



· 临床研究 ·

芪百汤 + 抗结核疗法对老年肺结核疗效及免疫功能的影响

义 维 (江永县疾病预防控制中心 湖南江永 425400)

摘要: **目的** 分析芪百汤联合抗结核疗法对老年肺结核的疗效及对免疫功能的影响。**方法** 随机将 100 例老年肺结核患者分成两组, 50 例对照组患者选择常规抗结核疗法治疗, 50 例实验组患者则选择芪百汤联合常规抗结核疗法治疗。**结果** 在临床治疗总有效率方面, 实验组显著高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后 3 个月, 实验组的炎症因子水平显著低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 在对老年肺结核患者进行治疗时, 在常规抗结核治疗的同时给予芪百汤治疗能让临床疗效显著提高, 让其炎症因子水平显著降低, 对其免疫功能进行有效调节, 值得临床推广。

关键词: 芪百汤 抗结核疗法 老年 肺结核**中图分类号:** R521 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 02-096-02

肺结核作为临床中发生率较高的肺部慢性感染性疾病, 老年人则是该疾病的主要发病人群, 在我国老龄化进程不断加剧的过程中, 老年肺结核人数也越来越多^[1]。西药是临床治疗肺结核的主要方法, 其临床疗效也得到了广泛认可, 但是如果在实际的临床治疗中仅给予西药治疗, 则会导致耐药性显著增加, 进而对临床疗效造成影响。随着中医研究的不断深入, 中医在老年肺结核治疗中的应用也越来越广泛。本研究主要分析了芪百汤联合抗结核疗法对老年肺结核的疗效及对免疫功能的影响, 具体情况如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本文所选择 100 例老年肺结核患者均为我院 2016 年 2 月至 2017 年 5 月所收治。纳入标准: 满足肺结核的诊断标准^[2], 痰培养结果为阳性, X 线检查结果发现肺部空洞, 患者或者其家属签署知情同意书。排除标准: 神经性病变患者、精神病史患者; 严重心、肺、肾疾病患者。随机将 100 例患者分成对照组和实验组, 每组均为 50 例。对照组中, 31 例男性, 19 例女性; 患者年龄为 60-82 岁, 平均年龄为 (74.4±2.7) 岁; 病程为 1-4 年, 平均病程为 (2.3±0.5) 年。实验组中, 29 例男性, 21 例女性; 患者年龄为 60-83 岁, 平均年龄为 (74.2±2.4) 岁; 病程为 1-5 年, 平均病程为 (2.6±0.4) 年。两组患者的一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组患者选择常规抗结核疗法治疗: 在 250ml 生理盐水中加入 0.4g 阿米卡星, 静脉滴注, 每天 1 次; 口服力克肺疾, 每天 3 次, 每次 0.3g; 口服左氧氟沙星, 每天 2 次, 每次 0.3g; 口服丙硫异烟胺, 每天 3 次, 每次 0.2g; 在 250ml 生理盐水中加入 0.45g 利福平, 静脉滴注, 每天 1 次。

实验组患者则选择芪百汤联合常规抗结核疗法治疗: 芪百汤的处方组成为: 百部 10g, 白芨 20g, 黄精 30g, 黄芪、百合各 60g, 用水煎服, 每天 1 剂, 早晚各温服 1 次。常规抗结核法则与对照组一样。

表 2: 治疗后的炎症因子水平观察 ($\bar{x} \pm s$)

组别	CD4+ (%)	CD4+/CD8+	IL-6 ($\mu\text{mol/L}$)	IL-10 ($\mu\text{mol/L}$)	TNF- α ($\mu\text{mol/L}$)
实验组 (n=50)	40.41±10.22	1.38±0.63	2.22±1.44	1.21±1.02	7.64±2.41
对照组 (n=50)	45.48±10.27	1.73±0.29	4.24±1.07	2.84±1.08	12.31±3.48
t	2.4744	3.5685	7.9618	7.7587	7.8010
P	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

3 讨论

现阶段临床中在对结核病患者进行治疗时, 首选抗结核药物为利福平, 该药物作为复合大环类广谱抗生素。临床研究发现, 采用利福平注射液治疗能对结核分枝杆菌进行有效杀灭, 促进 CD4+/CD8+ 细胞分泌量, 让 Th17 细胞数量增加, 对 TNF、IL-6、IL-10 炎症因子水平进行抑制, 进而促进恢复机体免疫功能, 促进患者疾病康复^[4]。然而在对老年肺结核患者进行治疗时, 利福平的针对性不强, 不满足患者气阴两虚、年老病弱的特点, 所以不能显著提高老年患者的免疫功能。

