

中西医结合救治重症肺炎疗效观察及意义

曹慧萍¹ 牛鹏飞²

汉滨区第三人民医院 陕西 安康 725018

摘要:重症肺炎作为临床危重症,具有高发病率和高死亡率的特点,一直是困扰临床医师的重要难题。随着新型冠状病毒肺炎(COVID-19)的出现与发展,重症肺炎的中医治疗及中西医结合治疗再次成为临床医师的关注热点。目前针对重症肺炎的中医治疗或中西医结合治疗的临床干预时机和切入点方面的理论研究较少,因此开展关于重症肺炎的中医药干预方面的理论研究具有重要的临床指导意义。

关键词:重症肺炎 中医药临床干预

重症肺炎是呼吸系统疾病的常见病,该病具有呼吸衰竭以及其他脏器系统受累的临床表现,治疗难度较大及病死率较高等特点,严重威胁患者的生命健康,给社会和家庭带来了沉重的经济负担和社会压力^[1]。如何提高治疗重症肺炎的治疗效果一直是医学界研究的课题,而中医对于该疾病有其特殊的见解,因此为了研究中西医结合治疗重症肺炎患者临床疗效观察和患者炎症因子水平的影效果,特选取200例患者进行研究,报到如下。

1 资料与方式

1.1 一般资料

此次研究人员选取2016年10月~2018年1月我院收治的重症肺炎患者200例,上述患者均符合重症肺炎的临床诊断标准,同时均无严重肝肾功能障碍,利用随机分组的形式,将以上患者分为观察组和对照组,其中观察组的患者例数为100例,年龄范围最大为77岁,最小为41岁,平均为(63.83±2.26)岁,而女性患者的例数为50例,男性患者例数为50例,剩余100例参组人员则为对照组,例数为100例,年龄范围最大为76岁,最小为42岁,平均为(64.72±2.11)岁,而女性患者的例数为47例,男性患者例数为53例,利用统计学进行分析,其数据差异较小, $P>0.05$ 。

1.2 方式

对照组患者采用常规西医治疗方案,包括吸氧、抗感染、排痰以及纠正酸碱失衡等治,根据患者的情况选择合适的治疗药物。观察组则采用中西结合的方式进行治疗,在对照组常规西医治疗的基础上,采用中药治疗其药方为杏仁10g,薏苡仁30g,大贝母10g,化橘红10g,百部10g,白前10g,生甘草5g,炒枳壳10g,炒白术12g,茯苓30g,黄芩6g,枇杷叶(去毛)10g,桑枝10g,桑寄生15g,川断15g,根据患者的情况适当的加减

药物,水煎煮,每天1剂,每剂分早晚二次,治疗时间为7天^[2]。

1.3 观察范围

分析上述患者的治疗效果,同时观察患者治疗后的相关炎症因子水平,另外分析患者的肺部功能情况。

1.4 判定效果

痊愈:患者体温逐渐恢复正常、痰培养病原菌已被完全清除、精神状态恢复良好,并且经胸部CT扫描结果显示,患者肺部的病灶完全吸收或炎性渗出减少超过50%;显效:患者体温有所下降或缓解,精神状态明显改善,经胸部CT扫描结果显示,病灶炎性渗出减少小于50%,大于30%;无效:患者体温较治疗前无明显下降或者升高,痰培养液病原菌未清除,精神状态较治疗前无改变,经胸部CT扫描结果显示,肺部病灶炎性渗出较治疗前无明显变化,甚至增大^[3]。1.5统计学方式用SPSS21.0统计软件加以分析,计数资料使用均数±标准差表示,采用t检验,计量资料率(%)表示,差异有统计学意义 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 治疗效果对比

分析以上患者的治疗效果,观察组的治疗效果明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 治疗效果对比(n, %)

组名	n	显效	有效	无效	有效率
观察组	100	46	50	4	96.00%
对照组	100	40	43	17	83.00%
P值					<0.05

2.2 治疗后炎症因子变化情况比较

比较上述患者治疗后炎症因子变化情况,观察组的相关数据下降情况明显优于对照组,差异有统计学意义

($P < 0.05$)。见表2。

组别	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
IL-6	62.22±9.17	62.57±1.64	4.29±1.21	4.41±1.22
IL-10	27.74±5.39	56.15±1.36	2.71±0.32	3.94±1.15

2.3 肺部功能指标情况比较

分析上述患者肺部功能指标情况,治疗后两组患者的肺部功能指标均明显改善,但是观察组的数据明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
FEV1	2.55±0.38	3.02±0.47	2.61±0.37	3.81±0.48
FEV1/FVC	62.61±6.37	83.81±8.48	62.62±6.29	73.36±8.14

