

分泌功能和突触前神经递质的释放,进而治疗癫痫。因其具有良好的溶解性、较高的生物利用度、稳定的血药浓度以及良好疗效,目前已逐渐成为成人难治性部分性发作癫痫的首选药物。中西药联用能够加强治疗效果,其中,中药能够有效改善风痰痹阻证候,而西药直击癫痫发病机理,从而达到病证同治的目的。

本次研究结果显示,采用熄风涤痰汤联合左乙拉西坦片治疗的观察组患者临床疗效优于单纯采用左乙拉西坦片治疗的对照组,每月癫痫发作频数少于对照组,认知功能改善优于对照组。由此可以总结出,熄风涤痰汤联合左乙拉西坦片治疗癫痫急性期风痰闭阻证患者疗效确切,能显著提高患者的认知功能,凸显出中医辨证论治与中西医结合治疗脑血管相关病证的优势与特色,值得临床推广运用。

#### [参考文献]

- [1] 刘丹青,杨文明,董文,等.脑卒中后癫痫的研究概况[J].中医临床杂志,2015,27(2):155-157.
- [2] 董玉琼,王松龄.化痰熄风通络方联合西药治疗脑卒中后癫痫36例[J].中医研究,2011,24(9):32-33.
- [3] 常宇辉,崔丽霞.常见脑病中西医诊疗手册[M].郑州:河南科学技术出版社,2013:214.
- [4] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则:第1辑[S].1993:179-182.
- [5] 郭起浩,洪震.神经心理评估[M].上海:上海科学技术出版社,2013:80-86.
- [6] 孔美珠,陈少玫.中医药治疗癫痫的研究进展[J].中药通报,2013,12(1):63.

(责任编辑:吴凌)

## 中西医结合治疗痰热壅肺型呼吸机相关性肺炎临床观察

归淑华,齐宏宇,谭九根

宁波市第七医院,浙江 宁波 315202

**[摘要]** 目的:观察二陈汤合麻杏石甘汤联合常规西药治疗痰热壅肺型呼吸机相关性肺炎(VAP)的临床疗效。方法:选取本院62例痰热壅肺型VAP患者为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组各31例。对照组给予常规西药治疗,观察组在对照组的用药基础上联合二陈汤合麻杏石甘汤治疗。观察2组治疗前后体温、血清降钙素原(PCT)、急性生理学及慢性健康状况评分系统(APACHE)以及中医证候评分的变化;记录2组治疗期间的机械通气时间及重症加强护理病房(ICU)住院时间。结果:治疗前,2组体温、血清PCT、APACHE以及中医证候评分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,2组体温、血清PCT、APACHE以及中医证候评分均较治疗前下降( $P<0.01$ );观察组的体温、血清PCT、APACHE以及中医证候评分均低于对照组( $P<0.01$ )。治疗期间观察组的机械通气时间和ICU住院时间均短于对照组( $P<0.01$ )。结论:在常规西药治疗基础上,联合二陈汤合麻杏石甘汤治疗痰热壅肺证VAP,可进一步缓解患者的肺部炎症状况,改善呼吸功能,缩短机械通气时间和ICU住院时间。

**[关键词]** 呼吸机相关性肺炎(VAP);痰热壅肺型;中西医结合疗法;二陈汤;麻杏石甘汤

**[中图分类号]** R563.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)11-0021-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.010

呼吸机相关性肺炎(VAP)主要指行气管插管或气管切开的患者,在机械通气48h后发生的肺部感染,是机械通气最常见的并发症。患者一旦发生VAP,易造成脱机困难,从而延长住院时间,增加住院费用,甚至威胁患者生命。治疗上主要选用抗生素,但由于对抗生素的滥用,病原菌耐药性逐

渐增高,治疗后期可能引发多器官功能衰竭<sup>[1]</sup>。因此,对VAP采取积极的防治措施至关重要。随着中医学的不断发展,中西医结合疗法在诸多疾病中得到广泛应用。鉴于此,本研究在常规西药治疗基础上,加用二陈汤合麻杏石甘汤治疗痰热壅肺型VAP,获满意疗效,现报道如下。

