



重症社区获得性肺炎辅助抗炎治疗进展

唐秀忠 (都安县人民医院 广西河池 530700)

摘要: 重症社区获得性肺炎的治疗具有较强的综合性, 对该病患者实施积极有效的抗感染治疗, 对于病情的控制而言具有决定性的意义, 然而近些年来随着对社区获得性肺炎导致全身炎症“过激反应”机制等相关研究的进一步深入, 传统的由病毒或细菌感染而导致发病的观点已经被否定, 且一些研究结果表明, 在对该病患者实施积极抗感染治疗的基础上, 辅助性实施抗炎治疗可以使患者的病死率水平明显降低。本文通过社区获得性肺炎的特点、辅助抗炎治疗的药物选择及特点等两个方面入手, 对重症社区获得性肺炎辅助抗炎治疗的进展情况实施综述。

关键词: 重症; 社区获得性肺炎; 抗炎; 辅助治疗; 综述; 进展

中图分类号: R563.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2020) 03-189-02

社区获得性肺炎具体指的是在社区环境条件下, 即在医院以外的一些地方出现的罹患感染性肺炎实质炎症的现象^[1]。而重症社区获得性肺炎患者大多数情况下会合并存在呼吸衰竭等问题, 虽然近些年来高效广谱抗生素类药物及机械通气技术在临床该病的治疗领域被广泛的应用, 但重症社区获得性肺炎的发病率、耐药率、死亡率水平仍然长期处于居高不下的状态, 因此该疾病的临床治疗已经逐渐转向了非抗生素类药物的辅助措施^[2]。本文通过社区获得性肺炎的特点、辅助抗炎治疗的药物选择及特点等两个方面入手, 对重症社区获得性肺炎辅助抗炎治疗的进展情况实施综述。

1 重症社区获得性肺炎的特点

1.1 重症社区获得性肺炎的流行病学与发病机制

社区获得性肺炎属于一种会对人类的身心健康甚至生命安全造成严重威胁的一种最为常见的疾病, 根据世界卫生组织在 2011 年所进行的一项估计结果显示, 下呼吸道感染患者的临床死亡率, 已经成为占比最高的一种, 每年有 320 万人因该病而死亡^[3]。其具体的发病机制主要是由于, 感染或缺氧状态等相关因素, 对患者的机体造成刺激, 从而导致大量的肿瘤坏死因子 α 、白介素 6、白介素 8、C 反应蛋白释放, 这些炎性介质会进一步引起炎症的“瀑布效应”, 最终造成发病。

1.2 重症社区获得性肺炎患者病情的诊断标准与治疗

目前在全世界临床范围内对于重症社区获得性肺炎还没有一个同意的诊断标准, 大多数情况下指的是需要入住重症监护病房进行治疗的患者。ATS/IDSA 联合在 2007 年制定了社区获得性肺炎的诊治指南当中, 将重症社区获得性肺炎的诊断标准划分为主要标准和次要标准两个部位, 其中主要标准包括两个部分内容, 分别是: ①需要接受有创机械通气治疗; ②出现脓毒性休克症状。次要标准主要包括九个分别的内容, 分别是: ①每分钟的呼吸次数达到甚至超过 30 次; ② $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 水平没有超过 250mmHg; ③双肺或多叶受累; ④患者意识状态模糊, 或定向力存在障碍; ⑤尿素氮水平达到甚至超过 20mg/dL; ⑥白细胞水平在 4000/mm 以下; ⑦血小板水平在 100000/mm³ 以下; ⑧体温水平不足 36℃; ⑨低血压状态需要进行积极的液体复苏治疗。同时满足 1 条主要标准或 3 条次要标准患者, 需要在最短的时间内收入到 ICU 接受治疗^[4-5]。重症社区获得性肺炎的规范化诊断和治疗, 首先需要对病情进行且的诊断和准确的评估, 从而判定相应的病原体, 对抗感染药物和持续治疗时间进行确定。对病情存在差异的患者, 需要依据地区的重症社区获得性肺炎的病原体流行病学

