

益气解毒汤治疗瘀毒内阻型脓毒症临床观察

于磊, 高翔

新昌县人民医院, 浙江 新昌 312500

[摘要] 目的: 探讨益气解毒汤对瘀毒内阻型脓毒症患者的临床疗效。方法: 62 例脓毒症患者, 将其随机分为观察组 32 例、对照组 30 例, 对照组给予常规治疗方案, 观察组在常规治疗的基础上加用自拟益气解毒汤, 2 组患者均连续治疗 7 天后进行评价, 比较 2 组临床疗效、中医症状体征评分以及急性生理与慢性健康 (APACHE) II 评分。结果: 观察组总有效率为 84.38%, 对照组为 60.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前 2 组患者中医症状体征评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后 2 组患者中医症状体征评分显著降低 ($P < 0.05$), 且治疗后观察组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前 2 组患者 APACHE II 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后 2 组患者 APACHE II 评分均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 且治疗后观察组 APACHE II 评分显著低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前后 2 组患者均检测肝功能、肾功能以及心电图等, 2 组治疗前后各项指标检测均无明显差异, 且观察组治疗期间患者均无明显不适症状以及体征。结论: 益气解毒汤能够显著提高瘀毒内阻型脓毒症患者的临床疗效, 改善患者体征、症状, 且用药安全有效, 具有一定的参考价值。

[关键词] 脓毒症; 瘀毒内阻; 益气解毒汤

[中图分类号] R631 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0084-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.039

脓毒症是由于机体创伤、严重感染等原因, 导致机体出现体温、循环以及呼吸改变等状况的一种全身型的炎症反应综合征。脓毒症是重症医学科的一种常见疾病, 并且已严重威胁患者生命^[1]。随着现代社会的不断发展, 现代医学以及重症医学的不断进步, 目前治疗脓毒症的方法在不断增多, 且治疗的手段也在不断改进。但是根据我国一项研究调查显示, 目前脓毒症的患者的病死率仍然居高不下^[2], 临床工作人员也在不断寻求积极有效的治疗方式, 以期改善患者的临床症状、降低患者病死率。本研究探讨益气解毒汤对瘀毒内阻型脓毒症患者的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2011 年 6 月—2014 年 5 月在本院住院治疗的 62 例脓毒症患者, 按照随机数字表法分为观察组和对照组, 观察组 32 例、对照组 30 例。观察组男 18 例, 女 14 例, 平均年龄(60.83 ± 6.73)岁; 对照组男 15 例, 女 15 例, 平均年龄(58.97 ± 4.06)岁。2 组性别、年龄等一般资料经统计学处理, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经本院伦理委员会批准同意。

1.2 诊断标准 参照《脓毒症的定义、诊断标准、中医证候诊断要点及说明(草案)》^[3]中所制定的脓毒症西医诊断标准与中医诊断标准, 且患者符合脓毒症瘀毒内阻型分型标准, 症

见: 神昏高热, 疼痛如针刺刀割, 且痛有定处, 常在夜间加重, 出血、肿块, 舌质有瘀斑或者紫暗, 脉沉弦或沉迟。若患者具有神昏、高热、出血以及舌象、脉象支持, 则可诊断为瘀毒内阻型。

1.3 纳入标准 患者符合脓毒症中西医诊断标准; 经中医辨证符合瘀毒内阻型脓毒症患者; 患者或其家属自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 未按照研究方案用药的患者; 对所用药物有过敏反应患者; 合并有精神疾病患者; 合并有自身免疫疾病患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 参照《2010 德国脓毒症指南解读——关于脓毒症的预防、诊断、治疗及后续护理》^[4]中治疗方案, 控制患者感染, 给予重症监护, 维持水、电解质以及酸碱平衡, 及正性肌力、容量治疗, 必要时给予肾脏代替治疗以稳定患者的血流动力学, 给予患者肠外以及肠内营养, 应用 ICU 镇静药物。

2.2 观察组 在常规治疗的基础上给予益气解毒汤, 处方: 人参、麦冬、金银花各 25 g, 玄参 20 g, 赤芍、连翘各 15 g, 牡丹皮、栀子各 12 g, 肉桂 9 g, 炙甘草 6 g, 三七粉(冲服) 3 g。水煎服, 每天 1 剂, 水煎成 200 mL, 早晚各鼻饲 100 mL。

