

苏黄止咳胶囊对于慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的临床疗效

黄颖锋¹ 孙广信¹ 周丽娟² 卢春玲¹ 常双喜¹

(1 河南大学附属郑州市第一人民医院呼吸内科, 郑州, 450003; 2 河南省郑州市中心医院, 郑州, 450000)

摘要 目的:探讨苏黄止咳胶囊治疗慢性阻塞性肺病急性加重期的临床疗效。方法:选取 2014 年 9 月至 2015 年 9 月河南大学附属郑州市第一人民医院收治的老年慢阻肺急性加重期患者 90 例为研究对象,随机分为观察组和对照组,各 45 例。对照组患者给予常规治疗,观察组患者在常规治疗的基础上,每天口服苏黄止咳胶囊,1.35 g/次,3 次/d,8 周为 1 个疗程。在疗程结束后,进行 12 个月以上的随访观察。结果:随访期间,观察组与对照组比较,复发次数和复发率明显降低($P < 0.01$);观察组的 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC、MVV 均明显升高,RV、RV/TLC 均明显降低,与治疗前和对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组的血清免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM 水平,以及 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均明显升高,与治疗前和对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);另外,观察组的生命质量评估表得分明显降低,6 min 步行距离明显提高,与治疗前和对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:苏黄止咳胶囊口服可以提高慢性阻塞性肺病患者的肺功能,免疫功能,生命质量,减少慢性阻塞性肺病的复发再入院次数和复发率。

关键词 慢性阻塞性肺疾病;苏黄止咳胶囊;肺功能;免疫功能;生命质量

Observation and Analysis of Clinical Efficacy of Suhuang Zhike Capsule for Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Huang Yingfeng¹, Sun Guangxin¹, Zhou Lijuan², Lu Chunling¹, Chang Shuangxi¹

(1 Respiratory Department of the First People's Hospital of Zhengzhou City affiliated to Henan University, Zhengzhou 450003, China; 2 Zhengzhou Central Hospital, Zhengzhou 450000, China)

Abstract Objective: To investigate the long-term follow-up results of Suhuang Zhike capsule in the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Methods:** From September 2014 to September 2015, a total of 90 patients with acute exacerbation of COPD in our hospital were randomly divided into treatment group and control group, with 45 cases in each group. The patients in the control group were treated with routine therapy. The patients in the treatment group were treated with Suhuang Zhike capsule in addition to routine therapy, 1.35 g / time, 3 times a day for 8 weeks. At the end of the course, more than 12 months of follow-up observation was performed. **Results:** During the follow-up period, the frequency of recurrence and relapse rate of the treatment group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.01$). The FVC, FEV₁, FEV₁ / FVC, MVV of the treatment group were significantly higher and RV and RV / TLC were significantly lower, compared with the control group ($P < 0.05$). In addition, the levels of serum immunoglobulin IgG, IgA, IgM and CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ in the treatment group were significantly higher than those of pre-treatment and the control group ($P < 0.05$). Furthermore, the score of the quality of life assessment of the treatment group was significantly reduced, 6-min walking distance was significantly increased, compared with those of pre-treatment and the control group, the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Suhuang Zhike capsule can improve pulmonary function, immune function and quality of life of patients with COPD and reduce the number of recurrent cases and recurrence rate.

Key Words Chronic obstructive pulmonary disease; Suhuang Zhike capsule; Pulmonary function; Immune function; Quality of life

中图分类号:R289.3;R563 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.09.009

慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)是一种呼吸系统的常见慢性疾病。据研究发现,我国 COPD 的患病率占 40 岁以上

人群的 8.2%,估计 2020 年将居全球死亡原因的第三位^[1]。COPD 以持续气流受限为特征的可以预防 and 治疗的疾病,与慢性支气管炎和肺气肿密切相关,

可以进一步发展为肺心病、心力衰竭、和呼吸衰竭^[2-3]。COPD 发病机制尚未完全阐明,目前已经发现的危险因素可以分为外因和内因。外因包括吸烟、空气污染、粉尘和化学物质的吸入,以及呼吸道感染等。内因包括免疫功能降低、遗传因素、气道高反应性等^[4-5]。

