

雾化吸入激素治疗老年急性加重期支气管哮喘 80 例临床效果

程忠雨 吕明明

山东省荣成市石岛人民医院, 山东 荣成 264309

【摘要】 目的 分析雾化吸入激素治疗方案对老年急性加重期支气管哮喘患者临床疗效及安全性。方法 选取我院 2020 年 1 月—2020 年 12 月收治的老年急性加重期支气管哮喘患者 80 例为研究对象, 随机将其分为对照组和观察组, 每组 40 例。两组患者均行急性加重期支气管哮喘常规治疗, 观察组患者在对照组治疗基础上, 再予以激素吸入治疗。对两组患者疗效, 治疗前、治疗后 12h 肺功能指标 FEV₁、PEE 以及 IL-6、CRP、TNF- α 水平进行测评并行组间比较。收集两组患者治疗期间药物不良反应并行组间比较。结果 观察组的总有效率是 97.50%, 明显高于对照组的 77.50%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗前 FEV₁、PEE 水平差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗 12h 后, 两组患者 FEV₁、PEE 均较治疗前上升, 且观察组高于对照组患者($P < 0.05$)。两组患者治疗前 IL-6、CRP、TNF- α 水平差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后, 两组患者 IL-6、CRP、TNF- α 水平均较治疗前下降, 且观察组低于对照组患者($P < 0.05$)。两组患者治疗期间未收集到严重药物不良反应, 一般不良反应率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 应用雾化吸入激素治疗方案对老年急性加重期支气管哮喘患者临床疗效及安全性均较好, 同时还可有效改善患者的肺功能状态及机体的炎症水平, 值得推广。

【关键词】 老年急性加重期支气管哮喘; 雾化吸入

支气管哮喘是老年人群常见的呼吸系统疾病, 当其短期内喘息、气急、胸闷、咳嗽等症状迅速加重, 肺功能发生快速恶化, 需紧急采用日常使用药物之外的药物缓解临床症状时, 称之为支气管哮喘急性发作^[1]。临床将既往有轻度哮喘, 经常轻度发作, 当轻度发作持续后突然急性加重时, 临床灌浆期成为急性加重期支气管哮喘^[2]。本方案采用雾化吸入激素对老年急性加重期支气管哮喘患者进行治疗, 观察其临床疗效及安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2020 年 1 月—2020 年 12 月收治的老年急性加重期支气管哮喘患者 80 例为研究对象, 随机将其分为对照组和观察组, 每组 40 例。对照组男 24 例, 女 16 例, 病程 3~13 年, 平均(5.78 \pm 2.04)年。观察组患者男 25 例, 女 15 例, 病程 3~12 年, 平均(5.83 \pm 2.11)年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 两组患者均行急性加重期支气管哮喘常规治疗, 予以雾化吸入速效 β_2 受体激动剂舒张支气管; 采用沙丁胺醇气雾剂气雾剂, 每次吸入 5.0m, 每隔 30min 吸入一次; 口服泼尼松龙 0.5~1.0 mg/kg 治疗, 根据患

者氧饱和指数情况可予以氧疗。观察组患者在上述治疗基础上, 增加吸入用布地奈德悬液; 采用氧驱动雾化, 一次 1~2mg, 一天二次, 后续根据患者临床症状适当调整用量。对两组患者疗效, 治疗前、治疗后 12h 呼吸功能指标 FEV₁、PEE 及 IL-6、CRP、TNF- α 水平进行测评并行组间比较。收集两组患者治疗期间药物不良反应并行组间比较。

1.3 疗效判定 显效 患者治疗后的各项临床症状均已消失, 且肺功能指标已基本恢复至正常状态; 有效: 患者治疗后的各项临床症状有所改善, 且肺功能指标得到缓解; 无效: 患者治疗后的各项临床症状及肺功能指标未发生变化, 甚至加重。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS 21.0 处理, 计数数据表示为 n(%), 组间行卡方检验, 计量资料表示为(均值 \pm 标准差), 组间行 t 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的疗效比较 观察组的总有效率是 97.50%, 明显高于对照组的 77.50%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者的疗效比较

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组(40)	24(60.00)	15(37.50)	1(2.50)	39(97.50)
观察组(40)	15(37.50)	16(40.00)	9(22.50)	31(77.50)
χ^2 值	4.053	0.053	7.314	7.314
P 值	0.044	0.818	0.007	0.007

2.2 两组患者治疗前后肺功能指标比较 两组患者治疗 12h 后,两组患者 FEV₁、PEE 均较治疗前上升,且治疗前 FEV₁、PEE 水平差异无统计学意义($P>0.05$),治疗组高于对照组患者($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后肺功能指标比较

组别	FEV ₁ (%)				PEE(%)			
	治疗前	治疗 12h 后	t 值	P 值	治疗前	治疗 12h 后	t 值	P 值
对照组(40)	43.59±8.13	61.38±9.51	6.431	0.000	38.29±8.02	50.17±9.69	5.013	0.000
观察组(40)	43.67±8.16	66.17±9.73	8.027	0.000	38.37±8.07	52.38±9.89	6.849	0.000
t 值	0.137	4.019			0.257	3.561		
P 值	0.826	0.017			0.814	0.026		

2.3 两组患者治疗期间药物不良反应率比较 两组患者治疗期间未收集到严重药物不良反应,一般不良反应率比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

