



· 论 著 ·

从“肺与大肠相表里”论泻下法在重症肺炎中的应用

杨 澍 (福建医科大学附属第二医院 福建泉州 362000)

摘要:目的 探讨从“肺与大肠相表里”论泻下法在重症肺炎中的应用效果。方法 将本院ICU、呼吸科病房有关重症肺部感染伴有腹胀临床典型病例34例作为研究对象,使用泻下法治疗,观察患者治疗前后的临床症状,分析泻下法的应用效果。结果 治疗后,患者临床症状消退,影像学显示治疗后肺部恢复的有效率97.0%,血气分析指标优于治疗前,与治疗前相比,存在统计学差异($P < 0.05$)。结论 在重症肺炎治疗中,从“肺与大肠相表里”论泻下法,患者血气指标与治疗前相比明显改善,治疗效果显著,具有应用的价值。

关键词:肺与大肠相表里 泻下法 重症肺炎 应用

中图分类号: R259 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)04-062-02

基金项目:“肺与大肠相表里”学说与重症肺炎的临床研究。福建中医药大学校管课题。项目编号:XB2014108

重症肺炎是呼吸科常见的危急重症,机体受到病原体侵袭后,使肺组织发生水肿,炎性因子渗出,肺泡厚度增加,支气管黏膜水肿等病理变化的肺部实性炎症^[1],临床表现出毒血症、呼吸功能障碍、低氧血症等特点,由于该病起病突然,病情发展快,常合并呼吸衰竭,严重时会导致多脏器衰竭,因此,具有较高的死亡率。目前,重症肺炎在临床中的治疗以抗感染、祛痰、呼吸支持、支气管扩张、免疫调节等综合性治疗为主^[2],但在治疗中患者胃肠功能发生障碍的情况诸多,因此,加强肠道管理成为重症肺炎治疗的重要环节。中医学强调的是人体脏器的整体性,对肺与大肠的关系早有认识,提出了“肺与大肠相表里”的关系。本研究将本院ICU、呼吸科病房有关重症肺部感染伴有腹胀临床典型病例34例作为研究对象,从“肺与大肠相表里”论泻下法在重症肺炎中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将本院ICU、呼吸科病房有关重症肺部感染伴有腹胀临床典型病例34例作为研究对象,男性患者19例,女性患者15例,年龄在54-81岁,平均年龄在(73.5±2.6)岁,入院时,患者临床表现出寒战、高热、咳嗽、咯痰、喘促,严重者出现神志昏迷,口唇和指甲发黑。经检查符合2001年美国胸科学会的新标准以下标准中的1-2条,需要机械通气;入院48h内病变范围扩大超过50%;24h尿量<400ml;非慢性肾衰竭,血清肌酐超过177 μmol/L;呼吸频率>30次/min;舒

张压<60mmHg。

1.2 方法

入选患者采用泻下法治疗,方为麻黄9g,杏仁12g,石膏30g,苏叶9g,苏子12g,鱼腥草15g,桃仁15g,红花15g,当归12g,生地12g,牛膝9g,桔梗12g,赤芍12g,肉苁蓉15g,生白术30g,槟榔12g,枳实12g,乌药12g,大黄3g。水煎服,1日1剂,分两次服用。

1.3 观察及评价标准

观察用药前后患者的临床症状;影像学检查结果,记录用药前后患者的血气数据,包括二氧化碳分压(PaCO₂)、氧分压(PaO₂)、血氧饱和度(SpO₂)、血清hsCRP、外周血白细胞总数(WBC)。影像学评价标准:痊愈:患者胸部CT检查显示肺部炎性渗出病灶吸收≥50%;显效:患者胸部CT检查肺部严重渗出病灶吸收<50%;无效:患者胸部CT检查肺部炎性渗出病灶与治疗前比较出现增大。

1.4 统计学分析

本次研究收集的所有数据均采用SPSS17.0统计学软件进行统计分析,计量资料以平均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验,若 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后患者血气分析比较

患者治疗后血气变化明显优于治疗前,与治疗前相比,存在统计学差异($P < 0.05$),详见表1。

表1:患者治疗前后血气变化比较($\bar{x} \pm s$)

时间	例数	WBC ($\times 10^9/L$)	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)	hsCRP (mg/L)	SpO ₂ (%)
治疗前	34	19.8±2.4	45.8±10.3	49.8±1.8	65.8±10.1	79.6±5.6
治疗后	34	6.1±1.1	80.5±11.3	35.5±1.5	9.7±1.3	97.9±5.1
T值		30.25	13.23	35.58	32.12	14.08
P值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 治疗后患者影像学检查结果

治疗后,经CT检查,患者肺部痊愈20例,占58.9%,显效13例,占38.2%,无效1例,占2.9%,影像学检查总有效率97.0%。

3 讨论

肺炎是感染性疾病,病原体有细菌、病毒、非典型病原体等,根据病情的轻重程度分为普通肺炎和重症肺炎。重症肺炎的患者病情发展迅速,体温大多持续在39℃以上,出现呼吸困难,可伴有咯血痰,患者肺内出现片状影像^[3]。重症患者病变进展迅速,呈双肺多发磨玻璃影及肺实变影像,并合并少量胸腔积液。

