

# 麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减辅助治疗社区中老年患者获得性肺炎的疗效分析

谭亚云<sup>\*</sup>, 梁冬

(海南省农垦三亚医院, 海南 三亚 572000)

**[摘要]** **目的:**观察麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减辅助治疗社区中老年患者获得性肺炎(CAP)(痰热壅盛证)的疗效及对C-反应蛋白(CRP),血沉(ESR),降钙素原(PCT)的影响。**方法:**106例CAP患者采用随机按入院先后分为对照组52和试验组54例。对照组注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠,3g,静脉滴注,2次/d;和注射用阿奇霉素,0.5g,静脉滴注,1次/d。疗程共14d。试验组西医处理方法同对照组,并加用麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减内服,1剂/d。疗程为14d。记录治疗前后主要临床症状、体征评分;记录发热、咳嗽、咯痰、肺部湿啰音、肺片、血象转归情况和平均住院时间;检测治疗前后CRP,ESR,PCT的变化情况。**结果:**经Ridit分析,试验组临床疗效优于对照组( $P < 0.05$ );治疗后试验组主要临床症状、体征(咳嗽、咯痰、黄脓痰、喘息、气短、气急、反应迟钝、湿啰音、痰多、支气管音)评分均低于对照组( $P < 0.01$ );治疗后试验组发热、咳嗽、肺部湿啰音消失时间,肺片、血象恢复正常时间和平均住院时间均短于对照组( $P < 0.05, P < 0.01$ );治疗后试验组CRP,ESR,PCT水平低于对照组( $P < 0.05, P < 0.01$ )。**结论:**麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减辅助治疗中老年患者社区获得性肺炎能减轻临床症状、体征,缩短病程,降低CRP,ESR,PCT,提高临床疗效。

**[关键词]** 社区获得性肺炎;麻杏石甘汤;葶苈大枣泻肺汤;降钙素原

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2016)05-0202-04

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2016050202

## Clinical Observation of Maxin Shigan Tang Combined with Tingli Dazao Xiefei Tang as Modified Auxiliary Therapy for Community Acquired Pneumonia in Middle-aged and Old Patients

TAN Ya-yun<sup>\*</sup>, LIANG Dong

(Nongken Sanya Hospital of Hainan Province, Sanya 572000, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the clinical efficacy of Maxin Shigan Tang combined with Tingli Dazao Xiefei Tang as modified auxiliary therapy for community acquired pneumonia (CAP) in middle-aged and old patients as well as its effect on C-reactive protein (CRP), erythrocyte sedimentation rate (ESR) and procalcitonin (PCT). **Method:** One hundred and six cases patients with CAP were divided into control group (52 cases) and experimental group (54 cases) by random number table. Patients in control group received cefoperazone sodium and sulbactam sodium for intravenous infusion, 3 g, 2 times/day and azithromycin injection for intravenous infusion, 0.5 g, 1 time/day, with a treatment course of 14 days in total. Based on the treatment of control group, patients in experimental group added Maxin Shigan Tang combined with Tingli Dazao Xiefei Tang, 1 dose/day, with a treatment course of 14 days. Before and after treatment, scores of main symptoms and signs were recorded; fevers, cough, expectoration, lung rale, lung slices, the blood and average stay were recorded. Before and after treatment, levels of CRP, ESR and PCT were detected. **Result:** In Ridit analysis, clinical effect in experimental group was superior to that in control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, scores of the main symptoms and signs (cough, expectoration, sputum, wheeze, breathe hard, flustered and exasperated, lags in response, moist rales,

**[收稿日期]** 20150623(191)

**[基金项目]** 海南省自然科学基金项目(814386)

**[通讯作者]** \*谭亚云,主治医师,从事中西医结合呼吸病的防治工作,Tel:13687505138,E-mail:tanyayuntt8@163.com

excessive phlegm and bronchophony) were lower than those in control group ( $P < 0.01$ ). After treatment, time of fevers, cough, lung rale, recovery time in lung slices and blood examination as well as the average stay in experimental group were shorter than those in control group ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ). Levels of CRP, ESR and PCT were also lower than those in control group after treatment ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ). **Conclusion:** Maxin Shigan Tang combined with Tingli Dazao Xiefei Tang can relieve symptoms and signs, shorten courses, reduce levels of CRP, ESR and PCT, and improve clinical effect for the treatment of community acquired pneumonia (CAP) in middle-aged and old patients.

