

大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗重症肺炎 30 例临床观察

李晶洁, 吕书勤

(新疆维吾尔自治区中医医院, 新疆 乌鲁木齐, 830000)

[摘要] 目的: 观察大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗重症肺炎的疗效。方法: 将 60 例重症肺炎患者随机分为 2 组各 30 例。对照组予西医常规治疗, 治疗组在此基础上加大柴胡汤合桂枝茯苓丸组方, 疗程均为 14d, 比较 2 组临床疗效。结果: 总有效率治疗组为 96.67%, 对照组为 93.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组白细胞、C 反应蛋白、降钙素原治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组患者病程、体温恢复时间均较对照组明显缩短, 真菌感染发生率、心力衰竭发生率、呼吸衰竭发生率均较对照组降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 大柴胡汤合桂枝茯苓丸组方辅助治疗重症肺炎可提高治疗效果。

[关键词] 重症肺炎; 中西医结合疗法; 大柴胡汤; 桂枝茯苓丸

[中图分类号] R259.631 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.023

重症肺炎是由多种因素引起的以肺泡上皮细胞、毛细血管内皮细胞损伤为主要病理生理改变的呼吸系统急危重症^[1]。严重感染、自身免疫因素、中毒等均可致病, 具有起病隐匿、发病急、病情程度重、进展快等特点, 患者临床主要表现为咳嗽多痰、气喘乏力、发热等症状, 严重时可引起心力衰竭、呼吸衰竭和感染性休克等, 预后较差^[2]。中医药在临床应用可较大地提高重症肺炎的治疗效果, 改善患者预后。笔者在西医常规治疗基础上采用大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗重症肺炎 30 例, 取得较好效果, 并与单用西医常规治疗的 30 例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为 2014 年 1 月至 2016 年 12 月本院住院的重症肺炎患者, 入院均表现为不同

程度的发热、咳嗽、呼吸困难等症状, 其中, 男 34 例, 女 26 例; 年龄 60 ~ 85 岁, 平均 (76.13 ± 16.67) 岁。将其随机分为治疗组和对照组各 30 例, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 2007 年美国感染疾病学会/胸科学会 (IDSA/ATS) 关于重症肺炎的诊断标准^[3]。主要标准: (1) 需要有创机械通气; (2) 感染性休克需要血管收缩剂治疗。次要标准: (1) 呼吸频率 > 30 次/min; (2) 氧合指数 ≤ 250 ; (3) 多肺叶浸润; (4) 意识障碍/定向障碍; (5) 氮质血症 ($BUN \geq 7$ mmol/L); (6) 血白细胞计数 $< 4 \times 10^9/L$; (7) 血小板计数 $< 10 \times 10^9/L$; (8) 体温 $< 36^\circ C$; (9) 低血压, 需要强力的液体复苏。符合上述 1 项主要标准或 3 项以上次要标准者即可诊断为重症肺炎。

1.3 纳入标准 (1) 年龄 60 ~ 85 岁; (2) 无原发性

效果、毒副作用优于第 1 代二氢吡啶类 CCB。本组治疗结果表明, 治疗组降压效果优于对照组 ($P < 0.05$), 说明天麻钩藤饮加减联合西药降压效果良好, 优于单纯西药治疗, 且不良反应少, 也说明配合中医药治疗可以降低西药的不良反应。

参考文献

- [1] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民出版社, 2005: 73.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 73-76.
- [3] 阚振棣, 刘岩等. 天麻钩藤饮研究进展[J]. 河南中医, 2007 (2): 367.

- [4] 张普川. 基于中医传承辅助系统的治疗原发性高血压病中医处方配伍规律研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2015.
- [5] 邓中甲. 方剂学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 203.
- [6] 王英锋, 魏璐雪. 天麻苷与钩藤生物碱在实验动物体内的代谢分析[J]. 药物分析杂志, 2000, 20(2): 133.
- [7] 赵志强, 赵玫, 周仲瑛, 等. 天麻钩藤饮对肝阳上亢证患者脑血流作用的临床药效动力学研究[J]. 中药药理与临床, 1999, 15(2): 38.
- [8] 李炳照. 实用中医方剂双解与临床[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2008: 489-491.
- [9] 魏睦新, 王刚. 方剂一本通[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009.