两组患者均给予为期 3 个月时间的治疗。

1.3 临床观察指标

①对两组患者的临床疗效进行观察比较, 临床疗效的判断标准为^[3]: 经治疗患者的临床症状、体征彻底消失, 炎症因子处于正常水平, 病灶彻底吸收则表示显效; 经治疗患者的临床症状、体征显著改善或者基本消失, 炎症因子水平显著改善, 病灶吸收程度大于 50% 则表示有效; 症状、体征没有变化, 或者加重, 病灶吸收程度小于 50% 则表示无效。②治疗 3 个月后, 采集患者 3ml 静脉血, 离心处理后选择酶联免疫吸附法测定肿瘤坏死因子 (TNF)- α 、白介素 (IL)-6、IL-10 水平; 选择全自动细胞分析仪测定外周血 T 淋巴细胞亚群 (CD4+、CD8+)。

1.4 统计学分析

选择 SPSS 软件分析和统计本实验相关数据, 其中组间数据资料对比采用 t 检验, 计数资料对比采用卡方检验, 以 $p < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效观察

在临床治疗总有效率方面, 实验组显著高于对照组 ($P < 0.05$) 如表 1。

表 1: 临床疗效观察 (n)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
实验组	50	39	8	3	47
对照组	50	25	13	12	38
χ^2	-	-	-	-	5.1096
P	-	-	-	-	$P < 0.05$

2.2 治疗后的炎症因子水平观察

治疗后 3 个月, 实验组的炎症因子水平显著低于对照组 ($P < 0.05$) 如表 2。

中医学将老年肺结核纳入到“癆虫”等范畴, 主要是因为机体正气不足而受“癆虫”入侵, 降低患者的免疫功能。中医治疗坚持生肌敛疮、消肿、止血、补肺、益气固本的原则。芪百汤中的黄精和百合具有补肾益精的效果, 黄芪的作用主要是益气固本, 白芨的作用为生肌敛疮、治癆补肺气, 百部的效果主要为杀虫灭菌。现代药理学研究发现, 白芨具有补肺、消肿、生肌和止血的作用, 黄芪则能让患者的免疫力显著增强, 黄精、百部则能对结核菌进行有效杀灭。采用芪百

(下转第 100 页)



的作用下, 敲击式挤压植入的种植义齿最大位移在牙冠部, 种植体的最大位移在种植体颈部; 螺旋式挤压的种植义齿最大位移在牙冠部, 种植体的最大位移在种植体颈部及根尖部。选取牙冠左上角相同位置的节点进行对比。(表2)

表2: 相同节点处的位移结果

	节点编号	水平向位移/mm
挤压式	30	5.1
螺旋式	7968	6.0

根据表2的位移结果对比, 发现在相同侧向力的作用下, 敲击式挤压植入种植体的位移量小于螺旋式挤压植入的种植体, 即敲击式挤压植入种植体的初期稳定性更好。

3 讨论

3.1 建模方法的选择

关于口腔生物力学的有限元研究常见利用磨片、切片、三维测量、CT扫描等方式建立三维有限元模型^[3, 4]。本研究的主要目的是对比两种不同挤压方式生物力学的差异, 同时考虑到种植体及周围骨质在结构上的对称性特点, 利用ANSYS软件绘制平面式二维图形, 建立二维的有限元模型, 将问题简单化。

3.2 加载方式的设计

种植体在行使功能的过程中, 对垂直向载荷的耐受力强于水平向载荷, 因此本研究设计水平向载荷, 用以观察在水平向载荷的所用下, 种植体上部结构的位移程度和种植体周应力分布情况。

3.3 造成实验结果位移量较大的可能原因

本实验结果中种植体上部结构的位移程度远大于临床常见或允许的正常动度, 主要原因是在软件绘图过程中, 忽略了中央螺钉的结构, 在基桩与种植体的衔接部分没有完全模拟临床实际情况, 造成种植体上、下两部分结构之间连接强度不够, 从而位移程度过大。

3.4 实验有待改进之处

在软件绘图过程中, 应注意种植义齿上、下部分连接结构的设计, 尽量模拟临床实际情况, 使实验结果更具说服力。另外, 在加载方式的设计上, 也可以考虑进一步模拟临床不同角度载荷下的生物力学性能, 使其更接近口腔功能状态下的实际情况^[5]。

参考文献

- [1] 刘夏青, 李英. 骨挤压技术在低密度种植床的应用[J]. 中国药物与临床, 2014, 14(10):1379-1380.
- [2] 孙嵩, 赵峰, 孙勇. 骨挤压对种植体初期稳定性的影响[J]. 中国组织工程研究, 2013, 17(15):2698-2702.
- [3] 陆永健, 唐震, 龚璐璐, 李笑梅, 汪大林. 两种种植体支持下颌半口固定义齿种植体应力有限元分析[J]. 第二军医大学学报, 2016, 37(07):821-826.
- [4] 甄思明, 吴昌敬, 邵军. 双侧上颌骨缺损种植体修复的有限元探讨[J]. 中国口腔种植学杂志, 2016, 21(03):107-110.
- [5] 雍苓, 黄仕禄, 刘洪, 牟雁东. 不同骨缺损类型牙种植体的三维有限元分析[J]. 医用生物力学, 2016, 31(02):148-153.

