

培土生金针刺法治疗卒中相关性肺炎患者的临床研究

韦 莉 肖林渝 陆玲燕 朱芸莹

广西壮族自治区柳州市人民医院康复科 545000

【摘要】目的 研究培土生金针刺法在卒中相关性肺炎患者治疗中的临床治疗价值。**方法** 应用医学研究对比法, 从我院康复科病房中选择 2019 年 7 月-2021 年 6 月选取 70 例卒中相关性肺炎患者资料进行实验分析, 按照治疗方法差异, 将患者随机分成两组, 每组 35 例, 一组为对照组, 予以常规治疗。一组为治疗组, 在对照组的基础上采取培土生金针刺法治疗。观察治疗前、治疗 14 天后, 患者 24 小时排痰量, 痰液的颜色与性状以及排痰频率的变化; 观察治疗前后患者血气分析指标相关结果的变化。**结果** 治疗组患者在排痰量、日排痰频次、痰液性状改善时间上对比对照组更短, 在痰液颜色评分正常值上更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者治疗前在血气分析指标如 SaO_2 、 PaCO_2 、 PaO_2 上差异不大, 无明显差异 ($P > 0.05$); 在治疗后, 治疗组的 SaO_2 、 PaO_2 提高幅度更佳, PaCO_2 降低更明显, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 培土生金针刺法治疗卒中相关性肺炎患者的应用价值突出, 可明显改善患者血气分析指标和临床咳痰症状, 值得大力推广。

【关键词】 培土生金针刺法; 卒中相关性肺炎; 治疗

【中图分类号】 R563.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2022) 10-007-02

【基金项目】 1. 基金项目: 广西壮族自治区中医药局自筹经费科研课题, 项目编号: GZZC2019213; 2. 基金项目: 广西中医药适宜技术开发与推广项目, 项目编号: GZSY20-59

卒中相关性肺炎是指脑卒中患者急性期及后遗症期并发的肺感染, 本病的发生, 是住院死亡率增加、出院预后差的独立危险因素。也是患者病情恶化、预后不良及死亡的主因^[1]。常规治疗中, 多以药物治疗为主, 具有一定的局限性; 而培土生金针刺法中医特色治疗方法的应用, 在患者的疾病治疗中凸显了明显的优势^[2]。此次实验为研究培土生金针刺法在卒中相关性肺炎患者治疗中的临床治疗价值, 特本研究采取培土生金针刺法的方式, 应用于卒中相关性肺炎治疗中, 特选取 70 例患者, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

应用医学研究对比法, 从我院康复科病房中选择 2019 年 7 月-2021 年 6 月选取 70 例卒中相关性肺炎患者资料进行实验分析, 按照治疗方法差异, 将患者随机分成两组。纳入标准: (1) 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病断要点》, 并经颅脑 CT 或 MRI 检查证实为脑卒中; (2) 符合卒中相关性肺炎诊治中国专家共识组: 卒中相关性肺炎诊治中国专家共识^[2]。排除标准: (1) 其他原因引起的感染; (2) 精神障碍疾病者; (3) 合并器质性病变者; (4) 有传染病病史和其他肺部疾病者; (5) 同时参与其他实验或接收其他治疗方法治疗者。其中治疗组中有男 29 例, 女 6 例, 年龄 52-79 岁, 平均年龄 (67.4 ± 3.6) 岁。对照组中有男 28 例, 女 7 例, 年龄 53-80 岁, 平均年龄 (67.3 ± 3.7) 岁。本研究的全部资料均经我院医学伦理学会复核, 对此次研究享有充分的知情权, 此次研究的可比性较强 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

将 70 例 SAP 患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 35 例。对照组予常规治疗及常规护理, 治疗组在对照组的基础上予培土生金针刺法, 每天 1 次, 每周五次, 两周后评定疗效。

对照组: 采用抗生素抗炎, 氨溴索氯化钠或盐酸溴己新葡萄糖注射液静脉输液祛痰, 10% 氯化钠注射液 2ml+ 灭菌用水 4ml 氧气雾化吸入化痰 (每日 2 次, 早上 10:00, 下午 16:00 各雾化一次)。治疗环节的护理, 长期卧床的患者, 每 2-3 小时协助患者翻身。使用台湾佳新鼓压按摩器 (拍痰杯) 给患者每日扣背 3 次, 促进肺部痰液松脱。一般于患者饭后 2 小时进行。扣拍时患者取侧卧位, 自其背部由下向上, 由外向内进行, 每次扣拍 5 分钟, 频率

