

# 糖皮质激素联合特布他林治疗急性加重期慢阻肺的疗效分析

姜永

(廊坊爱德堡医院)

**摘要:**目的:研究糖皮质激素联合特布他林治疗急性加重期慢阻肺的疗效。方法:本次纳入2018年8月至2019年7月收治的76例急性加重期慢阻肺患者展开研究,按照随机数字表法分为两组,均接受常规治疗,其中对照组38例应用特布他林治疗,观察组38例实施糖皮质激素联合特布他林治疗。将两组的临床症状评分、肺功能指标、血气分析指标、临床疗效进行对比。结果:观察组患者治疗后的气喘、咳嗽、呼吸困难等临床症状评分均低于对照组,FEV<sub>1</sub>、FVC、PEFR均高于对照组,治疗后的PaO<sub>2</sub>以及临床总有效率高于对照组,PaCO<sub>2</sub>低于对照组,差异具有统计学意义(P<0.05)。结论:对急性加重期慢阻肺患者采用糖皮质激素联合特布他林治疗具有较高的有效性,可较好地改善临床症状以及肺功能,有利于稳定病情。

**关键词:**急性加重期慢阻肺;糖皮质激素;特布他林

随着环境污染加重、吸烟人数增多以及人们生活方式的改变,慢性阻塞性肺疾病(慢阻肺)发病率出现不断增长趋势<sup>[1]</sup>。慢阻肺是一种多发于老年群体的呼吸系统疾病,会导致患者出现气流受限、呼吸困难等症状<sup>[2,3]</sup>,对患者的正常工作及生活产生严重影响。慢阻肺急性加重期的病情严重且发展迅速,可能出现气胸、心功能、呼吸衰竭甚至是死亡,故及时采取有效的手段为患者进行救治十分重要。本文随机择取急性加重期慢阻肺患者76例进行对照研究,就糖皮质激素联合特布他林在该病治疗中的效果进行分析,旨在为临床治疗效果的提升提供参考。详细内容整理如下:

## 1 资料和方法

### 1.1 资料

根据随机数字表法将本院接收的76例急性加重期慢阻肺患者分为对照组、观察组,病例选取时间:2018年8月至2019年7月。

**纳入标准:**(1)所有患者均经X线片检查、肺功能检查明确诊断为慢阻肺,且正处于急性加重期;(2)所有患者的意识清楚、沟通交流能力正常。

**排除标准:**(1)存在严重内分泌疾病、心肝肾功能不全的患者;(2)存在恶性肿瘤、自身免疫性疾病的患者;(3)存在药物应用禁忌证的患者。

对照组38例中,男性22例,女性16例;年龄范围:60岁至76岁,年龄平均值(68.65±2.46)岁。病程范围:2年至11年,病程均值为(6.52±1.79)年。

观察组38例中,男性24例,女性14例;年龄范围:61岁至77岁,年龄平均值(68.73±2.54)岁。病程范围:2年至12年,病程均值为(6.64±1.83)年。

研究对象间的一般资料进行比较存在均衡性(P>0.05)。

### 1.2 方法

两组患者在入院后均接受抗感染、止咳、平喘、纠正水电解质紊乱、营养支持等对症治疗。

对照组:特布他林。特布他林2.5mg雾化吸入,15-20min/次,一日两次,连续治疗1周。

观察组:糖皮质激素联合特布他林。特布他林的用法、用量与对照组相同,加用糖皮质激素布地奈德混悬液0.5mg雾化吸入,一日两次,持续治疗1周。

### 1.3 评价指标及判定标准

(1)按照症状严重程度从无、轻度、中度、重度评估两组患者治疗后临床症状(气喘、咳嗽、呼吸困难),依次计为0分、1分、2分、3分,分值越低,症状越严重。

(2)在治疗前、治疗后应用肺功能仪测定两组患者的肺功能指标,主要包括第一秒用力容量(FEV<sub>1</sub>)、用力肺活量(FVC)、呼气高峰流速(PEFR);同时应用血气分析仪测定血气分析指标[血氧分压(PaO<sub>2</sub>)、动脉血二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)]。

(3)在治疗1周后,评估两组的临床疗效,判定标准<sup>[4]</sup>:①显效:临床症状均在治疗后改善甚至消失,肺功能指标、血气分析指标均已恢复正常;②有效:临床症状较治疗前改善,肺功能及血气分析指标逐渐恢复正常;③无效:以上标准均未达到,甚至部分患者出现病情加重现象。临床总有效率=(38例-无效例数)/38例×100%。

### 1.4 统计学处理

将计量资料、计数资料录入到SPSS 21.0统计软件中进行处理,分别以( $\bar{x} \pm s$ )、[n(%)]的形式表示,依次进行t检验、卡方检验,当P<0.05时,表明两组的临床资料对比存在差异,统计学具有意义。