**[Key words]** community acquired pneumonia; Maxin Shigan Tang; Tingli Dazao Xiefei Tang; procalcitonin

社区获得性肺炎(CAP)是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症,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。CAP是在世界范围内具有较高的发病率和病死率,严重威胁着人类健康<sup>[1]</sup>。及时地给予正确的抗生素治疗十分重要,但此有赖于临床医生对当地病原菌流行病学资料掌握和细菌培养结果。且抗生素本身的副作用以及由此而引发的菌群失调,耐药性增强等制约着临床疗效的提高<sup>[2]</sup>。

CAP属于中医“风温肺病”、“肺炎喘嗽”等范畴,乃外邪侵袭,肺卫受感,肺失清肃,闭郁不宣,痰热壅盛,阻于气道所致<sup>[3]</sup>。麻杏石甘汤清热、宣肺、平喘,葶苈大枣泻肺汤具有泻肺去痰、利水平喘之功,二方加减正投其痰热壅盛,发热咳喘的病机特点。笔者在西医常规抗生素等治疗的基础上,采用此二方加减辅助治疗CAP(痰热壅盛证),改善临床症状,缩短病程方面起到了显著效果。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选择海南省农垦三亚医院中医科和呼吸内科住院部2012年8月—2015年2月间进行诊治的110例符合研究条件的患者作为研究对象,采用随机按入院先后分为对照组和试验组各55例,其中对照组脱落3例,试验组脱落1例。对照组52例,男34例,女18例;年龄40~70岁,平均(53.5±8.2)岁;病程6~48 h,平均(16.5±15.3) h,病情程度<sup>[4]</sup>:轻度18例,中度34例。试验组54例,男33例,女21例;年龄43~70岁,平均(52.6±8.5)岁;病程10~48 h,平均(17.2±14.7) h,病情程度:轻度19例,中度35例。两组患者性别、年龄、病程和病情程度等基线资料比较差异均无统计学意义。本研究获得医院伦理委员会审查同意。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照中华医学会呼吸病分会2006年制定的“社区获得性肺炎诊治指南”<sup>[4]</sup>。

**1.2.2 痰热壅盛证辨证标准** 参照中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会2011年制定的“社区获得性肺炎中医诊疗指南”<sup>[5]</sup>,主证:咳嗽,痰多,痰黄,痰白干黏,胸痛,舌质红,舌苔黄、腻,脉滑、数。次证:发热,口渴,面红,尿黄,大便干结,腹胀。

**1.3 纳入标准** ①符合CAP西医诊断标准;②符合痰热壅盛证辨证者;③年龄40~70岁,男女不限;④均取得患者知情同意,并签署同意书。

**1.4 排除标准** ①合并肺部肿瘤、活动性肺结核、肺不张、肺水肿等疾病者;②重症CAP患者;③合并心、脑、肝、肾、肺功能不全者;④精神疾患及神志不清,无法言语交流者;⑤院外病程超过48 h者;⑥同期服用其他中药治疗者。

**1.5 治疗方法** 对照组参照指南<sup>[4]</sup>,注射用头孢哌酮舒巴坦钠(广州白云山天心制药股份有限公司,国药准字H20058069),3 g,采用100 mL 0.9%氯化钠注射液稀释后静脉滴注,2次/d;注射用阿奇霉素(辉瑞制药有限公司,国药准字J20140073),0.5 g,采用500 mL 0.9%氯化钠注射液稀释后静脉滴注,1次/d。并根据细菌培养药敏试验结果再调整敏感的抗生素治疗。同时给予患者解痉、止咳、祛痰、平喘等对症处理。试验组的西医治疗同对照组,并加用麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减,药物组成:黄芩15 g,法半夏12 g,党参20 g,大枣10 g,麻黄10 g,苦杏仁12 g,石膏30~50 g,甘草9 g,平地木20 g,葶苈子10 g,鱼腥草30 g,金银花20 g,鲜竹沥15 g,瓜蒌30 g。每天1剂,由医院制剂室统一煎煮,每剂取药液250 mL,分早晚2次内服。两组疗程均为14 d。