COPD 的中医病机则多因久病肺虚,痰浊潴留,可以归属于“肺胀”的范畴。肺胀即肺气胀满,属于因为肺气壅塞而导致的虚满喘咳之证。多因久病肺虚,痰浊潴留,导致肺气胀满,每因复感外邪而使病情反复发作或者急性加重。中医药在 COPD 的防治方面显示出了一定的优势。研究发现,采用补肺纳肾的方法可以改善 COPD 患者的肺功能,减轻临床症状,以及提高生命质量^[6]。本研究旨在通过长期随访观察,探讨苏黄止咳胶囊对于治疗慢性阻塞性肺疾病的长期疗效。通过观察患者的肺功能,免疫功能和生命质量,为苏黄止咳胶囊治疗慢性阻塞性肺疾病提供一定的理论基础。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 9 月至 2015 年 9 月河南大学附属郑州市第一人民医院收治的慢阻肺患者 90 例为研究对象,其中男 41 例,女 49 例,平均年龄 (68.55 ± 5.17) 岁,平均病程 (11.65 ± 5.17) 年。将患者随机分为观察组和对照组,其中观察组 45 例,对照组 45 例。观察组中男 22 例,女 23 例,平均年龄 (67.57 ± 5.25) 岁,平均病程 (11.75 ± 5.05) 年;对照组男 23 例,女 22 例,平均年龄 (68.05 ± 5.57) 岁,平均病程 (11.45 ± 5.67) 年。2 组患者在年龄、病程等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 采用 2013 年中华医学学会制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》的标准进行诊断,所有患者病情均为慢性阻塞性肺疾病。

1.3 纳入标准 1)临床症状和体征包括发热,咳嗽,呼吸困难,湿性啰音和呼吸音减弱;2)X 线胸片和(或)高分辨力胸部计算机断层扫描(HRCT)成像显示慢性阻塞性肺疾病;3)肝肾功能无明显异常。

1.4 排除标准 1)严重心脏病、高血压、糖尿病等器质性疾病;2)恶性肿瘤;3)神经系统疾病;4)精神性疾病。

1.5 脱落与剔除标准 1)患者自行停药;2)患者失去联系;3)患者不能按时接受随访调查。

1.6 治疗方法 对照组患者接受常规治疗(给予持续低流量吸氧、止咳、祛痰、平喘、抗感染、呼吸训练

等);观察组患者在对照组常规治疗的基础上,于每天口服苏黄止咳胶囊(五灵脂,柏子仁,胡桃仁,党参,地龙,山药等),1.35 g/次,3 次/d,8 周为 1 个疗程。在疗程结束后连续 3 个月每月进行 1 次随访观察,随后每 3 个月进行 1 次随访,随访时间超过 12 个月。

1.7 观察指标 在随访期间观察并记录 2 组患者的复发再入院情况;同时采用德国耶格肺功能测试仪测试患者的用力肺活量(FVC)、一秒用力呼气量占 FVC 百分率(FEV_1/FVC)、最大通气量(MVV)、最大呼气中期流量(MMEF)、功能残气量(RV)、残气量/肺总量(RV/TLC)。对照组和观察组在治疗前以及治疗后的随访期间,早晨空腹抽取静脉血 5 mL,采用 ELISA 方法检测血清免疫球蛋白 IgG, IgA, IgM 的水平。采用流式细胞仪检测 T 免疫细胞亚群 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 的水平变化情况。

生命质量评估:采用上海医科大学中山医院蔡映云教授^[7]所制定的生命质量评分表,有两名医师在治疗前以及随访期间对 2 组患者进行同步评定,取其平均值。该评分表共分 4 类 35 项,第 1 类为日常生活能力,共 13 项(F1/13);第 2 类为社会活动能力,共 7 项(F2/7);第 3 类为抑郁症状,共 8 项(F3/8);第 4 类为焦虑症状,共 7 项(F4/7)。每项分设 1~4 分,1 分为最好,4 分为最差,所有项目评分相加为总分,将总分除以项目数为总均分,各大类因子分由组成的项目数而得。6 min 步行距离:受试者在安静及空气流通的 100 m 长的走廊上来回行走。试验前先让受试者熟悉测试方法和环境。试验中让受试者尽可能快地行走。如有必要,也可以减慢速度或者停下来休息。到 6 min 时,喊“停”,然后测量步行的总距离。

