

引用:吴永丰. 四君子汤治疗重度烧伤32例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(10): 49-50, 56.

# 四君子汤治疗重度烧伤32例临床观察

吴永丰

(汝州市人民医院, 河南 汝州, 467599)

**[摘要]** 目的:观察四君子汤联合西药治疗重度烧伤患者的临床疗效及对炎症因子水平的影响。方法:回顾性分析64例重度烧伤患者临床资料,将使用西医常规治疗的32例归为对照组,将西医治疗联合四君子汤治疗的32例归为治疗组,疗程均为4周,对比2组患者的临床疗效、炎症因子及免疫功能指标水平。结果:总有效率治疗组为96.88%(31/32),对照组为75.00%(24/32),2组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗组免疫功能指标水平[免疫球蛋白M(IgM)、免疫球蛋白A(IgA)、免疫球蛋白G(IgG)]较对照组高,炎症因子[肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白介素-6(IL-6)、 $\gamma$ 干扰素(IFN- $\gamma$ )]水平较对照组降低,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:重度烧伤患者使用西药联合四君子汤治疗,疗效较好,可降低患者炎症反应,提高免疫功能。

**[关键词]** 重度烧伤;中西医结合疗法;四君子汤;乌司他丁

**[中图分类号]** R269.44 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.10.020

烧伤是指热力、热液、蒸汽、高温气体、火焰等造成的机体组织损害,主要损伤皮肤或黏膜,严重者可伤及肌肉、骨、关节,甚至内脏。当机体受到烧伤后,可导致体液大量渗出、血液再分布,造成循环血量严重减少,短时间内可出现缺血-再灌注损伤,严重威胁患者的生命安全,因此对烧伤患者采取早期的有效处理可改善其预后<sup>[1-2]</sup>。西医治疗临床重度烧伤多采取抗感染、补液等措施,目前中西医结合治疗烧伤应用愈加广泛<sup>[3]</sup>。本研究对重度烧伤患者采用西医联合四君子汤治疗,对其临床总有效率、炎症因子水平以及免疫功能进行了分析,现总结报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 回顾性分析2018年1月至2019年6月由本院收治的64例重度烧伤患者临床资料,将采用西医常规治疗的32例归为对照组,将西医治疗联合四君子汤治疗的32例归为治疗组。治疗组中,男19例,女13例;年龄23~60岁,平均(38.12±3.15)岁;体质量59~78 kg,平均(66.27±3.63)kg。对照组中,男18例,女14例;年龄22~58岁,平均(37.56±3.45)岁;体质量58~76 kg,平均(66.74±3.25)kg。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《中华医学会烧伤外科学分

会2018年学术年会纪要》<sup>[4]</sup>中的诊断标准。患者烧伤总面积在31%~50%之间,或Ⅲ度面积在10%~19%之间,或烧伤面积未达到上述值,但存在下列情况之一者:1)全身情况严重或伴随休克;2)复合伤(冲击伤、严重创伤、化学中毒、放射伤);3)中度或重度呼吸道烧伤。

**1.3 纳入标准** 1)患者伤后8 h内入院;2)无中重度休克及吸入性损伤;3)年龄22~60岁。

**1.4 排除标准** 1)存在恶性肿瘤;2)存在严重合并症;3)有重要脏器功能异常;4)有脑部疾病或精神异常。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 予西医常规治疗。1)基础治疗。患者入院后立即经股静脉等置入中心静脉导管,行静脉补液进行抗休克治疗,动态监测中心静脉压变化以指导休克期补液,在患者休克症状改善后尽早进行肠内营养支持。2)抗炎症介质治疗。术后使用乌司他丁(广东天普生化医药股份有限公司,批准文号:国药准字H20040506,规格:2 ml:10万U)20万U+250 ml 0.9%氯化钠注射液静脉滴注,3次/d。3)烧伤部位外治方法。患者休克期渡过后期尽早去除深度烧伤创面的坏死组织,根据烧伤位置在切痂或削痂后进行选择性皮瓣移植,对于血管、神经、肌腱或骨外露者可行皮瓣修

