

46 例脓毒症患者的中西医结合治疗效果观察

王若晖 李 卉 梁 群

(黑龙江中医药大学附属第一医院重症医学科, 哈尔滨, 150040)

摘要 目的:分析脓毒症患者应用中西医结合方案治疗的路径及效果。方法:选取我院 2013 年 10 月至 2015 年 9 月期间收治的 92 例脓毒症患者作为临床治疗对象,采用随机数字分组法将 92 例患者均分为治疗组与对照组 2 组。对照组 46 例患者均给予西医常规治疗方案,治疗组 46 例患者均于对照组患者治疗基础上给予中医辨证施治方案,观察 2 组患者临床治疗前后的体温、心率、呼吸、白细胞计数、胱抑素-C、氧合指数等指标改善情况,同时对比 2 组患者的痰、血培养结果,判断 2 组临床疗效差异。结果:经临床不同方案治疗后,2 组患者的体温、心率、呼吸、白细胞计数、胱抑素-C、氧合指数等指标相比治疗前均告明显改善,但治疗组患者各项指标改善情况显著优于对照组患者($P < 0.05$)。治疗后 2 组患者痰、血培养总有效率对比,治疗组 46 例患者总有效率达 86.95%,对照组 46 例患者总有效率为 73.91% ($P < 0.05$)。且中医疗效结果对比,治疗组患者治疗总有效率显著高于同期对照组患者,组间疗效差异显著, $P < 0.05$,具有统计学意义。结论:脓毒症患者应用中西医结合治疗方案,具有着确切的临床疗效,可显著改善患者病症同时,助推患者预后康复,值得临床进一步应用推广。

关键词 脓毒症;中医辨证;西药方案;疗效

Observation on Integrated Western Medicine and Chinese Medicine in Forty-six Cases of Sepsis

Wang Ruohui, Li Hui, Liang Qun

(ICU of First Hospital Affiliated to Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040, China)

Abstract Objective: To analyze the effect of integrated Chinese and western medicine in treating sepsis patients and its clinical pathway. **Methods:** A total of 92 patients with sepsis admitted into our hospital from October 2013 to September 2015 were collected, then randomly divided into observation group ($n=46$) and control group ($n=46$). The control group was given conventional western medicine therapy, and on that basis, the observation group was given additional integrated Chinese and western medicine according to syndrome differentiation. Observe body temperature, heart rate, breathing, white blood cell count, the elf inhibition-C, oxygenation index, and so on before and after the treatment in both groups. Meanwhile, compare phlegm and blood culture results and clinical curative effects between the two groups. **Results:** After treatment, body temperature, heart rate, breathing, white blood cell count, the elf inhibition-C and oxygenation index of both groups were obviously improved, and the observation group was significantly better than the control group patients ($P < 0.05$). After treatment, in the aspect of phlegm and blood culture, the total effective rate was 86.95% in the observation group, compared to 73.91% of the control group ($P < 0.05$). Also, the results of total effective rate in observation group patients is significantly higher than that of the control group of the same period with statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion:** Integrated western medicine and Chinese medicine has obvious curative effect on treating sepsis. It can relieve clinical symptoms and assist in prospective research, which is worthy of clinical population.

Key Words Sepsis; Chinese medicine dialectical; Western medicine; Curative effect

中图分类号:R278;R242 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.04.012

脓毒症(Sepsis, SIRS)是由感染所诱发的全身炎症反应综合征,隶属于临床急危重症范畴,患者临床病死率相应较高,根据 NEJM2015 年发布的 3 项 ProCESS、PRISE、ProMISe 临床试验表明,脓毒症患者死亡率达 30% ~ 40% 左右,虽然经过积极抗感染、液体复苏及脏器功能支持等治疗,但脓毒症患者死亡率仍呈居高不下趋势^[1],对患者生命安全产生了较大的威胁,亟待临床综合关注。脓毒症的炎性

反应可诱导凝血反应的发生,而凝血的异常又可进一步促进炎症反应^[2]。本研究为选取适宜脓毒症患者应用的临床治疗方案,为脓毒症患者预后生存提供良好支持,系统选取了我院 2013 年 10 月以来收治的 92 例脓毒症患者作为临床研究对象,随机均分为了对照组与治疗组 2 组,分别给予了西医常规治疗方案及中西医结合治疗方案,进而对不同治疗方案下 2 组患者的预后情况展开了综合对比,现将研