**1.6 观察指标** ①主要症状、体征,包括咳嗽、咯痰、黄脓痰、喘息、气短、气急、反应迟钝、湿啰音、痰多、支气管呼吸,分级评分标准参照《中药新药临床研究指导原则》制定,根据无、轻、中、重,分别记录0,1,2,3分;治疗前后各评价1次。②记录发热、咳

嗽、咯痰、肺部湿啰音、肺片、血象转归情况和平均住院时间。③检测 C-反应蛋白(CRP),血沉(ESR),降钙素原(PCT),治疗前后各检测 1 次。

**1.7 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》制定。临床痊愈:主要症状及阳性体征消失或基本消失,胸片、白细胞正常;显效:主要症状及阳性体征改善,胸片、白细胞基本恢复正常;有效:症状及阳性体征均有所好转,白细胞总数略有好转,胸片略有改善;无效:症状和阳性体征未见明显改善或者加重,白细胞总数无明显变化,胸片无变化或加重。

**1.8 统计学处理** 采用 SPSS 19.0 软件对数据进行统计学分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间资料采用 *t* 检验,等级资料采用 Ridit 分析,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 经 Ridit 分析,治疗

后试验组临床疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者治疗后临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between the two groups after treatment

组别	例数	痊愈 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例
对照	52	16	18	15	3
试验	54	25	19	10	0

**2.2 两组患者治疗前后主要症状、体征评分比较** 治疗后两组患者主要症状、体征(咳嗽、咯痰、黄脓痰、喘息、气短、气急、反应迟钝、湿啰音、痰多、支气管呼吸音)评分均较治疗前明显下降 ( $P < 0.01$ ),试验组治疗后上述主要症状、体征均低于对照组 ( $P < 0.01$ ),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后主要症状、体征评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 2 Comparison of main symptoms and signs in two groups before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	咳嗽	咯痰	黄脓痰	喘息
对照	52	治疗前	2.45 ± 0.37	2.04 ± 0.35	1.93 ± 0.29	2.07 ± 0.32
		治疗后	0.87 ± 0.16 <sup>1)</sup>	0.73 ± 0.15 <sup>1)</sup>	0.69 ± 0.16 <sup>1)</sup>	0.65 ± 0.17 <sup>1)</sup>
试验	54	治疗前	2.39 ± 0.34	2.11 ± 0.40	2.02 ± 0.38	2.05 ± 0.36
		治疗后	0.58 ± 0.12 <sup>1,2)</sup>	0.44 ± 0.14 <sup>1,2)</sup>	0.41 ± 0.18 <sup>1,2)</sup>	0.42 ± 0.14 <sup>1,2)</sup>

组别	例数	时间	气短	气急	反应迟钝	湿啰音	支气管呼吸音
对照	52	治疗前	1.85 ± 0.27	1.94 ± 0.26	1.23 ± 0.25	2.17 ± 0.30	2.14 ± 0.33
		治疗后	0.57 ± 0.16 <sup>1)</sup>	0.53 ± 0.15 <sup>1)</sup>	0.51 ± 0.13 <sup>1)</sup>	0.58 ± 0.16 <sup>1)</sup>	0.63 ± 0.18 <sup>1)</sup>
试验	54	治疗前	1.90 ± 0.31	1.91 ± 0.33	1.20 ± 0.28	2.15 ± 0.33	2.27 ± 0.38
		治疗后	0.28 ± 0.09 <sup>1)</sup>	0.36 ± 0.11 <sup>1)</sup>	0.32 ± 0.14 <sup>1,2)</sup>	0.27 ± 0.14 <sup>1,2)</sup>	0.32 ± 0.16 <sup>1,2)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup> $P < 0.01$ 。

