面, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

本研究中痰热壅肺症为 AECOPD 主要症候类型。临床上痰热壅肺症比较多发, 如口干、喘、便秘等, 《仁斋直指方论·病机赋》说: “痰因火动, 因火而生痰, 因痰而生火。”从中西医理论认识该病, 都是由于肺系慢性疾病长期反复发作的结果。痰热壅肺是产生 AECOPD 的主要因素。

产生慢性阻塞性肺疾病大部分原因有可能为下呼吸道感

染所导致, 一半因素为细菌感染。除 CRP、PCT 外, N%、WBC 也是临床反映感染常用指标。慢性阻塞性肺疾病急性加重患者通常因为感染, 导致指标显著提升。但患者病情因发作反复, 一般在院外会出现自行使用抗生素药物等状况, 并且老年群体比较高发, 因为免疫系统的原因, 患者发病时 WBC 不会明显升高。

综上所述, 痰热壅肺症是慢性阻塞性肺疾病急性加重期的主要症候, 具有双重病机“痰”“热”, 临床表现有口干便秘、舌红苔黄、发热、咳嗽等, 与西医急性感染表现相似, 患者体温会出现升高, CRP、PCT、血沉及血常规等感染指标升高。

[参考文献]

- [1] 高雅丽. 清热化痰方治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证的临床疗效 [J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(36):87-88.
- [2] 许庆. 慢阻肺 I 号方治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (痰热壅肺证) 的疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2015, 24(9):1619-1621.

(上接第 99 页)

3 讨论

临床上对糖尿病肾病的研究, 其发病原因目前尚未明确, 但是可能与遗传因素、肾脏血流动力学异常、高血糖造成的代谢异常、高血压和血管活性物质代谢异常等存在很大关联^[2]。糖尿病肾病患者发病后一般会出现其它器官或系统微血管病变, 其中糖尿病视网膜病变和外周神经病变等较为常见。根据临床研究, 1 型糖尿病患者在发病后 10 ~ 15 年左右会发展为糖尿病肾病, 2 型糖尿病患者发展为糖尿病肾病的时间则相对较短, 一般与年龄大及同事合并较多其它基础疾病相关。

目前, 临床上对糖尿病肾病的治疗主要是采取血糖控制、血压控制和饮食控制等方式, 让患者的血糖和代谢功能得到改善, 在患者病情发展到终末期时则需要采取替代治疗或器官移植方式^[3]。但根据临床上的实际治疗情况, 患者的治疗效果一般较差, 病情容易出现病情反复不定的情况。中医上认为糖尿病患者的蛋白尿与肾阴阳不足和脾气虚弱存在密切关联, 在患者久病不愈的情况下导致气虚血瘀, 从而引起蛋白尿, 因此需要采取补肾活血的治疗方式^[4]。本研究中的自拟补肾活血方中黄芪甘温补气、黄精甘润滋补, 辅以鹿角胶、沙苑子、制何首乌和淫羊藿等药物, 能起到有效的益肾阴肾

阳的作用, 葛根活血通络、丹参舒筋活血, 辅以制大黄和山药, 则能起到鼓动运化和补益脾气的作用, 药物合用则能有效起到固护精微、气旺津足、平衡阴阳的作用^[5]。

本研究对自拟补肾活血方治疗早期糖尿病-肾病临床效果来进行分析, 经过治疗后两组总有效率相比试验组较对照组明显更高, 数据相比 $P < 0.05$ 。并且治疗后试验组尿微量白蛋白测定指标较对照组更优, 两组数据相比 $P < 0.05$ 。自拟补肾活血方治疗早期糖尿病肾病的临床效果显著, 值得在临床上推广使用。

[参考文献]

- [1] 王秀珍. 补肾活血方治疗早期糖尿病肾病 26 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 24:52-53.
- [2] 武曦. 糖尿病肾病中医证候分布特点及中药干预糖尿病肾病的临床研究 [D]. 北京中医药大学, 2013.
- [3] 刘思远. 活血祛瘀法在早期糖尿病肾病中的临床应用 [D]. 辽宁中医药大学, 2014.
- [4] 秦瑞君, 闫菊. 益气养阴补肾活血方剂治疗早期糖尿病肾病的临床分析 [J]. 中医临床研究, 2014, 05:78-79.
- [5] 彭书磊. 健脾补肾活血法治疗糖尿病肾病的临床研究及对炎症因子的影响 [D]. 山东中医药大学, 2014.