

热、登革热休克综合征的主要病理生理改变。因此,在“免疫激活高峰期”发生之初进行积极干预,阻止致死性病理生理变化形成是治疗的关键^[4]。登革热的对症支持治疗,要求分析其真正的原因后再予治疗。降温治疗:以物理降温为主,慎用药物降温。液体疗法:维持水、电解质、酸碱平衡是液体管理的重要目的。对登革热可采用口服补液、静脉补液相结合的方法,能口服者鼓励尽量饮水饮汤。对持续高热、中毒症状重者或呕吐频繁者,应及时静脉补液,低血压休克时应按相应补液原则进行。升高白细胞、血小板治疗:对于白细胞或中性粒细胞过低者予欣粒生、特尔津皮下注射或口服地榆升白片、鲨肝醇;血小板太低,或出血明显者可输注血小板,对于凝血因子缺乏及贫血者可补充凝血因子或新鲜全血等,注意保护和改善重要器官的功能。中医中药治疗,辨证使用中药汤剂或清热解毒类的中成药,如喜炎平、热毒宁等,能有效防治各种严重并发症,临床效果明显,说明中医药在治疗登革热上有特殊优势。

综上所述,登革热属自限性疾病,如诊治及时,病死率低。目前治疗登革热尚无特效的药物,多采用中西医结合治疗。早发现、早诊断、早隔离、早治疗和及时灭蚊防蚊是控制该病的重要手段。此次疫情的发生,提醒医护人员在高发季节,应提高对登革热诊断的警惕性,同时,政府应加强行政干预,群众积极灭蚊,才能有效防控疫情。

[参考文献]

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 登革热诊疗指南(2014年第2版)[J]. 传染病信息, 2014, 27(5): 262-265.
- [2] 丁雨生,毛家荣,蒋丽梅,等. 登革热47例临床治疗分析及策略探讨[J]. 中国实用内科杂志, 2010, 30(7): 654-656.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

运脾法方剂联合常规西药治疗肺结核临床观察

杲常善

山丹县中医医院中医内科, 甘肃 山丹 734100

[摘要] 目的: 观察在常规抗结核治疗基础上加用运脾法方剂的临床疗效。方法: 选取100例初治继发性肺结核患者, 随机分为实验组和对照组各50例。对照组以2HREZ/4HR抗结核治疗, 实验组在对照组治疗基础上加用运脾法方剂健胃运脾汤治疗。对比2组的临床疗效, 观察治疗前和治疗6个月后的中医证候积分、外周血T淋巴细胞水平的变化等。结果: 治疗后, 2组盗汗、干咳、午后手足心热、胸痛和痰中带血丝的积分均低于治疗前 ($P < 0.05$), CD3、CD4和CD4/CD8均较治疗前上升 ($P < 0.05$), CD8均较治疗前下降 ($P < 0.05$); 实验组中医证候各项积分均低于对照组 ($P < 0.05$), CD3、CD4和CD4/CD8均高于对照组 ($P < 0.05$), CD8低于对照组 ($P < 0.05$), 病灶吸收率、空洞改善率均高于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。实验组治疗3月、6月、9月和12月后的痰菌阴转率均高于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论: 在常规抗结核治疗的基础上加用运脾法方剂治疗, 可有效改善肺结核患者的临床症状, 提高痰菌阴转率, 促进病灶吸收与空洞闭合, 改善生活质量。

[关键词] 肺结核; 中西医结合治疗; 运脾法; 健胃运脾汤

[中图分类号] R521 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)07-0059-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.027

肺结核是结核分枝杆菌所致的慢性呼吸道传染疾病, 其主要病症为盗汗、干咳、午后手足心热、胸痛和痰中带血丝等。2HREZ/4HR抗结核治疗是临床治疗肺结核的常规措施, 虽可

在短期内缓解病症, 但单独治疗疗效有限^[1]。肺结核属中医学癆瘵、肺癆范畴, 其发病机制为癆虫入侵肺部所致正气虚弱。气血是正气强盛的基础, 而脾为气血生化之源, 故此, 脾运健