**2.3 两组患者治疗后主要症状、体征消失/复常时间和平均住院时间比较** 治疗后试验组发热、咳嗽、肺部湿啰音消失,肺片、血象恢复正常时间和平均住院时间均短于对照组 ( $P < 0.05, P < 0.01$ ),见表 3。

**2.4 两组患者治疗前后 CRP,ESR,PCT 变化情况比较** 治疗后两组 CRP,ESR,PCT 水平均较治疗前显著下降 ( $P < 0.01$ ),治疗后试验组 CRP,ESR,PCT 水平均低于对照组 ( $P < 0.05, P < 0.01$ ),见表 4。

表 3 两组患者治疗后主要症状、体征消失/复常时间和平均住院时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 3 Comparison of recovery time for main symptoms and signs of the two groups before and after treatment, as well as average length of hospital stay for two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	发热	咳嗽	肺部湿啰音	血象	肺片	平均住院
对照	52	6.7 ± 1.5	12.3 ± 2.6	14.1 ± 2.9	10.7 ± 1.9	14.7 ± 2.8	15.7 ± 2.58
试验	54	5.6 ± 1.4 <sup>1)</sup>	10.7 ± 2.5 <sup>2)</sup>	12.7 ± 2.7 <sup>2)</sup>	9.8 ± 1.6 <sup>1)</sup>	13.5 ± 2.6 <sup>1)</sup>	14.2 ± 2.26 <sup>1)</sup>

注:与对照组治疗后比较<sup>1)</sup> $P < 0.05, ^2) P < 0.01$ 。

## 3 讨论

CAP 最常见的病原体为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、A 组溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、卡他莫拉菌,最常见的非典型病原体为肺炎支原体、肺炎衣原体和军团菌<sup>[6]</sup>。随着我国人口老龄化趋势明显,

病原体变迁和抗生素耐药率上升,免疫抑制性疾病增加,重症肺炎的临床治疗难度越来越大<sup>[7]</sup>。

对于风温肺病的治疗,中医药在长期实践积累了丰富的经验,并形成了中医药诊治 CRP 的指南,中医药具有副作用少、且不易产生耐药性的优点,还

表 4 两组患者治疗前后 CRP, ESR, PCT 变化情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )  
Table 4 Comparison of changes of CRP, ESR and PCT before and after treatment in two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	CRP	ESR	PCT
			/mg·L <sup>-1</sup>	/mm·h <sup>-1</sup>	/mg·L <sup>-1</sup>
对照	52	治疗前	74.53 ± 12.48	49.48 ± 6.09	8.76 ± 2.64
		治疗后	10.74 ± 2.06 <sup>1)</sup>	25.73 ± 3.58 <sup>1)</sup>	3.19 ± 1.15 <sup>1)</sup>
试验	54	治疗前	77.92 ± 11.18	52.16 ± 5.92	8.85 ± 2.71
		治疗后	8.84 ± 1.92 <sup>1,2)</sup>	22.85 ± 3.16 <sup>1,3)</sup>	2.54 ± 0.96 <sup>1,2)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup>  $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup>  $P < 0.05$ ,<sup>3)</sup>  $P < 0.01$ 。

能通过调节机体的整体免疫反应和改变机体的局部微环境条件,而达到清除病原菌,提高临床疗效的目的<sup>[5]</sup>。中老年患者因免疫功能减退以及多伴有多种慢性疾病,对病原菌易感性明显增加,以冬季为 CAP 入院及死亡的高发季节;中医证候以实证为主,多为风热闭肺、风寒袭肺以和痰湿蕴肺,其中急性期病在里,表现为痰热壅肺、毒热闭肺,治疗上多采用清热解毒、祛痰止咳、活血化瘀之法<sup>[8]</sup>。