复,术中需将死骨表面刮除彻底,确保骨解剖的连续性,当患者创面有肉芽形成时,宜行小皮片、自体大张厚皮移植。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加服四君子汤。方药组成:党参 30 g,茯苓 15 g,白术 12 g,炙甘草 10 g。每天 1 剂,浸泡 30 min 后取 500 ml 水煎至 150 ml,分 2 次温服。

2 组患者均治疗 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)炎症因子水平。抽取患者静脉血 2 ml,通过免疫学检测法测定肿瘤坏死因子-α(TNF-α),通过酶联免疫吸附测定法测定白介素-6(IL-6),通过细胞病变抑制法测定 γ 干扰素(IFN-γ)。2)免疫功能指标水平。治疗前后取患者早晨空腹静脉血 5 ml,通过 4500 r/min,离心 10 min 离心半径 6 cm,选上层血清-80℃低温保存,采用酶联免疫吸附法测定免疫球蛋白 M(IgM)、免疫球蛋白 A(IgA)、免疫球蛋白 G(IgG)水平。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>制定。显效:全身症状消失,创面基本愈合;有效:全身症状消失,创面未完全愈合;无效:全身症状未见改善,创面感染不能控制。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验;*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 96.88%,对照组为 75.00%,2 组比较,差异具有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

| 组别         | 例数 | 显效        | 有效        | 无效       | 总有效       |
|------------|----|-----------|-----------|----------|-----------|
| 治疗组        | 32 | 20(62.50) | 11(34.38) | 1(3.12)  | 31(96.88) |
| 对照组        | 32 | 16(50.00) | 8(25.00)  | 8(25.00) | 24(75.00) |
| $\chi^2$ 值 |    |           |           |          | 4.655     |
| <i>P</i> 值 |    |           |           |          | 0.031     |

3.4.2 2 组治疗前后炎症因子比较 2 组 TNF-α、IL-6、IFN-γ 水平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)

3.4.3 2 组治疗前后免疫功能指标比较 2 组 IgM、IgA、IgG 水平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 3)

表 2 2 组治疗前后炎症因子比较( $\bar{x} \pm s$ ,pg/ml)

| 组别  | 例数 | 时间节点 | TNF-α                    | IL-6                     | IFN-γ                      |
|-----|----|------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 治疗组 | 32 | 治疗前  | 79.23±11.25              | 20.17±6.26               | 147.34±22.33               |
|     |    | 治疗后  | 42.64±9.26 <sup>ab</sup> | 11.35±2.74 <sup>ab</sup> | 112.84±12.36 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 32 | 治疗前  | 78.34±11.35              | 20.36±6.35               | 146.32±23.65               |
|     |    | 治疗后  | 57.52±9.27 <sup>a</sup>  | 15.34±3.45 <sup>a</sup>  | 134.43±15.65 <sup>a</sup>  |

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

表 3 2 组治疗前后免疫功能指标比较( $\bar{x} \pm s$ ,g/L)

| 组别  | 例数 | 时间节点 | IgM                     | IgA                     | IgG                      |
|-----|----|------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 治疗组 | 32 | 治疗前  | 0.25±0.18               | 1.25±0.32               | 4.17±1.36                |
|     |    | 治疗后  | 1.93±0.46 <sup>ab</sup> | 2.38±0.84 <sup>ab</sup> | 10.73±2.75 <sup>ab</sup> |
| 对照组 | 32 | 治疗前  | 0.27±0.14               | 1.26±0.25               | 4.25±1.32                |
|     |    | 治疗后  | 1.24±0.25 <sup>a</sup>  | 1.62±0.53 <sup>a</sup>  | 7.26±2.54 <sup>a</sup>   |

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

4 讨论

重度烧伤可导致机体免疫细胞和免疫分子表达异常甚至丧失功能,造成机体免疫功能紊乱,且伴随炎性的高表达可加重患者的病情,不利于患者预后<sup>[6-7]</sup>。因此,早期采取有效措施抑制炎性因子高表达、调节免疫功能对患者恢复及预后具有重要意义<sup>[8-9]</sup>。乌司他丁是一种蛋白酶抑制剂,具有抑制多种蛋白水解酶及胰酶活力的作用,且对炎症介质的释放可起到较高的抑制效果,能有效减轻毛细血管的炎性渗出,进而阻止患者体内的炎性介质产生,改善机体组织水肿及出血情况<sup>[10-11]</sup>。