1.8 疗效判定标准 将疗效分为显效、有效、无效 3 个等级,患者临床症状和体征改善率超过 90% 为痊愈;患者临床症状和体征改善 60%~90% 为显效;患者临床症状和体征改善 30%~60% 为有效;患者临床症状和体征改善率低于 30% 为无效。总有效率=痊愈率+显效率。症状和体征改善率=(治疗前症状体征积分-治疗后症状体征积分)/治疗前症状体征积分 $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行数据分析。百分率的比较采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;等级资料采用非参数检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 2 组患者治疗前后肺功能指标变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	FVC(L)	FEV ₁ /FVC(%)	MVV(%)	MMEF(%)	RV(L)	RV/TLC(%)
观察组($n=45$)						
治疗前	1.23 ± 0.56	58.06 ± 12.55	31.26 ± 9.23	2.12 ± 0.08	3.08 ± 0.05	39.20 ± 0.15
治疗后						
0~1 个月	2.27 ± 1.33 ^{*△}	68.16 ± 2.57 ^{*△}	43.28 ± 6.27 ^{*△}	3.55 ± 0.43 ^{*△}	1.08 ± 0.09 ^{*△}	16.79 ± 0.34 ^{*△}
1~2 个月	2.26 ± 1.83 ^{*△}	68.15 ± 2.25 ^{*△}	43.28 ± 6.25 ^{*△}	3.56 ± 0.45 ^{*△}	1.11 ± 0.19 ^{*△}	19.39 ± 0.39 ^{*△}
2~3 个月	2.25 ± 1.45 ^{*△}	67.19 ± 2.59 ^{*△}	49.76 ± 6.76 ^{*△}	3.57 ± 0.63 ^{*△}	1.12 ± 0.89 ^{*△}	19.34 ± 0.34 ^{*△}
3~6 个月	2.26 ± 1.83 ^{*△}	68.16 ± 2.57 ^{*△}	43.28 ± 6.27 ^{*△}	3.55 ± 0.43 ^{*△}	1.08 ± 0.09 ^{*△}	12.23 ± 0.34 ^{*△}
6~9 个月	2.27 ± 1.33 ^{*△}	68.16 ± 2.57 ^{*△}	43.28 ± 6.27 ^{*△}	3.55 ± 0.43 ^{*△}	1.08 ± 0.09 ^{*△}	19.33 ± 0.67 ^{*△}
9~12 个月	2.27 ± 1.33 ^{*△}	68.16 ± 2.57 ^{*△}	43.28 ± 6.27 ^{*△}	3.55 ± 0.43 ^{*△}	1.08 ± 0.09 ^{*△}	12.54 ± 0.34 ^{*△}
对照组($n=45$)						
治疗前	1.28 ± 0.44	57.38 ± 10.24	30.85 ± 10.37	3.05 ± 0.37	3.15 ± 0.37	37.15 ± 0.25
治疗后						
0~1 个月	1.11 ± 0.07	56.33 ± 10.55	28.65 ± 11.27	3.45 ± 0.34	3.88 ± 0.98	34.25 ± 0.34
1~2 个月	1.12 ± 0.07	56.33 ± 10.53	27.65 ± 11.25	3.51 ± 0.36	3.77 ± 0.34	30.25 ± 0.39
2~3 个月	1.18 ± 0.04	58.33 ± 10.59	28.65 ± 9.27	3.49 ± 0.94	3.87 ± 0.33	34.25 ± 0.34
3~6 个月	1.11 ± 0.07	56.33 ± 10.55	28.65 ± 11.27	3.44 ± 0.34	3.88 ± 0.98	35.25 ± 0.23
6~9 个月	1.11 ± 0.07	56.33 ± 10.55	28.65 ± 11.27	3.44 ± 0.34	3.88 ± 0.98	38.77 ± 0.56
9~12 个月	1.11 ± 0.07	56.33 ± 10.55	28.65 ± 11.27	3.44 ± 0.34	3.88 ± 0.98	36.43 ± 0.54