[收稿日期] 2015-02-08

[作者简介] 杲常善 (1967-), 男, 副主任医师, 研究方向: 心脑血管疾病和呼吸系统疾病。

旺是机体康复的重要因素。文献[2]指出,运脾法具有滋阴润肺、健脾益气的功效,对维护脾胃纳运具有重要意义。笔者对本院收治的50例初治继发性肺结核患者实施运脾法治疗,并与单独使用2HREZ/4HR抗结核治疗的患者进行对比,分析临床疗效与对外周血T淋巴细胞水平的影响。报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合中华医学会结核病学分会制定的《肺结核诊断和治疗指南》^[3]中继发性肺结核的诊断标准,痰培养示结核分枝杆菌生长,同时胸片或肺部CT检查提示结核活动性病变。

1.2 纳入标准 符合诊断标准;入组前未采用任何抗结核药物治疗,为初次治疗;入组前签署知情同意书。

1.3 排除标准 合并严重的心、肝、肺、肾功能不全,造血系统疾病、肿瘤、精神疾病的患者;长期服用糖皮质激素或免疫抑制剂的患者;入组前进行过抗结核治疗,或入组前3月使用过喹诺酮类抗生素的患者;妊娠期或哺乳期女性;对于本次试验所用药物过敏者。

1.4 一般资料 选取2012年1月—2014年1月本科治疗的100例继发性肺结核患者,随机分为实验组和对照组。实验组50例,男24例,女26例;年龄21~59岁,平均(35.8±2.4)岁。对照组50例,男23例,女27例;年龄24~56岁,平均(36.1±1.9)岁。2组性别构成、年龄经统计学处理,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予2HREZ/4HR抗结核治疗。H:异烟肼(山西太原药业有限责任公司),每次0.3g,每天1次;R:利福平(成都锦华药业有限公司),每次0.45g,每天1次;E:乙胺丁醇(沈阳红旗制药有限公司),每次0.75g,每天1次;Z:吡嗪酰胺(大连市金牛牛黄制药厂),每次0.5g,每天3次。

2.2 实验组 在对照组治疗基础上,加用健胃运脾汤治疗。处方:苍术30g,陈皮、麦冬、黄芪各20g,藿香15g,白术、炙甘草各10g。上述药物混合后,加水500mL煎煮2次,将2次煎煮的药液混合,于早饭、晚饭后1h温服,每天1剂。

2组疗程均为6月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 中医主要证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》,对2组患者治疗前及治疗6月后的盗汗、干咳、午后手足心热、胸痛和痰中带血丝症状进行评分。无症状,0分;轻度,1分;中度,2分;重度,3分。

3.2 CD3、CD4、CD8、CD4/CD8水平测定 采用BECKMAN COULTER Gallios流式细胞仪(购自北京竹远科创科技有限公司)检测2组患者治疗前及治疗6月后外周血中CD3、CD4、CD8细胞百分比,计算CD4/CD8比值。

3.3 痰菌阴转率 检测2组患者治疗3月、6月、9月和12

月后的痰菌阴转率。以连续2次,每次间隔>30天痰菌转阴且不再复阳视为痰菌阴转。

3.4 影像学改变 2组患者治疗6月后复查肺部CT,观察以下情况:①病灶吸收情况:显著吸收,病灶吸收 $\geq 1/2$ 原病灶;吸收,病灶吸收 $< 1/2$ 原病灶;不变,病灶变化不明显;恶化,病灶增大。②空洞:闭合,空洞消失;缩小,空洞缩小 $\geq 1/2$ 原空洞直径;不变,空洞缩小或增大,但增大部分直径 $< 1/2$ 原空洞直径;增大,空洞增大超过 $1/2$ 原空洞直径。

