

麻杏石甘汤对重症肺炎肺功能及微观指标的影响

程永华¹ 彭书玲² 王元元³ 杨自生⁴

(1 河南省郑州市第九人民医院老年科,郑州,450000; 2 河南省郑州人民医院中医科,郑州,450000; 3 河南中医药大学第一附属医院呼吸科,郑州,450000; 4 河南省人民医院 CCU,郑州,450000)

摘要 目的:分析麻杏石甘汤化裁辨治对重症肺炎患者肺功能、微观指标、病情进展影响性,为重症肺炎治疗方案选择提供参考。方法:选取2015年2月至2017年1月郑州市第九人民医院收治的重症肺炎患者112例,按照入组顺序编号,单号为对照组,双号为观察组,每组56例。对照组采用常规西药治疗,观察组患者在常规西药治疗的基础上加用麻杏石甘汤化裁辨治。2组均连续治疗2周(1个疗程)。比较2组治疗前、治疗后肺功能指标:呼吸频率(RR)、用力肺活量(FVC)、第1秒用力呼吸容积(FEV₁)、动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳(PaCO₂)、最大呼气中段流量(maMMF)、氧合指数(IO)。微观指标:红细胞分布宽度(RWD)、血小板分布宽度(PWD)、高迁移率族蛋白B1(HMGB1)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、降钙素原(PCT)、白细胞介素-6(IL-6)。病情变化指标:APACHE II评分、CPIS评分、PIS评分情况。比较2组治疗过程中药物不良反应和预后结果。结果:2组治疗后APACHE II评分、CPIS评分、PIS评分均较治疗前明显下降,且观察组明显低于对照组($P < 0.05$);2组治疗后RR、FVC、FEV₁、maMMF、IO较治疗前均升高,且观察组高于对照组($P < 0.05$);2组治疗后,观察组RWD、PWD、HMGB1、TNF-α、PCT、IL-6均较治疗前明显下降,且观察组低于对照组($P < 0.05$);2组治疗过程中药物不良反应率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者30d内死亡4例,死亡率7.14%,对照组死亡7例,死亡率12.50%,观察组死亡率明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:麻杏石甘汤辅助西药化裁治疗重症肺炎能降低患者炎性反应、呼吸功能,减缓病情进展,更具优势,可有效提升患者预后,且安全性高,具有较高临床价值。

关键词 重症肺炎;麻杏石甘汤;肺功能;免疫功能;微观指标;影响分析

Effects of Maxing Shigan Decoction on Pulmonary Function and Microscopic Indexes of Patients with Severe Pneumonia

Cheng Yonghua¹, Peng Shuling², Wang Yuanyuan³, Yang Zisheng⁴

(1 Geriatrics Department, Ninth People's Hospital of Zhengzhou, Zhengzhou 450000; 2 People's Hospital of Zhengzhou, Zhengzhou 450000, China; 3 The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China; 4 Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou 450000)

Abstract Objective: To analyze the effects of Maxing Shigan Decoction on pulmonary function, microscopic indexes and disease progression in patients with severe pneumonia, and to provide reference for the choice of treatment scheme for severe pneumonia.