3 讨论

重症肺炎是临床中的危重疾病,很容易导致多种不良反应的发生,同时如果不能让及时有效的进行治疗,则容易造成病情拖延,影响患者的健康生活,甚至会导致死亡,同时患者在重症肺炎的过程中,患者呼吸道以及机体防御能力降低,因此其病情变化较快,导致临床治疗难度加大^[4]。目前,针对于重症肺炎的临床发病机制尚不明确,主要和自身的免疫因素、感染以及中毒等有密切关系,在该疾病的常规治疗中,主要为抗生素治疗,但是长时间的药物治疗会增加其耐药性,同时抗生素还会降低患者机体的敏感性,给患者的不良反应较多,因此单独的西药治疗效果并不是十分理想^[5]。

重症肺炎由普通肺炎发展而来,中医病机多为本虚标实、虚实夹杂,本虚在于肺脾肾三脏亏虚、气机升降失常,标实体现为痰热毒邪壅肺、气失宣降。常见证型有痰热壅肺证、痰湿阻肺证、热陷心包证、邪陷正脱证,各证型可单独存在也可兼见^[6]。重症肺炎急性加重可导致急性肺损伤(ALI)出现呼吸窘迫综合征外,亦可因免疫抑制出现感染性休克、多脏器功能障碍、胃肠功能障碍、凝血功能障碍等并发症。因此可以以缓解ALI/急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、预防感染性休克与多器官功能障碍、调节胃肠功能紊乱、改善凝血功能几方面为切入点进行中医药干预。

目前西医治疗以原发病的治疗、呼吸支持、药物治疗为主,至今缺乏特效的药物及方法,治疗效果不理想^[7],故一旦重症肺炎出现这一合并症状,患者预后往往较差,其在中医学属于“喘证”“脱证”“结胸”范畴。《仁斋直指方》曰“诸有病笃,正气欲绝之时,邪气盛行,壅逆而为喘”。《景岳全书·喘证》有云“实喘者

有邪,邪气实也;虚喘者无邪,元气虚也”。本病多因温热外邪入侵,或内伤久病,郁热突变,邪热犯肺,肺失肃降,热邪灼液为痰,痰热壅肺,气分热盛。因邪气过盛,正不胜邪,传变迅速,易致邪毒内陷,入营入血,闭阻清窍,或热陷心包,甚则阳气暴脱,出现喘脱危证。病机以邪实闭肺为标,正虚气脱为本。因此在治疗上应衡量标本缓急主次,在必要的西医生命支持基础上,把握中医药干预的时机,邪实者,以攻邪为主,常以清热解毒、活血化瘀、宣肺化痰三法联用;正虚者,应以扶正为要,治予肺肾并补,兼顾气阴,使肺气得充,肾气回纳,喘息自解。

重症肺炎并发感染性休克多由肺炎双球菌感染所致,如果患者免疫功能障碍,而细菌毒力较强,就有可能对患者的血液循环产生影响,导致微循环和小动脉因麻痹而扩张,有效血容量迅速降低,从而出现休克^[8]。有学者通过对临床病例的回归分析研究证明,对于重症肺炎患者而言,感染性休克为影响预后的重要因素^[9];重症肺炎合并感染性休克中医辨病属“热入心包证”或“邪陷正脱证”范畴,如为热入心包证,治疗当清心凉营,豁痰开窍。方以《温病条辨》中清营汤合《备急千金要方》之犀角地黄汤加减,若为“邪陷正脱证”,治疗当以救逆固脱为主,且应根据中医辨证“阳脱”及“阴脱”的不同选择具有“回阳固脱”功效之参附注射液及“救阴固脱”功效之参麦注射液治疗^[6, 10]。已有研究证明参附注射液和参麦注射液能够改善循环血流、改善能量代谢、提高机体抗缺氧能力,从而发挥抗休克作用^[11-13]。重症肺炎过程中局部肺组织释放的炎症介质,如白细胞介素-1(IL-1)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素6(IL-6)等进入血液循环,从而引起机体免疫系统的一系列反应,其可使单核-巨噬细胞和血小板聚集、活化,从而导致炎症介质的持续释放,继而诱发内源性抗炎介质的释放,结果使全身炎症反应的失控,从而引起严重脓毒症、感染性休克,并可引起全身组织、器官的损害,导致MODS发生^[14],朱明锦等采用活血化瘀的中药成分联合西医常规治疗及生命支持治疗重症肺炎,发现其可拮抗因感染导致的内源性炎症介质的释放,阻断炎症级联反应,减轻患者临床症状^[15]。有研究发现中药成分龙胆苷可通过降低血清IL-1 β 和IL-6的水平,降低肺组织白细胞介素-1 β (IL-1 β)、IL-6和TNF- α 的mRNA表达以及肺中M1巨噬细胞浸润用于防止LPS诱发的小鼠休克模型的死亡^[16]。因此重症肺炎时采用中医药干预减少炎症介质的释放,改善巨噬细胞M1极化从而预防感染性休克及多器官功能障碍的发生具有重要意义,可作为中医药

