

# 加味清肺化痰汤在重型颅脑损伤合并肺部感染中的应用研究

侯文, 赵晓平

(陕西中医药大学附属医院 陕西 咸阳 712000)

**【摘要】** 目的 研究加味清肺化痰汤在重型颅脑损伤合并肺部感染中的临床疗效。方法 将60例重型颅脑损伤合并肺部感染(痰热壅肺型)患者随机分为对照组与治疗组各30例,对照组给予常规治疗,治疗组在常规治疗基础上加用加味清肺化痰汤鼻饲。2周后对比2组患者治疗前后中医证候积分、C反应蛋白(CRP)、动脉血气分析指标变化情况,比较2组间中医临床疗效。结果 2组患者治疗后中医证候积分、CRP、动脉血气分析指标均较治疗前改善( $P$ 均 $<0.05$ )。治疗组治疗后上述指标改善情况均明显优于对照组( $P$ 均 $<0.05$ )。治疗组中医临床疗效优于对照组( $P$ 均 $<0.05$ )。结论 常规治疗联合加味清肺化痰汤能够改善重型颅脑损伤合并肺部感染(痰热壅肺型)患者临床证候及生化指标,具有较好的临床疗效。

**【关键词】** 颅脑损伤;肺部感染;清肺化痰汤

doi: 10.3969/j.issn.1008-8849.2017.01.015

**【中图分类号】** R651.15; R563

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1008-8849(2017)01-0047-03

重型颅脑损伤(STBI)因伤情重、住院时间长、卧床时间长、护理要求质量高等因素,常合并肺部感染,这也是造成患者死亡的主要原因<sup>[1]</sup>。对于STBI单纯现代医学治疗手段效果欠佳,且长时间应用抗生素会导致患者产生耐药性<sup>[2]</sup>,使感染更加难以控制。笔者在对该类病患的治疗中,应用加味清肺化痰汤联合现代医学治疗手段综合治疗,临床效果满意,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择我院脑外科2014年3月—2016年3月收治的重症颅脑损伤合并肺部感染患者60例。纳入标准:①有明确头部外伤史,经颅脑CT确诊且GCS评分小于8分的患者,昏迷时间超过6h或于伤后24h内意识障碍加重,再次昏迷超过6h;②入院3~5d出现的呼吸不畅、咳脓性痰,痰量多或痰液咳出不畅;③体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ ,血常规白细胞计数 $>10 \times 10^9 \text{L}^{-1}$ ;④肺部听诊可闻及明显湿啰音、痰鸣音;⑤胸部CT提示片状、斑片状炎性渗出影;⑥中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>痰热壅肺证:发热,气喘,咳嗽,痰多稠黄,或神昏,小便赤,大便秘结,舌质红,苔黄厚,脉滑数。排除标准:①原有严重肺部疾病患者;②合并心、肝、肾、造血系统、内分泌等严重原发性疾病患者;③存在免疫抑制者;④病毒性肺炎、泌尿及消化系统感染、感冒等引起的发热患者;⑤由肺部肿瘤、肺结核引起的肺部感染者。将纳入研究病例随机分为治疗组和对照组。其中治疗组30例,男20例,女10例;年龄36~75(42±2.3)岁。对照组30例,男17例,女13例;年龄35~75(41±2.1)岁。所有患者入院CT均提示为多发脑挫裂伤合并颅内血肿,均有不同程度意识障碍。2组患者性别、年龄、伤情等比较差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 对照组** ①原发伤治疗:根据患者伤情行开颅血肿清除并去骨瓣减压术,术后给予监护、通畅气道、脱水、抑酸、抗氧自由基及支持对症治疗,不具备手术指征者给予保守治疗,短时间不能清醒者行气管切开术,并于3d后常规行鼻饲并间断胃肠减压。常规给予雾化排痰等措施,予氯己定口腔护理,气管切开患者每日伤口换药1次。②发现感染征象时根据指南推荐<sup>[4]</sup>进行经验性的抗感染治疗,静脉滴注头孢吡肟2g,每12h1次,联合莫西沙星0.4g,每天1次,行深部痰液细菌培养及药敏试验。根据痰培养结果:鲍曼不动杆菌给予美罗培南1g,每8h1次,静脉滴注;肺炎克雷伯菌及大肠埃希菌予哌拉西林钠他唑巴坦钠3.375g,每8h1次,静脉滴注;耐甲氧西林金黄色葡萄球菌予万古霉素1.0g,每12h1次,静脉滴注。

