

清气凉营法联合通腑活血法治疗肺热腑实型脓毒症临床观察

张熹煜¹, 李新梅¹, 李际强¹, 闫春江², 钟敏莹²

1. 广东省中医院大学城医院, 广东 广州 510006; 2. 广东省中医院总院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察清气凉营法联合通腑活血法治疗肺热腑实型脓毒症的临床疗效。方法: 选取60例肺热腑实型脓毒症患者为研究对象, 随机分为治疗组和对照组各30例。对照组给予抗感染、营养支持、维持电解质平衡等常规西药治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加用清气凉营法联合通腑活血法治疗, 2组均连续治疗7天。比较2组治疗后完全退热时间; 检测2组治疗前后的炎症指标(白细胞计数、血清C-反应蛋白、血清降钙素原); 比较2组治疗前后的中医证候积分及急性生理与慢性健康评分表(APACHE)评分。结果: 治疗组的完全退热时间为(42.8±20.4)h, 高于对照组的(63.4±25.4)h ($P < 0.05$)。治疗前, 2组中医证候积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗3、7天后, 2组中医证候积分均较治疗前下降 ($P < 0.05$); 治疗组的中医证候积分均低于对照组同期 ($P < 0.05$)。治疗前, 2组APACHE评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗3、7天后, 2组APACHE评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$)。治疗7天后, 治疗组的APACHE评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前, 2组白细胞计数、血清C-反应蛋白及血清降钙素原比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2组3项炎症指标均较治疗前下降 ($P < 0.05$); 治疗组的3项炎症指标均较对照组下降更显著 ($P < 0.05$)。结论: 清气凉营法联合通腑活血法治疗肺热腑实型脓毒症疗效确切, 能进一步缩短患者的发热持续时间, 改善临床症状, 控制炎症反应。

[关键词] 脓毒症; 肺热腑实型; 中西医结合疗法; 清气凉营法; 通腑活血法

[中图分类号] R631+2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0039-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.017

脓毒症是由感染引起的全身炎症反应综合征, 是临床危重患者的主要死亡原因之一。伤寒六经辨证是脓毒症辨证论治的基本思路, 温病卫气营血是六经辨证的补充和发展。温病学“截断扭转”思想对于本病发病早期阻止病情进一步发展, 有着极为重要的意义。笔者运用清气凉营法联合通腑活血法治疗肺热腑实型脓毒症, 取得较好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2010年2月—2012年7月在广东省中医院急诊科和综合病内科住院治疗的60例肺热腑实型脓毒症患者为研究对象, 按随机数字表法分为治疗组和对照组各30例。治疗组男17例, 女13例; 平均年龄(65.9±12.2)岁。对照组男18例, 女12例; 平均年龄(60.2±21.1)岁。2组性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[1]中脓毒症的诊断标准。

1.3 辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[2]中痰热壅肺证风温肺热病与《中医诊断学》^[3]中肠热腑实证的辨证标准。辨证为肺热腑实证, 症见身热烦渴, 汗多, 口渴, 咳嗽气粗,

或痰黄带血, 胸闷胸痛, 脐腹胀满硬痛、拒按, 大便秘结, 小便短黄, 甚则神昏谵语、狂乱, 舌质红、苔黄厚而燥, 或焦黑起刺, 脉洪数或滑数。

1.4 纳入标准 ①符合以上诊断标准和辨证标准; ②年龄18~80岁, 性别不限; ③肺为原发感染灶; ④未出现多器官功能衰竭综合征(MODS); ⑤患者或家属知情同意; ⑥按要求完成治疗者。

1.5 排除标准 ①妊娠或哺乳期妇女; ②合并严重心脑血管、肝、肾、造血系统、精神系统等疾病者; ③不能按要求完成治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗, 包括积极治疗原发病、维持电解质及酸碱平衡、营养支持及对症处理等。连续治疗7天。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加服清气凉营汤合桃核承气汤。清气凉营汤处方: 大青叶、青蒿(后下)、生石膏(先煎)、野菊花、白茅根各30g, 赤芍15g, 金银花、知母各10g。桃核承气汤处方: 桃仁、大黄各12g, 桂枝、芒硝、炙甘草各6g。每天各1剂, 水煎分早晚2次服用, 每次300mL,

