

清热化痰法治疗社区获得性肺炎临床观察

● 肖明耿¹ 洪旭初¹ 杨 萍¹ 严桂珍² 陈永海¹

摘 要 评价清热化痰法治疗社区获得性肺炎的疗效。方法:将符合纳入条件的 60 例社区获得性肺炎患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。对照组予西医常规治疗,治疗组在西医常规治疗基础上加中医清热化痰法治疗。观察指标为治疗前后症状体征积分、愈显率;治疗前及治疗后 72h、7d、10d 血清 C 反应蛋白(CRP)和降钙素原(PCT)水平变化。结果:两组在年龄、性别、治疗前的症状体征积分、血清 CRP 和 PCT 水平统计学无显著差异($P > 0.05$)。治疗组治疗后症状体征积分、愈显率、血清 CRP 及 PCT 水平均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:清热化痰法联合西医常规治疗能较好地降低肺炎患者的血清 PCT 和 CRP 水平,改善症状体征积分,提高愈显率。

关键词 社区获得性肺炎 清热化痰法

社区获得性肺炎(community acquired pneumonia, CAP):是指在医院外罹患的感染性肺实质(含肺泡壁即广义上的肺间质)炎症。包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎^[1]。CAP 属中医肺炎喘嗽的范畴^[2]。肺炎的病性因素多以“热、痰”为主,李建生等^[3]对一些三甲医院 CAP 患者进行证候分析,发现“痰热壅肺证”是最常见的证候类型。本研究回顾了采用清热化痰法治疗社区获得性肺炎的病例,发现清热化痰法治疗社区获得性肺炎提高了临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 12 月~2013 年 12 月福建中医药大学附属人民医院呼吸科住院的社区获得性肺炎患者共 60 例,随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例中,男 16 例,女 14 例,年龄 54~93 岁,平均 73.3 ± 8.51 岁。对照组 30 例中,男 15 例,女 15 例;年龄 55~88 岁,平均 72.18 ± 9.01 岁。两组年龄、性别构成、治疗前症状体征积分、血清 CRP、PCT 水平差异均无显著性意义($P > 0.05$),两组基线资料齐同可比。

1.2 中医诊断标准 符合国家中医药管理局《中医

病症诊断疗效标准》中肺炎喘嗽诊断依据及证型属痰热壅肺的分类标准^[4]。

1.3 西医诊断标准 参照 2006 年中华医学会呼吸病学分会制定的《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》^[1]。诊断标准如下:(1)新近出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸道疾病症状加重,并出现脓性痰,伴或不伴胸痛。(2)发热。(3)肺实变体征和(或)闻及湿性啰音。(4)WBC $> 10 \times 10^9/L$ 或 $< 4 \times 10^9/L$,伴或不伴细胞核左移。(5)胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。

以上 1~4 项中任何 1 项加第 5 项,并除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症及肺血管炎等。

1.4 纳入标准 ①符合中医肺炎喘嗽的诊断标准和中医辨证属痰热壅肺证者;②符合西医社区获得性肺炎诊断标准;③年龄不小于 18 周岁;④知情同意并签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①不符合中医及西医诊断标准者;②年龄在 18 岁以下者,妊娠期或哺乳期妇女;③重症社区获得性肺炎;④合并肺部其他严重原发性疾病、心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者;⑤过敏体质及对多种药物(尤其是抗生素)过敏者;⑥资料不全等影响疗效观察的病例。

• 作者单位 1. 福建中医药大学附属人民医院(350004);2. 福建中医药大学附属第二人民医院(350003)

2 治疗措施

2.1 对照组 遵循中华医学会《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》^[1]进行西医常规治疗。抗感染予莫西沙星(商品名:拜复乐,德国拜耳公司 D-51368, Leverkusen 规格:250ml:400mg 莫西沙星,2.25g 氯化钠)0.4 静脉滴注,每天 1 次,连续 10 天。

2.2 治疗组 在遵循《指南》的西医常规治疗基础上加用口服清热化痰颗粒剂(北京康仁堂药业有限公司提供,药物组成:瓜蒌 15g、浙贝母 15g、黄芩 9g、鱼腥草 15g、陈皮 9g、茯苓 9g、甘草 6g),日 1 剂,温开水 20ml 冲服。疗程为 10 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗后症状体征积分、愈显率。治疗后 72h、7d、10d 血清 CRP 水平和血清降钙素原(PCT)水平。