究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 10 月至 2015 年 9 月期间收治的 92 例脓毒症 ICU 住院患者作为临床治疗对象,92 例患者均经西医临床诊断、生化免疫学检查确诊,符合 2001 年美国华盛顿会议颁布的脓毒症临床诊断标准^[3],患者临床主诉表现为不同程度的发热、气促、意识改变、水肿、炎性反应、腹胀、凝血异常等症状。采用随机数字分组法将 92 例患者均分为治疗组与对照组 2 组。治疗组 46 例患者中,男 24 例,女 22 例,年龄 48 ~ 70 岁,平均年龄 (54.2 ± 11.2) 岁,其中气营两燔证患者 17 例、毒瘀营血证患者 18 例、热损气阴证患者 11 例;对照组 46 例患者中,男 25 例,女 21 例,年龄 46 ~ 72 岁,平均年龄 (56.2 ± 11.3) 岁。其中气营两燔证患者 16 例、毒瘀营血证患者 17 例、热损气阴证患者 13 例;2 组患者的年龄、性别、病情等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 中医诊断标准 气营两燔证:患者高热持续不退、神疲乏力、烦躁不安、恶心呕吐、舌质红绛、脉细数。毒瘀营血证:患者高热、神昏、肿块、便秘、腹部饱胀、存在针刺刀割状疼痛、痛感夜晚更甚,舌质紫暗可见瘀斑,脉相沉弦。热损气阴证:患者身热骤降、颧红、烦躁激惹、神疲气短、舌质红少苔、脉细数无力。

1.3 纳入标准 所有患者均符合中医诊断标准并自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 排除合并严重心脑血管疾病患者,肝肾脏器损伤患者,恶性肿瘤患者,精神疾病患者。

1.5 治疗方法 对照组 46 例患者均给予西医常规治疗方案,患者入院 4 h 内,积极做好原发病治疗同时,依据痰、血培养药敏试验结果,科学选取敏感抗生素实施抗感染治疗,同期给予积极补液,纠正水电解质紊乱,做好机体营养支持治疗,保证机体热量、优质蛋白供给^[4]。针对存在感染性休克患者,可给予氢化可的松注射液(天津金耀药业有限公司生产,国药准字 H12020885),20 mg 混合 100 mL 0.9% 氯化钠溶液作静脉滴注,1 次/d,地塞米松注射液(天津金耀药业有限公司生产,国药准字 H12020885)10 mg,静脉推注治疗^[5]。同时,在血容量补充基础上可联用盐酸多巴胺注射液治疗(强生药业有限公司生产,国药准字 H32023366),给药规格 5 ~ 10 g(kg · min),静脉持续泵入,重酒石酸去甲

肾上腺素注射液(广州白云山制药有限公司,国药准字 H44022396),给药规格 0.5 ~ 1.0 g(kg · min),静脉持续泵入;乌司他丁注射液(天普生化医药有限公司,国药准字 H19990134),首次用药以 10 万单位静脉推注,进而以 50 万单位/24 h 静脉持续泵入^[6]。治疗组 46 例患者均于对照组治疗基础上给予中医辨证治疗方案。气营两燔证 17 例患者,均以中药清瘟败毒饮加减治疗,方剂构成:乌犀角 60 g,生石膏 24 g,生地黄、黄连各 12 g,生栀子 8 g,黄芩、玄参、知母、连翘、赤芍、竹叶各 6 g,牡丹皮、黄连各 5 g,甘草 3 g。针对便秘患者可加生大黄 3 g;唇舌赤燥患者,可加天花粉 5 g;胸膈遏郁患者,加桔梗、枳壳各 3 g。文火煎熬取汁,1 剂/d,分早晚 2 次服用。毒瘀营血证 18 例患者,均以中药桃仁承气汤治疗,方剂构成:桃仁 20 g、大黄 12 g、当归、牡丹皮、芍药、五灵脂、生大黄各 6 g、玄明粉、生甘草各 3 g、生地黄 12 g、乌犀角 30 g。文火煎熬取汁,1 剂/d,分早晚 2 次服用。热损气阴证患者 11 例,均以重要清营汤加减治疗,方剂构成:竹叶 3 g,黄连 5 g,丹参 6 g,连翘、金银花、麦冬、玄参各 9 g,生地黄 15 g,水牛角 30 g。文火煎熬取汁,1 剂/d,分早晚 2 次服用。2 组患者均持续治疗 7 d 为 1 个疗程,共计 2 个疗程。

