

· 中医药 · 中西医结合 ·

清肺逐瘀汤佐治重症肺炎的疗效 及对血清降钙素原的影响

岳煜, 李欣, 卢巧喜

江苏省第二中医院重症医学科, 江苏 南京 210017

摘要: **目的** 观察中西医结合治疗重症肺炎的临床疗效及对血清降钙素原(PCT)的影响。**方法** 选择 2012 年 3 月至 2016 年 2 月重症医学科收治的重症肺炎住院患者 82 例,采用随机数字表法分为两组。对照组 40 例,给予西医常规治疗方案,治疗组 42 例,在对照组基础上加用中药清肺逐瘀汤口服。两组疗程均为 14 d。观察两组的临床疗效及对实验室指标血白细胞(WBC)及血清 PCT 的影响。**结果** 治疗组总有效率为 83.3%,明显高于对照组的 62.5% ($P < 0.05$);两组治疗后均能显著降低血 WBC 计数及血清 PCT 水平 ($P < 0.01, P < 0.05$),且治疗组治疗后 WBC 计数及 PCT 水平均明显低于对照组 (P 均 < 0.05);两组治疗过程中均未见明显不良反应。**结论** 中西医结合治疗重症肺炎能显著提高临床疗效及减轻炎症反应而改善病情。

关键词: 重症肺炎; 痰热壅肺; 降钙素原; 清肺逐瘀汤

中图分类号: R 259 R 563.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)09-1269-03

重症肺炎是临床常见的一种呼吸系统危急重症,该病主要是因机体与呼吸道防御功能下降,从而使支原体、衣原体、细菌以及病毒等病原体进入下呼吸道而发病。该病病情进展迅速,治疗难度较大,可因病情迅速进展恶化致急性呼吸窘迫综合征,使多脏器功能衰竭而危及生命,死亡率高,预后差^[1]。随着现代医学对肺炎的深入研究,发现血清降钙素原(PCT)作为一个具有高特异性和敏感性的细菌感染性新指标^[2],可有效反映身体各种炎症的感染程度及评估病情预后,被越来越多的临床医务工作者所重视。近年来,笔者在常规西药治疗基础上,采用自拟中药清肺逐瘀汤治疗重症肺炎 42 例,发现其能显著降低血清 PCT 水平。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 3 月至 2016 年 2 月我院重症医学科收治的重症肺炎住院患者,共 82 例。采用随机数字表法分为两组。治疗组 42 例,男 29 例,女 13 例;年龄 18~72(55.6±9.2)岁;病程(4.8±1.1)d。对照组 40 例,男 26 例,女 14 例;年龄 20~74(56.4±8.5)岁;病程(5.1±0.9)d。两组一般资料比较无统计学差异(P 均 > 0.05),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照 1998 年中华医学会呼吸病分会颁布的《社区获得性肺炎诊断和治

疗指南(草案)^[3]及《医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)^[4]》中有关重症肺炎的诊断标准。中医痰热壅肺证诊断标准参照 1995 年版《中医病证诊断疗效标准^[5]》中风温肺热病相关标准拟定:身热烦渴,汗出,咳嗽气粗,咳痰黄稠或痰黄带血,伴喘促短气,心悸,口渴烦躁,小便黄赤,大便干燥,舌红苔黄腻,脉洪滑数。

1.3 纳入与排除标准 **纳入标准:**(1)符合西医、中医诊断标准;(2)18 岁 $<$ 年龄 \leq 75 岁;(3)本人或直系亲属签署知情同意书。**排除标准:**(1)年龄 $>$ 75 岁或 \leq 18 岁;(2)严重免疫抑制(如艾滋病、骨髓移植后)患者;(3)过敏体质或对本研究药物成分过敏者;(4)粒细胞减少症或恶性肿瘤正在放化疗的患者;(5)合并严重心、肝、肾及造血系统等功能异常者;(6)合并严重精神类疾病者;(7)肺部肿瘤引起的阻塞性肺炎者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 按照常规西医方案治疗,给予抗感染、化痰、解痉平喘、纠正电解质酸碱失衡,并根据病情决定是否选择呼吸机辅助呼吸治疗。确诊后根据痰培养分离病原菌结果及药敏试验结果选择或更改抗生素;若痰培养未分离出病原菌,或病原菌对抗生素菌耐药,则经验性地使用抗生素。对合并真菌感染加用抗真菌治疗,感染性休克加用糖皮质激素,同时补充血容量升压及营养支持治疗。

1.4.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用清肺逐瘀汤口服。方药组成:黄芩 15 g,桑白皮 20 g,胆南星

15 g,瓜蒌仁 20 g,浙贝母 30 g,川贝母 6 g,水牛角 30 g(先煎),赤芍 15 g,丹参 20 g,地龙 15 g,生大黄 6~9 g(后下),生甘草 6 g。每日 1 剂,由我院药剂科煎药室统一煎取 200 ml,早晚分次温服。两组疗程均为 14 d,疗程结束后进行疗效观察。

1.5 疗效观察

1.5.1 观察指标 (1)两组临床疗效;(2)两组治疗前后白细胞(WBC)计数、PCT水平(正常参考值 PCT: <0.05 ng/ml);(3)不良反应情况。