**1.2.2 治疗组** 在对照组治疗基础上加用中药汤剂加味清肺化痰汤鼻饲。药物组成:板蓝根20g,黄芩10g,川贝8g,天竺黄15g,元参12g,炒杏仁10g,白前10g,鱼腥草20g,芦根20g,生苡仁15g,桔梗10g,冬瓜仁10g,炙紫菀10g,甘草6g。加减:有高热者加石膏30g;有皮肤紫斑者加金银花10g、连翘12g;神志不清者去冬瓜仁,加石膏蒲20g、郁金15g;有胸腔积液者加猪苓12g、葶苈子10g;腹胀、大便干结者加枳实15g、生大黄15g。上药共煎汁300mL,每日1剂,早晚进食前分2次鼻饲。2组均以7d为1个疗程,治疗2周后观察疗效。

**1.3 观察指标** 治疗前后统计2组患者中医证候积分,检测血中CRP含量以及动脉血气分析指标的变化情况,比较2组间中医临床疗效。中医证候积分按体温、痰、咳嗽、呼吸、意识等体征的正常、轻度、中度和重度分别记0、3、6、9分。

**1.4 中医临床疗效评定标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>及《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>中相关标准制定。

痊愈:临床症状基本消失或者完全恢复正常,中医证候积分减少 $\geq 95\%$ ;显效:临床症状、病情改善较为明显,中医证候积分减少 $\geq 70\%$ ;有效:临床症状、病情好转,中医证候积分减少 $\geq 30\%$ ;无效:临床症状、病情改善不明显,甚至加重,中医证候积分减少 $< 30\%$ 。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.5 统计学方法** 数据采用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析,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  $\chi^2$  检验  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 2 组中医证候积分比较** 2 组治疗前中医证候积分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后 2 组中医证候积分均明显低于治疗前( $P$  均  $< 0.05$ ),组间比较差异无统计学意义

( $P > 0.05$ )。见表 1。

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	治疗后
对照组	30	37.28 $\pm$ 3.78	21.12 $\pm$ 4.13 <sup>①</sup>
治疗组	30	36.32 $\pm$ 3.53	20.09 $\pm$ 4.27 <sup>①</sup>

注:①与治疗前比较  $P < 0.05$ 。

**2.2 2 组 CRP 含量及血气分析结果比较** 2 组治疗前 CRP 含量、血气分析结果比较差异均无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。2 组治疗后 CRP 含量、pH、 $p(O_2)$ 、 $p(CO_2)$ 、 $Sa(O_2)$  均较治疗前改善( $P$  均  $< 0.05$ )。其中治疗组治疗后 CRP 含量明显低于对照组( $P < 0.05$ )。血气分析结果也明显优于对照组( $P$  均  $< 0.05$ )。见表 2。

**2.3 2 组中医临床疗效比较** 治疗组总有效率明显高于对

表 2 2 组治疗前后 CRP 及血气分析结果比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	CRP/(mg/L)	pH 值	$p(O_2)$ /mmHg	$p(CO_2)$ /mmHg	$Sa(O_2)$ /%
对照组	30	治疗前	123.47 $\pm$ 78.25	7.21 $\pm$ 0.09	79.57 $\pm$ 5.23	56.83 $\pm$ 5.5	85.50 $\pm$ 2.54
		治疗后	75.28 $\pm$ 51.73 <sup>①</sup>	7.26 $\pm$ 0.08 <sup>①</sup>	81.88 $\pm$ 5.16 <sup>①</sup>	47.62 $\pm$ 7.04 <sup>①</sup>	90.40 $\pm$ 2.47 <sup>①</sup>
治疗组	30	治疗前	112.18 $\pm$ 72.79	7.27 $\pm$ 0.06	80.47 $\pm$ 2.90	54.35 $\pm$ 2.76	87.05 $\pm$ 2.57
		治疗后	53.37 $\pm$ 50.65 <sup>①②</sup>	7.43 $\pm$ 0.08 <sup>①②</sup>	89.50 $\pm$ 6.27 <sup>①②</sup>	37.93 $\pm$ 4.47 <sup>①②</sup>	95.48 $\pm$ 2.51 <sup>①②</sup>

注:①与治疗前比较  $P < 0.05$ ;②与对照组比较  $P < 0.05$ ;1 mmHg = 0.133 kPa。

对照组( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组中医临床疗效比较

组别	n	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照组	30	4	12	6	8	73.3
治疗组	30	6	19	3	2	93.3 <sup>①</sup>