1.6 观察指标 观察 2 组患者治疗前后的体温、心率、呼吸、白细胞计数、胱抑素-C、氧合指数等指标改善情况,进行痰、血培养,记录患者临床症状、体征、脉相、舌象,作中西医疗效差异对比。

中医积分法计算标准:符合下述 3 型中的 1 项计 2 分,2 项计 4 分,3 项计 6 分,4 项计 8 分。

气营两燔型:1) 高热持续不退;2) 神疲乏力、烦躁不安;3) 恶心、呕吐;4) 舌质红绛、脉细数。

毒瘀营血证:1) 高热不退;2) 神昏、肿块、便秘、腹部饱胀;3) 存在针刺刀割状疼痛、痛感夜晚更甚;4) 舌质紫暗可见瘀斑,脉相沉弦。

热损气阴证:1) 患者身热骤降;2) 颧红、烦躁激惹、神疲气短;3) 唇甲色紫,舌质红少苔;4) 脉细数无力^[7]。

1.7 疗效判定标准 中医疗效标准:疗效指数 = (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分 × 100%。治愈:临床治疗后,患者疗效指数改善 ≥ 90%,发热、气促、水肿、炎性反应、腹胀等临床症状均告消失。显效:临床治疗后,患者疗效指数改善 ≥ 70%,发热、气促、水肿、炎性反应、腹胀等临床症状基本消失;有效:临床治疗后,患者疗效指数改善 ≥ 30%,各项症

状、体征明显改善;无效:临床治疗后,患者疗效指数改善 <30%,病情呈加重趋势。

西医痰血培养疗效标准:共分为痊愈、显效、有效、无效 4 级标准。痊愈:痰、血培养结果提示病原菌完全消失,无凝血异常、血小板减少情况,白细胞计数正常。显效:患者痰、血培养结果提示,治疗后患者病原菌基本清除,各项生理指标恢复正常值水平。有效:患者痰、血培养结果提示,病原菌部分清除,原有 2 种以上病原菌至少清除 1 种或原本所取不同部位标本中的部分病原菌得以清除,患者各项生理指标水平明显改善。无效:患者痰、血培养结果提示,患者病原菌未得到有效清除或产生了新型病菌替换情况,各项生理指标水平未见改善^[8]。

1.8 统计学方法 本研究所有数据均纳入 SPSS 18.0 软件行统计学分析,计数资料以 (%) 予以表示,采用 *t* 检验;计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 标准差予以表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 2 组患者治疗前后功能指标改善情况比较($\bar{x} \pm s$)

指标项目	治疗组(<i>n</i> = 46)		对照组(<i>n</i> = 46)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
体温(℃)	38.32 ± 0.73	36.77 ± 0.62 ^{*△}	38.24 ± 0.71	37.32 ± 0.58 [*]
心率(次/min)	125.24 ± 11.26	81.28 ± 8.47 ^{*△}	123.45 ± 8.43	85.94 ± 7.95 [*]
呼吸(次/min)	32.24 ± 5.74	18.65 ± 3.45 ^{*△}	33.52 ± 8.47	21.84 ± 2.86 [*]
白细胞计数(×10 ⁹ /L)	14.72 ± 1.72	6.12 ± 1.2 ^{*△}	14.22 ± 1.75	7.18 ± 1.26 [*]
氧合指数(mmHg)	164.85 ± 8.47	298.46 ± 14.45 ^{*△}	165.81 ± 16.72	289.57 ± 14.67 [*]
胱抑素-C(mg/L)	3.78 ± 1.14	0.71 ± 0.42 [*]	3.64 ± 1.45	0.98 ± 0.54 [*]