## 2 结果

### 2.1 临床症状评分

观察组患者治疗后的临床症状评分相较于对照组显著更低(P<0.05)。

见表1所示:

表1:对比两组的临床症状评分(分)

组别	例数(n)	气喘	咳嗽	呼吸困难
对照组	38	1.31±0.49	1.44±0.51	1.57±0.38
观察组	38	0.36±0.14	0.28±0.10	0.47±0.16
t值	-	11.492	13.759	16.446
P值	-	0.001	0.001	0.001

### 2.2 肺功能指标

治疗前,两组的肺功能指标对比无显著差异(P>0.05),治疗后,两组各项肺功能指标均较治疗前改善,且观察组的各项肺功能指标均比对照组更优,P<0.05。

如表2所示:

表2:对比两组的肺功能指标(n=38)

组别	FEV <sub>1</sub> (L)		FVC(L)		PEFR(L/min)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	1.42±0.13	2.32±0.20 <sup>a</sup>	1.96±0.24	2.93±0.32 <sup>c</sup>	1.47±0.68	4.69±0.45 <sup>e</sup>
观察组	1.47±0.15	3.54±0.27 <sup>b</sup>	2.02±0.28	3.96±0.65 <sup>d</sup>	1.52±0.72	6.36±0.67 <sup>f</sup>
t值	1.553	22.382	1.003	8.764	0.311	12.755
P值	0.125	0.001	0.319	0.001	0.757	0.001

注:组内治疗前、治疗后的数据对比,<sup>a</sup>t=23.258,<sup>b</sup>t=41.313,<sup>c</sup>t=14.949,<sup>d</sup>t=16.897,<sup>e</sup>t=24.343,<sup>f</sup>t=30.336,均P<0.05。

2.3 血气分析指标

两组患者治疗前的血气分析指标相比较区别不大 ( $P>0.05$ ); 治疗后两组患者的血气分析指标与治疗前对比存在较大差异

( $P<0.05$ ), 观察组患者治疗后的  $\text{PaO}_2$  比对照组高,  $\text{PaCO}_2$  比对照组低,  $P<0.05$ 。详细数据如表 3 所示:

表 3: 比较两组的血气分析指标 ( $n=38$ )

组别	$\text{PaO}_2$ (mmHg)				$\text{PaCO}_2$ (mmHg)			
	治疗前	治疗后	t 值	P 值	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	60.63 ± 8.22	67.52 ± 10.31	3.221	0.001	71.60 ± 14.40	65.58 ± 12.66	2.257	0.001
观察组	60.70 ± 8.34	82.46 ± 12.08	9.138	0.001	71.54 ± 14.36	52.30 ± 11.15	6.524	0.001
t 值	0.037	5.799	-	-	0.018	4.487	-	-
P 值	0.971	0.001	-	-	0.986	0.001	-	-

2.4 临床疗效

观察组与对照组的临床总有效率进行比较差异明显 ( $P<0.05$ )。

如表 4 所示:

表 4: 比较两组的临床疗效 [ $n$  (%) ]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	38	16 (42.11)	13 (34.21)	9 (23.68)	29 (76.32)
观察组	38	25 (65.79)	11 (28.95)	2 (5.26)	36 (94.74)
$\chi^2$ 值	-	4.290	0.244	5.208	5.208
P 值	-	0.038	0.622	0.022	0.022

3 讨论

慢阻肺是一种发生率较高的呼吸系统疾病<sup>[5]</sup>, 目前临床上尚未完全明确该病的病因, 但认为同遗传、环境、感染、吸烟等多种因素相互作用有关。另外老年人是该病的高发群体, 随着老龄化趋势的加剧, 老年慢阻肺患者的人数持续增加<sup>[6]</sup>。急性加重期慢阻肺是指患者在短时间内出现加重的气促、发热、呼吸困难等临床症状, 直接威胁到患者的生命安全<sup>[7]</sup>。以往临床上一般采用抗感染、止咳祛痰等方法治疗该病, 但总体效果一般, 且长期应用抗生素易出现耐药性及不良反应, 故选择有效的方法为该病患者进行治疗十分重要。

特布他林、糖皮质激素均为抗炎治疗的常用药物。其中特布他林属于  $\beta_2$ -受体兴奋剂, 其能够选择性激动气道  $\beta_2$ -受体, 扩张支气管及肺部气道<sup>[8]</sup>, 舒张平滑肌, 抑制炎症反应, 促使支气管水肿、痉挛症状得到改善<sup>[9]</sup>; 另外特布他林还能够增强支气管黏膜纤毛的运动功能, 促使黏膜纤毛的清洁作用提升<sup>[10]</sup>, 进而能够促进痰液排出; 特布他林经雾化吸入能够在局部保持较高的浓度, 药效持久且能提升疗效。