1.5.2 疗效评定标准 临床疗效根据 2002 年版《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定。显效:患者体温降至正常,且临床症状(咳嗽、咳痰等)与肺部体征消失,实验室检查指标恢复正常;有效:患者体温明显下降,且临床症状(咳嗽、咳痰等)与肺部体征明显改善,实验室检查指标明显改善;无效:患者症状、体征与治疗前比较无变化。总有效率 = [(显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%]。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 16.0 软件包进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,计数资料以百分率表述,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两临床疗效比较 治疗组总有效率为 83.3%,明显优于对照组的 62.5% ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组 WBC 计数及 PCT 水平比较 两组治疗后均能显著降低 WBC 计数及 PCT 水平 ($P < 0.05$, $P < 0.01$),治疗组治疗后 WBC 计数及 PCT 水平均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	42	22(52.4)	13(30.9)	7(16.7)	83.3 [▲]
对照组	40	14(35.0)	11(27.5)	15(37.5)	62.5

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

表 2 两组治疗前后 WBC 计数及 PCT 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	WBC($\times 10^9/L$)	PCT(ng/ml)
治疗组	42		
治疗前		18.32 ± 5.16	1.42 ± 1.05
治疗后		6.42 ± 3.22 ^{**▲}	0.04 ± 0.63 ^{**▲}
对照组	40		
治疗前		18.51 ± 6.08	1.33 ± 0.94
治疗后		11.24 ± 5.35 [*]	0.11 ± 1.13 ^{**}

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$,^{**} $P < 0.01$;与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应情况 两组治疗过程中均未见明显不良反应。

3 讨论

重症肺炎又称中毒性肺炎或暴发性肺炎,是由细菌、病毒等感染所致的严重的肺部炎症,是 ICU 患者死亡的重要原因之一^[7]。现代医学多认为重症肺炎发病机制主要与自身免疫、中毒及感染等因素相关,致使机体肺组织损伤。本病的病理学改变主要是由于肺泡上皮细胞与毛细血管内皮细胞损伤,从而使肺表面活性物质下降,肺顺应性降低,肺实变的出现导致通气/血流比例失调,使肺泡的氧合受到影响,发生低氧血症,进而并发多脏器功能不全综合征,使死亡率增加。目前,西医治疗重症肺炎方案主要包括抗感染治疗、化痰、解痉平喘、纠正酸碱平衡电解质紊乱、营养支持、调节免疫、防治多脏器功能衰竭及必要时呼吸支持等综合治疗。

随着对肺炎研究的不断深入,PCT 在该病临床治疗中的应用逐渐引起医务工作者的广泛关注^[8]。PCT 作为降钙素的前体肽,是由 116 个氨基酸组成的糖蛋白,在感染性疾病中特异性升高,而在非感染性疾病中不升高或升高不明显,可以有效反映身体各种炎症的感染和活跃程度,能较好的对感染性疾病进行早期诊断,作为具有高特异性和敏感性的新指标,可以辅助全身性细菌感染以及脓毒血症等疾病的诊断,并可为合理选择抗生素提供一定的参考依据。研究显示,PCT 水平与炎症严重程度具有一定正相关性,且随着炎症的有效控制逐渐恢复至正常水平。且 Krüger 等^[9]报道 PCT 水平可以较为准确地预测肺炎的病情发展情况,且在预后研究方面优于 C 反应蛋白。因而可知,PCT 水平与重症肺炎患者的感染程度、病情预后具有紧密联系。本研究结果显示,应用中药清肺逐瘀汤可显著降低血 WBC 计数及 PCT 水平,进而改善临床病情。

根据该病的临床表现,可将其归属于中医学“风温肺热病”、“咳嗽”、“喘证”等范畴。其病因病机较为复杂,多以正气亏虚为基础,外邪侵袭为条件,导致痰、热、毒、瘀相互兼夹。肺为娇脏,正不胜邪,病邪入里,肺失宣降,水液失布,停聚为痰,邪热壅肺,甚或闭肺,灼伤肺络,热灼阴津,炼液为痰,痰热胶着,出现壮热,呼吸气粗,胸中烦热,咳嗽剧烈,咳痰黄稠或痰中带血;热邪壅于三焦,耗气伤阴,津液匮乏,可见喘促短气,心悸,小便黄赤,口干渴饮;肺与大肠相表里,肺热下移大肠,肠腑不通,发为腹胀便秘。病机在于痰热壅肺,治疗当以清肺化痰,逐瘀通腑为主。方中应用黄芩、桑白皮清泄肺热,胆南星、瓜蒌仁、浙贝母、

究组患者对病情预后的期望值高于对照组,差异有统计学意义,这表明共情护理模式有助于提高患者的病情预后。因为,伴随着患者内心不良情感状况的改善,有助于减轻其对未来的恐惧以及焦躁情感,帮助其树立战胜疾病的自信心,使其不断重塑内心希望,这能帮助疾病向着正性方向转归^[14]。