Methods: A total of 112 cases of severe pneumonia treated in Ninth People's Hospital of Zhengzhou from February 2015 to January 2017 were numbered according to the order of entry, and the odd number was the control group and the even number was the observation group, with 56 cases in each group. The control group was treated with routine therapy of Western medicine, on the basis of which the observation group was treated with Maxing Shigan Decoction. Two groups of patients were treated continuously for 2 weeks as a course of treatment. The pulmonary function indexes before and after treatment were compared between the two groups, including respiratory rate (RR), forced vital capacity (FVC), forced breathing volume (FEV₁), arterial oxygen partial pressure (PaO₂), arterial blood carbon dioxide (PaCO₂), maximum exhalation middle segment flow (maMMF), oxygen index (IO); microscopic indexes, including red blood cell distribution width (RWD), platelet distribution width (PWD), high mobility group protein B1 (HMGB1), tumor necrosis factor-alpha (TNF-alpha), calcitonin (PCT), interleukins-6 (IL-6); and condition change index, including APACHE II score, CPIS score, and PIS score. The adverse drug reactions during treatment were compared between the two groups. The outcome of the two groups was compared. **Results:** 1) The APACHE II score, CPIS score and PIS score of the two groups were significantly decreased after the treatment, and the scores of patients in the observation group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$); 2) RR, FVC, FEV₁, maMMF and IO of the two groups were increased after the treatment, and those of the observation group were higher than those of the control group ($P < 0.05$); 3) after the treatment, the RWD, PWD, HMGB1, TNF-α, PCT and IL-6 in the observation group were significantly decreased and were lower than those of the control group ($P < 0.05$); 4) there was no significant difference in the rate of adverse drug reactions in the two groups ($P > 0.05$); 5) The mortality rate in the observation group was 7.14% with 4 cases. The mortality rate in the control group was 12.50% with 7 cases. The mortality in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$).

Conclusion: Maxing Shigan Decoction in the treatment of severe pneumonia patients combined with Western medicine can reduce the inflammatory state of the patients, improve the immune function, respiratory function, slow down the disease progression, and improve the prognosis of the patients effectively, with high safety and high clinical value.

Key Words Severe pneumonia; Maxing Shigan Decoction; Pulmonary function; Immune function; Microcosmic indexes; Influence analysis

中图分类号: R289.4; R563 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.01.028

重症肺炎(Severe Pneumonia, SP)是临床最为严重的呼吸系统疾病,呼吸系统或者循环系统或者其他功能器官出现严重障碍,需要呼吸支持治疗或需要循环支持治疗等救治措施方可维持患者机体正常生化运转。重症肺炎病情进展快,恶化后易导致多器官衰竭,具有较高的病死率^[1]。一直以来,临床中医师尝试采用中医药治疗重症肺炎,并取得一定的临床成效。1994年,中国中医药管理局在其制定的《中医病症诊断疗效标准》中首次定义了风温肺热病的诊断依据、证候分类、疗效评定。至此,重症肺炎归于中医“风温肺热病”范畴^[2]。“风温肺热病”是“风温”与“肺热病”的组合称谓。风温是感受风热病毒外邪而导致的急性外感疾病,正气不足是感受外邪的基础,因此风温是外邪侵袭和正气不足的共同结局。肺热可有内生也可由风热毒邪外侵入脏腑导致,经历化火生痰、伤津耗气或风热邪盛而逆传心包,甚至邪进正衰,正气不固而见邪陷正脱等过程,此为中医辨证重症肺炎类别的基础^[3]。麻杏石甘汤作为中医治疗呼吸学系统疾病的经典名方,具有较为稳定的效果和安全性。麻杏石甘汤在治疗重症肺炎方面的研究较少,本研究采用麻杏石甘汤辅助西药化裁辨治不同中医证型的重症肺炎患者,观察其对重症肺炎患者肺功能和微观指标的影响,以评价其治疗重症肺炎床综合疗效,为拓宽重症肺炎治疗新思路提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年2月至2017年1月郑州市第九人民医院收治的重症肺炎患者112例,按照入组顺序编号,单号为对照组,双号为观察组,每组56例。对照组中男31例,女25例,平均年龄(71.26±7.63)岁,平均体重(70.52±7.19)kg。观察组中男30例,女26例,平均年龄(70.94±7.74)岁,平均体重(70.37±7.28)kg。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本方案经医院伦理委员会批准同意[伦理审批号:2015(伦)审第5号]。

1.2 诊断标准 西医诊断符合美国感染协会/美国胸科协会于2007年制定的《成人社区获得性肺炎诊

治指南》中对重症肺炎的诊断标准^[4]:1)符合肺炎诊断标准;2)需要气管插管行机械通气;3)脓毒症休克积极液体复苏后仍需要血管活性药物治疗;4)RR≥30次/min;5)氧合指数≤250 mmHg;6)多肺叶浸润;7)意识障碍和(或)定向障碍;8)血尿素氮≥7.14 mmol/L;9)收缩压<90 mmHg需行液体复苏。符合上述条件中1)和之后任意一点者诊断为重症肺炎。由高年资中医师按照《中医病证诊断疗效标准》中风温肺热病的诊断及辨证分型标准对患者进行中医辨证为6种中医证型^[5]:证型为痰热壅肺。