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

表 2 2 组患者中医疗效比较[(*n*) %]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	46	7(15.21) [*]	23(50.00) [*]	10(21.74) [*]	6(13.05) [*]	40(86.95) [*]
对照组	46	5(10.86)	20(43.49)	9(19.56)	12(26.09)	34(73.91)

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者痰血培养疗效比较[(*n*) %]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	46	8(17.39) [*]	23(50.00) [*]	9(19.56) [*]	6(13.05) [*]	40(86.95) [*]
对照组	46	5(10.86)	21(45.66)	8(17.39)	12(26.09)	34(73.91)

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

3 结果

脓毒症具体是由感染及高度可疑感染病灶所导致的全身炎性反应综合征,病原体涉及真菌、细菌、病毒、寄生虫等,是严重创伤、手术、烧伤、休克后常见并发症类型,同时也是导致患者死亡的关键诱因之一。基于脓毒症具有着病情发展较快,治疗相对

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后观察指标比较 临床治疗前,2 组患者体温、心率、呼吸、白细胞计数、胱抑素-C、氧合指数等指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。临床治疗后,2 组患者体温、心率、呼吸、白细胞计数、胱抑素-C、氧合指数等指标均告明显改善,但治疗组 46 例患者改善情况明显优于对照组患者,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 中医疗效评价结果比较 2 组患者中医疗效结果比较:治疗组 46 例患者经中西医结合治疗后,临床治疗总有效率为 86.95%;对照组 46 例患者经西医常规治疗后,治疗总有效率达 73.91%,组间差异比较,治疗组治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 西医痰、血培养结果比较 2 组患者治疗后,治疗组 46 例患者痰、血培养总有效率达 86.95%,相比对照组患者痰、血培养总有效率达 73.91%,组间疗效差异比较,治疗组患者显著较佳,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

棘手,国内外临床针对脓毒症均给予了持之不懈的研究^[9],从世纪初以来美国重症学会、欧洲重症学会及国际脓毒症论坛即发起了“拯救脓毒症战役”,提出了 SSC 指南,并在 2002 年、2003 年、2008 年、2012 年,陆续给予了 SSC 指南多次修订,科学规范了脓毒症临床治疗路径,也为众多脓毒症患者提供

了康复保障。而国内中华医学会重症医学分会,也在2007年开始出台了《成人脓毒症及脓毒症休克血流动力学监测与支持指南》,为脓毒症治疗给予了规范指导,且在此基础上2014年又出台了《中国严重脓毒症休克治疗指南》,新指南中首次将中医辨证施治纳入到了脓毒症治疗范畴,从活血化瘀、清热解毒、通里攻下、扶正固本的中医治疗角度给予了治疗探讨,可以说新指南所编订的中医药部分,是对中医治疗脓毒症作用的肯定^[10]。因此,合理把握脓症患者特征,汲取中西医治疗所长,以标本兼治视角给予临床实践探讨,具有着现实的价值意义。

从中医学角度来讲,脓毒症也称“外感热病”“脏竭症”“血证”“暴喘症”等。病机特征为火毒炽盛,由气入血、内功脏腑、久之热血相接、瘀毒内生,伤损阴阳、邪毒内闭而阳气外脱;或因外伤所致血气虚损,脉络阻滞、血运迟缓而生瘀阻,无论痰热阻络抑或血虚瘀阻,均可致血流瘀滞、气血不营、脉络失和^[11]。治疗当以活血化瘀通络、清热凉血解毒为主要原则。