本研究前对近几年的ICU、呼吸科重症肺部感染病人抢救治疗中发现重症肺部感染除病患除了具有常见呼吸系统症状外,常伴有明显的腹胀、便秘、排便困难的情况,并且随着肺部感染程度的加重而愈发显著^[4]。因此,在重症肺炎的临床治疗中,不能忽视患者的胃肠功能。肺部感染在临床上除了有喘憋、气促、胸闷、咳嗽、咳痰等肺气不宣、不主肃降的表现外,尚有便秘、腹胀等腑气不通,大肠失于传导的病理变化,而且两组症状之间有着互为因果的关系。在《黄帝

内经》中提出了“肺与大肠相表里”的理论,对于该理论,多数学者认为,肺与大肠之间的联系,体现在人体经络循行上的表里相合,而且在解剖脏器形态的基础上,肺与大肠通过的关系是经过思外揣内推演络绎等方法总结归纳后,得出的具有中医整体特色的功能单元,对解剖脏器的人体功能划分而言是一种超越^[5]。

为研究泻下法在重症肺炎中的应用效果,本研究将在我院使用泻下法治疗的患者34例作为研究对象,对治疗前后的影像学 and 血气指标进行分析,结果显示,使用泻下法治疗的患者影像学显示治疗总有效率97.0%,且血气指标优于治疗前,与治疗前相比存在统计学差异。分析原因,在生理关系上,肺与大肠经络相同,互为表里,功能互相影响,互相传变,肺疾伤肠,肠病及肺,在病理上肺热壅盛,则大肠易燥结;肺阴不足,则肠枯便秘;肺气不足,大肠虚秘;肺气上逆,大肠气秘,大肠实热秘结,肺气不利则咳嗽满闷^[6]。因此,本研究从“肺与大肠相表里”的理论出发,使用泻下法,能够疏利气机、祛邪外出,并对全身气机的升降进行了调节,恢复了肺的宣肃功能,从而救治效

(下转第64页)



所有参加调查的医生共148名,回收148份调查问卷,均判为有效问卷,表3可见不同级别医院和不同职称医生的结构组成。所有接受调查的医生均知道预防及治疗COPD需要患者戒烟,此项不具有统计学意义($P<0.05$)。但在是否主动向患者告知需戒烟及告知戒烟具体措施上存在区别,三级医院所有医生均会告知患者需要戒烟,二三级医院有部分医生告知患者需要戒烟;三个级别医院的医生都只有部分医生告知患者具体戒烟措施,不同级别医院之间存在显著差异($P<0.05$),具体结果见表4。同时不同职称级别的医生告知患者需要戒烟和告知患者具体戒烟措施也具有显著差异($P<0.05$),高级医师告知患者需戒烟和告知具体戒烟措施的比率最大,中级初级医师依次递减,具体结果见表5。

3 讨论

COPD近年来发病率、致残率和死亡率逐年上升,且COPD导致了严重的经济、社会负担^[6]。预计截至到2030年,COPD将成为世界十大致死疾病之一,且占总死亡原因的7.8%^[7]。目前吸烟是研究最为透彻的一个导致慢性阻塞性肺疾病的因素,有日本方面的研究表明,吸烟人群和既往吸烟人群患有COPD的比率要高于非吸烟人群,COPD患者中40岁以上的人数明显高于40岁以下的人数,且男性患有COPD的人数多于女性^[8]。由于COPD患者肺功能的减退,严重影响患者的生活质量和劳动力。有研究显示烟龄越长、吸烟量越大的人群,肺功能越差^[2]。全世界有10亿多的烟民,其中发展中国家占了绝大多数,我国也是拥有大量烟民的国家。烟草中的尼古丁、焦油、氢氰酸等有害物质被人体吸入后,常年累积在肺部,导致气道上皮细胞、肺泡、纤毛和小气道损伤,促使支气管粘液增多,降低气道净化能力,炎症介质大量释放,进一步导致COPD患者病情的恶化^[9-11]。因此对于COPD患者戒烟十分重要,有助于缓解病情。但COPD患者对于戒烟和正确的戒烟并不是十分明确。

本次调查结果显示,患者对与治疗COPD是否需要戒烟以及是否需要戒烟干预与患者所在医院级别和患者的文化程度有关,不同文化程度和住在不同级别医院的患者间存在显著差异($P<0.05$)。所有参加调查的医生都知道治疗COPD需要戒烟,医生对COPD和戒烟指南的认识水平是影响患者对烟草在COPD中的作用的的重要因素。目前国内外指南均指出戒烟是治疗慢阻肺最为有效的方法,但本调查发现有72.3%的医生告知患者戒烟的措施,因此患者对戒烟的意愿低,其原因是医师对COPD和戒烟指南戒烟知识的缺乏,不知道戒烟对患者有好处,未能告知主动建议患者戒烟或不能提供戒烟的知识。提示我市部分医生缺乏对AECOPD预防方面的新知识,故应对他们进行戒烟指南的培训和教育。