注:①与对照组比较  $P < 0.05$ 。

**3 讨 论**

重型颅脑损伤患者并发肺部感染是颅脑损伤后期死亡的主要原因<sup>[6]</sup>。通过查阅文献,笔者发现中医药治疗颅脑损伤合并肺部感染效果良好<sup>[7]</sup>。通过对重型颅脑损伤并肺部感染的中医证候规律研究发现,早期出现肺部感染的病例以痰热壅肺证多见,主要表现为呼吸不畅、气促、咳黄色或褐色痰液,多而黏稠,臭秽,伴有发热征象(体温  $> 38^\circ C$ ),舌质红,苔黄或厚腻,脉滑数。笔者应用加味清肺化痰汤联合现代医学治疗手段综合治疗,疗效较好。通过中医临床疗效对比发现治疗组总有效率显著高于对照组。通过血气分析各指标在治疗前后的变化,发现加味清肺化痰汤干预组对肺部感染的治疗效果较好。颅脑损伤并发肺部感染患者 CRP 显著增高,经治疗后 2 组水平均明显降低,说明无论何种治疗对于肺部感染的控制均有效果,经组间对比发现治疗组治疗后 CRP 含量明显低于对照组,可以认为治疗组效果优于对照组。

中医认为肺部感染是由于火邪灼津,炼津为痰,痰热内结,痰阻气机,肺失肃降所致,故见咳嗽气促,痰多稠黄,发热,舌质红,苔黄腻,脉滑数之症。笔者根据长期对颅脑损伤合并肺部感染的临床诊疗经验,结合文献资料,发现本病患者疾病初期正气未虚,故表现为实证为主的发热、咳嗽、气喘、咳吐黄

脓痰、神昏等痰热壅肺证候,但由于患者创伤重,机体免疫系统亦遭受打击,故治疗应把好邪实关,以祛邪为主,兼顾扶正,治以清热化痰、逐瘀排脓为主,慎防邪毒内陷发生。本研究采用加味清肺化痰汤联合西医治疗方案较单纯西医治疗疗效优越。在该方中板蓝根味苦、性寒,具有清热解毒、凉血利咽之功效,常用于高热神昏、痰热郁肺、咳痰黄稠者;鱼腥草味辛,微寒,归肺经,具有清热解毒、消痈排脓、利尿通淋之功用,常用于肺痈吐脓、痰热喘咳之证,上二药同为君药。臣以冬瓜仁、苡仁淡渗湿热、化痰排脓。佐以桑白皮、黄芩清泻肺热;黄芪扶正固本,提高免疫功能;天竺黄、川贝母、白前、炙紫菀、炒杏仁止咳化痰,宣降肺气;因热盛伤津,以元参、芦根达清热生津、滋阴降火、除烦止呕之效;桑白皮兼泻肺平喘,寓“治痰先治气”之意,使升降复常。甘草补气安中,兼和诸药,合桔梗为使,成桔梗汤,涤痰治壅。本病多见身热多痰,咳逆喘息,兼高热者加石膏以清里热,肺与大肠相表里,里兼实热,可加大黄清肠泄热;浊邪蒙蔽清窍者可加石菖蒲、郁金剔痰醒脑。但须注意的是中医应以辨证论治为前提,虽然现代药理学研究亦发现清热解毒类药物具有与西药相类似的抗菌作用,但二者不能等同。

综上所述,对于重型颅脑损伤合并肺部感染(痰热壅肺型),在常规西医治疗的同时加用加味清肺化痰汤进行综合治疗,能够改善患者临床证候及生化指标,具有较好的临床疗效,值得临床研究及应用。

[参 考 文 献]

[1] 戴伟民,揭园庆. 26 例重型颅脑损伤患者并发肺部感染的临床分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 19(8): 1546-1547

# 丹红注射液联合奥扎格雷钠对急性脑梗死患者凝血四项及血脂的影响

李宝珍

(北京中医医院顺义医院,北京 101300)