[收稿日期] 2016-08-11

[作者简介] 张熹煜 (1981-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗感染性疾病及内科急重症。

连续服用7天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2组完全退热时间。②2组治疗前后的中医证候积分和急性生理与慢性健康评分表(APACHE)评分。中医证候(包括发热、咳嗽、咯痰、腹胀腹痛、皮肤干燥有瘀斑、大便秘结、小便黄赤、口渴程度、舌质红绛、舌苔黄腻、脉象滑数)积分按照4级标准计分,无症状为0分、轻度为1分、中度为2分、重度为3分,分数越高表示病情越重。APACHE评分基于17个物理变量、昏迷程度、年龄等,通过APACHE评分软件计算获得。③2组治疗前后的炎症指标(白细胞计数、血清C-反应蛋白、血清降钙素原)。空腹抽取患者静脉血5 mL,离心后留取上清液待测。白细胞计数采用全自动化生化分析仪测定;血清C-反应蛋白采用单向琼脂扩散法测定;血清降钙素原采用免疫发光半定量测定。

3.2 统计学方法 采用SPSS13.0统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2组完全退热时间比较 见表1。治疗组完全退热时间为(42.8 ± 20.4)h,对照组完全退热时间为(63.4 ± 25.4)h。2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.2 2组治疗前后中医证候积分比较 见表1。治疗前,2组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗3、7天后,2组中医证候积分均较治疗前下降($P < 0.05$);治疗组的中医证候积分均低于对照组同期($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗3d	治疗7d
治疗组	30	18.8±1.8	6.7±2.4 ^{①②}	1.4±1.3 ^{①②}
对照组	30	18.4±1.8	12.6±3.4 ^①	5.4±2.3 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组同期比较,② $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后APACHE评分比较 见表2。治疗前,2组APACHE评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗3、7天后,2组APACHE评分均较治疗前降低($P < 0.05$)。治疗7天后,治疗组的APACHE评分低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后APACHE评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗3d	治疗7d
治疗组	30	41.0±4.2	31.6±3.2 ^①	24.3±1.8 ^{①②}
对照组	30	39.4±3.2	33.4±4.6 ^①	27.8±2.6 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组同期比较,② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后炎症指标比较 见表3。治疗前,2组白细胞计数、血清C-反应蛋白及血清降钙素原比较,差异均无统

计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组3项炎症指标均较治疗前下降($P < 0.05$);治疗组的3项炎症指标较对照组下降更显著($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)

炎症指标	n	组别	治疗前	治疗后
白细胞计数($\times 10^9/L$)	30	治疗组	14.1±4.6	7.3±1.6 ^{①②}
		对照组	14.8±3.6	8.9±1.9 ^①
血清C-反应蛋白(mg/L)	30	治疗组	105±36.8	18.6±6.7 ^{①②}
		对照组	110±34.2	27.5±10.3 ^①
血清降钙素原(ng/mL)	30	治疗组	25.7±11.1	2.3±1.6 ^{①②}
		对照组	28.9±10.2	5.8±2.1 ^①

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

5 讨论

脓毒症是严重创伤、休克、感染、外科大手术患者常见的并发症。中医学认为,肺与大肠相表里,卫气通于肺,肺卫受邪,始于上焦,势必传入中焦阳明气分,热毒与有形之糟粕互结。肠腑燥实,耗伤营阴,而致热入营分,营气通于心,与脉相贯。故热毒内陷,每致扰乱神明,或因热毒伤络而致出血。因此,多数脓毒症患者临床兼见身热烦渴,咳嗽气粗,或痰黄带血,胸闷胸痛的肺热证和腹部胀满、大便秘结的腑实证两种证型。清代温病学家叶天士依据温病病机的演变规律,病程发展的阶段特点,提出“温邪上受,首先犯肺”的观点。并在治疗时认为:“在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气”,脓毒症转变极为迅速,在气分阶段甚至卫分阶段,邪热多已波及营分,多具有气营两燔之候,治疗上可气营两清。清气凉营法是南京中医药大学周仲瑛教授提出的清解气营分实热的治法,其重要意义在于截断热毒的深入,扭转气热传营之态势,引邪外出。