3.5 统计学方法 数据采用SPSS23.0软件进行分析。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示,采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后中医证候积分对比 见表1。治疗后,2组盗汗、干咳、午后手足心热、胸痛和痰中带血丝的积分均低于治疗前($P < 0.05$);实验组各项积分均低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后中医证候积分对比($\bar{x} \pm s, n=50$) 分

症状	组别	治疗前	治疗后
盗汗	实验组	2.48±0.31	0.86±0.14 ^{①②}
	对照组	2.51±0.27	1.29±0.21 ^①
干咳	实验组	2.69±0.25	0.92±0.10 ^{①②}
	对照组	2.63±0.22	1.17±0.35 ^①
午后手足心热	实验组	2.13±0.37	1.08±0.29 ^{①②}
	对照组	2.09±0.34	1.54±0.38 ^①
胸痛	实验组	1.29±0.41	0.36±0.05 ^{①②}
	对照组	1.25±0.39	0.96±0.12 ^①
痰中带血丝	实验组	1.35±0.42	0.27±0.09 ^{①②}
	对照组	1.31±0.40	0.58±0.14 ^①

与治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.2 2组治疗前后CD3、CD4、CD8、CD4/CD8水平对比 见表2。治疗后,2组CD3、CD4和CD4/CD8均较治疗前上升($P < 0.05$),CD8均较治疗前下降($P < 0.05$);实验组CD3、CD4和CD4/CD8均高于对照组($P < 0.05$),CD8低于对照组($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗后不同时间痰菌阴转率对比 见表3。实验组治疗3月、6月、9月和12月后的痰菌阴转率均高于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。

4.4 2组治疗后影像学改变对比 见表4、表5。治疗后,实验组病灶吸收率、空洞改善率均高于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。

5 讨论

目前临床中常规运用的2HREZ/4HR抗结核治疗措施,虽然可暂时稳定临床症状,但对外周血T淋巴细胞水平、空洞变化与病灶吸收的治疗效果不显著^[4]。因此,本研究在常规西

表2 2组治疗前后 CD3、CD4、CD8、CD4/CD8 水平对比($\bar{x} \pm s, n=50$)

T淋巴细胞亚群	组别	治疗前	治疗后
CD3(%)	实验组	55.69 ± 4.51	63.24 ± 5.62 ^{①②}
	对照组	55.72 ± 4.39	60.13 ± 5.47 ^①
CD4(%)	实验组	31.26 ± 4.48	45.63 ± 4.34 ^{①②}
	对照组	32.12 ± 3.97	40.24 ± 3.89 ^①
CD8(%)	实验组	33.47 ± 5.84	25.35 ± 3.94 ^{①②}
	对照组	32.98 ± 5.46	29.13 ± 4.25 ^①
CD4/CD8	实验组	0.93 ± 0.17	1.82 ± 0.33 ^{①②}
	对照组	0.96 ± 0.20	1.38 ± 0.47 ^①

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

表3 2组治疗后不同时间痰菌阴转率对比 例(%)

组别	n	3月	6月	9月	12月
实验组	50	35(70.00)	38(76.00)	39(78.00)	43(86.00)
对照组	50	21(42.00)	24(48.00)	27(54.00)	28(56.00)
χ^2 值		6.628 8	6.932 7	5.347 6	9.106 4
P值		0.010 0	0.008 5	0.020 8	0.002 5

表4 2组治疗后病灶吸收对比 例(%)

组别	n	显著吸收	吸收	不变	恶化	吸收率(%)
实验组	50	24(48.00)	15(30.00)	7(14.00)	4(8.00)	78.00
对照组	50	15(30.00)	13(26.00)	18(36.00)	4(8.00)	56.00
χ^2 值		2.837 2	0.165 3	5.377 8	0.000 0	4.560 5
P值		0.092 1	0.684 3	0.020 4	1.000 0	0.032 7

表5 2组治疗后空洞变化对比 例(%)