**[收稿日期]** 2016-06-15

**[作者简介]** 归淑华(1982-),女,医学硕士,主治医师,主要从事肺炎临床诊治工作。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院2013年1月—2016年5月重症加强护理病房(ICU)收治的62例痰热壅肺型VAP患者为研究对象,按照随机数字表法分为观察组和对照组各31例。观察组男19例,女12例;年龄38~69岁,平均(59.87±1.79)岁;基础疾病:慢性阻塞性肺疾病10例,脑外伤6例,脑出血7例,脑梗死3例,心源性休克3例,哮喘2例;对照组男18例,女13例;年龄37~70岁,平均(59.94±1.75)岁;基础疾病:慢性阻塞性肺疾病9例,脑外伤7例,脑出血7例,脑梗死4例,心源性休克1例,哮喘3例。2组性别、年龄、基础疾病等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)》<sup>[2]</sup>中医院获得性肺炎的诊断标准。机械通气48h后,通过胸部X线检测示肺部存在进展性或新的浸润阴影,伴有肺部湿啰音,并具有下列条件之一者:外周血白细胞计数 $\geq 10 \times 10^9/L$ 或者 $\leq 4 \times 10^9/L$ ,伴或不伴核转移;发热,体温 $\geq 38^\circ C$ ,呼吸道出现大量脓性分泌物;起病后从支气管分泌物中分离到新的病原菌;痰菌标本培养结果中,白细胞 $>25$ 个,鳞状上皮细胞 $<10$ 个。

1.3 辨证标准 符合痰热壅肺型的辨证标准,症见喘咳气涌,胸部胀痛,喉中伴有痰声,痰黏稠、色黄或伴有血色,身热面赤,有汗,小便赤涩,大便秘结,舌质红、苔薄黄,脉滑数。

1.4 纳入标准 符合诊断标准和辨证标准者;年龄 $\geq 18$ 岁;经本院医学伦理委员会批准,患者或家属同意参与。

1.5 排除标准 消化道术后或存在肠内营养鼻饲禁忌的患者;伴有其他部位感染或患自身免疫系统疾病者;依从性差者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗。在病程早期给予足量的广谱抗生素控制感染,之后根据细菌检测结果选用适宜的窄谱抗生素。治疗期间加强基础护理,维持患者半卧位,注意机械通

气口和呼吸机的清洁,尽量减少呼吸机的支持时间,加强胃肠道营养等。共用药7天。

2.2 观察组 在对照组用药基础上联合二陈汤合麻杏石甘汤治疗。处方:生石膏(先煎)、鱼腥草各30g,茯苓、黄芩各15g,麻黄、苦杏仁、制半夏各9g,陈皮12g,炙甘草、桔梗各6g。每天1剂,水煎取汁300mL,分早晚2次鼻饲,用药7天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2组治疗前后体温和血清降钙素原(PCT)含量的变化。采用济南久天生物工程有限公司所生产的PIS310型降钙素原免疫荧光定量检测仪测定血清PCT含量;2组治疗前后的疾病严重程度,采用急性生理学及慢性健康状况评分系统(APACHE)<sup>[3]</sup>进行评估,所得分值越高,表示病情越严重;2组治疗前后的中医证候(咳嗽、气喘、发热)评分,采用4级评分标准,重度4分、中度3分、轻度2分、无症状0分,所得总分越高,表示症状越严重;记录2组的机械通气时间和ICU住院时间。

3.2 统计学方法 数据采用SPSS 18.0统计学软件包进行处理。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 $t$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 4 治疗结果

4.1 2组治疗前后体温及血清PCT水平比较 见表1。治疗前,2组体温及血清PCT水平比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,2组体温及血清PCT水平均较治疗前下降( $P<0.01$ );观察组2项均低于对照组( $P<0.01$ )。

4.2 2组治疗前后APACHE评分及中医证候评分比较 见表2。治疗前,2组APACHE评分及中医证候评分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,2组APACHE评分及中医证候评分均较治疗前降低( $P<0.01$ );观察组的2项评分均低于对照组( $P<0.01$ )。

表1 2组治疗前后体温及血清PCT水平比较( $\bar{x} \pm s, n=31$ )

