

中西医结合治疗重症肺炎高热期 36 例临床观察

陶维朝

白银市第二人民医院重症医学科 730900

〔摘要〕目的 探讨中西医结合治疗重症肺炎高热期 36 例临床观察。方法 选取 2015 年 2 月-2020 年 2 月的重症肺炎高热期 36 例患者, 随机分为两组, 对照组实施西医对症治疗, 研究组实施中西医结合治疗。比较两组临床效果, 比较两组 PLT、WBC、CRP 水平变化情况。**结果** 研究组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗 3d、治疗 5d 时, 研究组 PLT 水平平均高于对照组, WBC、CRP 水平平均低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗重症肺炎高热期患者, 临床疗效有明显提高, 血小板、白细胞、C 反应蛋白等临床客观指标均能得到更为有效地改善, 中西医结合治疗具有较高的应用价值, 值得临床推广。

〔关键词〕 万古霉素; 血必净注射液; 中西医结合治疗; 重症肺炎; C 反应蛋白

〔中图分类号〕 R45 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2020) 10-095-02

重症肺炎具有相对较高的病死率, 患者病情较为危重, 进展迅速, 是治疗难度较大的肺部疾病^[1]。重症肺炎导致患者病死率一直居高不下的原因在于会引发呼吸窘迫综合征、器官衰竭等一系列并发症^[2]。随着中医中药广泛应用于临床治疗中, 在重症肺炎治疗中, 患者高热症状经中医治疗后能够明显得到改善, 因此, 本次研究对重症肺炎高热期 36 例患者使用中西医结合治疗, 探讨其临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 2 月-2020 年 2 月的重症肺炎高热期 36 例患者, 所有患者均符合重症肺炎相关诊断标准, 均出现意识障碍、低血压、感染性休克、高热等临床症状, 将患者随机分为两组, 对照组 18 例, 年龄 23-53 岁, 平均年龄 (38.6±4.8) 岁, 其中, 男 11 例, 女 7 例。研究组 18 例, 年龄 22-55 岁, 平均年龄 (39.0±4.6) 岁, 其中, 男 13 例, 女 5 例。两组患者一般资料具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组实施西医对症治疗

给予患者保持呼吸道畅通、降体温等对症治疗; 提升患者收缩压至 ≥ 90 mmHg, 给予肾上腺素泵推; 调整患者的水电解质, 给予补液治疗; 每 6 小时静滴 0.9% 氯化钠 100ml+50 万 U 万古霉素, 治疗 5d。

1.2.2 研究组实施中西医结合治疗

中医使用血必净注射液治疗, 每天 2 次, 静脉滴注, 每次 0.9% 氯化钠 100ml+ 血必净注射液 100ml, 治疗 5d; 西医治疗同对照组。

1.3 观察指标

(1) 比较两组临床效果。(2) 比较两组 PLT、WBC、CRP 水平变化情况。

1.4 统计学方法

数据应用 SPSS18.0 进行分析, 其中计数进行 χ^2 (%) 检验, 计量进行 t 检测 ($\bar{x} \pm s$) 检验, $P < 0.05$ 提示有显著差异。

2 结果

2.1 研究组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$), 具体见表 1。

表 1: 两组临床效果对比 (例, %)

组别	例数	稳定 (例)	不稳定 (例)	总有效率 (%)
对照组	18	11	7	61.1
研究组	18	17	1	94.4
χ^2 值	/			6.852
P 值	/			< 0.05

2.2 治疗 1d 时, 两组 PLT、WBC、CRP 水平对比无明显差异 ($P > 0.05$), 治疗 3d、治疗 5d 时, 研究组 PLT 水平平均高于对照组,

WBC、CRP 水平平均低于对照组 ($P < 0.05$), 具体见表 2。

表 2: 两组 PLT、WBC、CRP 水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

因子	组别	治疗 1d	治疗 3d	治疗 5d
PLT ($\times 10^9$)	对照组	8.58±0.61	154.48±13.45	801.63±48.45
	研究组	8.49±0.58 ^a	401.72±30.11 ^b	1801.93±62.36 ^b
WBC ($\times 10^9$)	对照组	18.57±3.44	14.48±1.90	12.12±1.22
	研究组	19.21±3.49 ^a	12.25±1.31 ^b	9.45±0.91 ^b
CRP (mg/L)	对照组	157.50±14.59	124.66±12.10	63.22±8.30
	研究组	154.37±14.22 ^a	86.45±9.31 ^b	32.20±4.10 ^b