3.2 综合疗效判定标准 根据《中华人民共和国中医药行业标准—中医症证诊断疗效标准》^[2]拟定。痊愈:积分改善率 $\geq 95\%$;显效: $70\% \leq$ 积分改善率 $< 95\%$;好转: $30\% \leq$ 积分改善率 $< 70\%$;无效:积分改善率 $< 30\%$ 者。

3.3 统计分析 采用 SPSS18.0 软件作统计处理。计量数据统计描述用 $\bar{x} \pm s$ 表示,治疗组与对照组比较采用两独立样本 t 检验。综合疗效判定为单向有序计数资料采用 Ridit 分析。治疗后血清 CRP、PCT 水平为重复测量资料,采用重复测量方差分析。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

4 结果

4.1 两组病例治疗前后症状积分比较 两组治疗后症状积分较治疗前均有显著降低,差异具有统计

学意义($P < 0.05$)。但是治疗后治疗组症状体征积分低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),说明清热化痰法联合西医治疗优于单纯西药治疗。见表 1。

表 1 两组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别(n)	治疗前 症状体征积分	治疗后 症状体征积分
治疗组(30)	20.5 ± 5.1	3.1 ± 3.2
对照组(30)	19.7 ± 5.2	6.5 ± 3.4

注:治疗前和治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$;治疗后两组比较, $^*P < 0.05$

4.2 两组治疗后综合疗效比较 因资料为单向有序(反应变量有序)故采用了 Ridit 分析进行统计学显著性检验,比较两组综合疗效。治疗组 R1 的 95% [29.42 - 43.91] 与对照组 R2 [36.31 - 55.35] 无重叠,所以两组综合疗效存在显著差别。因按疗效从痊愈到无效编秩,所以 R 越小疗效越好。治疗组综合疗效显著优于对照组。见表 2。

表 2 综合疗效判定(例)

组别 (n)	痊愈	显效	好转	无效	疗效秩 R(均数)	95% CI
治疗组(30)	20	7	2	1	36.67	29.42 - 43.91
对照组(30)	16	5	7	2	45.83	36.31 - 55.35

注:R1 与 R295% 可信区间无重叠

4.3 两组治疗前后血清 CRP 水平 两组治疗后血清 CRP 水平均较治疗前下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。但是治疗后治疗组血清 CRP 水平低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),说明相比单纯西药治疗,清热化痰法联合西医治疗更能减轻全身炎症反应。见表 3。

表 3 两组治疗前后血清 CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别(n)	治疗前	72h	7d	10d
治疗组(30)	79.78 ± 68.58	30.7 ± 30.2	23.44 ± 26.12	11.4 ± 19.7 $^{\Delta*}$
对照组(30)	78.4 ± 64.8	40.1 ± 38.1	30.35 ± 33.7	27.92 ± 24.5 $^{\Delta}$

注:经重复测量方差分析,同组治疗前后比较, $^{\Delta}P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $^*P < 0.05$

4.4 两组治疗前后血清 PCT 水平 两组治疗后血清 PCT 水平均较治疗前下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。但是治疗后治疗组血清 PCT 水平低于对照

组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),说明相比单纯西药治疗,清热化痰法联合西医治疗更能减轻全身炎症反应。见表 4。

表 4 两组治疗前后血清 PCT 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别(n)	治疗前	72h	7d	10d
治疗组(30)	2.51 ± 0.58	1.2 ± 0.52	0.49 ± 0.39	0.12 ± 0.43 ^{△*}
对照组(30)	2.4 ± 0.90	1.5 ± 0.93	0.71 ± 0.68	0.26 ± 0.54 [△]

注:经重复测量方差分析,同组治疗前后比较,[△] $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.05$

5 讨论

目前认为肺炎治疗须动态观察血清降钙素原和 C 反应蛋白变化。PCT 和 CRP 是评估病情严重程度和疗效的敏感指标^[4]。快速下降或恢复正常说明治疗有效,病情好转^[5]。