1.3 纳入标准 1)年龄40~85岁;2)符合重症肺炎西医诊断标准及中医诊断及证候分型标准;3)符合药物治疗指征且无多种药物过敏史者;4)预估生存期超过2周;5)患者了解参加本研究利弊,具备条件配合研究方案中各项配合工作条件,并原因配合各项研究工作,签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并肺不张、心力衰竭和肺水肿、药物性肺损伤、肺栓塞、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)者;2)入组前近一个月内有免疫制剂、糖皮质激素治疗史;3)预估生存时间≤2周者;4)严重自身免疫系统、血液系统疾病及肾功能异常患者。

1.5 脱落与剔除标准 1)受试者遵医治疗依从性低者,无法评价治疗的有效性和安全性;2)治疗过程中患者死亡者;3)有严重并发症或药物不良反应经评估无法完成余下研究方案者;4)患者因非治疗原因推出实验者;5)失访者。

1.6 治疗方法 2组入组后,均重新评估病情,制定治疗方案。对照组常规治疗,常规予以镇静止咳、祛痰治疗,经验性应用抗生素治疗,感染症状缓解则继续应用该抗生素方案,若治疗后感染指标及症状体征不能解除,应结合病原菌谱及药敏试验结果选择敏感抗生素治疗。予以糖皮质激素、抗炎、控制液体出入量、机械通气及营养支持治疗。观察组在对照组常规治疗基础上,再予以麻杏石甘汤化裁辨治。麻杏石甘汤组方:麻黄5g,杏仁、桃仁、冬瓜仁、黄芩、浙贝母、桔梗、枇杷叶各10g,石膏30g,芦根15g,薏苡仁25g,甘草3g。化裁辨治:风热犯肺型加用荆芥、防风、桑叶、菊花各10g,痰热壅肺型加用瓜

萎 30 g、枳实 10 g、胆南星、清半夏各 6 g；肺胃热盛加用生地黄、熟地黄、麦冬、天冬、茵陈、佩兰各 30 g，枳壳、石斛、藿香各 10 g；热闭心包者加用玄参、连翘各 9 g、麦冬 15 g、竹叶心 3 g、牛黄 0.3 g(吞服)，气阴两虚者加用熟地黄 30 g，当归、白芍、黄芪各 15 g，川芎、红花、姜半夏、白术、茯苓、香附各 12 g。上述方药加水建筑，早、中、晚温水口服或鼻饲，1 剂/d，2 组均连续治疗 2 周(1 个疗程)。

1.7 观察指标 比较 2 组治疗前后肺功能指标:呼吸频率(RR)、用力肺活量(FVC)、第一秒用力呼吸容积(FEV_1)、最大呼气中段流量(maMMF)、氧合指数(IO)，微观指标:红细胞分布宽度(RWD)、血小板分布宽度(PWD)、高迁移率族蛋白 B1(HMGB1)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、降钙素原(PCT)、白细胞介素-6(IL-6)；病情变化指标:APACHE II 评分、CPIS 评分、PIS 评分改善情况。比较 2 组治疗过程中药物不良反应情况。比较 2 组预后结果。

1.8 疗效判定标准

1.8.1 肺功能指标检测 2 组入住 ICU 后即刻、完成治疗后即刻采用意大利生产的肺功能仪检测以下指标:RR、FVC、 FEV_1 、maMMF、IO。观察 55 min 内记录 3 次数据,取 3 次平均值为统计值。

1.8.2 微观指标检测 患者入组治疗前、完成治疗后,采集空腹静脉血,离心得上层清液,采用酶联免疫吸附试验法检测红 PCT、IL-6、TNF- α 、HMGB1 指标,采用希思美康 XS 800i 全自动五分类细胞仪检测 RWD、PWD。试剂盒均购自上海信裕生物科技有限公司。严格按照试剂盒说明书操作。