组别	体温( $^\circ C$ )				血清PCT( $\mu g/L$ )			
	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
观察组	38.59±0.41	37.21±0.27	15.651 3	0.000 0	5.78±1.58	0.95±0.26	16.794 6	0.000 0
对照组	38.60±0.40	38.33±0.35	2.828 4	0.006 4	6.16±0.49	2.68±0.38	31.247 3	0.000 0
$t$ 值	0.097 2	14.107 1			1.279 0	52.294 4		
$P$ 值	0.922 9	0.000 0			0.205 8	0.000 0		

表2 2组治疗前后APACHE评分及中医证候评分比较( $\bar{x} \pm s, n=31$ )

组别	APACHE 评分				中医证候评分			
	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
观察组	19.87±4.98	4.23±1.01	17.137 0	0.000 0	18.34±3.12	3.31±0.90	25.770 9	0.000 0
对照组	21.47±1.49	11.85±2.24	19.909 3	0.000 0	19.01±2.98	7.89±2.04	17.144 1	0.000 0
$t$ 值	1.713 8	17.266 3			0.864 6	11.436 6		
$P$ 值	0.091 7	0.000 0			0.390 7	0.000 0		

4.3 2组机械通气时间及ICU住院时间比较 见表3。治疗后,观察组的机械通气时间和ICU住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表3 2组机械通气时间及ICU住院时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	机械通气时间(h)	ICU住院时间(d)
观察组	31	87.32 ± 14.81	7.32 ± 1.84
对照组	31	103.45 ± 21.40	10.24 ± 2.75
t值		3.450 8	4.913 5
P值		0.001 0	0.000 0

## 5 讨论

由于VAP患者往往原发病较重,存在结构性肺病、心肺功能不全等多种合并症,需开放人工气道及机械通气,且短时间内脱机困难。早发VAP发生在机械通气 $\leq 4$ 天,主要由对大部分抗菌药物敏感的病原菌引起。晚发VAP发生在机械通气 $> 15$ 天,主要由多重耐药菌或泛耐药菌引起。当前临床治疗是在充分评估患者的临床症状并获取病原学培养及药敏结果的前提下,按照致病菌药敏结果给予相应的抗菌药物针对性治疗。近年来国内外报道多重耐药菌的发生呈逐年上升趋势,导致常见耐药菌的抗感染治疗策略不尽人意。

中医学认为,VAP归属于咳嗽、喘证等范畴,病变以肺为中心,病理性质可分为虚实两类,早期以实证居多,多由风热疫毒之邪自口鼻犯肺,或肺本有伏热,复感外邪,入里化热,炼液成痰,痰热内阻,肺失清肃,故常见痰热壅肺证。若治疗得当,邪退正复,可见阴虚内扰之低热。若正气不复,痰浊滞于体内,久治不化,易深入下焦,下竭肝肾,导致气阴两伤之虚证。二陈汤源自宋代《太平惠民和剂局方》,主要由法半夏、茯苓、陈皮、炙甘草等药物组成,具有燥湿化痰,理气

和中之效。其中,法半夏能燥湿化痰,和胃降逆;陈皮燥湿化痰;茯苓健脾渗湿,以助化痰。麻杏石甘汤是汉代《伤寒论》中的经方,组成成分包括麻黄、苦杏仁、生石膏、炙甘草,功效为辛凉宣肺,清肺平喘。两方合用,具有疏风清热、宣肺平喘、健脾化痰的效果。

本研究结果显示,治疗后2组体温、血清PCT、APACHE以及中医证候评分均较治疗前下降( $P < 0.01$ ),观察组的体温、血清PCT、APACHE评分以及中医证候评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。提示二陈汤合麻杏石甘汤联合常规西药治疗的痰热壅肺证VAP,可有效降低患者的体温,改善血清PCT、APACHE评分以及中医证候评分。此外,治疗后观察组的机械通气时间及ICU住院时间均短于对照组( $P < 0.01$ ),提示二陈汤合麻杏石甘汤联合常规西药治疗的痰热壅肺证VAP,可有效缩短患者使用呼吸机的时间和ICU住院时间,在提高预后上具有积极作用。

## [参考文献]

- [1] 兰海平,黄旭晴,吕群.呼吸机相关性肺炎病原菌分析与耐药性研究[J].中华医院感染学杂志,2015,25(5):984-986.
- [2] 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.
- [3] Knaus W A, Draper E A, Wagner D P, et al. APACHE: A severity of disease classification system [J]. Critical Care Medicine, 1985, 13(10): 818-829.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)