

方剂中以麦冬、桑白皮配伍,起到化痰清肺、化热润肺、止咳平喘的功效,诸药配合能有效改善患者症状。综上所述,临床以培土生金法治疗 COPD 患者,患者治疗效果好,能有效改善营养不良、提高生存质量。

参考文献

[1]宫静,林周胜,张伟,等.培土生金法对慢性阻塞性肺疾病稳定期生

存质量与营养状态的影响[J].山西中医,2011,27(1):13-16
[2]单丽因,刘小虹,钟亮环,等.培土生金法配合西药治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的临床观察[J].湖北中医杂志,2007,29(4):26-27
[3]施焕中.慢性阻塞性肺疾病[M].北京:人民卫生出版社,2006.354
[4]帅再彬.中西医结合对慢阻肺稳定期患者生存质量影响[J].医学信息,2013,26(19):346-347
[5]汤宝海,江翠,吴华,等.中西医结合治疗慢阻肺稳定期患者生存质量的影响[J].现代诊断与治疗,2015,26(17):3869-3870

(收稿日期: 2017-01-14)

血必净注射液治疗全身炎症反应综合征的疗效观察

冯妹琴

(中国人民解放军第一五五中心医院急诊科 河南开封 475003)

摘要:目的:探究血必净注射液治疗全身炎症反应综合征(SIRS)的疗效及对患者体液免疫功能的影响。方法:选择我院 86 例 SIRS 患者,依照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 43 例。对照组予以常规方法治疗,观察组于常规治疗基础上加用血必净注射液,持续治疗 1 周后,比较两组患者治疗前、治疗 1 周后的呼吸、心率、体温、白细胞计数(WBC)以及急性生理与慢性健康状况评分(APACHE II);检测对比两组血清炎症介质指标肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白介素-6(IL-6)及体液免疫功能指标免疫球蛋白 IgA、IgM、IgG 水平。结果:治疗 1 周后观察组患者呼吸、心率、体温、WBC、APACHEII 评分明显低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$;治疗后,观察组患者 TNF- α 、IL-6 水平较对照组低,IgA、IgM、IgG 水平较对照组高,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:对全身炎症反应综合征患者应用血必净注射液治疗效果显著,且能有效调节其体液免疫功能。

关键词:全身炎症反应综合征;血必净注射液;体液免疫功能

中图分类号:R364.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.007

全身炎症反应综合征 (Systemic Inflammatory Response Syndrome, SIRS) 是由再灌注损伤、缺氧、烧伤、创伤、严重感染等非感染和感染因素刺激机体所导致的一种全身性炎症反应,该病不仅会引发多种并发症,若治疗不及时,极易进展为 MODS,严重影响患者生命安全和生活质量^[1-2]。近年来,有研究报道,改善患者机体免疫功能可缓解 SIRS 病情进展,改善其临床症状^[3]。血必净注射液主要成分由丹参、川芎、红花等中药提取物,可发挥对抗内毒素、抑制炎症介质释放、调节免疫功能等作用。本研究选取 86 例 SIRS 患者为研究对象,观察血必净注射液治疗 SIRS 的疗效及对患者体液免疫功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 2 月~2017 年 1 月我院 86 例 SIRS 患者,均符合华盛顿“国际脓毒症会议”(2001 年)对 SIRS 的临床诊断标准^[4]:呼吸 >20 次/min,心率 >90 次/min,体温 >38 $^{\circ}\text{C}$ 或者 <36 $^{\circ}\text{C}$;已签署知情同意书;排除合并免疫缺陷有关疾病、恶性肿瘤及长期应用免疫抑制剂治疗者。依照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 43 例。观察组男 23 例,女 20 例;年龄 34~82 岁,平均年龄 (53.16 ± 10.25) 岁;感染因素病因 15 例,非感染因素

病因 28 例。对照组男 24 例,女 19 例;年龄 33~80 岁,平均年龄 (52.64 ± 10.73) 岁;感染因素病因 16 例,非感染因素病因 27 例。对比两组患者基本资料,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

