

痰热清注射液治疗重症肺炎痰热壅肺证临床观察

李 魏,俞兴群,高志凌,聂卫群,王龙梅

(安徽中医药大学第一附属医院内科重症监护室,安徽 合肥 230031)

[摘要]目的 观察痰热清注射液治疗重症肺炎的临床疗效。方法 将42例重症肺炎患者随机分为对照组和治疗组,每组21例。两组均给予西医常规治疗,治疗组在常规治疗的基础上加用痰热清注射液,7 d为1个疗程。采用二氧化碳分压(partial pressure of carbon dioxide, PaCO₂)和氧合指数评价两组患者治疗前后呼吸功能改善情况;采用白细胞(white blood cell, WBC)计数、超敏C反应蛋白(hyper-sensitive C-reactive protein, hs-CRP)及降钙素原(procalcitonin, PCT)评价两组患者治疗前后炎症指标变化情况;采用急性生理与慢性健康Ⅱ(acute physiology and chronic health evaluation Ⅱ, APACHE Ⅱ)评分和临床肺部感染评分(clinical pulmonary infection score, CPIS)评价两组患者治疗前后病情严重程度;比较两组病原菌清除率及临床疗效。结果 与治疗前比较,两组患者治疗后 PaCO₂ 均显著降低($P<0.05$),氧合指数均显著升高($P<0.05$);治疗组患者 PaCO₂ 降低程度及氧合指数升高程度显著大于对照组($P<0.05$)。两组治疗后 WBC 计数, hs-CRP、PCT 水平, APACHE Ⅱ 评分, CPIS 均较治疗前明显降低($P<0.05$),且治疗组治疗后 WBC 计数, hs-CRP、PCT 水平, APACHE Ⅱ 评分, CPIS 降低程度较对照组更显著($P<0.05$)。治疗组的病原菌清除率显著高于对照组(71.43% vs 38.10%, $P<0.05$)。两组患者临床疗效分布比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 痰热清注射液能够改善重症肺炎患者呼吸功能,减轻炎症反应,协同抗生素能够增强杀菌效果,明显提高临床疗效。

[关键词]痰热清注射液;重症肺炎;痰热壅肺证;炎症指标;急性生理与慢性健康评分Ⅱ;临床肺部感染评分

[中图分类号]R563.1 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2021.05.006

重症肺炎是重症监护病房常见的一种急危重症,常伴随呼吸衰竭和(或)休克等,可导致多个脏器出现功能障碍甚至衰竭。虽然现代医疗水平较以前有很大提高,但因人口老龄化,感染高危宿主增多,耐药菌形势日益严峻等,其病死率仍居高不下,尤其当重症肺炎进展为脓毒症休克时,其病死率高达50%^[1]。现代医学联合中医药治疗重症肺炎能够减少治疗失败率、住院时间及住院死亡率,提高重症肺炎患者生活质量^[2]。痰热清注射液是中药静脉制剂,具有清热、解毒、化痰的功效。本研究在现代医学治疗的基础上,加用痰热清注射液,疗效显著,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 重症肺炎参照2019年美国传染病协会/美国胸科学会颁布的《成人社区获得性肺炎诊治指南》^[3]中相关诊断标准。

1.1.2 中医诊断标准 参考中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会制定的《社区获得性肺炎中医证候诊断标准》^[4]中相关诊断标准,符合肺炎痰热壅肺证。①咳嗽甚则胸痛;②痰黄或白干黏;③发热,口渴;④大便干结或腹胀;⑤舌质红,舌苔黄或黄腻,脉数或滑数。具备①项和②项,以及③④⑤项中任2项即可诊断。

1.2 纳入标准 ①符合重症肺炎诊断标准^[3];②符合中医辨证为痰热壅肺证者^[4];③年龄18~85周岁;④均有痰培养阳性结果;⑤患者或者其近亲属签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①合并严重凝血功能障碍者;②合并恶性肿瘤、血液系统疾患或者免疫缺陷患者;③对痰热清注射液过敏者。

1.4 一般资料 选择安徽中医药大学第一附属医院内科重症监护室2019年1月至2020年12月收治的重症肺炎痰热壅肺证者42例,按照随机数字表法分为对照组和治疗组,每组21例。对照组:男16例,女5例;年龄45~85岁,平均年龄(75.14±8.97)岁;有创机械通气18例;脑卒中8例,慢性阻