和耐药情况制定具有针对性的治疗方案。初始经验性治疗要求抗生素类药物能够广谱覆盖。

2 重症社区获得性肺炎辅助抗炎治疗的药物选择及特点

2.1 大环内酯类抗生素

这类药物可以对细菌蛋白质的合成过程产生较为理想的抑制作用, 使白介素 -8 和肿瘤坏死因子 - α 的产生量明显减少; 使肺炎链球菌黏附于患者呼吸道上皮细胞的能力降低, 细胞内穿透性较强, 可以对耐青霉素金黄色葡萄球菌和链球菌的感染产生有效的治疗作用^[6]。

2.2 糖皮质激素

该病药物的抗炎抗毒作用效果较为理想, 其在各种危重症疾病救治过程中被广泛的应用, 但在重症社区获得性肺炎治疗过程中应用及所能够达到的实际效果, 目前仍然存在一定的争议, 还需要通过进一步的研究予以证实。在对继发严重肺炎球菌肺炎的小鼠动物模型进行研究时发现, 以激素进行辅助治疗, 可以使肺免疫和生存率得到改善^[7]。在免疫功能相对低下的 HIV 合并感染卡氏肺孢子肺炎患者当中, 给予糖皮质激素类药物进行治疗, 可以使氧合水平增加, 并且不会导致二重感染事件的发生。

2.3 他汀类药物

这类药物属于临床上较为常用的降血脂类药物的一种, 近 10 年来, 虽然没有明确的随机对照试验研究证明该药物的抗炎作用, 能够对抗程度严重的感染类疾病, 但流行病学领域所进行的相关调查阶段显示, 他汀类药物可以使败血症和脓毒血症危险性降低, 这可能与该药物可以产生免疫调节和抗炎作用具有一定的关系^[8]。

2.4 前列腺素抑制剂

这类药物属于临床上较为常用的一种具有解热镇痛作用的药物, 目前, 在相关领域前列腺素拮抗剂类药物已经被用于动物模型和人类肺炎的治疗过程当中, 其具体的作用机制虽然还不是十分的不清楚, 但可以确定的是与其能够对缺氧性肺动脉血管收缩进行逆转, 从而改善氧合水平具有一定的关系。

2.5 抗凝治疗

重症社区获得性肺炎在早期阶段的低氧血症程度较为严重, 病原微生物及其毒素会导致全身小动脉痉挛、高黏滞血症、微循环障碍等异常情况出现, 晚期阶段常会有弥散性血管内凝血表现产生^[9]。

2.6 其他

免疫调节疗法是目前认为最有希望对重症社区获得性肺



炎的病死率进行控制的一种疗法,过氧化物酶体增殖物激活受体- γ 激动剂,可以将糖皮质激素受体激活,从而发挥积极的免疫调节作用。格列苯脲相对于其他的一些降糖药物,可以使糖尿病并发严重类鼻疽感染患者的病死率进一步降低。同样,存在一定争议的还包括血管紧张素转换酶抑制剂,类似他汀类两种药物,可以使肺炎发病危险与病死率水平降低。但这些药物治疗重症社区获得性肺炎的效果和具体机制,目前缺乏足够证据^[10]。

参考文献

- [1] 任沈霞,符震球,吴明东.莫西沙星与左氧氟沙星序贯治疗老年社区获得性肺炎的临床疗效及安全性评价[J].中国临床药理学杂志,2015,31(18): 1804-1805.
- [2] 李量,李燕琴,习攀,等.乌司他丁治疗食管癌放疗重症肺炎及对血清炎症因子的影响[J].临床医学研究与实践,2017,2(18): 9-11.
- [3] 冯文华,王强.支原体肺炎患儿血清中肺表面活性蛋白及 CD 分子含量的变化及临床意义[J].海南医学,2015,26(11): 1628-1630.
- [4] 李颖,张纾难.麻杏石甘汤治疗社区获得性肺炎肺热

型疗效评价及对血清降钙素原的影响[J].中华中医药杂志,2014,4(5): 1272-1275.

[5] 杜洪喆,晋黎.加味麻杏石甘汤随症施量模式治疗小儿支气管肺炎 18 例临床研究[J].中医杂志,2014,55(10): 844-845.

[6] 中华医学会呼吸病学分会.中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 年版)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(4): 253-279.

[7] 诸慧,原永芳,金剑.我院社区获得性肺炎住院患者抗菌药物使用情况分析[J].中国医药导报,2017,14(29): 132-136.