中医学认为,重度烧伤后多因热毒之气炽盛,导致皮肉腐烂,甚者火毒内攻而呈现不同脏腑兼证,故中医治疗以清热解毒、补气健脾、脱毒生肌为主要原则<sup>[12-13]</sup>。四君子汤中党参具有补中益气、健脾益肺的功效,现代药理研究表明党参具有增强机体免疫力、扩张血管、改善微循环以及增强造血功能的作用。茯苓具有利水渗湿、健脾补中、养心安神的功效;现代药理研究表明其具有调节免疫功能、抗氧化、抗感染、抗病毒的作用。白术可健脾益气、燥湿利水;现代药理研究表明,白术具有抗病毒、抗肿瘤、消炎抑菌的作用。炙甘草滋阴养血、益气通阳;现代药理机制表明炙甘草具有止痛、抗炎、抗过敏的作用。四味平和药物联合使用,可起到抗菌消炎、祛毒生肌、散瘀消肿的功效<sup>[14]</sup>。

本研究结果显示,治疗组总有效率及 IgM、IgA、IgG 水平较对照组高,TNF-α、IL-6、(下转第 56 页)

作用,使皮肤产生麻木感,外用可以充当风湿、神经痛等的镇痛剂;熟地黄可以有效滋阴补血,杜仲强筋健骨,茯苓渗湿,甘草调和诸药,全方共奏活血行气、通络止痛之效。在给药方式上,本研究选择熏蒸疗法,将药物煎制后产生的蒸汽直接作用于膝关节,有利于局部活血化瘀、疏通经络,充分发挥药物疗效<sup>[9]</sup>。除此之外,通过直接刺激患者神经末梢,其兴奋作用能够极大地降低肌肉、韧带组织僵硬、痉挛症状能够得到显著缓解。在热气熏蒸作用下,皮肤温度升高,有利于血管扩张,加快血液循环,进而帮助炎症介质及瘀血的吸收。本次研究结果可见治疗组患者经过治疗后 IL-8、TNF- $\alpha$  水平均显著降低,生活质量得以改善,总有效率达到 93.33%,体现了中药熏蒸治疗的优越性。

综上所述,针对膝关节骨性关节炎患者行中药熏蒸治疗,有利于患者血清炎症因子水平的改善,是提升患者生活质量、强化治疗效果的有效方案,值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1] 张月兰,张红梅,袁举,等. 中药熏蒸联合超短波治疗膝关节骨性关节炎的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019,41(3):216-218.

(上接第50页) IFN- $\gamma$  水平较对照组低,提示西药联合中药治疗可提升重度烧伤患者的治疗效果,抑制炎症反应并增强机体免疫力。中药治疗的优势在于,中药成分可充分发挥抗菌消炎的作用,抑制炎症因子的释放,对机体免疫功能具有显著的调节作用,且毒副作用小,药效持续时间长,有利于患者损伤组织恢复<sup>[15-16]</sup>。

综上所述,对重度烧伤患者在西药治疗基础上联合使用四君子汤,可提高治疗的总有效率,降低炎症反应,并提高免疫功能,值得临床推广。

#### 参考文献

- [1] 褚志刚,李泽,王爱华,等. 重组人生长激素治疗儿童重度烧伤的效果观察[J]. 中华烧伤杂志,2018,34(8):522-525.
- [2] 叶胜捷,陈如俊,庞淑光,等. 早期大剂量乌司他丁联合沐坦治疗特重度烧伤对患者呼吸功能及炎症因子的影响[J]. 中华全科医学,2016,14(1):26-28.
- [3] 黎明. 中西医结合治疗重度烧伤脓毒症的疗效分析[J]. 世界中医药,2016,11(9):1811-1813.
- [4] 李少琿,钟宁,舒斌,等. 中华医学会烧伤外科学分会 2018 年学术年会纪要[J]. 中华烧伤杂志,2018,34(12):914-916.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:146-147.