对不同文化层次的患者调查发现,文化层次越低的患者对烟草的危害的认识越低,对要求戒烟的意愿及要求主动戒烟的意愿越低,而这些文化程度偏低的患者大多来自农村,与患者对戒烟的知识缺乏及接受这方的健康教育缺乏有关,我国慢阻肺的发病率农村明显高于城市,故今后对慢阻肺和戒烟的宣传重点应放在农村。

不同级别医院的医生和不同职称级别的医生对于是否主动推荐患者进行戒烟干预也存在显著差异($P<0.05$),三级医院和具有高级医师职称的医生主动推荐患者进行戒烟干预的比例最大,二级医院和

具有中级医师职称的医生居中,一级医院和具有初级医师职称的医生比例最小,不同级别医院和不同职称级别的医生之间具有统计意义($P<0.05$)。我国慢阻肺患者人数众多,而患者常在一级和二级医院诊治,但一、二级医院医生的对戒烟知识的缺乏,故应加强基层医院的医生对慢阻肺指南和戒烟指南的知识培训。初中职称的医生往往是患者的主诊医师,他们每天面对患者,对患者的影响程度较深,但他们的知识相对不足,而高级职称的医生对COPD和戒烟知识掌握较好,是科室质量的把关人员,提示在今后培训和工作中,应注重对低职称医生的培训和指导,使医生同时明确知道戒烟干预正确戒烟对于治疗COPD的重要作用。

综上所述,长沙市的COPD患者对戒烟知识的缺乏,医生往往未主动干预患者戒烟,故医务工作者尤其是呼吸专科医师亟待增强自身对戒烟的认识,加强对患者的健康教育;同时全社会应有更多的人来宣传烟草的危害和戒烟知识,关心COPD患者,才能提高患者的戒烟认识和主动戒烟。

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-264.
- [2]韦华.吸烟与慢性阻塞性肺疾病的关系及对老年患者肺功能的影响[J].中国老年学杂志,2012(13):2737-2739.
- [3]NTVozoris, M B Stanbrook. Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma[J]. Respir Med, 2011, 105(3):477-484.
- [4]骆树新,许西琳,关键.吸烟与慢性阻塞性肺疾病肺功能相关性研究[J].中华实用诊断与治疗杂志,2011,(06):621-622.
- [5]中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.中国临床戒烟指南(2015年版)[J].中华健康管理学杂志,2016,10(2):88-95.
- [6]A D Lopez, K Shibuya, C Rao, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections[J]. European Respiratory Journal, 2006, 27(2):397.
- [7]C D Mathers, D Loncar. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030[J]. Plos Medicine, 2006, 3(11):442-442.
- [8]Y Fukuchi, M Nishimura, M Ichinose, et al. COPD in Japan: the Nippon COPD Epidemiology study †[J]. Respirology (Carlton, Vic), 2004, 9(4):458-465.
- [9]陈娟,陈平.慢性阻塞性肺病患者戒烟干预方法的研究现状[J].中华结核和呼吸杂志,2011,34(7):531-533.
- [10]C P Van Schayck, J Kaper, E J Wagena, et al. The cost-effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients[J]. Addiction, 2009, 104(12):2110-2117.
- [11]M Hoogendoorn, T L Feenstra, R T Hoogenveen, et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD[J]. Thorax, 2010, 13(7):711-718.

(上接第62页)
果显著。

综上所述,从“肺与大肠相表里”论泻下法治疗重症肺炎,效果显著,为呼吸道感染急危重症防治救治中提供了广阔的思路。

参考文献

- [1]童晓萍,王维亮,何德平.肺部感染所致急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征中医病因病机特点及从肠论治理论探讨[J].新中医,2016,(08):1-3.
- [2]杨兵,龙奉奎,唐东昕,罗莉,王定雪,王镜辉,黄雯琪.论“肺与大肠相表里”生物学机制及临床运用[J].辽宁中医药大学学报,

2016, 18(10):60-63.

[3]佟旭,孟庆刚.“下法”在现代中医临床中的应用[J].中华中医药学刊,2015,(04):820-822.

[4]刘萍,王平,陈刚,刘松林.肺与大肠相表里的理论探讨和临床运用[J].辽宁中医药大学学报,2010,(11):15-17.

[5]郑秀丽,杨宇,王宝家,等.从病理状态下肺功能与胃肠功能的变化探讨“肺与大肠相表里”[J].中华中医药杂志,2014,29(1):120-123.

[6]刘文兵,张艳,周三军,等.泻热解毒通腑汤为主治疗痰热壅肺型重症肺炎60例临床观察[J].浙江中医杂志,2015,60(4):261.