注: 与对照组相比, ^a $P > 0.05$, ^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

本次研究中, 对照组实施西医对症治疗, 保持呼吸道畅通、降体温等治疗有继续治疗的可能性, 能够使患者生命体征平稳。升血压、补液治疗可保证重要器官的氧气供应、血液供应, 血压维持正常, 患者血容量恢复正常, 才能避免多器官功能衰竭。万古霉素是各种重症感染的良药, 耐药性极少出现, 主要是通过对病菌 DHA 合成进行抑制, 损伤病菌细胞膜, 或对肽聚糖多聚酶的转肽作用进行阻止, 发挥抑制病菌、杀死病菌、感染病菌细胞壁合成的作用。重症感染患者在其他抗生素治疗无效时, 万古霉素能够继续发挥作用, 继续使用, 药力较强。但诸多研究发现, 纯西药治疗重症肺炎高热期患者的治疗效果并不能达到预期效果, 本次研究数据可以看出, 对照组治疗总有效率仅 61.1%, 与研究组相比, 明显低于研究组。

研究组实施中西医结合治疗, 中医药物选择的是血必净注射液, 主要成分为丹参、赤芍、当归、川芎、红花, 因各种喘促、烦躁、心悸、发热等造成的感染治疗中, 血必净能够起到显著的临床疗效, 具有解毒化瘀的功效^[3]。本次研究中, 对重症肺炎高热期患者在西医对症治疗基础上, 叠加使用血必净注射液中药治疗, 研究组患者的 PLT、WBC、CRP 水平改善效果明显优于对照组, 表明中西医结合治疗能够对患者的炎症控证可进一步进行改善。血必净注射液活血化瘀、清血分热, 保护重要器官, 对患者的微循环进行改善, 发挥镇静、抗炎等作用, 治疗重症肺炎有一定的优势^[4]。与西医对症治疗结合, 可更好的改善患者病情。

综上所述, 中西医结合治疗重症肺炎高热期患者, 临床疗效有明显提高, 血小板、白细胞、C 反应蛋白等临床客观指标均能得到更为有效地改善, 中西医结合治疗具有较高的应用价值, 值得临床推广。

〔参考文献〕

[1] 王僚瑶, 李宣霖, 张康, 等. 中西医结合治疗重症肺炎疗效及安全性的 Meta 分析 [J]. 辽宁中医杂志, 2019, 50(4):911-916.

(下转第 97 页)

运动神经元病验案 1 例

吴春梅

黑龙江中医药大学 黑龙江哈尔滨 150040

〔摘要〕运动神经元病是一系列以上下运动神经元改变为突出表现的慢性进行性神经系统变性疾病^[1]。临床特征表现为肌无力和萎缩，延髓麻痹及锥体束征，多中年发病。临床实习期间观察到运用针灸治疗此病疗效显著，现择其验案 1 则如下。

〔关键词〕针灸；中药；运动神经元病

〔中图分类号〕R249 〔文献标识码〕B 〔文章编号〕2095-7165(2020)10-097-01

1 病例资料

金某，女，52 岁，2018 年 11 月 8 日初诊，主诉：右上肢活动不利 1 年。现病史：患者于 1 年前无明显诱因出现右上肢无力，从右上肢远端开始，持筷，穿衣费劲，当时就诊于哈医大四院，行右腕管及尺神经沟松解术，术后症状未见明显改善，并逐渐出现右上肢抬举困难，左上肢无力，随后就诊于北京安达医院，诊断为“运动神经元病”，未治疗，病情呈逐渐进展趋势，为求中医药物治疗，遂来于教授处就诊。目前患者右上肢活动不利，抬举困难，左上肢无力，心烦，焦虑，饮食及睡眠尚可，二便利。刻诊：患者右上肢活动不利，抬举困难，左上肢无力，未见痰涎及呕吐物，胸闷及善太息，舌质淡，苔薄白，脉细弱。查体：右上肢肌张力低，腱反射活跃，右上肢近端肌力 3 级，远端肌力 2 级，其余肢体肌力 5 级，右手肌肉萎缩，右上肢刺痛觉减退，Hoffmann 征阳性，颈强(-)，克氏征(-)。西医诊断：运动神经元病。中医诊断：痿病-肾精亏损，气血虚滞。治疗原则：补肾填精，益气养血。中医施以针灸配合中药治疗。针灸取穴：百会，四神聪，太阳，风池，外关，合谷，足三里，膻中，阳陵泉，太冲，昆仑，丘墟，操作：患者取坐位，选穴常规消毒，取安迪牌毫针（苏州医疗用品厂有限公司生产，规格：0.35mm×40mm）针刺，进针深浅以得气为度。百会向四神聪方向斜刺 0.5~1 寸，快速捻转 1~2 分钟，产生酸胀感；太阳直刺 0.5~1 寸，风池向对侧眼球方向斜刺 1.5~2 寸，行提插捻转手法使针感至眼部有胀感，膻中点刺不留针，余穴位均常规针刺，以提插捻转补法为主，留针 50min，其间行针 1~2 次。每日针刺一次。10 天后，患者胸闷症状缓解，情绪较平稳，继续针灸治疗 10 天，双上肢远端肌力增强，遂出院，1 个月后电话随访，上述症状均有所改善。