塞性肺疾病6例,冠心病4例,糖尿病3例;肺炎克雷伯菌6例,铜绿假单胞菌5例,鲍曼不动杆菌4例,大肠埃希菌3例,金黄色葡萄球菌3例。治疗组:男17例,女4例;年龄48~84岁,平均年龄(74.52±8.04)岁;有创机械通气17例;脑卒中9例,慢性阻塞性肺疾病5例,冠心病5例,糖尿病2例;肺炎克雷伯菌7例,铜绿假单胞菌4例,鲍曼不动杆菌4例,大肠埃希菌2例,金黄色葡萄球菌4例。两组患者一般情况比较,差异均无统计学意义(性别: $\chi^2=0.141, P=0.707$;年龄: $t=0.236, P=0.815$;有创机械通气率: $\chi^2=0.171, P=0.679$;基础疾病: $\chi^2=0.461, P=0.927$;痰培养病原学结果: $\chi^2=0.531, P=0.970$)。

2 方法

2.1 治疗方法 两组患者均接受西医常规治疗,如机械通气、抗感染(根据病原学及流行病学选用敏感抗生素)、化痰(氨溴索 60 mg,静脉推注,每日4次)、镇痛[瑞芬太尼 0.25~1.25 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 静脉泵入]、镇静(咪达唑仑 0.33~1 mg/h,静脉泵入)、防治应激性溃疡(艾司奥美拉唑钠 40 mg,静脉滴注,每日1次)、稳定内环境及营养支持等综合治疗。治疗组在此基础上加用痰热清注射液(上海凯宝药业有限公司生产,由黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘组成,每支10 mL含生药量3.3 g,国药准字Z20030054),将痰热清注射液20~40 mL加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100 mL中,静脉滴注,每日1次。7 d为1个疗程。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 血气分析指标 两组治疗前后采集桡动脉或股动脉血2 mL,采用雅培 i-STAT300 血气分析仪检测两组二氧化碳分压(partial pressure of carbon dioxide, PaCO_2)、氧合指数。氧合指数为氧分压(partial pressure of oxygen, PaO_2)与吸入氧分数(fraction of inspired oxygen, FiO_2)的比值。

2.2.2 炎症指标 于晨间空腹状态采集静脉血,送至安徽中医药大学第一附属医院检验中心检测两组患者治疗前后白细胞(white blood cell, WBC)计数、超敏C反应蛋白(hyper-sensitive C-reactive protein, hs-CRP)及血清降钙素原(procalcitonin, PCT)水平。

2.2.3 病情严重程度 治疗前后分别采用急性生理与慢性健康状况评估Ⅱ(acute physiology and chronic health evaluation Ⅱ, APACHE Ⅱ)量表^[5]

和临床肺部感染评分(clinical pulmonary infection score, CPIS)量表^[6]评价病情严重程度,由2名主治医师及以上职称者进行评分。

2.2.4 病原菌清除率 治疗前后严格遵循无菌观念及手部卫生规程,留取痰标本,送至安徽中医药大学第一附属医院微生物室进行病原学培养。病原菌清除率=病原菌清除菌株数/检出病原菌总菌株数 $\times 100\%$ 。

2.2.5 临床疗效判定标准 参照《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[7]制定疗效判定标准。痊愈:无需机械通气,咳嗽、呼吸困难、肺部啰音等症状和体征完全消失,X线胸片提示肺部阴影完全吸收;好转:咳嗽、呼吸困难、肺部啰音等症状和体征明显减轻,X线胸片提示肺部阴影部分吸收,血压正常;无效:未达到上述标准或死亡。

2.3 统计学方法 采用SPSS 25.0软件包处理数据。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”表示。同组治疗前后均数比较采用配对 t 检验,两组均数比较采用两个独立样本 t 检验,两组疗效分布比较采用Mann-Whitney U 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后 PaCO_2 、氧合指数比较 两组患者治疗前 PaCO_2 、氧合指数比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,两组患者治疗后 PaCO_2 均显著降低($P<0.05$),氧合指数均显著升高($P<0.05$);治疗组患者 PaCO_2 降低程度及氧合指数升高程度显著大于对照组($P<0.05$)。见表1。