为 120-180 次 / 分钟。扣拍结束后协助患者排痰, 扣拍过程中注意观察患者病情, 如发生病情变化应及时报告医生。

治疗组: 采用培土生金针刺法进行治疗。取穴: 脾俞、肺俞、足三里为主穴, 配以中脘、合谷、列缺、阴陵泉、丰隆等穴。除中脘外, 其余取穴均为身体两侧同时取穴。操作: 采用 $0.20 \times 25\text{mm}$ 与 $0.25 \times 40\text{mm}$ 的毫针, 常规皮肤消毒后进针, 针刺得气后, 脾俞、肺俞、足三里、中脘施以提插捻转补法, 合谷、列缺、阴陵泉、丰隆施以提插捻转泻法。留针 30 分钟, 每日 1 次, 每周 5 次, 共治疗 2 周。

1.3 观察指标^[3]。

(1) 记录患者治疗前, 治疗 14d 后, 每天排痰的频率。观察记录患者治疗前, 治疗后第 1d、第 4d、第 7d、第 10d, 每天排出痰液的性状, 包括痰色及痰液粘稠度。(2) 对其血氧饱和度 (SaO_2)、氧分压 (PaO_2)、动脉血二氧化碳分压 (PaCO_2) 等血气分析指标结果进行统计。

1.4 统计学分析

采用 SPSS26.0 统计学软件包对此次研究所涉及的全部样本数据进行统计分析, 其中计数资料和计量资料为 (%)、($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 χ^2 、t 检验, 以 $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组排痰频率、排痰性状、痰液颜色和粘稠度评分情况

治疗组患者在排痰量、日排痰频次、痰液性状改善时间上对比对照组更短, 在痰液颜色评分正常值上更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。如表 1。

表 1: 两组排痰频率、排痰性状、痰液颜色和粘稠度评分情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	排痰量 (ml)	日排痰 频次 (次)	痰液性状 改善时间 (d)	痰液颜色和粘 稠度评分 (分)
治疗组	35	79.4 ± 15.6	4.1 ± 0.2	3.6 ± 1.3	8.6 ± 2.3
对照组	35	57.3 ± 12.2	2.0 ± 0.1	5.8 ± 0.2	6.4 ± 1.5
t		6.602	55.56	9.895	6.032
P		< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 两组患者血气分析比较

两组患者治疗前在血气分析指标如 SaO_2 、 PaCO_2 、 PaO_2 上差异不大, 无明显差异 ($P > 0.05$); 在治疗后, 治疗组的 SaO_2 、

PaO2 提高幅度更佳, PaCO2 降低更明显, 差异有统计学意义 (P<0.05)。如表 2。

表 2: 两组患者血气分析比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SaO2 (%)		PaCO2 (mmHg)		PaO2 (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	35	78±6	90±5	49±7	45±5	79±6	90±3
治疗组	35	78±7	98±3	49±8	40±3	79±7	107±4
t		0.000	8.126	0.000	5.073	0.000	20.114
P		> 0.05	< 0.001	> 0.05	< 0.001	> 0.05	< 0.001

3 讨论

卒中相关性肺炎可造成患者意识障碍、吞咽障碍、多发部位脑梗死及神经损伤等。抗生素抗炎为治疗患者的方法, 并取得了一定的效果, 但同时治疗时间长。而中医特色针刺治疗方法的应用, 在上文的治疗实践中凸显了明显的优势。

文献资料数据进一步佐证, 针刺联合体外膈肌起搏对大面积梗死性脑卒中后肺炎患者的免疫功能具有促进作用, 能显著促进患者免疫球蛋白表达, 降低炎症指标, 提高临床疗效; 治疗后对降低患者的血清 IgG、IgM、IgA、WBC、CRP 和 PCT, 且改善其肺功能指标的作用价值突出^[4]。同时在肺组织 W/D 值、TNF- α 、IL-18 水平差异上作用价值突出^[5]。也可明显降低患者的咳嗽、咳痰、哮喘、气短证候积分^[6]。总之, 上文表 1、表 2 的研究结果中, 均证实了卒中相关性肺炎治疗环节中培土生金针刺法的应用效果。

综上所述, 培土生金针刺法治疗卒中相关性肺炎患者的应用价值突出, 可明显改善患者血气分析指标和临床咳痰症状, 促进

患者的排痰效果, 改善患者预后, 值得临床大力推广。

参考文献

[1] 王蓓蓓, 崔娜娟. 芦贝祛痰汤联合针刺对卒中相关性肺炎患者血清炎症因子、肺功能的影响 [J]. 环球中医药, 2021, 14(12):2268-2271.

[2] 胡徽星, 梁发俊, 张静波, 等. 俞募配穴针刺联合益气化痰方治疗卒中后相关性肺炎 40 例 [J]. 环球中医药, 2021, 14(9):1705-1708.