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

2 结果

2.1 2 组患者长期随访中复发率比较 按随访时间分为 5 个时间段,0~1 个月,1~2 个月,2~3 个月,3~6 个月,6~9 个月和 9~12 个月 5 个时间段。治疗后观察组复发再入院次数及再入院率分别为 2.22%(1 例)、36.67%(3 例)、20.00%(9 例)、22.22%(10 例)、11.11%(5 例)和 4.44%(2 例),对照组分别为 11.11%(5 例)、15.56%(7 例)、33.33%(15 例)、46.67%(21 例)、22.22%(10 例)和 20.00%(9 例)比较,2 组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.2 2 组患者治疗前后肺功能指标变化情况 2 组患者经给药治疗后,发现对照组 FEV₁、MVV 指标均明显下降,与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),FVC 未有明显下降,与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$);对照组 FEV₁、MVV 指标均未有明显升高,与治疗前比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),FVC 指标有明显升高,与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$);在随访的 5 个时间段内,观察组与对照组比较,FVC、FEV₁、MVV 指标均明显升高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.4 2 组患者治疗前后免疫功能比较 2 组患者经给药治疗后,对照组的患者血清免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM,以及 T 淋巴细胞亚群 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺未有明显变化,与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组的患者血清

免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM,以及 T 淋巴细胞亚群 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺显著性增高,CD8⁺显著性降低,与治疗前比较,差异有统计学意义($P>0.05$)。在治疗后的随访期间,与对照组比较,观察组的患者血清免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM,以及 T 淋巴细胞亚群 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺均显著性升高,CD8⁺显著性降低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2 和表 3。

表 2 2 组患者治疗前和随访期间免疫球蛋白的变化($\text{g/L},\bar{x} \pm s$)

组别	Ig G	Ig A	Ig M
观察组($n=45$)			
治疗前	4.81 ± 0.07	0.51 ± 0.005	0.33 ± 0.015
治疗后			
0~1 个月	8.27 ± 1.33 ^{*△}	0.97 ± 0.15 ^{*△}	0.67 ± 0.17 ^{*△}
1~2 个月	8.16 ± 0.23 ^{*△}	0.99 ± 0.11 ^{*△}	0.66 ± 0.08 ^{*△}
2~3 个月	8.26 ± 1.28 ^{*△}	0.92 ± 0.17 ^{*△}	0.63 ± 0.17 ^{*△}
3~6 个月	8.31 ± 1.53 ^{*△}	0.97 ± 0.16 ^{*△}	0.62 ± 0.05 ^{*△}
6~9 个月	8.36 ± 1.63 ^{*△}	0.98 ± 0.42 ^{*△}	0.68 ± 0.09 ^{*△}
9~12 个月	8.28 ± 1.28 ^{*△}	0.97 ± 0.17 ^{*△}	0.71 ± 0.07 ^{*△}
对照组($n=45$)			
治疗前	4.80 ± 0.05	0.55 ± 0.025	0.37 ± 0.03
治疗后			
0~1 个月	5.11 ± 0.07	0.52 ± 0.03	0.38 ± 0.055
1~2 个月	5.19 ± 0.05	0.62 ± 0.05	0.39 ± 0.058
2~3 个月	5.19 ± 0.05	0.59 ± 0.09	0.36 ± 0.052
3~6 个月	5.60 ± 0.05	0.68 ± 0.08	0.38 ± 0.051
6~9 个月	5.17 ± 0.01	0.57 ± 0.07	0.35 ± 0.058
9~12 个月	5.10 ± 0.06	0.62 ± 0.09	0.32 ± 0.049