本研究所用清气凉营方由大青叶、青蒿、生石膏、野菊花、白茅根、赤芍、金银花、知母组成,具有清气泄热、凉营化瘀等功效。方中大青叶清热凉血解毒为君;金银花既清气分之热,又解血分之毒;生石膏清气泄热;大黄泻火解毒,凉血化瘀,使热毒从下而解;知母清热泻火,滋阴润燥;青蒿清热透邪,以上药物共为臣药,具有气营两清之功。淡竹叶清热除烦;野菊花清热解毒;白茅根清热凉血,生津利尿,共为佐使。诸药合用,在清气的同时加入凉营之品,以防热毒进一步内陷营血,又在清营热中参以透泄,能分消其邪,使营分之热转出气分而解,体现了“入营犹可透热转气”的原则。现代医学研究表明,清气凉营注射液对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、大肠杆菌、伤寒杆菌、福氏痢疾杆菌均有明显的抑杀作用,对流感A₃病毒也有明显的抑制作用。同时,对大肠杆菌内毒素引起的腹腔巨噬细胞吞噬功能下降有保护作用,从而增强小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬功能^[4]。奚氏等运用清气凉营汤治

疗脓毒症，能有效降低患者的 APACHE 评分^[5]。

肠道是脓毒症的启动器官，脓症患者同时存在的肠麻痹极易导致肠源性菌血症、内毒素血症的发生，进一步加重重要脏器的损害，这属于中医学腑实证范畴。脓毒症发生时，随着多种炎性细胞和炎性递质的释放，激活凝血系统，凝血激活和炎症反应相互促进、相互影响，共同构成脓毒症发展过程中的关键因素^[6]。广泛的毛细血管内凝血功能障碍是脓毒症的重要病理机制，也属于中医学血瘀证范畴。桃核承气汤由桃仁、大黄、桂枝、芒硝、炙甘草组成，主要作用在于通腑攻下，活血祛瘀。方中桃仁、大黄润肠化瘀，瘀热并泄；芒硝软坚泻热，活血行气；枳实行气散结，清热去痞，合芒硝可推荡积滞，加速热结之排泄；炙甘草护胃安中，并缓诸药之峻烈。诸药合用，共奏活血祛瘀，通腑攻下之效。现代医学研究表明，桃核承气汤能抑制促炎细胞因子 IL-6、TNF- α 及促进抗炎因子 IL-4、IL-10 的释放，以控制持续扩大的炎症反应，防止肠黏膜局部及全身组织器官受损，从而达到防治肠缺血再灌注损伤的目的^[7]。

本研究运用清气凉营法联合通腑活血法治疗肺热腑实型脓毒症，结果表明，治疗组能更快达到完全退热效果，中医症状改善更明显，APACHE 评分、白细胞计数、C-反应蛋白以及降钙素原均明显下降，表明清气凉营法联合通腑活血法是治

疗肺热腑实型脓毒症的有效方法。

[参考文献]

- [1] 孙明, 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 120.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 2.
- [3] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 200.
- [4] 俞晶华, 严红. 清气凉营注射液作用机理的研究[J]. 辽宁中医杂志, 1999, 26(9): 427-428.
- [5] 奚小土, 钟世杰, 黄宏强, 等. 清气凉营汤治疗脓毒症 30 例 APACHE 评分的临床观察[J]. 新中医, 2009, 41(8): 61-62.
- [6] Cornet AD, Smit EG, Beishuizen A, et al. The role of heparin and allied compounds in the treatment of sepsis[J]. Thromb Haemost, 2007, 98(3): 579-586.
- [7] 程梦琳, 邱明义, 陶春晖, 等. 桃核承气汤对大鼠肠缺血再灌注损伤血清 IL-4、IL-6、IL-10 及 TNF- α 的影响[J]. 湖北中医杂志, 2007, 29(5): 10-12.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

欢迎邮购 2012 年、2013 年、2014 年《新中医》
合订本，每年 230 元，3 年 690 元