[收稿日期] 2015-01-20

[作者简介] 于磊 (1982-), 男, 主治中医师, 研究方向: ICU 临床急救。

均连续治疗7天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①评价2组患者临床疗效,比较2组患者治疗总有效率;②比较2组患者治疗前后中医症状体征评分;③比较2组患者治疗前后急性生理与慢性健康(APACHE II)评分;④观察患者不良反应。中医症状体征评分标准:参照《中医新药临床研究指导原则(试行)》^[6]。高热 $\leq 38.3^{\circ}\text{C}$ (计0分), $38.4\sim 39.0^{\circ}\text{C}$ (计2分), $39.1\sim 41.0^{\circ}\text{C}$ (计4分), $> 41.0^{\circ}\text{C}$ (计6分);神昏,参照格拉斯哥评分,15分(计0分),12~14分(计2分),9~11分(计4分),8分及以下(计6分);出血:无出血点(计0分),胸部散见出血点(计1分),胸部以及四肢出血点密集(计2分),胸部、四肢出血点连片、可见其瘀斑(计3分);舌象:正常(计0分),舌质有瘀斑或者紫暗(计1分);脉象:正常(计0分),脉沉弦或者沉迟(计1分)。

3.2 统计学方法 采用SPSS22.0统计学软件统计分析本研究数据结果资料,计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,年龄、治疗前后中医症状评分以及治疗前后APACHE II评分由于不符合正态分布,组间比较采取 t 检验,计数资料采用百分率(%)表示,2组比较采取 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6],采用疗效指数对2组患者临床疗效进行判定,疗效指数=[治疗前中医症状体征评分-治疗后中医症状体征评分]/治疗前中医症状体征评分 $\times 100\%$ 。显效:治疗后疗效指数 $\geq 70\%$;有效: $30\% \leq$ 治疗后疗效指数 $< 70\%$;无效:治疗后疗效指数 $< 30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为84.38%,对照组为60.00%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)	χ^2 值	P
观察组	32	14	13	5	84.38	4.623	< 0.05
对照组	30	7	11	12	60.00		

4.3 2组中医症状体征评分比较 见表2。治疗前2组患者中医症状体征评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后2组患者中医症状体征评分显著降低($P < 0.05$),且治疗后观察组明显低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组中医症状体征评分比较 $(\bar{x}\pm s)$

组别	n	治疗前	治疗后	t 值	P
观察组	32	13.85 ± 1.04	4.68 ± 0.97	36.475	< 0.05
对照组	30	13.69 ± 1.53	8.38 ± 1.46	13.752	< 0.05
t 值		0.484	11.823	-	-
P		> 0.05	< 0.05	-	-

4.4 2组APACHE II评分比较 见表3。治疗前2组患者

APACHE II评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后2组患者APACHE II评分均较治疗前显著降低($P < 0.05$),且治疗后观察组APACHE II评分显著低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组APACHE II评分比较 $(\bar{x}\pm s)$

组别	n	治疗前	治疗后	t 值	P
观察组	32	22.08 ± 1.98	11.15 ± 2.94	17.443	< 0.05
对照组	30	21.86 ± 1.42	17.12 ± 3.26	7.301	< 0.05
t 值		0.500	7.581	-	-
P		> 0.05	< 0.05	-	-

4.5 不良反应 治疗前后2组患者均检测肝功能、肾功能以及心电图等,2组治疗前后各项指标检测均无明显差异,且观察组治疗期间患者均无明显不适症状以及体征。

5 讨论

脓毒症是临床工作中较为常见的一种重症疾病,由其发展所致的脓毒症休克、重度脓毒症以及器官功能障碍综合征(MODS)等,具有着很高的死亡率,是目前ICU当中患者死亡的一个主要原因^[8]。近20年以来,学者针对脓毒症的基础研究以及临床研究方面取得了十分显著的成果,均认为脓毒症的本质为创伤或者感染所诱发的机体免疫系统过度激发,从而造成炎症及时出现“瀑布”反应,导致发生全身炎症反应综合征(SIRS)的发生^[7]。脓毒症的发生和发展迅速且非常危急,若患者早期未能得到及时的诊断和治疗,则容易演变成为MODS以及脓毒症休克,其中MODS的病死亡率可以高达70%以上,因此,采取积极有效的治疗手段以阻止脓毒症患者发生MODS以及脓毒症休克是目前临床治疗的关键^[9]。

在临床工作中,根据脓毒症患者的临床体征、症状,中医学将其归属于热病的范畴当中,而对于病情严重的脓毒症,则当属于脱证、厥证的范畴,其发病的主要原则可归结为机体正气的虚弱,邪毒乘虚而入,导致机内正邪交织、热毒炽盛,致使耗气伤阴;而从另一个方面来看,热毒陷入营血当中,导致机体气血的运行不畅通,进一步加重了体内的瘀热邪毒交织,导致全身经络受损、脏腑受到损伤,故而发为此病^[9-10]。由于脓毒症患者其病机主要有正气不足、瘀热邪毒内阻、脏腑功能失调,因此本院根据上述病因制定了益气养阴、化瘀凉血解毒的基本治疗原则,自拟益气解毒汤,以期中医治疗脓毒症提供新的思路以及依据。方中人参大补元气、麦冬清热养阴生津,二者合用共为君药;赤芍、牡丹皮凉血散瘀,玄参清热凉血泻火解毒,三七活血化瘀,以上四药为君药;金银花、连翘清热解毒,栀子凉血止血,以上三药共为佐药;肉桂引火归元、甘草调和诸药,共为使药。全方以益气养阴为主,配合清热凉血解毒、凉血散瘀之药,共奏益气养阴、凉血化瘀而解毒之功效。