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 组患者治疗前后 T 淋巴细胞亚群表达水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
观察组(<i>n</i> =45)				
治疗前	68. 85 ±4. 82	39. 32 ±3. 76	31. 06 ±3. 55	1. 27 ±0. 14
治疗后				
0 ~ 1 个月	75. 98 ±4. 35 * [△]	45. 15 ±3. 82 * [△]	26. 74 ±3. 17 * [△]	1. 75 ±0. 13 * [△]
1 ~ 2 个月	73. 34 ±4. 54 * [△]	7. 34 ±3. 76 * [△]	26. 34 ±3. 34 * [△]	1. 97 ±0. 34 * [△]
2 ~ 3 个月	75. 34 ±4. 45 * [△]	48. 87 ±3. 76 * [△]	26. 45 ±3. 56 * [△]	1. 78 ±0. 35 * [△]
3 ~ 6 个月	78. 34 ±4. 56 * [△]	45. 45 ±3. 45 * [△]	26. 34 ±3. 76 * [△]	1. 85 ±0. 77 * [△]
6 ~ 9 个月	75. 65 ±4. 66 * [△]	45. 45 ±3. 65 * [△]	25. 45 ±3. 45 * [△]	1. 97 ±0. 45 * [△]
9 ~ 12 个月	75. 45 ±4. 45 * [△]	45. 73 ±3. 73 * [△]	26. 46 ±3. 55 * [△]	1. 94 ±0. 45 * [△]
对照组(<i>n</i> =45)				
治疗前	69. 37 ±5. 24	39. 41 ±3. 58	30. 02 ±3. 82	1. 31 ±0. 16
治疗后				
0 ~ 1 个月	65. 28 ±6. 17	40. 63 ±4. 05	29. 24 ±3. 96	1. 34 ±0. 18
1 ~ 2 个月	65. 66 ±6. 35	40. 44 ±4. 45	29. 34 ±3. 76	1. 36 ±0. 34
2 ~ 3 个月	66. 76 ±6. 45	40. 45 ±4. 56	29. 45 ±3. 56	1. 34 ±0. 56
3 ~ 6 个月	65. 34 ±6. 65	40. 56 ±4. 74	29. 57 ±3. 66	1. 38 ±0. 45
6 ~ 9 个月	68. 45 ±6. 65	40. 88 ±4. 64	29. 45 ±3. 66	1. 23 ±0. 45
9 ~ 12 个月	65. 45 ±6. 64	40. 53 ±4. 54	29. 75 ±3. 45	1. 35 ±0. 56

注:与治疗前比较, * *P* <0. 05;与对照组治疗后比较, [△] *P* <0. 05

表 4 2 组患者治疗前和随访期间生命质量评分表得分情况(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	均分	F1	F2	F3	F4
观察组(<i>n</i> =45)					
治疗前	2. 50 ±0. 51	2. 51 ±0. 54	2. 66 ±0. 81	2. 43 ±0. 28	2. 40 ±0. 39
治疗后					
0 ~ 1 个月	2. 10 ±0. 31 * [△]	2. 11 ±0. 34 * [△]	2. 20 ±0. 27 * [△]	1. 09 ±0. 41 * [△]	2. 02 ±0. 22 * [△]
1 ~ 2 个月	2. 04 ±0. 54 * [△]	2. 14 ±0. 76 * [△]	2. 24 ±0. 34 * [△]	1. 07 ±0. 34 * [△]	2. 01 ±0. 34 * [△]
2 ~ 3 个月	2. 34 ±0. 45 * [△]	2. 07 ±3. 76 * [△]	2. 25 ±0. 56 * [△]	1. 78 ±0. 35 * [△]	2. 01 ±0. 74 * [△]
3 ~ 6 个月	2. 04 ±0. 56 * [△]	2. 05 ±0. 45 * [△]	2. 44 ±0. 76 * [△]	1. 85 ±0. 77 * [△]	2. 05 ±0. 34 * [△]
6 ~ 9 个月	2. 05 ±0. 66 * [△]	45. 45 ±3. 65 * [△]	25. 45 ±3. 45 * [△]	1. 97 ±0. 45 * [△]	2. 04 ±0. 53 * [△]
9 ~ 12 个月	2. 04 ±0. 45 * [△]	45. 73 ±3. 73 * [△]	26. 46 ±3. 55 * [△]	1. 94 ±0. 45 * [△]	2. 07 ±0. 34 * [△]
对照组(<i>n</i> =45)					
治疗前	2. 51 ±0. 47	2. 49 ±0. 49	2. 59 ±0. 77	2. 51 ±0. 41	2. 44 ±0. 41
治疗后					
0 ~ 1 个月	2. 58 ±0. 17	2. 63 ±4. 05	2. 54 ±0. 96	2. 64 ±0. 18	2. 47 ±0. 54
1 ~ 2 个月	2. 66 ±0. 35	2. 54 ±0. 45	2. 64 ±0. 75	2. 66 ±0. 34	2. 55 ±0. 45
2 ~ 3 个月	2. 76 ±0. 45	2. 75 ±0. 56	2. 55 ±0. 56	2. 84 ±0. 56	2. 44 ±0. 34
3 ~ 6 个月	2. 34 ±0. 65	2. 56 ±0. 74	2. 57 ±0. 66	2. 58 ±0. 45	2. 34 ±0. 53
6 ~ 9 个月	2. 45 ±0. 65	40. 88 ±4. 64	29. 45 ±3. 66	1. 23 ±0. 45	2. 45 ±0. 35
9 ~ 12 个月	2. 45 ±0. 64	40. 53 ±4. 54	29. 75 ±3. 45	1. 35 ±0. 56	2. 45 ±0. 78