组别	n	闭合	缩小	不变	增大	改善率(%)
实验组	50	30(60.00)	11(22.00)	5(10.00)	4(8.00)	88.00
对照组	50	21(42.00)	10(20.00)	14(28.00)	5(10.00)	62.00
χ^2 值		2.701 1	0.033 3	4.386 0	0.101 8	7.511 1
P值		0.100 3	0.855 1	0.036 2	0.749 7	0.006 1

药治疗肺结核的基础上联合运脾法进行治疗, 以期提高临床疗效。

健胃运脾汤是体现了运脾法的一种汤剂, 方中苍术醒脾燥湿, 为君药。藿香化湿醒脾、祛秽和中, 陈皮理气健脾、燥湿化痰, 二者配伍可增强宣肺散邪之功效, 为臣药。黄芪补脾益气、温中补虚, 麦冬养阴生津、润肺清心, 白术健脾、燥湿利水、止汗, 三者配伍, 消痞散结、清热宣透, 为佐药。炙甘草补脾益气、缓急止痛, 调和诸药、缓和药性, 为使药。诸药合

用, 共奏脾胃同调、阴阳互补之功效^⑤。其中, 现代药理学分析得出^⑥, 益肾运脾法的抗菌机制独特, 通过抑制结核分枝杆菌旋转酶, 阻止 DNA 复制, 导致 DNA 降解, 从而产生细胞毒作用而快速杀菌, 尤其是对革兰氏阳性菌以及革兰氏阴性菌均具有广谱杀菌作用, 且抗菌作用较强、较持久, 而本次研究所用的运脾法方剂与其配方相同、成分较多, 考虑两者抗菌机制存在共同性。

本研究结果显示, 治疗后, 实验组盗汗、干咳、午后手足心热、胸痛和痰中带血丝积分均低于对照组($P < 0.05$), 且实验组 CD3、CD4 和 CD4/CD8 均高于对照组($P < 0.05$), CD8 低于对照组($P < 0.05$)。提示加服健胃运脾汤可能可以作用于结核杆菌的结构与代谢, 通过淋巴细胞杀灭结核杆菌, 介导免疫提高巨噬细胞的杀菌能力, 从而发挥抗菌与提高免疫力的双重作用。本研究结果显示, 实验组治疗 3 月、6 月、9 月和 12 月后的痰菌阴转率均高于对照组($P < 0.05$)。实验组治疗后病灶吸收率、空洞改善率均高于对照组($P < 0.05$)。提示加服健胃运脾汤治疗肺结核的临床疗效优于单纯使用 2HREZ/4HR 抗结核措施, 可以有效减少耐药, 杀虫补虚, 提高机体细胞免疫水平, 这一结果与文献[7]报道相一致。

综上所述, 在常规抗结核治疗的基础上加用运脾法方剂治疗, 可有效改善肺结核患者的临床症状, 提高痰菌阴转率, 促进病灶吸收与空洞闭合, 改善生活质量, 值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 肖洁, 田华, 张怡瑞. 中药治疗耐多药肺结核研究进展[J]. 中国感染控制杂志, 2012, 11(2): 158- 160.
- [2] 罗梅宏. 从“脾主运化”和“运脾生血”理论探讨慢性病贫血的中医病机和治理[J]. 中医杂志, 2013, 54(18): 1556- 1557.
- [3] 中华医学会结核病学分会. 肺结核诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2001, 24(2): 70- 74.
- [4] 殷爱华. 中西医结合治疗肺结核病临床疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2013, 35(12): 10- 12.
- [5] 王菊霞, 刘文, 王岩. 探讨运脾法对小儿幽门螺杆菌感染性胃肠疾病的作用机制[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(9): 114- 116.
- [6] 武煦峰. 益肾运脾法联合多烯磷脂酰胆碱治疗非酒精性脂肪肝的临床和实验机理研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2012.
- [7] 邓小凡, 黄山鉴, 谢乃集. 中药治疗肺结核患者疗效机制的研究[J]. 中国医药科学, 2013, 3(3): 17- 19.

(责任编辑: 吴凌)