- [2] SKOU, SREN THORGAARD, HOJGAARD, et al. Customized foot insoles have a positive effect on pain, function, and quality of life in patients with medial knee osteoarthritis[J]. J Am Podiatr Med Assoc, 2016,12(1):50-55.
- [3] 王秀义,王文强,王文军,等. 膝关节骨性关节炎(KOA)诊疗规范[C]//中华中医药学会针刀医学分会 2008 年度学术会议论文集. 2008.
- [4] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1998:198-203.
- [5] 张健,王响,焦永伟,等. 正骨松筋疗法结合筋氏葆熏洗对老年重度骨性关节炎患者膝关节功能及关节力线的影响[J]. 辽宁中医杂志,2019,24(7):183-185.
- [6] ROY T. H. CHEUNG, SHIRLEY P. C. NGAI, KEVIN K. W. HO. Chinese adaptation and validation of the knee Injury and osteoarthritis outcome score(KOOS) in patients with knee osteoarthritis[J]. Rheumatology International, 2016,36(10):1449-1454.
- [7] 周伟,郑红波,冯穗,等. 活血膏联合中药熏洗治疗膝关节骨性关节炎的效果及对 IL-1 $\beta$ 、MMP-9 的影响[J]. 中国医药导报,2018,15(27):123-127.
- [8] 应海舟,王庆丰,应海芬. 针灸结合中药熏洗治疗膝关节骨性关节炎合并关节腔积液的疗效及对患者生活质量的影响[J]. 中华中医药学刊,2015,42(2):470-472.
- [9] 卓廉佳,张子强. 温针灸结合中药熏洗对膝关节骨性关节炎患者 IL-1、TNF- $\alpha$ 、MMP-3 的影响[J]. 中医药导报,2016,17(15):64-65.

(收稿日期:2020-01-02)

- [6] 孙有志. 早期综合治疗在重度烧伤中的应用[J]. 中国卫生标准管理,2018,9(1):53-55.
- [7] 刘昆. 探讨 120 例重度烧伤患者治疗后期残余创面的处理[J]. 中国医药指南,2015,13(31):52-53.
- [8] 罗长生,徐敏,白冰,等. 银离子敷料对早期重度烧伤患儿疗效及血清炎症因子水平的影响[J]. 现代生物医学进展,2017,17(19):3746-3749.
- [9] 刘小飞. 不同镇痛方式对烧伤植皮患者术后血浆炎症因子水平的影响[J]. 海南医学院学报,2015,21(2):265-267.
- [10] 张涛,李孝建,邓忠远,等. 乌司他丁对烧伤患者凝血功能及全身炎症反应的影响[J]. 西部医学,2016,28(2):201-203.
- [11] 倪良方,张元海,叶春江. 乌司他丁在重度火焰烧伤患者早期治疗中的作用[J]. 中国乡村医药,2016,23(6):23-24.
- [12] 熊爱兵,赖麒. 四君子汤对严重烧伤患者免疫功能的影响[J]. 中国烧伤创疡杂志,2014,26(5):319-322.
- [13] 陈静,吕国忠. 自制黄连膏对烧伤患者的临床疗效及对血流变学的影响分析[J]. 四川中医,2015,33(6):56-59.
- [14] 邵洪波,姚月明,张庆富,等. 四君子汤对碱烧伤食管组织中 p53 和 Bcl-2 表达水平的影响[J]. 中国生化药物杂志,2015,35(4):51-54.
- [15] 王旭文,齐杰,生孟军,等. 四君子汤联合乌司他丁治疗重度烧伤临床研究[J]. 中医学报,2017,32(1):135-138.
- [16] 吕涛,夏红霞,赵孝开,等. 四君子汤联合乌司他丁治疗烧伤患者的疗效及其安全性[J]. 中国皮肤性病学杂志,2018,32(1):92-96.

(收稿日期:2020-03-02)