糖皮质激素是临床常用的抗炎及免疫抑制剂, 具有显著的抗炎、抗过敏、非特异性抑制免疫作用, 经雾化吸入能够有效抑制炎症介质的释放<sup>[11]</sup>, 降低炎症因子的活动, 有助于细胞因子、抗炎因子的生成, 从而能够改善患者的免疫功能<sup>[12]</sup>; 另外糖皮质激素能够减少黏液分泌量, 降低气道处毛细血管通透性<sup>[13]</sup>, 可有效改善肺水肿症状及解除支气管痉挛状态, 对肺部感染进行控制, 改善患者的肺功能, 可较好地稳定病情<sup>[14]</sup>。本次研究中所用的布地奈德不仅能够抑制致炎、致敏介质等活性物质的生成, 还能够有效改善气喘、痰多、呼吸困难等临床症状以及肺通气功能, 且经雾化吸入能够减少不良反应的发生。

本文研究数据显示, 经过治疗后, 观察组的临床症状评分明显更低, 且肺功能、血气分析指标均更优, 充分说明了联合特布他林、糖皮质激素治疗的效果显著, 分析原因在于, 联合治疗能够充分发挥协同增效作用, 经雾化吸入可使药物直接接触病变部位, 快速起效, 从而能够在短时间内控制炎症反应和缓解临床症状, 另外联合治疗能够增强患者的心肺功能, 提高抗炎作用, 能够在稳定病情的同时提高用药安全性。观察组患者的临床总有效率更高, 与对照组相差较大, 较好地说明了联合治疗的效果比单一药物治疗更加优越。孙秀琴<sup>[15]</sup>在其文章中写道, 研究组的 FVC ( $3.24 \pm 0.46\text{L}$ )、FEV1 ( $3.14 \pm 0.36\text{L}$ )、PEFR ( $5.96 \pm 0.5\text{L}/\text{min}$ ) 均优于对照组, 且临床总有效率 (93.33%) 高于对照组, 同本文所得数据相近, 证明了糖皮质激素联合特布他林在该病治疗中具有较高的应用价值。

总而言之, 糖皮质激素、特布他林应用于急性加重期慢阻肺患

者中效果较为理想, 对于患者临床症状、肺功能、血气指标的改善具有良好的促进作用。

参考文献:

[1] 黄志贞, 许惠卿, 黄艳芬. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的效果及对患者血气分析值影响观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2019, 40(04): 424-425.

[2] 冯莉. 糖皮质激素联合特布他林治疗急性加重期慢阻肺的临床分析[J]. 系统医学, 2019, 4(21): 39-41.

[3] 周滢滢, 王晶莹, 李丽. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的效果[J]. 智慧健康, 2019, 5(30): 130-131.

[4] 王军, 王艺, 吴永丽, 等. 特布他林联合糖皮质激素治疗慢阻肺急性加重期的临床疗效[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(18): 3167-3169.

[5] 蔡依琴. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的疗效研究[J]. 系统医学, 2019, 4(14): 79-81.

[6] 代岩, 金博, 姜乐. 糖皮质激素联合特布他林治疗对慢阻肺急性加重期外周血单核细胞 PD-1/PD-L1 表达的影响[J]. 中国免疫学杂志, 2019, 35(13): 1621-1626.

[7] 刘东明. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的价值研究[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(12): 113-114.

[8] 胡基粮, 胡珺. 糖皮质激素+特布他林在急性加重期慢阻肺治疗中的效果的相关研究[J]. 航空航天医学杂志, 2019, 30(06): 668-669.

[9] 高彩艳. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的效果观察[J]. 中国民康医学, 2019, 31(12): 53-55.

[10] 徐晓红. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2019, 23(17): 2425-2426.

[11] 刘彩荣. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的临床效果[J]. 临床医学, 2018, 38(12): 113-115.

[12] 李亚洲. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的临床分析[J]. 系统医学, 2019, 4(09): 50-53.

[13] 黄丽娥, 凌小浩. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期的临床疗效分析[J]. 北方药学, 2019, 16(05): 116-117.

[14] 陈兴旺, 黄颖颖. 糖皮质激素联合特布他林治疗慢阻肺急性加重期临床有效率分析[J]. 中外医学研究, 2019, 17(10): 129-130.

[15] 孙秀琴. 糖皮质激素联合特布他林治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病的临床疗效及肺功能观察[J]. 吉林医学, 2019, 40(11): 2588-2589.

作者简介: 姜永 1980.9; 本科; 主治医师; 研究方向 内科, 老年病和健康管理。