[8] 郭小燕,潘江,张瑛,等.莫西沙星治疗社区获得性肺炎的疗效观察[J].中华医院感染学杂志,2014,24(11): 2686-2687.

[9] 曹学雷,黄欢,孙晓红,等.乌司他丁联合血必净注射液治疗老年重症肺炎的临床效果[J].医学综述,2016,22(20): 4136-4137.

[10] 陈静,钟皓成,姚君.不同氟喹诺酮类药物联合治疗老年社区获得性肺炎的临床观察及副作用探讨[J].中国现代医生,2016,54(32): 94-97.

(上接第 187 页)

法联合认知行为干预治疗功能性排便障碍的临床疗效分析[J].上海预防医学,2019,08: 661-664.

[14] 曹欢.生物反馈治疗盆底功能性便秘患者的临床护理体会[J].实用临床护理学电子杂志,2017,39: 121-123.

[15] 马艳会,寇毅,蒋玉兰,田伟.生物反馈联合腹式呼吸治疗功能性便秘的临床疗效[J].中国社区医师,2018,34: 44-46.

[16] 吴晓丹,钟就娣,温咏珊,等.生物反馈训练对功能性便秘患者干预效果的 Meta 分析[J].中国全科医学,2019,22(5): 606-611.

[17] 孙贝贝,葛思亲,文建国,等.个性化护理干预对儿童

功能性便秘生物反馈治疗效果的影响[J].中国实用护理杂志,2019,35(32): 2528-2534.

[18] 余永红,洪娜,余跃.自适应模式生物反馈训练联合护理干预对功能性便秘的干预效果[J].安徽医学,2016,37(9): 1152-1154.

[19] 陈月.生物反馈治疗配合小球囊训练在功能性排便障碍患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2018,4(3): 97-99.

[20] 步海玲,刘畅.心理社会评估干预体系在功能性便秘患者生物反馈治疗中的应用[J].系统医学,2019,4(5): 143-145.

(上接第 188 页)

棕色,且皱缩不平。切面有云锦状纹,主要由异形维管束组成。

5.1 伪品

酱头,为酱头(蓼科植物)的干燥块根,为不整齐的结节状或者是圆球形,外皮为棕褐色,紧贴,且皱缩,不容易剥离,存在瘤状的突起和支根痕。通常被切成方形或者是三角形的薄片,其断面凹凸不平,为酱红色或者是红色。质地较为坚实,表面存在点状的凹陷,大部分有放射状的纹理。味涩,没有云锦状的花纹。

6 金银花

本品是忍冬(忍冬科植物)的初开的花亦或者是干燥花蕾。其花蕾为细棒状,稍微弯曲,表面呈淡黄棕色亦或者是淡黄色,长度在 1.5-3cm 的范围之内。花冠筒上开裂形成二唇状,花萼比较细小,萼筒为类球形,无毛,长度在 1mm 左右的范围之内。气味清香,且味微苦^[6]。

6.1 伪品

本品的伪品是芫花,即芫花(瑞香科植物)的干燥花蕾,

一般有 3-7 朵簇生在短花轴上,通常脱落成为单朵,为棒槌状,大部分弯曲,直径在 1.5mm 左右的范围之内,长度在 0.7-1.6cm 的范围之内。花被筒呈灰绿色亦或者是淡紫色,先端 4 裂,且裂片呈黄棕色亦或者是淡紫色。质地较为柔韧,味甘,且气微。

参考文献

[1] 薛运浩.几种全草类中药正品及其易混品的性状鉴别[J].中国医师杂志,2011,(z1):215-216.

[2] 薛运浩.全草类中药金钱草、紫花地丁、白花蛇舌草、药用青蒿、半枝莲的正品及其易混品的性状鉴别[J].中医临床研究,2015,(26):40-41.

[3] 刘颖.冬虫夏草及其伪品、易混品性状鉴别要点[J].内蒙古中医药,2013,32(30):86-87.

[4] 蒋芸.几种常用易混中药材的性状鉴别[J].内蒙古中医药,2011,31(24):50-51.

[5] 谢春艳.五种掺杂使假中药及易混淆中药的鉴别方法[J].中国中医药咨讯,2010,02(13):94.

[6] 李凤玲.30 种中药的荧光鉴别[J].陕西中医,2011,32(2):224-224.