注:与治疗前比较, * *P* <0. 05;与对照组治疗后比较, [△] *P* <0. 05

2. 5 2 组患者治疗前后生命质量比较 2 组患者经给药治疗后,对照组的患者的生命质量评分表得分和 6 min 步行距离未有明显变化,与治疗前比较,差异无统计学意义(*P* >0. 05);观察组的患者的生命质量评分表得分显著性降低,6 min 步行距离显著性提高,与治疗前比较,差异有统计学意义(*P* >0. 05)。在治疗后的随访期间,与对照组比较,观察组的患者的生命质量评分表得分显著性降低,6 min 步行距离显著性提高,与治疗前比较,差异均有统计

学意义(*P* <0. 05)。见表 4 和表 5。

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一种以气流受限为特征的临床常见呼吸道疾病,有病程迁延、反复发作、急性加重的特点。严重时可合并肺心病,呼吸衰竭,和心力衰竭^[8-9]。目前对于慢阻肺的发病机制尚未完全阐明,多种炎性反应细胞,细胞因子和炎性递质参与了 COPD 的发生发展。其中,炎性反应细胞如中性粒细胞,巨噬细胞和淋巴细胞被激活和黏附,并进一

步释放蛋白酶和氧化代谢产物,造成呼吸道损伤。白介素-8(IL-8),肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白三烯 B₄(LTB₄)刺激炎性反应细胞聚集和移行^[10-11]。

表 5 2 组患者治疗前和随访期间 6 min 步行距离(m, $\bar{x} \pm s$)

组别	6MWD
观察组(<i>n</i> = 45)	
治疗前	345. 50 ± 10. 51
治疗后	
0 ~ 1 个月	432. 10 ± 10. 31 * Δ
1 ~ 2 个月	512. 04 ± 10. 54 * Δ
2 ~ 3 个月	502. 34 ± 10. 45 * Δ
3 ~ 6 个月	482. 14 ± 20. 56 * Δ
6 ~ 9 个月	481. 05 ± 7. 66 * Δ
9 ~ 12 个月	512. 04 ± 10. 45 * Δ
对照组(<i>n</i> = 45)	
治疗前	342. 51 ± 10. 47
治疗后	
0 ~ 1 个月	352. 58 ± 10. 17
1 ~ 2 个月	382. 66 ± 10. 35
2 ~ 3 个月	352. 76 ± 11. 34
3 ~ 6 个月	292. 34 ± 11. 65
6 ~ 9 个月	352. 45 ± 8. 65
9 ~ 12 个月	372. 45 ± 11. 64

注:与治疗前比较,**P* < 0. 05;与对照组治疗后比较, Δ *P* < 0. 05

COPD 患者由于病程长,反复发作,往往伴有免疫功能异常。研究发现,与正常人群相比较,COPD 患者人群在急性加重期往往会发生外周血 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ 比值下降^[12-13]。本研究中采用苏黄止咳胶囊口服治疗,然后进行了长期随访。随访结果显示,观察组的复发再入院次数和再入院率均明显低于对照组(*P* < 0. 01)。FVC、FEV₁/FVC、MVV、MMEF 均明显高于对照组;而 RV 和 RV/TLC 均明显低于对照组(*P* < 0. 05);观察组 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺、IgG、IgA、IgM 均明显高于对照组(*P* < 0. 05);另外,观察组生命质量评估表得分明显低于对照组,而 6 min 步行距离明显高于对照组(*P* < 0. 05)。随访结果提示,苏黄止咳胶囊通过增强 COPD 患者的免疫功能和肺功能,可以改善生命质量,减少患者急性复发的次数,具有较好的长期疗效。