[3] 唐子文, 崔颖. 阳中隐阴针刺手法治疗痰湿气虚型卒中相关性肺炎的临床观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(4):734-738.

[4] 张月娥, 甄玉婷, 李珊, 等. 针刺联合体外膈肌起搏对脑卒中相关性肺炎患者免疫功能和炎症因子的影响 [J]. 武警后勤学院学报 (医学版), 2020, 29(4):36-39.

[5] 王颖, 许丽, 吴海洋, 等. 针刺结合中药对卒中相关性肺炎大鼠干预效应的实验研究 [J]. 亚太传统医药, 2020, 16(4):25-28.

[6] 金国华, 陆静珏, 周一心, 等. 针刺联合肺康复治疗卒中相关性肺炎疗效观察 [J]. 河南中医, 2020, 40(6):913-917.

(上接第 5 页)

染, 具有很高的发病率和死亡率, 因此识别并管理相关的危险因素非常重要, 在本次研究中行肠外营养感染的危险度是未行肠外营养感染的 1.59 倍也印证了这一点。研究结果显示, 碳青霉烯类抗生素使用是利奈唑胺耐药肠球菌感染的独立危险因素, 且碳青霉烯类抗生素使用风险系数最高, 原因是碳青霉烯类抗生素暴露会使患儿肠道菌群紊乱程度加重, 更会导致肠源性感染的发生, 另一方面, 因为重症患儿的病情严重, 住院时间和抗生素的使用以及各种导管留置时间均较长, 也会影响研究结果。所以, 临床医师对在患儿的治疗中应警惕耐药菌株感染。重症患儿的病理生理状态也可能会影响利奈唑胺的疗效, 且在儿童重症患者中个体差异更大, 不同的最小抑菌浓度 (MIC) 也会影响药物的疗效, 因此应结合肠球菌感染的患者应根据其病情考虑调整利奈唑胺的给药剂量, 以减少耐药性的发生。同时需要了解肠球菌的耐药机制, 在使用利奈唑胺治疗时, 不仅局限于抗生素的药物治疗, 更需要

制定综合且灵活的治疗策略, 能够在治疗感染的同时, 减少耐药菌的扩散。同时, 需要加强病房的管理, 针对利奈唑胺耐药肠球菌感染独立危险因素, 制定并学习相关的防控策略, 以减少肠球菌感染的发生。

综上所述, 利奈唑胺耐药肠球菌感染是多因素共同导致的结果, 住院天数 $\geq 20d$ 、气管插管、尿管留置、行肠外营养、碳青霉烯类抗生素暴露均为利奈唑胺耐药肠球菌感染的独立危险因素, 医务人员应密切观察上述危险因素, 并针对其相关因素制定针对性的防治措施和合理有效的治疗策略, 以减少肠球菌耐药及感染的发生。

参考文献

[1] 刘畅, 孙宏莉. 利奈唑胺耐药肠球菌流行病学及耐药机制研究进展 [J]. 临床检验杂志, 2018, 36(1):40-42.

[2] 马孝煜, 蒲彰雅, 姚伟明, 等. 耐利奈唑胺肠球菌感染的危险因素分析 [J]. 微生物与感染, 2017, 12(4):217-221.

(上接第 6 页)

对患者用药期间所产生的不良反应进行重视, 并采取有效措施进行及时处理。临床医师则要控制好抗生素的合理应用, 并按照患者需求开具处方, 不要滥用药物, 同时护理人员还要对静脉用药配置进行关注, 而对于特殊药物, 则要对其相关注意事项加以重视, 观察患者的用药过程^[4]。本次研究结果显示, 参照组中, 其抗生素使用时间以及住院时间均高于参照组; 观察组的不合理用药情况显著低于参照组, 差异明显 (P<0.05)。这表明药学干预的实行, 对于促进抗生素的合理应用有着非常重要的作用, 同时还可以降低抗生素的使用时间以及住院时间, 有利于患者恢复。

综上所述, 药学干预不仅可以在一定程度上提高治疗成效,

对于促进临床合理用药也有着非常重要的作用。

参考文献

[1] 王常荣, 王元元. 药学干预对抗生素临床合理应用的影响效果观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11(7):107-109.

[2] 刘丹. 药学干预对抗生素临床合理应用产生的影响分析探讨 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(9):51-52.

[3] 刘磊, 李晟琰, 邵文明. 药学干预对抗生素临床合理应用的影响效果观察探讨 [J]. 航空航天医学杂志, 2019, 30(1):3-5.

[4] 贺永春. 药学干预对抗生素临床合理应用的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(12):80-81.