1.2 治疗方法 对照组予以常规治疗:依据患者受伤情况、病因给予保护脏器功能、营养支持、解痉、化痰、控制感染、补液等对症支持治疗,对伴有 II 型呼吸衰竭者给予机械通气治疗。观察组在常规治疗基础上加用血必净注射液 (国药准字 Z20040033),用法:100 ml 血必净注射液 +100 ml 0.9%氯化钠注射液,静滴,30~40 min 内滴完,2 次/d。两组均持续治疗 1 周。

1.3 观察指标 (1)监测两组治疗前、治疗 1 周后的呼吸、心率、体温;应用 APACHE II 评分系统评价两组急性生理和慢性健康状况,评分越高说明急性生理和慢性健康状况越差^[5]。(2)采集两组 6 ml 外周静脉血,取 2 ml 用白细胞计数仪测定 WBC;其余 4 ml 进行离心分离,取上层血清,以免疫比浊法检测 IgA、IgM、IgG 水平,用酶联免疫吸附测定法检测 TNF- α 、IL-6 水平,试剂盒均购于上海酶联生物科技有限公司。

1.4 统计学分析 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验, $P<0.05$

为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生命体征、WBC 及 APACHE II 评分比较

两组患者治疗前呼吸、心率、体温、WBC 及

APACHE II 评分相比, 差异均无统计学意义, $P>0.05$; 治疗 1 周后, 观察组呼吸、心率、体温、WBC 及 APACHE II 评分较对照组降低, 差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组生命体征、WBC 及 APACHE II 评分比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	生命体征			WBC($\times 10^9/L$)	APACHE II 评分(分)
			呼吸(次/min)	心率(次/min)	体温($^{\circ}C$)		
治疗前	观察组	43	26.83 $\pm$ 6.19	112.92 $\pm$ 11.39	38.89 $\pm$ 0.68	15.87 $\pm$ 0.41	22.34 $\pm$ 2.17
	对照组	43	26.65 $\pm$ 6.47	113.76 $\pm$ 12.17	38.82 $\pm$ 0.63	15.83 $\pm$ 0.37	22.68 $\pm$ 2.46
	t		0.132	0.331	0.495	0.475	0.680
	P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
治疗后	观察组	43	16.28 $\pm$ 1.35	81.57 $\pm$ 7.36	36.25 $\pm$ 0.27	8.54 $\pm$ 0.67	15.49 $\pm$ 1.04
	对照组	43	19.36 $\pm$ 1.79	93.29 $\pm$ 9.28	37.34 $\pm$ 0.36	10.68 $\pm$ 0.92	17.38 $\pm$ 1.12
	t		9.008	6.489	15.884	12.330	8.109
	P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组炎症介质与体液免疫指标水平比较

两组治疗前 IgA、IgM、IgG 与 TNF- α 、IL-6 水平相比, 差异均无统计学意义, $P>0.05$; 经治疗, 观察组

TNF- α 、IL-6 水平较对照组低, IgA、IgM、IgG 水平较对照组高, 差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组炎症介质与体液免疫指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	体液免疫指标(g/L)			炎症介质指标(ng/L)	
			IgA	IgM	IgG	TNF- α	IL-6
治疗前	观察组	43	2.08 $\pm$ 0.13	0.89 $\pm$ 0.04	9.42 $\pm$ 1.02	23.25 $\pm$ 4.86	108.84 $\pm$ 10.52
	对照组	43	2.06 $\pm$ 0.11	0.88 $\pm$ 0.06	9.48 $\pm$ 1.09	23.91 $\pm$ 3.79	109.56 $\pm$ 12.08
	t		0.770	0.909	0.294	0.702	0.295
	P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
治疗后	观察组	43	2.34 $\pm$ 0.06	0.99 $\pm$ 0.01	10.94 $\pm$ 0.92	14.43 $\pm$ 3.26	94.53 $\pm$ 5.86
	对照组	43	2.11 $\pm$ 0.09	0.90 $\pm$ 0.05	9.69 $\pm$ 1.01	17.65 $\pm$ 3.15	102.18 $\pm$ 9.42
	t		13.943	11.574	6.000	4.658	4.522
	P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