**【摘要】** 目的 探讨丹红注射液与奥扎格雷钠联合治疗急性脑梗死的临床疗效以及血脂水平和凝血指标的影响。方法 将60例急性脑梗死患者随机分为2组,对照组30例给予奥扎格雷钠治疗,研究组30例在对照组治疗基础上给予丹红注射液静滴,2组均以14d为1个疗程,统计2组临床疗效,观察2组治疗前后NIHSS评分、凝血四项以及血脂指标变化情况。结果 治疗后研究组治疗总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ );2组治疗后NIHSS评分均明显降低( $P < 0.05$ ),且研究组明显低于对照组( $P < 0.05$ );2组治疗14d后PT、TT、APTT均明显缩短( $P < 0.05$ ),且研究组缩短比对照组更显著( $P < 0.05$ );观察组FIB水平比治疗前显著降低( $P < 0.05$ ),且较对照组降低更明显( $P < 0.05$ );治疗14d后对照组TG、TC、HDL-C水平无明显改变( $P > 0.05$ ),LDL-C水平相比治疗前提高( $P < 0.05$ ),研究组TG、TC水平明显降低( $P < 0.05$ ),HDL-C水平明显升高( $P < 0.05$ ),LDL-C水平无明显改变( $P > 0.05$ )。结论 丹红注射液联合奥扎格雷钠能够有效改善急性脑梗死患者神经缺损情况,提高临床疗效,缓解血液凝聚状况,降低血脂水平,具有较高的临床应用价值。

**【关键词】** 丹红注射液;奥扎格雷钠;急性脑梗死;凝血四项;血脂

doi: 10.3969/j.issn.1008-8849.2017.01.016

**【中图分类号】** R743.33

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1008-8849(2017)01-0049-03

急性脑血管疾病是病死率较高的疾病之一,最为常见的是缺血性脑血管疾病。急性脑梗死(ACI)也称为急性缺血性脑卒中,是指由于脑血管狭窄或者闭塞引发的脑血流供应障碍,局部脑组织由于缺氧缺血而引发脑细胞变性与坏死的功能缺损综合征。急性脑梗死具有发病率高、起病快、致残率与病死率高的特点,同时复发率较高<sup>[1]</sup>。急性脑梗死的临床治疗关键是早期有效治疗,主要包括血栓溶解、抑制血小板凝聚、恢复脑血流、保护神经细胞及血管内皮细胞保护等。有临床研究证明,丹红注射液与奥扎格雷钠联合治疗能够有效治疗急性脑梗死,在临床疗效方面具有较为明显的优势<sup>[2]</sup>。本研究观察了丹红注射液与奥扎格雷钠治疗急性脑梗死的疗效及对血脂水平和凝血指标的影响,旨在为急性脑梗死的临床治疗提供更多的依据。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取2013年1月—2015年6月在我院治疗的60例急性脑梗死患者,均符合1995年中华医学会全国第四届脑血管病学术会议中制定的相关诊断标准<sup>[3]</sup>,经脑CT或MRI检查确诊并排除短暂性脑缺血发作以及颅内出血,发病时间在6~72h,来院前没有应用过其他抗凝或者溶栓药物

治疗;排除发病前存在脑血管病病史者,合并血液系统疾病者,心、肝、肾等重要内脏存在严重器质性病变者,存在严重意识障碍者,合并活动性出血、消化系统溃疡者。患者及家属均签署知情同意书。以随机数字表法将患者分为2组:研究组30例,男19例,女11例;年龄41~71(61.48±3.95)岁;椎基底动脉梗死11例,颈内动脉梗死19例;合并糖尿病5例,高血压25例,高血脂症22例,冠心病8例。对照组30例,男18例,女12例;年龄42~70(62.03±4.11)岁;椎基底动脉梗死12例,颈内动脉梗死18例;合并糖尿病6例,高血压26例,高血脂症21例,冠心病7例。2组年龄、性别、疾病类型以及合并疾病等情况比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),可比性较好。

**1.2 治疗方法** 2组均给予常规治疗,包括脱水降颅内压、营养脑细胞、稳定血压、血糖、降脂等针对性治疗。对照组在常规治疗的基础上给予奥扎格雷钠注射液(丹东医创药业有限责任公司,国药准字H10970307)80mg加入生理盐水250mL中静脉滴注2次/d,持续治疗14d。研究组在对照组治疗基础上给予丹红注射液(山东丹红制药有限公司,国药准字Z20026866)40mL加入生理盐水500mL中静脉滴注,1次/

[2] 李红普. 重型颅脑损伤并发肺部感染36例分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(11): 89-90

[3] 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: 5

[4] 中华医学会呼吸病学分会. 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, 29(10): 651

[5] 国家中医药管理局. 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: 53

[6] 张小年, 张皓, 朱镛连. 创伤性颅脑损伤的流行病学概况[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(12): 987-988

[7] 乐莹, 林旭波. 重症颅脑损伤并发肺部感染原因分析及中医辨证施治配合早期物理干预效果[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(11): 2315

[收稿日期] 2016-04-25