(上接第96页)

汤联合抗结核治疗, 中西药相辅相成, 能让患者的抗耐药性和免疫力显著增加。

总之, 在对老年肺结核患者进行治疗时, 在常规抗结核治疗的同时给予芪苈汤治疗能让临床疗效显著提高, 让其炎症因子水平显著降低, 对其免疫功能进行有效调节, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 李艳, 谭守勇, 罗春明等. 依来利福平与耐利福平结核杆菌肺

结核的临床特点比较[J]. 南方医科大学学报, 2013, 33(2):287-289.

- [2] 李进升, 黄秋霞, 余少英等. 舍利福喷丁或利福平联合化疗方案对老年肺结核患者药物性肝损伤的临床比较[J]. 中国防痨杂志, 2014, 36(6):514-516.

[3] 赵晖. 老年肺结核患者细胞和体液免疫状况及免疫干预治疗对其的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, (15):4186-4188.

- [4] 高微微. 老年肺结核患者治疗问题探讨[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2014, 37(10):732-733.

(上接第97页)

提升愈合速度^[5]。另外, 研究结果还显示, 联合组不良反应有3例, 常规组有4例。联合组出现不良反应例数比较少的原因可能为双歧杆菌三联活菌的应用改善了肠道整体环境, 提升肠道免疫力, 减少了消化系统不良反应。关于该问题, 需要选取大样本深入研究。

综合以上内容, 微生态制剂在溃疡性结肠炎治疗中的应用可改善内镜检查结果与患者临床表现, 并促进治疗效果的提升, 而且不会增加不良反应。

参考文献

- [1] 马惠红, 秦艳, 王立红. 参苓白术散合艾迪莎治疗溃疡性结肠炎

疗效观察及对炎症相关因子的影响[J]. 中医药导报, 2015, 9(4):71-72.

- [2] 车军, 贾泽博, 王永席, 等. 氨基水杨酸类联合微生态制剂维持治疗溃疡性结肠炎的效果[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2016, 25(9):1047-1049.

[3] 何敬堂, 何敬之, 那奕文, 等. 柳氮磺胺吡啶与微生态制剂治疗溃疡性结肠炎32例[J]. 陕西医学杂志, 2016, 45(5):608-609.

- [4] 王赛, 周国华. 氨基水杨酸类联合微生态制剂对溃疡性结肠炎的维持治疗进展[J]. 实用药物与临床, 2015, 18(4):463-466.

[5] 李建军, 杨小莉. 微生态制剂对溃疡性结肠炎的治疗效果及作用机制研究[J]. 结直肠肛门外科, 2016, 27(1):59-60.

(上接第98页)

断指再植术治疗总有效率高于对照组, $P < 0.05$; 观察组修复总时间、平均出院时间短于对照组, $P < 0.05$; 观察组皮瓣成活率、皮肤感觉良好率、皮瓣颜色相符率、皮瓣美观率高于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 股前外侧皮瓣在合并软组织及血管缺损断指再植术中的应用效果确切, 可提高皮瓣成活率、皮肤感觉良好率、皮瓣颜色相符率、皮瓣美观率, 缩短修复和住院时间, 值得推广。

参考文献

- [1] 李军, 张大伟, 祝勇刚等. 游离股前外侧皮瓣桥接修复小腿软组织损伤合并主要血管缺损[J]. 临床骨科杂志, 2015, 18(1):87-89, 92.
- [2] 杨勇, 田文, 李忠哲等. 逆行供血的股前外侧皮瓣游离移植修复肢体创面五例报告[J]. 中国骨与关节杂志, 2017, 6(4):266-269.
- [3] 潘朝晖, 王剑利, 薛山等. 旋髂浅动脉蒂髂骨骨瓣重建

足踝部复杂骨缺损的回顾性分析[J]. 中华显微外科杂志, 2016, 39(2):156-159.

- [4] 陈杰, 黄文孝, 周晓等. 晚期喉癌下咽癌术后缺损的修复[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2016, 22(2):120-124, 128

[5] 陈云俊, 夏艳, 夏新等. 超声引导下肌间沟联合腋路臂丛神经阻滞用于患儿上肢手术[J]. 临床麻醉学杂志, 2014, 30(11):1101-1103.

- [6] 梁高峰, 智丰, 滕云升等. 游离股前外侧肌皮瓣加植皮修复手掌背软组织缺损[J]. 中华外科杂志, 2015, 31(4):320.

[7] 傅东升, 赵君海. 探究股前外侧皮瓣在合并软组织及血管缺损断指再植术中的疗效[J]. 中国医药导刊, 2017, 19(5):140-141, 143.

- [8] 李学渊, 王扬剑, 章伟文等. 端侧吻合与端端吻合在游离穿支皮瓣修复手部软组织缺损病例中的对比研究[J]. 中华显微外科杂志, 2016, 39(1):8-11.