2 方法

按：运动神经元病是以损害脊髓前角、脑干运动神经核以及锥体束为主的一组慢性进行性变性疾病，该病发病机制不清，目前临床上对该病尚无确切有效的治疗手段，因预后不佳，给患

者带来极大痛苦。中医没有运动神经元病这一名称，根据此病的临床表现，可归属于中医“痿证”范畴。《内经》有云：“年过四十，阴气自半。”该患中年女性，肝肾亏虚，加之病程日久，精血亏耗，筋脉失于濡养，从而出现肢体无力、痿废不用，发为此病。《素问·痿论》指出：“治痿者独取阳明。”吴昆治疗痿证强调肾与督脉的关系：“肾主督脉，督脉者行于脊里，肾坏则督脉虚，故令腰脊不举^[2]。针灸处方中百会为诸脉之会，可加强肾与督脉的联系，调节一身之阳气；四神聪、太阳局部取穴，可醒脑开窍；昆仑、太冲、丘墟，刺之可调理筋脉气血，膻中为心包经之募穴，刺之可宽胸理气；风池醒脑开窍；阳陵泉为少阳胆经之合穴，为脉气所入之处；合谷、足三里为阳明经穴，阳明经多气多血，刺之可益气补血以增强肌张力；而长留针，亦取“久病者，邪气入深，刺此病者，深内而久留之”之意（《灵枢·终始》）。诸穴合用，共奏补肾填精，益气养血之功。

3 小结

运动神经元病患者多在了解病情后，因西医无有效治疗方法，在心理上无法接受，故焦虑，烦躁，恐惧，故治疗时还应对患者进行心理疏导，放松心情，减轻患者痛苦，配合针灸治疗时以患者舒适为度，这也是治疗的关键。

〔参考文献〕

- [1] 秦悦. 王健教授治疗运动神经元病的经验总结 [C]. 辽宁中医药大学, 2013.
- [2] 李小云, 路永坤. 温针灸治疗运动神经元病临床研究 [J]. 中医学报, 2017, v.32;No.232, 233-236
- [3] 程慧娟, 周德生. 周德生治疗运动神经元病验案 1 则 [J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(09):92-93.
- [4] 宋会会, 石学敏. 石学敏治疗运动神经元病验案 1 则 [J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(11):99-100.
- [5] 刘志宇, 周学平. 周仲瑛治疗运动神经元病验案 1 例 [J]. 中医杂志, 2009, 50(06):565-566.

(上接第 95 页)

[2] Jiang J, Liu R, Zhang Z, et al. Study on the treatment of pancreatic cancer with integrated traditional Chinese and Western medicine: A study protocol of a multicenter prospective cohort study[J]. Medicine, 2019, 98(47):e17975-e17977.

(上接第 96 页)

- 基底动脉血流动力学的影响 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(2):269.
- [2] 曹志平. 手法推拿联合针灸治疗老年颈性眩晕的效果及对椎-基底动脉血流动力学的影响 [J]. 中医临床研究, 2020, 12(8):75-77.
- [3] 贾仰春. 温针灸结合推拿治疗颈性眩晕的效果探究 [J]. 临

- [3] 田静, 杨爽, 宋丹丹, 等. 血必净在治疗重症肺炎中的临床疗效研究进展 [J]. 临床肺科杂志, 2019, 24(05):96-99+104.
- [4] 车晓宇, 陈冰, 宋洋, 等. 血必净联合抗菌药物治疗对 ICU 重症肺炎患者血清感染指标, 急性蛋白和应激激素的影响 [J]. 实用药物与临床, 2018, 21(12):36-39.

床医药文献电子杂志, 2020, 7(7):14, 35.

- [4] 王桃萍, 安国松. 中医针灸推拿联合口服氟桂利嗪治疗颈性眩晕患者的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(24):152-153, 156.
- [5] 许永良. 推拿配合温针灸治疗颈性眩晕 82 例临床观察 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(5):360.