3.2 两组患者治疗前后 WBC 计数、hs-CRP 及 PCT 水平比较 两组患者治疗前 WBC 计数、hs-CRP 及 PCT 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,两组患者治疗后 WBC 计数、hs-CRP 及 PCT 水平均显著降低($P<0.05$);治疗组患者 WBC 计数、hs-CRP 及 PCT 水平降低程度较对照组更为显著($P<0.05$)。见表2。

3.3 两组患者治疗前后 APACHE Ⅱ 评分、CPIS 比较 两组患者治疗前 APACHE Ⅱ 评分、CPIS 比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,两组患者治疗后 APACHE Ⅱ 评分、CPIS 均显著降低($P<0.05$);治疗组患者 APACHE Ⅱ 评分、CPIS 降低程度较对照组更为显著($P<0.05$)。见表3。

表 1 两组患者治疗前后 PaCO₂、氧合指数比较(±s)

组别	n	PaCO ₂ /mmHg			氧合指数		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	21	57.12±8.36	49.35±6.71 [*]	7.77±11.79	208.89±20.32	252.84±25.99 [*]	43.94±36.52
治疗	21	56.78±7.44	42.06±4.53 [*]	14.72±9.56 [#]	209.13±19.82	275.50±24.10 [*]	66.38±30.53 [#]

注:与治疗前比较,^{*}*P*<0.05;与对照组比较,[#]*P*<0.05

表 2 两组患者治疗前后 WBC 计数、hs-CRP 及 PCT 水平比较(±s)

组别	n	WBC 计数/(10 ⁹ /L)			hs-CRP(mg/L)			PCT(ng/mL)		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	21	16.47±2.58	10.64±2.03 [*]	5.84±3.34	101.31±13.12	52.80±18.84 [*]	48.51±23.62	6.30±1.81	3.72±1.05 [*]	2.58±2.32
治疗	21	16.67±2.12	8.81±1.27 [*]	7.86±2.64 [#]	97.01±25.21	33.42±16.77 [*]	63.59±24.26 [#]	6.62±2.19	2.45±0.97 [*]	4.17±2.60 [#]

注:与治疗前比较,^{*}*P*<0.05;与对照组比较,[#]*P*<0.05

表 3 两组患者治疗前后 APACHE II 评分、CPIS 比较(±s)

组别	n	APACHE II 评分			CPIS		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	21	21.67±5.22	17.00±2.45 [*]	4.67±5.38	8.38±1.53	5.81±1.50 [*]	2.57±2.20
治疗	21	22.52±6.72	13.90±1.89 [*]	8.62±6.35 [#]	8.52±1.72	4.29±1.49 [*]	4.24±2.51 [#]

注:与治疗前比较,^{*}*P*<0.05;与对照组比较,[#]*P*<0.05

3.4 两组患者病原菌清除率比较 治疗组的病原菌总清除率为 71.43%(15/21)(15 例分别为肺炎克雷伯菌 5 例、铜绿假单胞菌 3 例、鲍曼不动杆菌 2 例、大肠埃希菌 2 例及金黄色葡萄球菌 3 例),高于对照组的 38.10%(8/21)(8 例分别为肺炎克雷伯菌 2 例、铜绿假单胞菌 1 例、鲍曼不动杆菌 1 例、大肠埃希菌 2 例及金黄色葡萄球菌 2 例),差异有统计学意义(*P*<0.05)。治疗组病原菌清除率明显高于对照组($\chi^2=4.709,P=0.03$)。

3.5 两组临床疗效比较 两组患者临床疗效分布比较,差异有统计学意义(*P*<0.05),治疗组临床疗效优于对照组。见表 4。

表 4 两组患者临床疗效比较

组别	n	痊愈/例	好转/例	无效/例	平均秩次	Z 值	P 值
对照	21	4	5	12	25.38	-2.183	0.029
治疗	21	7	10	4	17.62		

4 讨论

重症肺炎是肺组织炎症发展到一定疾病阶段,病情恶化加重,引起器官功能障碍甚至衰竭,危及生命。其发病机制复杂,目前仍未完全阐明,涉及机体免疫防御功能、病原体因素(如病原体数量、毒力及侵入途径),以及病原体侵入后继发的炎症反应、免疫功能紊乱等多方面。当前重症肺炎的治疗措施包括抗感染、免疫调节、器官功能支持、营养支持及防治并发症等,其中有效控制感染是关键,但随着抗生素滥用,抗生素耐药形势日益严峻,导致治疗难度增