1.8.3 APACHE II 评分、CPIS 评分、PIS 评分 由经过 APACHE II 评分、CPIS 评分、PIS 评分测评培训的临床医师对所有患者入住 ICU 即刻、完成治疗后即刻进行测评。

1.8.4 药物不良反应监测 治疗过程中严密观察患者药物不良反应。

1.8.5 预后统计 统计 2 组入组 30 d 内死亡率。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理,计数资料用率表示,行 χ^2 检验。本研究所有数据均符合正态分布,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,以 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组重症肺炎病情比较 2 组治疗后 APACHE II 评分、CPIS 评分、PIS 评分均较治疗前明显下降,且观察组明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组重症肺炎病情比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 组别 | APACHE II 评分 | CPIS 评分 | PIS 评分 |
|---------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 对照组($n=56$) | | | |
| 治疗前 | 52.05 \pm 5.21 | 7.25 \pm 0.73 | 141.11 \pm 30.22 |
| 治疗后 | 22.67 \pm 3.25* | 3.42 \pm 0.45* | 128.51 \pm 26.16* |
| 观察组($n=56$) | | | |
| 治疗前 | 52.08 \pm 5.34 | 7.28 \pm 0.75 | 142.07 \pm 30.21 |
| 治疗后 | 17.31 \pm 2.72* Δ | 2.63 \pm 0.31* Δ | 108.25 \pm 21.37* Δ |

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.2 2 组呼吸功能比较 2 组治疗后 RR、FVC、 FEV_1 、MMF、IO 较治疗前均升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组呼吸功能比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | RR(次/min) | FVC(L) | FEV_1 (L) | MMF(L) | IO |
|---------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 对照组($n=56$) | | | | | |
| 治疗前 | 57.36 \pm 5.21 | 1.95 \pm 0.51 | 1.51 \pm 0.35 | 1.28 \pm 0.47 | 213.36 \pm 31.27 |
| 治疗后 | 45.58 \pm 4.37* | 2.47 \pm 0.67* | 2.26 \pm 0.57* | 2.23 \pm 0.69* | 242.73 \pm 35.69* |
| 观察组($n=56$) | | | | | |
| 治疗前 | 58.28 \pm 5.18 | 1.98 \pm 0.53 | 1.47 \pm 0.31 | 1.31 \pm 0.49 | 211.29 \pm 30.51 |
| 治疗后 | 40.25 \pm 4.01* Δ | 2.97 \pm 0.83* Δ | 2.90 \pm 0.78* Δ | 2.94 \pm 0.87* Δ | 261.37 \pm 39.38* Δ |

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 2 组微观指标比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | RWD(%) | PWD(%) | HMGB1(μ g/L) | TNF- α (μ g/L) | PCT(ng/mL) | IL-6(ng/mL) |
|---------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 对照组($n=56$) | | | | | | |
| 治疗前 | 17.89 \pm 2.83 | 20.03 \pm 2.95 | 162.11 \pm 16.37 | 46.37 \pm 5.83 | 7.26 \pm 0.73 | 32.28 \pm 3.62 |
| 治疗后 | 12.57 \pm 2.17* | 13.39 \pm 1.83* | 81.47 \pm 11.25* | 30.27 \pm 3.41* | 2.71 \pm 0.29* | 21.71 \pm 2.36* |
| 观察组($n=56$) | | | | | | |
| 治疗前 | 18.04 \pm 2.91 | 20.18 \pm 3.01 | 166.24 \pm 16.43 | 46.42 \pm 5.90 | 7.21 \pm 0.75 | 32.31 \pm 3.58 |
| 治疗后 | 8.34 \pm 1.63* Δ | 9.06 \pm 1.51* Δ | 58.36 \pm 7.38* Δ | 22.38 \pm 2.86* Δ | 1.18 \pm 0.22* Δ | 17.35 \pm 2.37* Δ |