(收稿日期: 2017-11-08)

第一作者: 李晶洁, 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 肿瘤的中医药防治

通讯作者: 吕书勤, 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 肿瘤的中医药防治, E-mail: lvshuqin@126.com

精神疾病;(3)无原发性肝肾功能衰竭;(4)签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)年龄<60岁或>85岁;(2)入组前曾应用大柴胡汤、桂枝茯苓丸治疗;(3)合并肝肾功能衰竭、昏迷、恶性肿瘤;(4)对中药成份过敏。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。抗感染治疗,纠正电解质及酸碱代谢紊乱,营养支持,合理退热。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上联合大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗。基础方:柴胡 12g,黄芩 9g,白芍 9g,法半夏 9g,枳实 9g,生姜 15g,大枣 4 枚,大黄 6g,桂枝 12g,茯苓 12g,牡丹皮 12g,桃仁 9g,赤芍 9g。胸闷可加入瓜蒌、薤白;喘促、痰鸣可加入细辛、麻黄等。每天1剂,水煎取 400mL,分 2 次口服,早晚餐后 1h 给药。

2 组疗程均为 14d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 比较 2 组治疗前后白细胞(WBC)、C 反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)等血清炎症指标的变化;比较2组患者病程、体温恢复时间、真菌感染发生率以及心力衰竭、呼吸衰竭发生率。

3.2 疗效标准 参照文献[1]中有关内容制定。显效:临床症状和肺部体征基本消失,胸片检查显示肺部炎症消失或基本消失;有效:临床症状和肺部体征有明显改善,胸片检查显示肺部炎症部分吸收;无效:临床症状和肺部体征无明显变化甚至病情恶化,胸片检查显示肺部炎症无可见吸收甚至扩大,或者死亡。

3.3 统计学方法 应用 SPSS 17.0 统计软件,采用 χ^2 检验、*t* 检验和 Ridit 分析。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 96.67%,对照组为 93.33%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	18(60.00)	11(36.67)	1(3.33)	29(96.67) ^a
对照组	30	14(46.67)	14(46.67)	2(6.67)	28(93.33)

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05。

3.4.2 2 组治疗前后血清炎症指标比较 2 组 WBC、CRP、PCT 治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后血清炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	WBC($\times 10^9/L$)	CRP(mg/L)	PCT($\mu g/L$)
治疗组	30	治疗前	18.1 $\pm$ 5.8	152.3 $\pm$ 4.3	26.7 $\pm$ 8.4
		治疗后	5.3 $\pm$ 2.1 ^{ab}	37.23 $\pm$ 4.7 ^{ab}	0.21 $\pm$ 0.5 ^{ab}
对照组	30	治疗前	17.2 $\pm$ 4.5	153.2 $\pm$ 5.4	27.3 $\pm$ 3.1
		治疗后	7.5 $\pm$ 6.2 ^a	40.3 $\pm$ 4.1 ^a	0.23 $\pm$ 1.1 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P* < 0.05;与对照组治疗后比较,^b*P* < 0.05。

3.4.3 2 组病程、体温恢复时间、真菌感染发生率以及心力衰竭、呼吸衰竭发生率比较 治疗组病程时间、体温恢复时间均较对照组明显缩短,真菌感染发生率、心力衰竭发生率、呼吸衰竭发生率均较对照组降低,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组病程、体温恢复时间、真菌感染发生率、心力衰竭发生率、呼吸衰竭发生率比较

组别	<i>n</i>	病程时间(d)	体温恢复时间(d)	真菌感染发生率(%)	心力衰竭发生率(%)	呼吸衰竭发生率(%)
治疗组	30	13.1 $\pm$ 2.3 ^a	3.2 $\pm$ 0.5 ^a	23.33 ^a	6.67 ^a	13.33 ^a
对照组	30	18.4 $\pm$ 1.8	5.4 $\pm$ 0.7	63.33	16.67	23.33

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05。

4 讨论

中医学将本病归于“咳嗽”“喘证”“哮病”“肺胀”范畴,《素问·脉要精微论》载:“肝脉搏坚而长……当病坠若搏,因血在胁下,令人喘逆”^[4],认为痰热、瘀血互结为本病最常见病理基础。

大柴胡汤出自《伤寒论》,由柴胡、黄芩、赤芍、半夏、生姜、枳实、大黄、大枣组成。为解少阳郁热,泻阳明腑实之良方,主治少阳邪热未解,阳明里热炽盛,往来寒热,胸胁苦满,呕不能食,心下痞硬,大便秘结,舌苔黄,脉弦有力等症。肺部的疾病多因肺的宣降失调所致,肺气宣降失常则大肠积滞不通,用大柴胡汤宣畅少阳,荡涤胃肠积热,肃肺化痰,往往取效甚著。

桂枝茯苓丸原方出自《金匮要略》,由桂枝、茯苓、白芍、丹皮、桃仁 6 味药组成,是治疗妇科病证的名方^[5]。方中桂枝温经通阳利水,茯苓健脾利湿祛痰,桃仁活血化瘀消癥且能平喘,丹皮清热凉血又能祛瘀,白芍一味《别录》谓其能“去水气,散恶血”。诸药合用共奏活血化瘀、祛痰消癥之功,是治疗痰瘀同病的有效方剂,与肺心病的病机甚是相符。临床上也有不少关于桂枝茯苓丸加减治疗肺系疾病的报道,通过辨证化裁皆取得较好的效果^[6-7]。