本研究中,基于西医常规治疗方案之上,针对治疗组17例气营两燔证患者实施了清瘟败毒饮治疗,方剂中重用石膏清胃热、胃热清则血热去,知母、甘草具清热保津之效,辅以竹叶、连翘,可清透表里之热,栀子、黄连、黄芩可通泄三焦,泻火解毒^[12]。乌犀角、生地黄、赤芍共用,可清营凉血,解毒清瘀,滋补阴脉。诸药合用,能够有效拮抗血小板聚集、减少血液黏稠度,同时可清热解毒、镇痛安神,发挥保肝、强心、消炎、利尿之效。毒瘀营血证18例患者所用的桃仁承气汤方剂中,桃仁具有破血祛瘀之效、大黄可泄热下瘀、攻下泻火,两药联用即可泄除瘀热^[13]。红花有活血祛瘀功效,牡丹皮、芍药可凉血、活血,滋补血脉;当归润肠通便、辅以芒硝可下瘀泄热;诸药联用可清热凉血、化解瘀毒、生津益阴,降低机体损伤^[14]。热损气阴证11例患者治疗所用清营汤方中,水牛角、生地黄、丹参诸药具有清营凉血,配伍竹叶、黄连、金银花、连翘可清热解毒,使营分邪热转出气分而解,麦冬、玄参养阴清热。且从西医临床来讲,清营汤能抑制发热反应,抗炎作用极佳,能够减少毛细血管渗透性,调节机体免疫,对受损心血管系统予以改善^[15]。以上方剂配合西医常规治疗方案,

可更好地实现脓毒症治疗的目的。

本研究结果显示,经中西医结合治疗的治疗组46例患者,临床治疗后各项功能指标改善情况明显优于治疗前及同期对照组46例患者,且中医治疗效果及西医痰、血培养疗效也均显著优于对照组患者。由此,也进一步表明了中西医结合治疗脓毒症患者具有的确切价值,值得临床综合应用推广。

参考文献

- [1] 曾文美,毛璞,黄勇波,等. 脓毒症预后影响因素分析及预后价值评估[J]. 中国中西医结合急救杂志,2015,22(2):118-123.
- [2] 洪峰,俞兴群. 脓毒症凝血功能障碍的中西医研究进展[J]. 中医药临床杂志,2014,26(8):864-866.
- [3] 高戈,冯喆,常志刚,等. 2012 国际严重脓毒症及脓毒性休克诊疗指南[J]. 中华危重病急救医学,2013,25(8):501-505.
- [4] 李熙鸿. 脓毒症的诊断与治疗进展[J]. 中华实用儿科临床杂志,2013,28(6):404-406.
- [5] 刘杨,马少林,王学斌,等. 血清肝素结合蛋白在脓毒症休克中的预测作用[J]. 中华急诊医学杂志,2014,23(1):79-83.
- [6] 刘丹,刘晗喆,周秀华,等. 乌斯他丁联合参附注射液治疗脓毒症患者心肌损伤的疗效分析[J]. 医学临床研究,2015,32(9):1685-1687.
- [7] 麦舒桃,翁燕娜,杜炯栋,等. 严重脓毒症及脓毒症休克阴阳辨证与炎症指标的相关性研究[J]. 北京中医药大学学报,2014,37(11):736-739,747.
- [8] 张志忠,王国兴,杨立沛,等. 休克指数对急诊严重脓毒症和脓毒性休克预后评估的意义[J]. 中华急诊医学杂志,2015,24(2):147-150.
- [9] 吴秀明,戴建伟,吴佳明,等. 大剂量乌司他丁联合血必净治疗严重脓毒症的临床研究[J]. 医学临床研究,2012,(10):1980-1981.
- [10] 曹书华,王今达,李银平. 从“菌毒并治”到“四证四法”——关于中西医结合治疗多器官功能障碍综合征辨证思路的深入与完善[J]. 中国危重病急救医学,2005,17(11):641-643.
- [11] 庞博,董军杰,庞国勋. 清热解毒类中药的药理作用及临床应用探讨[J]. 临床合理用药,2013,6(11A):180-181.
- [12] 万幸,刘倩娴,王培训,等. 大承气汤对全身性炎症反应干预作用的实验研究[J]. 广州中医药大学学报,2003,20(2):153-156.
- [13] 梁群,钟先鸿,王丛. 脓毒清灌肠治疗脓毒症(瘀毒互结)60例[J]. 中医药信息,2014,31(1):97-98.
- [14] 贾世英. 桃仁承气汤治疗消化性溃疡出血的临床体会[J]. 中医药导报,2011,17(10):84-84.
- [15] 常玉光. 清营汤加减治疗全身炎症反应综合征40例临床观察[J]. 河北中医,2013,35(5):707-708.

(2016-04-16 收稿 责任编辑:白桦)