大、临床治疗效果差。如何提高重症肺炎疗效、改善患者预后成为当前研究的热点和难点。研究^[8]证实,中医药治疗重症肺炎能够改善临床症状,减轻炎症反应,促进呼吸功能恢复,提高临床疗效。

重症肺炎属于中医“风温肺热”“温热病”或“喘病”等范畴,多以痰热壅肺证常见,其病理因素主要责之于“痰”与“热”。其主要病机在于正气亏虚于内,卫外不固,风热之邪乘虚侵袭入里,或风寒郁而化热,内犯于肺,炼液为痰,或素有痰浊,郁久化热,痰热互结,壅塞于肺,肺失宣发肃降,可见发热、咳嗽、喘促、黄黏痰或黄脓痰等表现。若失治、治疗不当或邪气过胜,可导致热传心包、气阴耗伤加剧,出现神昏、脱证等难治之候,故而及时清热、解毒、化痰为关键。痰热清注射液具有清热、解毒、化痰的功效,含黄芩、山羊角、熊胆粉、金银花、连翘 5 味中药,是经现代中药提取和制剂技术制成的中成药注射液。黄芩味苦性寒,具有清热解毒、泻火除湿之功效,为清热要药,黄芩含黄芩苷、黄芩素、汉黄芩苷等成分,对铜绿假单胞菌、大肠埃希菌、鲍曼不动杆菌、葡萄球菌及肠球菌等具有抑制和杀灭作用^[9-10]。山羊角味咸性寒,具有清热解毒、平肝息风的功效,现代药理研究显示,山羊角与羚羊角化学成分相似,主要成分有多肽、蛋白质、氨基酸及磷脂类等,具有解热、抗惊厥、抗病毒及抗凝抗血栓等作用^[11-12]。熊胆粉味苦性寒,具有清热解毒的功效,主要含胆酸、蛋白质、多肽及氨基酸等,有抗菌、抗病毒、抗炎、镇咳祛痰及保护心脑血管系统的作用^[13]。金银花味甘性寒,有清热解毒、疏散风热的功

效,含绿原酸、异绿原酸、酚酸类等成分,对多种病原菌具有抑制作用,且能发挥抗感染作用^[14]。连翘苦寒,有清热解毒、消痈散结、疏散风热的功效,含乙醇苷类、酚酸类、黄酮类、木脂素类、萜类及挥发油等成分,有抑菌、抗感染、免疫调节及抗氧化等作用^[15]。五味中药配伍合用,既能宣散风热之邪,又能使痰热从内而清。现代药理研究^[16]证实,痰热清注射液具有抗感染、解热、镇咳祛痰、广谱抗菌及抗病毒作用,并且能够提高机体免疫力。

重症肺炎患者存在明显的炎症反应和氧化应激反应,并且与患者肺部感染程度密切相关^[17]。炎症反应贯穿重症肺炎始终。重症肺炎常因炎症病变及炎症细胞大量浸润导致肺泡损伤,或痰液分泌物堵塞气道导致通气功能障碍,表现为 CO_2 潴留,以及因通气/血流比例失调、弥散功能障碍和肺内分流增加导致换气功能障碍,出现低氧血症。 PaCO_2 、氧合指数是反映肺通气及换气功能的重要指标,能够反映患者呼吸功能状态。本研究显示,与对照组治疗后比较,治疗组患者治疗后 PaCO_2 降低程度及氧合指数升高程度更显著($P<0.05$),提示痰热清注射液能够改善患者呼吸功能,有利于呼吸衰竭纠正,考虑与痰热清注射液化痰、改善重症肺炎患者炎症表达有关^[18]。