3.1 炎症介质、免疫功能与 SIRS SIRS 为机体因遭受各种损害而形成的炎症反应, 可促使活化巨噬细胞、单核细胞大量释放 TNF- α 、IL-6 等炎症介质, 影响患者免疫系统, 产生炎症介质诱导的“瀑布样”连锁反应, 致使炎症反应失去控制。于创伤或感染打击下, 患者数小时内即会产生免疫功能抑制, 且可持续数日, 严重损害其免疫功能, 若未给予及时有效治疗则可进展为 MODS, 危及患者生命。相关研究指出^[6], 于细胞因子的连锁反应中, TNF- α 过度表达可激发诱导细胞因子间产生相互作用, 加速氧自由基释放, 增加血管通透性, 加剧细胞功能损坏, 微循环障碍及血流动力学紊乱, 引发 SIRS 并促使其进展为 MODS。

3.2 血必净注射液有效缓解炎症反应 本组研究结果显示, 经治疗, 观察组 TNF- α 、IL-6 水平较对照组低 ($P<0.05$), 表明应用血必净注射液治疗可减少炎症因子释放, 减轻患者全身炎症状态, 缓解疾病进展。IL-6 为炎症反应中的关键成分, 可促进肝细胞生成急性期蛋白, 诱导巨噬细胞分泌 TNF- α , 促使 SIRS 发生, 其长时间高表达提示机体处在持续炎症

状态。血必净注射液为中药提取物, 可发挥清热解毒、行气止痛、活血化瘀等功效, 有助于改善微循环, 增加机体血流量, 降低血液黏稠度及毛细血管通透性, 减少 TNF- α 、IL-6 等炎症介质渗出, 加速炎症吸收, 进而调节机体炎症状态。

3.3 血必净注射液有效调节免疫功能 本组研究结果显示, 经治疗, 观察组 IgA、IgM、IgG 水平较对照组高 ($P<0.05$)。说明应用血必净注射液治疗可有效调节其体液免疫功能。免疫球蛋白(Ig)检测为临床测定体液免疫功能最常用的方法, 免疫球蛋白可同抗原相结合形成抗体-抗原复合物, 于机体内形成免疫屏障, 防止病原体侵犯机体。其中 IgG 是血清内免疫应答主要抗体, 同时在机体抗感染中起主要作用; IgM 为初次免疫应答出现最早的抗体, 在机体抗感染中最早起作用; IgA 为分泌液中主要抗体类型之一, 于呼吸道等局部免疫中具有重要作用, IgA、IgM、IgG 升高可防止 SIRS 病情恶化, 改善患者临床症状^[7]。血必净注射液可提高机体单核细胞人类白细胞 II 抗原水平, 加速机体免疫功能恢复, 且可双向调节机体免疫状态, 维持机体免疫功能稳定。

3.4 血必净注射液充分发挥抗内毒素作用 研究

结果中,治疗 1 周后观察组呼吸、心率、体温、WBC 及 APACHEII 评分较对照组低($P<0.05$)。有力佐证应用血必净注射液治疗可明显提高治疗效果。血必净注射液可发挥对抗内毒素、抑制炎症介质释放、调节免疫功能、改善微循环、保护内皮细胞及组织等作用,且能降低纤维蛋白原表达水平,增强超氧化物歧化酶活性,同时可降低机体中可溶性髓系细胞水平,缓解全身炎症反应,进而改善患者临床症状,促进疾病转归。

综上所述,对全身炎症反应综合征患者应用血必净注射液治疗效果显著,且能有效调节其体液免疫功能。

参考文献

[1]王松志,吴乐军,吴应虬,等.谷氨酰胺强化肠外营养对全身炎症反

应综合征患者影响的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2015,31(8):618-620
[2]占国清,谭华炳,李芳,等.参麦、前列地尔和还原性谷胱甘肽治疗全身炎症反应综合征[J].实用肝脏病杂志,2015,18(2):178-181
[3]李晓卉,唐冰,朱斌,等.血必净注射液治疗全身炎症反应综合征临床疗效的 Meta 分析[J].中国急救医学,2013,33(1):57-61
[4]赵薇,施贤清.血必净注射液治疗全身炎症反应综合征患者的临床研究[J].重庆医学,2015,44(20):2790-2792
[5]赵薇,李琨,张松松,等.血必净注射液对全身炎症反应综合征患者免疫功能的调节作用[J].四川大学学报(医学版),2014,45(5):863-865
[6]陈长贵.早期应用血必净注射液对重症创伤患者炎症反应的影响[J].中医药导报,2014,20(7):54-56
[7]段吉明,李文星.淋巴细胞在内毒素导致全身炎症反应综合征中作用机制的研究现状[J].中国临床研究,2014,27(6):746-748
(收稿日期:2017-01-16)