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 2组微观指标比较 2组完成治疗后,观察组患者RWD、PWD、HMGB1、TNF- α 、PCT、IL-6均较治疗前明显下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

2.4 2组药物不良反应比较 2组治疗过程中药物不良反应率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表4。

表4 2组药物不良反应比较[例(%)]

| 组别 | 腹泻 | 恶心呕吐 | 皮疹 | 其他 | 不良反应 |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 对照组($n=56$) | 1(1.79) | 1(1.79) | 1(1.79) | 1(1.79) | 4(7.14) |
| 观察组($n=56$) | 1(1.79) | 1(1.79) | 0(0.00) | 1(1.79) | 3(5.36) |

2.5 2组30 d内死亡率比较 观察组30 d内死亡4例,死亡率7.14%;对照组死亡7例,死亡率12.50%,观察组死亡率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

重症肺炎原发疾病复杂,治疗过程需要改善的系统、器官指标较多,临床难以有可操作性强的指南性质的文件进行规范。西医临床研究显示,过度免疫反应是重症社区获得性肺炎的主要病理生理机制之一。抗感染治疗、恢复免疫平衡及对症治疗,是目前临床治疗SP基本原则。由于重症肺炎病情复杂,受影响器官多且严重,救治患者需要消耗较多的卫生资源,且并不一定能获得可靠的预后质量。中医近年来在治疗重症肺炎方面取得较好的进展。中医将重症肺炎归为“风温肺热病”。中医家根据风温和肺热病的临床表现辨析认为气机升降失职是重症肺炎主要的病理机制。关于气机升降失肃对人体的影响,古典医籍中有较多描述。如《素问·宝命全形论》中关于气机的描述有:“人生于地,悬命于天,天地合气,命之曰人”^[6-7]。《素问·阴阳应象大论》中阐述了气机升降出入的规律:“故清阳出上窍,浊阴出下窍;清阳发腠理,浊阴走五脏;清阳实四肢,浊阴归六腑”^[8-9]。此为机体的正常生理变化。气机升降失常则机体会发生相应的病理改变而产生疾病。《素问·阴阳应象大论》对气机升降失肃产生疾病的规律进行了总结:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生真胀”^[10]。《素问·六微旨大论》记载:“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危。故非出入,则无以生长壮老已;非升降,则无以生长化收藏”。这些对气机与机体病理改变之间的阐述为疾病的治疗奠定了理论基础。成为中医气机辨治的基本原则。《素问·至真

要大论》总结了气机升降失肃的治疗原则:“高者抑之,下者举之”“疏其气血,令其条达,而致和平”^[11]。

中医辨证论治制定疾病治疗原则的基础,是从宏观着眼机体功能方面的变化,寻找疾病规律和治疗原则。但部分患者可出现“无证可辨”“证候不太明显”或“证候复杂”,难以寻找疾病的规律^[12-13]。近年来,微观辨证成为临床研究热点,成为中医辨证的有效补充,其通过对机体结构、代谢和功能的物质基础的特点进行总结,结合中医辨证进行反复验证,逐步建立起一系列辨证的微观指标,更为客观精细地反映机体状况^[14]。如肺气虚则肺通气功能出现异常。

重症肺炎的中医治疗有较多临床数据积累。部分中医家根据重症肺炎主要病理特点为痰、热、毒、瘀、虚,其证候主要是痰热闭肺证和阴阳两虚蕴毒证^[15]。痰热闭肺证占大部分重症肺炎证型,肺失宣发肃降、邪热壅肺。重症肺炎患者以老年人群为主,老年人常积生痰湿、瘀血等,故重症肺炎患者大多数为痰热壅肺或痰浊阻肺类型,中医辨证为痰热闭肺证^[16-17]。临床治疗采用清热解毒、宣肺化痰、通脏腑为基本治疗原则。阴阳两虚按照气机、阴阳的邪盛正衰,可辨证为气虚、阴虚、阳虚、气阴两虚等不同的证型,临床治疗采用健脾益气、升举阳气等中医治疗原则^[18]。麻杏石甘汤作为治疗呼吸系统疾病的经典名方,其采用麻黄开宣肺气平喘、石膏清泄肺热、杏仁止咳平喘的功效,辅以桃仁、冬瓜仁、黄芩、浙贝母、桔梗、枇杷叶、芦根、薏苡仁、甘草等中药,可达到清热宣肺、化痰平喘的功效^[19]。本研究采用麻杏石甘汤化痰裁辨治重症肺炎患者,结果显示,其有效改善了肺功能、免疫功能,炎症反应等微观指标,延缓了患者病情进展,提升患者的整体预后,且并未增加不良反应。