肺炎多属于中医学“肺炎喘嗽”范畴,多因外邪犯肺,郁久化热,热伤肺津,炼液为痰;或素有宿痰,内蕴日久化热,痰热互结,壅滞肺络。因肺为清虚之体,异物不容,毫毛必咳,故而咳吐黄痰,粘稠量多。《医约·咳嗽》指出“咳嗽毋论内外寒热,凡形气病气俱实者,宜散宜清,宜降痰,宜顺气”为原则,选用宣肺化痰、顺气降痰之品。

清肺化痰汤,从肺治疗,宣肺气,清肺热,化痰浊,针对肺炎痰热证治疗。其中鱼腥草主入肺经,清解肺经热毒,前人用为“治痰热壅肺之要药”;黄芩苦寒,长于清肺热,清之降之;浙贝母、瓜蒌清泄肺热;治痰当须理气,故又选陈皮理气燥湿,使气顺而痰消。脾为生痰之源,肺为储痰之器,故以茯苓健脾渗湿,使湿无所聚,则痰无所生;甘草养阴化痰。

本课题对清热化痰汤在临床工作中常见的痰热郁肺型肺炎进行治疗,同时观察其对患者体内 CRP、PCT 的影响。结果显示,治疗组治疗后症状体征积分、愈显率、血清 CRP 及 PCT 水平均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。研究表明,使用清热化痰法联合西医常规治疗能明显降低外周血 PCT 和 CRP,减轻肺炎的炎症反应及组织损害。本研究证实,该方有效治疗肺炎,疗效明显优于单纯的抗生素治疗,且中药费用不高,值得推广。

参考文献

[1]社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志,2006,10:651-655.
[2]国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[s]. 南京:南京大学出版社,1994:78.
[3]李建生,王至婉,余学庆,等. 社区获得性肺炎常见证候及老年患者特征分析[J]. 中医杂志,2009,50(11):1018-1022.
[4]屈文烈,王镇山,顾俊明. 血清降钙素原 C 反应蛋白内毒素的测定对社区获得性肺炎的诊断价值[J]. 中国实用内科杂志,2006,11:832-833,838.
[5]杨 滨,康 梅. 降钙素原在细菌感染性疾病诊断及治疗中的应用[J]. 现代预防医学,2009,03:596-597,601.

医 论

治形论

老子曰:吾所以有大患者,为吾有身。使吾无身,吾有何患? 余则曰:吾所以有大乐者,为吾有形。使吾无形,吾有何乐? 是可见人之所有者唯吾,吾之所赖者唯形耳! 无形则无吾矣,谓非人身之首务哉。第形之为义,其义甚微,如言动视听,非此形乎? 俊丑美恶,非此形乎? 勇怯愚智,非此形乎? 死生安否,非此形乎? 人事之交,以形交也。功业之建,以形建也。此形之为义,从可知也。奈人昧养形之道,不以情志伤其府舍之形,则以劳役伤其筋骨之形。内形伤则神气为之消磨,外形伤则肢体为之偏废。甚至肌肉尽削,其形可知,其形既败,其命可知。然则善养生者,可不先养此形,以为神明之宅,善治病者,可不先治此形,以为兴复之基乎。

虽治形之法,非止一端,而形以阴言,实惟精血二字足以尽之。所以欲祛外邪,非从精血不能利而达;欲固中气,非从精血不能蓄而强。水中有真气,火中有真液,不从精血,何以使之升降? 脾为五脏之根本,肾为五脏之化源,不从精血,何以使之灌溉? 然则精血即形也。形即精血也,天一生水,水即形之祖也。故凡欲治病者,必以形体为主;欲治形者,必以精血为先,此实医家之大门路也。使能知此,则变化可以无方,神明自有莫测。

然用此之法,无逾药饵,而药饵之最切于此者,不过数味之间,其它如性有偏用者,惟堪佐使而已。亦犹饮食于人,凡可口者,孰无资益,求其纯正无损而最宜于胃气者,则惟谷食,类可见矣。或问余以所宜者,果属何物? 余则难以显言之。盖善吾言者,必如饴如飴,而不善吾言者,必反借此为射的,以资口吻之基矣。余故不能显言之,姑发明此义,以俟有心者之自悟。

(明·张介宾《景岳全书》)