WBC 计数是目前临床应用最广泛的炎症指标,常联合 hs-CRP 及 PCT 评估重症肺炎患者的炎症反应和感染程度。hs-CRP 是一种急性时相反应蛋白,在健康人群水平极低,当机体受到创伤、感染时可急剧升高,能够反映炎症程度,尽管其并不是感染特异性指标,但其升高程度与感染严重程度成正相关^[19-20]。研究^[21-22]表明:PCT 由甲状腺 C 细胞分泌,健康成人血清 PCT 水平很低,当机体出现严重感染、脓毒血症时,PCT 水平可显著升高,且革兰氏阴性菌的 PCT 水平显著高于革兰氏阳性菌,可用于鉴别诊断革兰氏阴性菌和革兰氏阳性菌的感染;病毒感染时,机体释放的 γ 干扰素可抑制 PCT 的产生,因此,PCT 可作为细菌感染较特异的炎症标志物,能够指导抗生素的合理应用。有研究^[23]表明,hs-CRP 联合 PCT 检测有利于肺炎的早期诊断,评估治疗反应及预后。本研究显示,治疗组治疗后 WBC 计数、hs-CRP 及 PCT 水平较对照组治疗后降低程度更显著($P<0.05$),提示痰热清注射液能够有效抑制炎症反应,减轻炎症递质对肺组织损伤,利于感染控制。

APACHEII 评分广泛用于评估疾病严重程度及治疗效果,分值越高,表明病情越重,预后越差^[5]。CPIS 是评估肺炎严重程度的肺炎评分系统,CPIS 越

高,表明感染程度越严重,机械通气时间及住院时间越长,病死率越高。CPIS 值有助于指导治疗和判断预后^[24]。故 APACHEII 评分联合 CPIS 能够更好评估病情及感染严重程度,评估疗效和预后。本研究显示,与对照组比较,治疗组患者治疗后 APACHEII 评分、CPIS 降低程度更显著($P<0.05$),提示在西医常规治疗基础上加用痰热清注射液能够优化重症肺炎的治疗,改善患者的病情。

在抗生素滥用和抗生素耐药严峻形势下,一些抗菌谱更广、效力更强及耐药率相对更低的抗生素应用到临床,但抗生素更新换代速度难以跟上细菌耐药性产生的速度,而中医药能够多途径、多靶点干预耐药菌,体内、体外研究均证实中医药能够降低细菌耐药性,能有效抑菌、杀菌,提高病原菌清除率^[25]。本研究结果表明,治疗组的病原菌清除率显著高于对照组(71.43% vs 38.10%, $P<0.05$)。结果提示痰热清注射液能够提高重症肺炎患者病原菌的清除效果,协同抗生素增强杀菌疗效。

综上所述,在西医常规治疗的基础上,遵循中医辨证论治原则,对痰热壅肺证重症肺炎患者加用痰热清注射液,能够提高重症肺炎患者临床疗效、缓解病情严重程度,其机制可能与提高病原菌清除效力,减轻炎症反应及改善呼吸功能有关。

参考文献:

- [1] GARNACHO-MONTERO J, BARRERO-GARCÍA I, GOMEZ-PRieto M G, et al. Severe community-acquired pneumonia: current management and future therapeutic alternatives[J]. Expert Rev Anti Infect Ther, 2018, 16(9): 667-677.
- [2] WANG H F, LI J S, YU X Q, et al. Integrated traditional Chinese and conventional medicine in treatment of severe community-acquired pneumonia: study protocol for a randomized placebocontrolled trial[J]. Trials, 2018, 19(1): 620.
- [3] METLAY J P, WATERER G W, LONG A C, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2019, 200(7): e45-e67.
- [4] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 社区获得性肺炎中医证候诊断标准(2011版)[J]. 中医杂志, 2011, 52(24): 2158-2159.
- [5] 于凯江, 杜斌. 重症医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 11.
- [6] 中国医师协会急诊医师分会. 中国急诊重症肺炎临床实

践专家共识[J]. 中国急救医学, 2016, 36(2): 97-107.

[7] 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: 139.

[8] 王朝霞, 范铁兵. 中医药治疗重症肺炎的研究进展[J]. 中国中医急症, 2020, 29(5): 930-932.

[9] 侯媛媛. 大黄和黄芩抑菌活性物质追踪及其抑菌机理研究[D]. 上海: 上海海洋大学, 2015.

[10] 高翔, 邵菁, 汪天明, 等. 黄芩及其有效成分抗菌作用新进展[J]. 中国中药杂志, 2014, 39(19): 3713-3718.