COPD 相当于中医的“肺胀”“喘证”“咳嗽”“痰饮”等病范畴,病机为痰饮瘀血互结和肺脾肾虚衰。治疗则应该从扶正固本,益肺脾肾之气为重点。苏黄止咳胶囊由五灵脂,柏子仁,胡桃仁,党参,地龙,山药等组成,炼蜜为丸,具有补肺益肾,止咳平喘之效,方中五灵脂活血散瘀;柏子仁滋阴养血;胡桃仁

补肾温肺;党参益气生津,补益肺气;地龙清肺定喘;山药益肺止咳,滋肾益精。全方以补肺益肾为主,化痰平喘佐活血化瘀,通过扶正固本,调节机体免疫功能,改善肺功能,来改善 COPD 患者的生命质量,减少复发率^[14-15]。

综上所述,苏黄止咳胶囊口服通过增强 COPD 患者的免疫功能和肺功能,可以改善生命质量,减少患者急性复发的次数,具有较好的长期疗效。

参考文献

[1] 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)[S]. 中国医学前沿杂志:连续型电子期刊,2014,6(2):67-79.

[2] López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. Global burden of COPD[J]. Respirology, 2016, 21(1):14-23.

[3] Negewo NA, Gibson PG, McDonald VM. COPD and its comorbidities: Impact, measurement and mechanisms[J]. Respirology, 2015; 20(8):1160-1171.

[4] Rab A, Rowe SM, Raju SV, et al. Cigarette smoke and CFTR: implications in the pathogenesis of COPD[J]. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol, 2013, 305(8):L530-541.

[5] de Miguel Díez J, Chancafe Morgan J, Jiménez García R. The association between COPD and heart failure risk: a review[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2013, 8:305-312.

[6] 张文伟, 曹雅丽. 中医药治疗肺胀、肺痿体会[J]. 山西中医学院学报, 2011, 12(4):48-49.

[7] 蔡映云, 梁永杰, 汪钟贤, 等. 慢性阻塞性肺病患者肺功能和生活质量的研究[J]. 中国康复医学杂志, 1997, 12(6):241-245.

[8] Sohal SS, Ward C, Danial W, et al. Recent advances in understanding inflammation and remodeling in the airways in chronic obstructive pulmonary disease[J]. Expert Rev Respir Med, 2013, 7(3):275-288.

[9] Corsonello A, Antonelli Incalzi R, Pistelli R, et al. Comorbidities of chronic obstructive pulmonary disease[J]. Curr Opin Pulm Med, 2011, 17 Suppl 1:S21-28.

[10] 王翠茹, 李玲, 韩云霞, 等. 慢性阻塞性肺疾病发病机制的研究进展[J]. 当代医学, 2011, 17(32):19-20.

[11] Ishii T, Kida K. Predictors of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations[J]. Curr Opin Pulm Med, 2014, 20(2):138-145.

[12] Brusselle G, Bracke K. Targeting immune pathways for therapy in asthma and chronic obstructive pulmonary disease[J]. Ann Am Thorac Soc. 2014, 11 Suppl 5:S322-328.

[13] Holtzman MJ, Byers DE, Alexander-Brett J, et al. The role of airway epithelial cells and innate immune cells in chronic respiratory disease[J]. Nat Rev Immunol, 2014, 14(10):686-698.

[14] 房莉萍, 大鹏, 冯璐, 等. 补肺益肾法治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期临床观察[J]. 河南中医, 2008, 28(7):41-43.

[15] 徐桂琴, 李雪冬, 王欢等. 肺系病中医证治研究进展[J]. 中国中医急症, 2011, 20(11):1819-1821.