干预重症肺炎的重要切入点。

《症因脉治》云“肺气不清，下移大肠，则腹乃胀”。重症肺炎患者往往伴有严重的胃肠功能紊乱，当胃肠功能出现障碍，肠道黏膜完整性和屏障功能遭到破坏，肠内细菌、毒素向肠外组织器官移位，导致炎症介质过度释放，出现全身炎症反应，最终引起MODS。因此，如何通过防治胃肠功能障碍来阻断重症肺炎向MODS发展，进而降低其病死率已成为治疗重症肺炎的关键。目前对于改善重症肺炎患者胃肠道功能方面，西医治疗方法有限且疗效不理想，因此采用中西医结合治疗重症肺炎合并胃肠功能障碍具有重要的临床意义。重症肺炎合并胃肠功能障碍在中医学可归属于“便秘”“泄泻”“痞满”“呕吐”等范畴^[17]。“肺与大肠相表里”理论在指导重症肺炎的临床治疗方面发挥着重要的作用，同时也取得了很好的治疗效果^[18]，《冯氏锦囊秘录·杂症大小合参》云“大肠为肺之腑，大肠既有湿热留滞，则肺家亦必有邪滞不清”。若大肠腑气不通，则肺气壅塞不能下降，可致胸闷、咳喘。故临床上治疗可采用宣肺通腑之法，如有学者用宣白承气汤治疗重症肺炎发现可以起到抑制炎症因子，改善症状和预后的作用^[19]；另肺部疾病迁延日久，肺气损耗，子病及母，导致脾气损伤，则脾气虚；脾虚则运化失司，水谷精微生化无源，不能上荣于肺，则肺更虚，终致肺脾两虚，治宜补脾益肺，培土生金之法，如有研究发现运用参苓白术散对危重病患者胃肠功能障碍的防治有显著的作用，且能够较早恢复肠内营养，提高抢救成功率^[20]。因此，中医药干预调节胃肠功能，防止重症肺炎合并胃肠功能障碍可作为临床中治疗重症肺炎的重要方法和切入点。

伴随重症肺炎的发展，患者往往易出现凝血功能异常，目前认为其机制可能为内毒素及炎症因子的释放致使机体产生大量细胞因子，由血小板介导激活内源性及外源性凝血系统，活化凝血因子，从而促进血栓形成，导致弥散性血管内凝血（DIC），最终导致MODS的发生，严重影响重症肺炎患者的生命预后^[21-22]；重症肺炎常伴有凝血功能障碍，有学者认为其临床体征皮肤花斑，唇甲发绀，舌质紫黯，脉沉涩等，符合中医血瘀证的表现，中医治疗给予活血化瘀之法可使络脉气血通畅，降低毒邪蕴积，促进脏腑的温煦濡养^[23]。研究证明采用中

药针剂血必净联合西药治疗重症肺炎可改善患者的凝血功能，提高临床疗效、改善临床症状，细菌清除率高，不良反应少^[24]。因此改善凝血功能从而改善重症肺炎患者预后可作为中医药干预重症肺炎的重要切入点。

在此次研究中选择的中药方中，川贝母能达到清热止咳、化痰的作用；法半夏则达到降逆、止呕、和胃的作用，桔梗则能起到清热解毒的效果、桑白皮具有泻肺、平喘的作用，金银花则能达到清热解毒的作用、瓜蒌具有清热、润燥、化痰的作用、杏仁则能起到止咳平喘、润肺作用，甘草则达到调和诸药的作用，上述药物共奏清热化痰以及止咳宣肺的目的，同时在加入常规的西药治疗，可以提高临床治疗效果，同时中药还能缓解西药所带来的不良反应^[6]。通过此次研究结果得出，观察组的治疗效果明显优于对照组，观察组的炎症因子相关数据下降情况明显优于对照组，治疗后两组患者的肺部功能指标均明显改善，但是观察组的数据明显优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。说明，采用中西医结合治疗的观察组患者的治疗效果明显优于对照组，同时还能有效降低炎症因子，改善患者肺部功能指标，保证患者健康，具有非常重要的治疗价值。

参考文献

- [1] 斜南霖,张剑,邓俊义,等.中西医结合治疗重症肺炎患者临床疗效观察及对患者炎症因子水平的影响[J].中国中医急症,2016,25(2):363-365.
- [2] 张英谦,郝京霞,郭鹏,等.依据中医“肺与大肠相表里”采用中西医结合治疗重症肺炎患儿疗效观察[J].中国中医急症,2017,26(3):487-490.
- [3] 吕雪莹,王修平,石一杰,等.益气化痰法对重症肺炎患者血清sTREM-1水平变化的研究[J].中国实用医药,2017,12(12):1-4.
- [4] 奚肇庆,郑玥.中西医结合治疗重症肺炎痰热壅肺气阴两损证40例临床研究[J].江苏中医药,2016,48(3):29-31.
- [5] 孟祥海,张淑兰,章宏伟,等.中西医结合对重症肺炎机械通气患者脱机的影响研究[J].中国保健营养,2017,27(6):313.
- [6] 李达才.中西医结合治疗对重症肺炎患者血WBC计数及PCT水平的影响[J].光明中医,2017,32(20):3003-3005.