综上所述,对于急诊救治的急性心肌梗死患者,引入共情护理模式有助于减轻患者的焦虑、抑郁情绪,且能提高患者对疾病的期望值。

参考文献

- [1] 马洪霞,陈圣霞,李遵清,等. 共情护理对抑郁症患者抑郁情绪及生活功能的改善作用[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2012,21(9):817-819.
- [2] 谭群,朱琼. 共情护理在四肢骨折伴发抑郁患者中的应用价值[J]. 安徽医药,2014,18(9):1797-1798.
- [3] 姚爱英,徐贞珍. 共情护理对食管癌手术患者希望水平及主观幸福感的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(4):397-399,400.
- [4] 庄敏. 共情护理对全子宫切除病人身心康复的影响[J]. 护理研究, 2014,28(11B):4036-4038.
- [5] 叶辉,刘伟萍,陈一文,等. 共情护理对老年患者肠镜检查前肠道准备的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(26):3191

-3193.

- [6] 徐丽娟. 共情护理对口腔颌面部肿瘤术后病人生活质量、希望水平影响的研究[J]. 护理研究, 2014,28(11B):4078-4079.
- [7] 孙惠,王蕾,方芬,等. 共情护理对老年口腔颌面部恶性肿瘤术后患者生活质量的影响[J]. 中华老年口腔医学杂志, 2015, 13(4):218-220.
- [8] 谢晓颖,蒋荣泉,凌迎春,等. “共情护理”模式在抑郁症患者护理中的应用及其对患者生活质量的影响研究[J]. 中国医药导报, 2013,10(33):122-125.
- [9] 颜柳英,李敏健. 共情护理在 X 线引导下乳腺隐匿性病变检查中的应用[J]. 护理实践与研究, 2015,12(1):47-48.
- [10] 汪慧,范志红. 共情护理在抑郁症患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2014,33(4):903-905.
- [11] 王变丽,王江波,朱广玲,等. 共情护理对静脉血栓患者负面情绪及症状困扰的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(17):2116-2118.
- [12] 汪澄,薛楠,程江南竹,等. 共情护理对脊髓损伤患者负面情绪及希望水平的影响[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(1):137-139.
- [13] 秦岭,王荣海. 共情护理对脉络膜黑色素瘤伴抑郁患者预后的影响[J]. 南昌大学学报(医学版), 2013, 53(9):73-74,77.
- [14] 闫海花,张三桃,李银鲜,等. 共情护理对神经胶质瘤合并抑郁症患者抑郁情绪与生活功能的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(19):2267-2269.

收稿日期:2016-03-30 编辑:王国品

(上接第 1270 页)

川贝母清肺泻热、软坚化痰、宣降肺气,且桑白皮兼具泄肺平喘之功,寓“治痰先治气”之意,使升降复常;应用水牛角、赤芍、丹参、地龙清热凉血、化瘀通络,且现代药理研究表明活血化瘀类中药除了能够促进炎症吸收、抗炎杀菌、增强机体免疫功能外,还能够明显降低患者气道阻力、改善肺功能、提高患者生存质量^[10-11];因肺与大肠相表里,肺热下移大肠,故本方中加用大黄,以其苦寒之性,通腑泻下,荡涤邪热,合用瓜蒌仁清热化痰、宽胸散结、滑肠通便,给肺热之邪从大便之出路,通肠即是清肺,使肺热清除,肺气清肃,而使肠道之气亦畅通。通肠与清肺相辅相成,达到肺肠同治的功效。应用生甘草以清热安中、调和诸药。综上,诸药有机配伍,共奏清热泻肺、化痰平喘、通腑逐瘀之功。

综上所述,在常规西药治疗基础上,加用中药治疗重症肺炎,能显著提高临床疗效及减轻炎症反应,进而改善病情,值得进一步深入研究。

参考文献

- [1] 高颖,范玉强. 重症肺炎的中西医结合治疗进展[J]. 黑龙江中医药, 2014,43(5):78-80.

- [2] 占林兵,谢波,华锋,等. 血清 C 反应蛋白、降钙素原及乳酸在重症肺炎中的变化及临床意义[J]. 中华全科医学, 2015, 13(3):367-368,404.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999,22(4):199-201.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会. 医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999,22(4):201-203.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994.
- [6] 郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:243-253.
- [7] Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults[J]. Clin Infect Dis, 2007, 44(suppl 2):S27-S72.
- [8] 刘蓉,林文源. PCT 检测在感染性疾病中的应用进展[J]. 医学综述, 2014, 20(22):4106-4108.
- [9] Krüger S, Ewig S, Marre R, et al. Procalcitonin predicts patients at low risk of death from community-acquired pneumonia across all CRB-65 classes[J]. Eur Respir J, 2008, 31(2):349-355.
- [10] 高冲,刘璐,胡爱菊,等. 活血化瘀中药的药理作用研究进展[J]. 药物评价研究, 2013, 36(1):64-68.
- [11] 毕明晶. 活血化瘀药物治疗全身炎症反应综合征的临床疗效观察[D]. 济南:山东中医药大学, 2013.

收稿日期:2016-04-20 修回日期:2016-05-26 编辑:王娜娜