益肺健脾补肾方配合穴位贴敷治疗慢性肾衰竭疗效观察*

张晓娟 吴社泉 梁宏正 王晓 华李非
(广东省肇庆市中医院 肇庆 526020)

摘要:目的:观察益肺健脾补肾方配合穴位贴敷治疗慢性肾衰竭的疗效及对免疫功能的影响。方法:将 2014 年 10 月~2016 年 12 月本院收治的 80 例患者随机分为对照组 40 例和治疗组 40 例。对照组予常规治疗,治疗组在常规治疗基础上予益肺健脾补肾方配合穴位贴敷。观察两组总疗效、感染次数及实验室检查(血 WBC、HGB、BUN、Crea、GLB、IgG、IgA、CD3、CD4、CD4/CD8)前后变化情况。结果:治疗组总有效率 95%显著高于对照组 80%($P<0.05$),HGB、Crea、BUN、IgG、CD3、CD4、CD4/CD8 治疗前后对比,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:益肺健脾补肾方配合穴位贴敷治疗非透析期慢性肾衰竭,疗效明显优于常规治疗,且可增强患者免疫功能。
关键词:慢性肾衰竭;益肺健脾补肾方;穴位贴敷;疗效观察
中图分类号:R277.5 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.008

慢性肾功能衰竭(Chronic Renal Failure, CRF)是内科常见疾病之一,也是所有肾脏疾病发展最严重阶段。CRF 患者由于各种原因导致机体免疫力低下,进而导致各种感染频繁发生,使病程进展速度加快,预后不良。本研究使用益肺健脾补肾方联合穴位贴敷治疗慢性肾衰竭,取得了较好的临床疗效。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 10 月~2016 年 12 月本院收治的 80 例患者为观察对象,所有病例符合西医慢性肾功能不全诊断标准^[1]和中医辨证分型的脾肾气虚证^[2]、慢性肾衰竭 I~IV 分期诊断标准^[3]。排除急性肾衰竭患者、合并严重并发症患者。将患者随机分为对照组 40 例和治疗组 40 例。治疗组中男 22 例,女 18 例,年龄 22~75,平均年龄(51.4±1.9)岁;对照组中男 24 例,女 16 例,年龄 21~74 岁,平均年龄(49.7±1.2)岁。

1.2 治疗方法 对照组给予常规治疗,治疗组给予常规治疗+益肺健脾补肾方+穴位贴敷疗法。益肺健脾补肾方:黄芪 20 g,党参 20 g,茯苓 15 g,白术 15 g,丹参 15 g,陈皮 6 g,砂仁 10 g,薏苡仁 20 g,莲子 15 g,淮山 15 g,金樱子 20 g,芡实 20 g,崩大碗 20 g,防风 5 g。穴位贴敷:取大黄、肉桂、红花粉等量研磨混合均匀,每次取药末 5~10 g,用清水调和成丸,取双侧肾俞穴、肺俞穴、足三里,外用胶布固定,2~4 h 后取下,1 次/d。
1.3 观察指标 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]评价慢性肾衰竭治疗疗效。显效:临床症状消失或显著改善,血肌酐降低超过 20%;有效:临床症状有所缓解,血肌酐降低 10%~20%;稳定:临床症状轻微改善,血肌酐水平无变化或降低少于 10%;无效:临床症状与治疗前差异不大,血肌酐有所增加。观察、统计治疗前后患者血 WBC、HGB、BUN、Crea、GLB、IgG、IgA、CD3、CD4、CD4/CD8 水平。

* 基金项目:2014 年度广东省中医药局科研项目(编号:20142163)