综上所述,麻杏石甘汤辅助西药化痰治疗重症肺炎患者,对降低患者炎症反应、提升免疫功能、呼吸功能,减缓病情进展,更具优势,有效提升患者预后结果,且安全性高,具有较高的临床价值。

参考文献

- [1] 闫百灵,唐颖,付尧,等. HMGB1-IL-17信号传导轴在老年重症肺炎患者中作用及机制[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(14): 3380-3382.
- [2] 何峻,胡松. 经纤维支气管镜肺泡灌洗治疗重症肺炎的临床研究[J]. 中国中医药咨讯, 2011, 3(17): 89-90.

水平。另有研究表明,对采用补元聪脑汤联合针灸治疗的老年患者进行检测,发现其 Hcy 和 $A\beta$ 水平以及认知功能无明显变化^[15],推测本研究纳入标准较为严格,研究结果具有稳定性,此外样本数量、治疗疗程等均与研究结果存在密切联系。

综上所述,采用补元聪脑汤联合针灸治疗肾虚痰瘀型老年痴呆患者,能够有效改善智能减退、肢体困重等临床症状,提高认知功能,降低 Hcy 和 $A\beta$ 水平,并提高治疗效果。但由于样本数量限制,本研究存在不足之处,今后将重视扩大样本数量进行进一步研究,为临床此类患者治疗提供新思路。

参考文献

[1] 陈戴荣,郑义雄,陈敏庄. 针灸治疗老年痴呆患者的疗效及对细胞因子和血脂代谢的影响[J]. 世界中医药,2018,13(3):719-721,726.
 [2] 郭茜茜,郭尔楚,钟振国. 老年痴呆症发病机制及中西医治疗研究进展[J]. 亚太传统医药,2015,11(13):41-44.
 [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:228-229.
 [4] 傅仁杰. 老年呆病的诊断、辨证分型及疗效评定标准(讨论稿)[J]. 中医杂志,1991,22(2):57.
 [5] 彭丹涛,许贤豪,刘江红,等. 简易智能精神状态检查量表检测老年期痴呆患者的应用探讨[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志,2005,12(4):187-190,211.

[6] Kamat PK, Kyles P, Kalani A, et al. Hydrogen Sulfide Ameliorates Homocysteine-Induced Alzheimer's Disease-Like Pathology, Blood-Brain Barrier Disruption, and Synaptic Disorder[J]. Mol Neurobiol, 2016,53(4):2451-2467.
 [7] 张琼,戴朝博,王巍,等. 老年痴呆与血浆同型半胱氨酸水平的临床关系研究[J]. 实用老年医学,2015,29(2):134-136.
 [8] 闫蓉,常翔,杨从,等. 阿尔兹海默病 β 淀粉样蛋白形成和沉积的发病机制及中医药干预的可能途径[J]. 中药新药与临床药理,2013,24(6):629-632.
 [9] 黄新格,零佩尔,赵利华. D-半乳糖 AD 模型与中医脑衰老证候病机关系的探讨及在针灸防治脑衰老中的应用[J]. 世界中医药,2015,10(12):1983-1986.
 [10] 孙芳芳,陈民. 补元聪脑汤对老年性痴呆大鼠行为学及 GSH-PX 活性的影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2010,12(5):78-80.
 [11] 杨冰,张晗,杜天乐,等. 从肾论治老年痴呆研究述评[J]. 河南中医,2015,35(12):3209-3211.
 [12] 邵静,曹淑丽. 益智聪脑颗粒联合多奈哌齐片治疗老年痴呆临床研究[J]. 中医学报,2013,28(10):1558-1560.
 [13] 陈艳萍,侯玉玲. 针灸联合临床药物治疗老年痴呆症概述[J]. 临床合理用药杂志,2014,7(2):111.
 [14] 管月帆. 针灸联合中医辩证治疗老年痴呆的临床观察[J]. 中华全科医学,2015,13(3):472-474.
 [15] 白雪,庄述娟,张冠庆. $A\beta$ 蛋白对阿尔兹海默病的作用及药物研究进展[J]. 医学理论与实践,2013,26(19):2552-2553.