[11] 刘绍勇, 薛东升, 李江海, 等. 山羊角提取物中氨基酸的种类研究与含量测定[J]. 中南药学, 2014, 12(3): 271.

[12] 王亮, 陈万生. 山羊角研究概况[J]. 江苏中医药, 2019, 51(12): 86-89.

[13] 韩莹, 孙晖, 邱丽萍, 等. 熊胆药用特殊价值及其药效物质基础研究[J]. 中医药信息, 2020, 37(1): 12-18.

[14] 宋亚玲, 王红梅, 倪付勇, 等. 金银花中酚酸类成分及其抗炎活性研究[J]. 中草药, 2015, 46(4): 490.

[15] 齐丽娜, 陈炫好, 金华, 等. 中药连翘化学成分及药理活性研究进展[J]. 天津中医药大学学报, 2021, 40(2): 168-175.

[16] 赵宁波, 王东兴, 杜学航. 痰热清注射液治疗呼吸系统疾病临床应用新进展[J]. 中国中医急症, 2018, 27(4): 740-742.

[17] 陈鹏, 庞健, 健付慧, 等. 重症肺炎患者血清氧化应激指标和炎症因子的表达及其与肺部感染评分的关系[J]. 现代生物医学进展, 2019, 19(9): 1778-1781.

[18] 张旋. 痰热清注射液对重症肺炎患者炎性介质表达的影响观察[J]. 中医中药, 2017, 15(27): 188.

[19] 梁若枫, 刘金玲, 陈海华, 等. 血清 C-反应蛋白对儿童急性呼吸道感染的诊断价值研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(18): 4210-4212.

[20] KAPIL S, AVINASH J, RAJENDRA T, et al. Prognostic assessment in COPD patients; BODE index and the health-related quality of life[J]. The Journal of Association of Chest Physicians, 2020, 8(1): 6-13.

[21] 中国医药教育协会感染疾病专业委员会. 降钙素原指导抗菌药物临床合理应用专家共识[J]. 中华医学杂志, 2020, 100(36): 2813-2821.

[22] 张淑瑛, 冯敏亚, 王晓慧. 病原菌耐药性程度与降钙素原检测结果的分析[J]. 国际检验医学杂志, 2020, 41(7): 886-888.

[23] LIU G B, CUI X Q, WANG Z B, et al. Detection of serum procalcitonin and C-reactive protein in patients with pneumonia and sepsis[J]. J Biol Regul Homeost Agents, 2018, 32(5): 1165-1169.

[24] 郑贵军, 张杰根, 袁亚松, 等. 降钙素原清除率对重症肺炎患者临床转归的评估价值[J]. 中华危重病急救医学, 2019, 31(5): 566-570.

[25] 尹江涛, 张颖, 梁茂新, 等. 中医药干预肺部耐药菌的优势及相关机制研究[J]. 沈阳医学院学报, 2020, 22(6): 575-578.

(收稿日期: 2021-09-13)

Tanreqing Injection in Treatment of Severe Pneumonia with the Syndrome of Phlegm-Heat Obstructing the Lung: A Clinical Observation

LI Wei, YU Xing-qun, GAO Zhi-ling, NIE Wei-qun, WANG Long-mei
(Medical Intensive Care Unit, The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical effect of Tanreqing Injection on patients with severe pneumonia. **Methods** A total of 42 patients with severe pneumonia were randomly divided into control group and treatment group, with 21 patients in each group. The patients in the control group were given conventional Western medicine treatment, and those in the treatment group were given Tanreqing Injection in addition to the treatment in the control group; each course of treatment was 7 days. Arterial partial pressure of carbon dioxide (PaCO₂) and oxygenation index (OI) were used to evaluate the improvement in respiratory function after treatment; white blood cell count (WBC), high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), and procalcitonin (PCT) were used to evaluate the changes in inflammatory indices after treatment; Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) score and Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) were used to evaluate disease severity before and after treatment; clearance rate of pathogenic bacteria and clinical outcome were compared between the two groups. **Results** After treatment, both groups had a significant reduction in PaCO₂ ($P < 0.05$) and a significant increase in OI ($P < 0.05$), and compared with the control group, the treatment group had a significantly greater reduction in PaCO₂ and a significantly greater increase in OI ($P < 0.05$). After treatment, both groups had significant reductions in