麻杏石甘汤出自《伤寒论》,为辛凉宣肺、清热平喘之剂,具有镇咳、平喘,抗炎、抗病毒、调节免疫功能等多种现代药理作用,临床广泛用于呼吸道感染、肺炎、气管及支气管炎等呼吸系统疾病的治疗<sup>[9]</sup>。葶苈大枣泻肺汤出自《金匮要略》由葶苈子、大枣组成,为治疗“肺痈喘不卧”的方剂,葶苈子泻肺平喘,利水消肿,主要用于痰涎壅滞、咳喘痰多、喘息不得卧等,其活性成分有黄酮类、硫苷、内酯等,具有止咳平喘、利尿、强心、抗菌等作用<sup>[10]</sup>。

本组麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减汤中,麻黄宣肺平喘,石膏清泻肺热,苦杏仁止咳平喘、润肠通便,葶苈子泻肺平喘,利水消肿,黄芩清热解毒,金银花清热解毒、宣散风热,鱼腥草清热解毒、排脓消痈,瓜蒌清热涤痰、宽胸散结,鲜竹沥清热化痰,法半夏燥湿化痰,平地木止咳化痰平喘、清利湿热,活血化瘀,党参、大枣、甘草益气调胃和,一补后天之本,二则佐苦寒药物伤脾胃。全方共奏清热解毒、宣肺化痰、平喘止咳之功。

本组资料显示在西医抗生素治疗的基础上,采用麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减内服后主要症状、体征评分低于对照组,发热、咳嗽、肺部湿啰音消失时间,肺片、血象恢复正常时间和平均住院时间均短于对照组,临床疗效优于对照组,说明了麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤的使用减轻了临床症状、体征、缩短了病程,提高了临床疗效。

CRP 非特异性的急性时相蛋白,是反映炎症、

组织损伤程度以及评价治疗反应的敏感指标之一,其水平和持续时间与感染程度呈正相关,其持续升高或再度升高提示临床应重视病情的变化。感染时血沉通常会增快,血液内的炎症物质会增多,红细胞会出现聚集现象,ESR 也会加快。PCT 是一种降钙素前肽物质,在细菌感染时升高明显,且反映了感染的严重程度,且与 CAP 并发症和死亡率有关<sup>[11]</sup>。本研究显示治疗后试验组 CRP, ESR, PCT 水平均低于对照组,提示了麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤的使用能进一步的控制了细菌感染、控制了炎症反应,改善疾病预后。

[参考文献]

[1] Welte T, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe[J]. Thorax, 2012, 67(2): 71-79.

[2] Li X, Ma S, Yan M, et al. Synthesis and antibacterial evaluation of novel 11, 4"-disubstituted azithromycin analogs with greatly improved activity against erythromycin-resistant bacteria[J]. Eur J Med Chem, 2013, 59(1): 209-217.

[3] 曾俊飞, 潘俊辉, 王鹏, 等. 中西医结合治疗肺炎喘嗽(痰热壅肺证)的多中心临床研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(13): 259-262.

[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]. 中华结核与呼吸杂志, 2006, 29(10): 651-655.

[5] 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诊疗指南(2011 版)[J]. 中医杂志, 2011, 52(21): 1883-1886.

[6] 龙威, 黄高忠. 社区获得性肺炎的诊断和治疗进展[J]. 实用老年医学, 2015, 29(1): 73-76.

[7] 袁蓓, 杜娟, 唐凤婕, 等. 《社区获得性肺炎诊疗指南》与 Fine 危险分层在社区获得性肺炎中的应用价值[J]. 贵阳医学院学报, 2015, 40(5): 33-36.

[8] 杨爱君, 姜俊杰, 谢雁鸣, 等. 社区获得性肺炎患者发病及中医证候特点分析[J]. 中医杂志, 2014, 55(22): 1961-1965.

[9] 黄晓洁, 魏刚, 张龙, 等. 麻杏石甘汤的药理作用和临床应用研究进展[J]. 广东药学院学报, 2014, 30(1): 110-114.

[10] 周喜丹, 唐力英, 周国洪, 等. 南北葶苈子的最新研究进展[J]. 中国中药杂志, 2014, 39(24): 4699-4708.

[11] 王华新, 洪旭初. 老年社区获得性肺炎 PCT, CRP 与肺炎评分系统及中医证型相关性研究[J]. 福建中医药大学学报, 2012, 22(6): 4-6.

[责任编辑 何希荣]