桂枝茯苓丸入肝经,起到活血化瘀,祛除瘀血宿根的作用。胡希恕认为一部分哮喘患者原有瘀血伏于体内,一旦外感等变化,诱使瘀血与痰饮互

紫贝止咳颗粒治疗 感染后咳嗽余邪恋肺证 40 例临床观察

万益玲¹, 范伏元²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察紫贝止咳颗粒治疗感染后咳嗽余邪恋肺证的临床疗效。方法: 将 80 例感染后咳嗽余邪恋肺证患者随机分为 2 组各 40 例。对照组予以复方甲氧那明胶囊治疗, 治疗组予以紫贝止咳颗粒治疗, 疗程均为 7d。观察比较 2 组患者治疗前后临床症状积分、中医证候积分、症状缓解时间、诱导痰上清液中 P 物质 (SP)、白介素 (IL-8) 浓度及临床疗效。结果: 总有效率治疗组为 95.0%, 对照组为 82.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组咳嗽症状积分、中医证候积分、SP、IL-8 治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组症状缓解时间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 紫贝止咳颗粒可有效改善感染后咳嗽余邪恋肺证患者症状, 疗效显著。

[关键词] 感染后咳嗽; 余邪恋肺证; 中医药疗法; 紫贝止咳颗粒

[中图分类号] R256.11 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.024

感染后咳嗽 (Post-infections Cough, PIC) 指呼吸道感染急性期症状缓解, 咳嗽迁延不愈的一类咳嗽^[1], 病程一般 3~8 周。主要表现为干咳或咳少量白黏痰, 咽痒, 气温骤变、烟尘、运动可诱发或加重咳嗽^[2]。患者多因咳嗽敏感性增高出现频繁而剧烈阵咳, 导致焦虑、失眠、尿失禁等症, 部分患者最终出现慢性支气管炎、支气管哮喘等^[3]。紫贝止咳颗粒属中成药, 主要适用于咳嗽证属余邪恋肺者, 功能宣降肺气、止咳化痰。笔者采用紫贝止咳颗粒治疗感染后咳嗽余邪恋肺证 40 例, 收到较好

的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取湖南中医药大学第一附属医院呼吸内科门诊 2016 年 1 月至 2016 年 12 月感染后咳嗽余邪恋肺证患者 80 例, 采用随机数字表法分为 2 组各 40 例。治疗组中, 男 20 例, 女 20 例; 年龄 18~64 岁, 平均 (40.3 ± 10.4) 岁; 病程 22~40d, 平均 (31.1 ± 7.0) d。对照组中, 男 21 例, 女 19 例; 年龄 18~63 岁, 平均 (40.6 ± 11.7) 岁; 病程 21~42d, 平均 (30.5 ± 6.6) d。2 组性别、年龄、病程比较,

结, 上犯肝肺, 气机不利而发哮喘, 若不化痰, 则痰瘀难解, 哮喘经久不愈, 故对少阳阳明合病兼血瘀证选用大柴胡汤合桂枝茯苓丸或桃核承气汤, 攻邪速捷, 且不伤正^[8-9]。

本观察结果表明, 在西医治疗基础上联合中药汤剂治疗能改善重症肺炎患者的 WBC、CRP、PCT, 缩短患者病程、体温恢复时间, 降低真菌感染、心力衰竭、呼吸衰竭发生率。但因本观察病例数有限, 仍在临床观察中探讨大柴胡汤合桂枝茯苓丸组方是否对中医辨证各分型肺炎均有肯定治疗效果。

参考文献

- [1] 唐燕, 黄江. 白虎汤加减联合胸腺肽 $\alpha 1$ 治疗老年重症肺炎患者的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(7): 24-27.
- [2] 占林兵, 谢波, 华锋, 等. 重症肺炎患者免疫治疗前后免疫功

能的变化[J]. 实用医学杂志, 2015(13): 2145-2147.

- [3] 陆再英, 钟南山. 内科学(7版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [4] 周静, 庞剑. 大柴胡汤合桂枝茯苓丸对瘀血型慢性支气管哮喘临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014(6): 146-147.
- [5] 刁军成. 从桂枝茯苓丸谈妇科肿瘤的中医治疗意义[J]. 江西中医药, 2006, 37(4): 53-54.
- [6] 徐路, 张琦. 桂枝茯苓丸临床应用概况[J]. 河南中医, 2015, 35(9): 2032-2033.
- [7] 张小波, 王龙, 别玉龙, 等. 大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗慢性肺心病的探讨[J]. 江西中医药, 2016, 47(10): 76-77.
- [8] 冯世纶, 胡希恕——中国百年百名中医临床家丛书经方专家卷(2版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 21.
- [9] 沈婕, 何胜利. 大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗肿瘤患者感染后咳嗽验案 2 则[J]. 江苏中医药, 2015, 47(3): 57-58.

(收稿日期: 2017-09-29)

第一作者: 万益玲, 女, 2015 级硕士研究生, 研究方向: 中西医结合防治呼吸系统疾病

通讯作者: 范伏元, 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 中西医结合防治风湿病和呼吸系统疾病, E-mail: ffy023@163.com