养血益睛汤治疗早期干性年龄相关性黄斑变性疗效观察

王龙龙, 刘蓓蓓

(亳州市中医院, 安徽 亳州 236800)

[摘要]目的 探讨养血益睛汤治疗早期干性年龄相关性黄斑变性的疗效。方法 将50例患者按照随机数字表法随机分为观察组与对照组, 每组25例, 观察组予以口服养血益睛汤治疗, 对照组予口服维生素E软胶囊及维生素C片治疗, 两组均治疗4周。观察两组患者治疗前后最佳矫正视力(best corrected visual acuity, BCVA)、糖尿病视网膜病变早期治疗研究(early treatment diabetic retinopathy study, ETDRS)字母数及治疗后眼部症状改善评分。结果 观察组的临床疗效明显优于对照组($P<0.05$)。与治疗前比较, 两组患者治疗后BCVA、ETDRS字母数均显著升高($P<0.05$); 观察组患者眼部症状改善评分及BCVA、ETDRS字母数升高程度显著大于对照组($P<0.05$)。结论 养血益睛汤对早期干性年龄相关性黄斑变性有较好疗效, 可减轻黄斑区病变程度, 提升患者视力, 改善患者视觉质量。

[关键词]养血益睛汤; 年龄相关性黄斑变性; 氧化应激; 黄斑地图状萎缩

[中图分类号]R774.5 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2021.05.007

年龄相关性黄斑变性(age-related macular degeneration, AMD)是一种随着年龄增长而发生的常见致盲性眼病, 病变发生的部位主要位于视网膜的黄斑区, 根据有无新生血管形成, 可分为干性以及湿性两种。就目前来说, 西医针对干性AMD的治疗以抑制炎症反应、抑制氧化应激反应以及营养神经等方法为主, 尚无特效治疗药物^[1]。中医认为本病当属于“视瞻昏渺病”范畴^[2], 与肝、脾、肾三脏密切相关, 病因病机总体为因虚而病^[3]。养血益睛汤是笔者治疗早期干性AMD的有效经验方, 本研究运用养血益睛汤治疗早期干性AMD, 与应用维生素E及维生素C的西医常规治疗方法对照, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参考《年龄相关性黄斑变性

诊断与治疗规范》^[4]制定诊断标准。轻度的视力减退, 或伴有程度较轻的视物变形、视物扭曲或视物颜色改变等症状; 检查眼底可见黄斑区色素异常, 中心凹反光减弱或反光消失, 或伴有小的或中等大小的玻璃膜疣($<125\mu\text{m}$)。

1.1.2 中医诊断标准 参考《中医眼科学》^[5]制定诊断标准。外观眼部无明显异常, 唯有视物昏朦, 且随着年龄的增长, 视力日渐减退。后极部视网膜可见形态较小的玻璃膜疣, 黄斑区呈现小而浅的斑点状色素脱失或色素沉着小点等色素紊乱表现。

1.2 纳入标准 ①符合上述诊断标准。②性别不限, 年龄 ≤ 75 岁。③1个月内未曾接受其他方案治疗。④阿姆斯勒方格表检查阳性。

1.3 排除标准 ①合并有青光眼、病理性近视、急性或慢性葡萄膜炎、糖尿病性视网膜病变、视网膜色素变性、黄斑裂孔、黄斑前膜、视网膜静脉阻塞等眼

作者简介: 王龙龙(1993-), 男, 住院医师

WBC, hs-CRP, PCT, APACHE II score, and CPIS ($P<0.05$), and the treatment group had significantly greater reductions than the control group ($P<0.05$). The treatment group had a significantly higher clearance rate of pathogenic bacteria than the control group (71.43% vs 38.10%, $P<0.05$). There was a significant difference in the distribution of clinical outcomes between the two groups ($P<0.05$).

Conclusion For patients with severe pneumonia, Tanreqing Injection can improve respiratory function, alleviate inflammatory response, enhance the bactericidal effect in combination with antibiotics, and significantly improve clinical outcome.

[Key words] Tanreqing Injection; Severe pneumonia; Syndrome of phlegm-heat obstructing the lung; Inflammatory indices; Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II score; Clinical Pulmonary Infection Score