表 3 两组患者治疗期间药物不良反应率比较

组别	感染	声嘶	过敏	药物不良反应率
对照组(40)	1(2.50)	0	1(2.50)	2(5.00)
观察组(40)	0	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)
χ^2 值				0.000
P 值				1.000

2.4 两组患者治疗前后炎症因子水平的比较 两组患者治疗前 IL-6、CRP、TNF- α 水平差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后,两组患者 IL-6、CRP、TNF- α 水平均较治疗前下降,且观察组低于对照组患者($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者治疗前后炎症因子水平的比较

组别	IL-6(pg/mL)				CRP(mg/L)				TNF- α (pg/mL)			
	治疗前	治疗 12h 后	t 值	P 值	治疗前	治疗 12h 后	t 值	P 值	治疗前	治疗 12h 后	t 值	P 值
对照组(40)	28.52±5.32	16.36±4.29	11.253	0.000	30.57±3.18	4.48±1.09	49.086	0.000	45.57±9.24	15.64±3.98	18.645	0.000
观察组(40)	28.54±4.66	21.27±3.50	7.889	0.000	29.94±3.25	9.54±2.23	32.734	0.000	45.61±8.73	21.68±5.27	14.842	0.000
t 值	0.018	5.609			0.876	12.893			0.020	5.784		
P 值	0.986	0.000			0.384	0.000			0.984	0.000		

3 讨 论

急性发作是支气管哮喘患者住院最为常见的原因,老年人群肺功能发生退行性病变,当老年支气管哮喘患者急性发作时,往往得不到及时有效的治疗措施,使病情呈进行性加重,危及患者生命安全^[3-5]。降低气道炎症状态及气道高反应性是治疗的重要内容之一。对于

急性加重期支气管哮喘患者常采用口服激素的方法抗炎。但近年来部分临床研究显示,采用雾化吸入激素治疗对改善患者气道炎症状态,恢复肺功能具有更好的临床疗效。

本方案采用雾化吸入激素联合常规治疗药物对老年急性加重期支气管哮喘患者进行治疗,结果显示,观察组的总有效率是 97.50%,明显高于对照组的 77.

50%，差异有统计学意义($P < 0.05$)，且其治疗 12h 后可有效提升患者 FEV1 和 PEE 水平，证实了临床部分研究结论，雾化吸入激素治疗在提升老年急性加重期支气管哮喘患者肺功能较之于口服激素治疗更具优势，且未增加患者药物不良反应率，对老年急性加重其支气管哮喘患者具有较高的临床价值^[6-8]。同时，本文结果显示，治疗后，两组患者 IL-6、CRP、TNF- α 水平均较治疗前下降，且观察组低于对照组患者($P < 0.05$)，这表明了观察组用药方案还可有效改善患者机体的炎症状态。原因主要考虑与观察组所用药物的协同增效作用等因素有关。

综上所述，应用雾化吸入激素治疗方案对老年急性加重期支气管哮喘患者临床疗效及安全性均较好，同时还可有效改善患者的肺功能状态及机体的炎症水平，值得推广。

参考文献

- [1] 刘彦,李虹伟,马清,等.老年支气管扩张—慢性阻塞性肺疾病重叠综合征患者急性加重期的临床特点[J].临床和实验医学杂志,2017,16(16):1613—1616.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘防治指南(2016年版)[J].中华肺结核和呼吸杂志,2016年,39(9):675—676.
- [3] Chipps BE, Albers FC, Reilly L, et al. Efficacy and safety of as-needed albuterol/budesonide versus albuterol in adults and children aged 4 years with moderate-to-severe asthma: rationale and design of the randomised, double-blind, active-controlled MANDALA study[J]. BMJ Open Respir Res, 2021, 8(1):1077—1078.
- [4] Bateman ED, O'Byrne PM, FitzGerald JM, et al. Positioning As-needed Budesonide-Formoterol for Mild Asthma: Effect of Prestudy Treatment in Pooled Analysis of SYGMA 1 and 2[J]. Ann Am Thorac Soc, 2021, 18(12):2007—2017.
- [5] Gummalla P, Weaver D, Ahmed Y, et al. Intravenous methylprednisolone versus intravenous methylprednisolone combined with inhaled budesonide in acute severe pediatric asthma[J]. J Asthma, 2021, 58(11):1512—1517.
- [6] Sadatsafavi M, FitzGerald JM, O'Byrne PM, et al. The cost-effectiveness of as-needed budesonide-formoterol versus low-dose inhaled corticosteroid maintenance therapy in patients with mild asthma in Canada[J]. Allergy Asthma Clin Immunol, 2021, 17(1):108—109.
- [7] Hatter L, Bruce P, Holliday M, et al. The Children's Anti-inflammatory Reliever (CARE) study: a protocol for a randomised controlled trial of budesonide-formoterol as sole reliever therapy in children with mild asthma[J]. ERJ Open Res, 2021, 7(4):00271—2021.
- [8] Rodríguez-Martínez CE, Sossa-Briceño MP, Nino G, et al. Budesonide/formoterol as maintenance and reliever therapy compared to fixed-budesonide/formoterol plus albuterol reliever for pediatric asthma: A cost-utility analysis in Colombia[J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2021, 9(10):3816—3818.