(2017-03-21 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第 143 页)

[3] 赵兴峰. 宣白承气汤加减联合西医常规治疗痰热壅肺型重症肺炎的临床疗效及对炎症因子白细胞介素 6、超敏 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子 α 水平的影响[J]. 河北中医,2018,40(4):558-561.
 [4] Brown SM, Jones BE, Jephson AR, et al. Validation of the Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society 2007 guidelines for severe community-acquired pneumonia[J]. Crit Care Med, 2009,37(12):3010-3016.
 [5] 中国中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:25.
 [6] 吕波,陈立,李兰,等. 通腑理肺汤结肠透析联合肺泡灌洗对重症肺炎合并脓毒症 TNF- α 、IL-6 的影响[J]. 中医药学报,2018,46(1):83-87.
 [7] 杨轶男,王海燕,朝鲁门其其格. 氧合指数及肺泡动脉氧分压差监测对小儿重症肺炎的临床价值分析[J]. 中国医药导报,2018,15(1):72-75.
 [8] 刘道莹,刘笛,尹昆. 重症肺炎患者血清 NT-proBNP 和 HMGB1 水平的变化及其意义[J]. 中国现代医学杂志,2017,27(17):58-61.
 [9] 陈锋. 丹参酮 II A 磺酸钠注射液联合阿奇霉素治疗重症肺炎患者的临床观察[J]. 包头医学院学报,2017,33(6):31-32,44.
 [10] 王东升. 蒿芩麻杏石甘汤配合拔罐治疗小儿肺炎支原体肺炎临床疗效观察[D]. 北京:北京中医药大学,2017.
 [11] 刁云锋,张士俊,赵万勇,等. 血必净注射液对重症肺炎患者血浆

IL-6 和 TNF- α 水平的影响[J]. 中草药,2017,48(6):1188-1191.
 [12] 韩健. 白虎汤联合还原型谷胱甘肽治疗重症肺炎伴高热临床研究[J]. 中医学报,2017,32(2):201-205.
 [13] 杨桦,陈霁虹. 合用千金苇茎汤治疗重症肺炎疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报,2011,35(1):38-39,48.
 [14] 霍红梅,陈丽珠,陈杰奎. 布地奈德雾化吸入联合麻杏石甘汤加减对肺炎高热小儿血清 CRP 影响及临床疗效研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2016,18(7):186-188.
 [15] 程瑞蓉. 麻杏石甘汤联合支气管肺泡灌洗治疗婴幼儿重症肺炎临床研究[J]. 河南中医,2016,36(2):198-199.
 [16] 翁维杰,黄崇林. 麻杏石甘汤联合西药治疗重症肺炎疗效观察[J]. 新中医,2015,47(4):51-52.
 [17] 王斌梁,孔一名,张蓉映. 重症肺炎患者下呼吸道内 sTREM-1、TNF- α 及 IL-10 水平的变化[J]. 中国现代医生,2012,50(28):8-10.
 [18] 王凤英,李良业,韩卢丽,等. 中药肠道净化治疗重症肺炎的临床疗效及对 TNF- α 、sICAM-1 的影响[J]. 新中医,2010,42(12):11-12.
 [19] 白雪. 观察麻杏石甘汤合千金苇茎汤加味治疗重症肺炎的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(21):146.

(2018-08-23 收稿 责任编辑:芮莉莉)