本研究结果显示,观察组患者治疗临床总有效率显著高于对照组($P < 0.05$),观察组治疗后中医症状体征评分与

APACHE II 评分改善情况明显优于对照组($P < 0.05$), 无不良反应, 提示益气解毒汤能够明确改善患者临床症状, 治疗安全有效。

[参考文献]

- [1] 傅水桥, 崔巍, 骆晓倩, 等. 血管外肺水指数在脓毒症相关性 ALI/ARDS 患者液体管理中的意义[J]. 中华急诊医学杂志, 2010, 19(11): 1193- 1196.
- [2] 张近波, 张小乐, 董美平, 等. RIFLE 标准对住院危重脓毒症患者死亡率的预测[J]. 中国临床药理学杂志, 2012, 28(8): 575- 577.
- [3] 中华医学会急诊医学分会危重病专业委员会, 中国中西医结合学会急救医学专业委员会. 脓毒症的定义、诊断标准、中医证候诊断要点及说明(草案)[J]. 中华急诊医学杂志, 2007, 16(8): 797- 798.
- [4] 李志军, 王东强, 田永超, 等. 2010 德国脓毒症指南解读——关于脓毒症的预防、诊断、治疗及后续护理[J]. 中国危重病急救医学, 2011, 23(5): 257- 262.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 60- 66.
- [6] 刘娟, 钱素云. 小儿脓毒症和严重脓毒症发病情况单中心调查[J]. 临床儿科杂志, 2010, 28(1): 26- 29.
- [7] 赵永祯, 李春盛. 急诊脓毒症病死率评分在急诊脓症患者中的应用[J]. 中华急诊医学杂志, 2011, 20(8): 797- 802.
- [8] 孙静静, 王勇强, 曹书华, 等. 血清 PCT CRP 和 APACHE II 评分的动态变化在预测多发伤合并脓毒症患者预后中的价值[J]. 中国急救医学, 2011, 31(11): 983- 986.
- [9] 余丹凤, 翁银燕, 徐建, 等. 大承气汤对行机械通气严重脓症患者炎症反应和免疫调节功能的影响[J]. 中国中医药科技, 2011, 18(3): 181- 182.
- [10] 蔡桦杨, 黄威, 刘云涛, 等. 益气活血法配合西医疗法干预脓毒症气虚血瘀证的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2014, 21(10): 2635- 2636.

(责任编辑: 骆欢欢)

化纤散联合保肝药物治疗肝脏纤维化临床观察

黄国栋, 骆平辉

龙川县中医院, 广东 龙川 517300

[摘要] 目的: 观察化纤散联合保肝药物治疗肝脏纤维化患者的临床效果。方法: 将 112 例肝脏纤维化患者随机分为观察组与对照组各 56 例, 对照组给予常规保肝治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用化纤散治疗, 对比 2 组的临床疗效及治疗前后肝功能指标 [谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST)]、肝脏纤维化生化指标 [透明质酸 (HA)、Ⅲ型前胶原酶 (PCⅢ)、Ⅳ型胶原酶 (Ⅳ-C)、层粘连蛋白 (LN)] 以及转化生长因子 (TGF) $-\beta_1$ 的变化。结果: 观察组总有效率为 92.9%, 对照组总有效率为 71.4%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组 ALT、AST、HA、PCⅢ、Ⅳ-C、LN 及 TGF- β_1 均较治疗前降低 ($P < 0.01$), 观察组各指标值均低于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 化纤散联合保肝药物治疗能够有效缓解肝脏纤维化患者的临床症状体征, 改善肝功能, 逆转肝脏纤维化进程。

[关键词] 肝脏纤维化; 化纤散; 转化生长因子- β_1 (TGF- β_1)

[中图分类号] R575.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2015) 07- 0086- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.040

肝脏纤维化是病毒性肝炎等肝脏疾病导致肝细胞损伤后, 肝内胶原物质等细胞外基质过度沉积的一个病理生理过程。多

种肝脏疾病导致的肝脏损伤均可造成肝脏星状细胞的转化、激活, 进而使肝脏纤维化病理生理过程启动^[1]。在这一病理生理

[收稿日期] 2015-02-09

[基金项目] 广东省中医药局课题 (20142145)

[作者简介] 黄国栋 (1974-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 中西医结合治疗肝病。