

中西医结合治疗脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎临床研究

李得民¹ 疏欣杨¹ 杨道文¹ 张纾难¹ 刘金民²

(1 中日友好医院中医肺病科,北京,100029; 2 北京中医药大学东方医院脑病科,北京,100078)

摘要 目的:观察中西医结合治疗脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎的临床疗效。方法:将 67 例痰热腑实型脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎随机分为试验组和对照组,对照组 33 例给予常规西医治疗,试验组 34 例在对照组基础上采用(振动排痰机—肠内营养—中医辨证)三联合治疗,对比观察两组疗效及不良反应。结果:试验组总有效率为 94.12%,对照组总有效率为 75.76%,两组治疗后炎症反应指标比较疗效相当($P>0.05$),但试验组在临床总疗效、中医证候积分方面,都明显优于对照组($P<0.05$),中医单项症状疗效比较,试验组能够明显改善患者的咳嗽、咳痰(痰色、痰量),腹胀便秘、口干咽燥。结论:在抗感染的同时,中西医(振动排痰机—肠内营养—中医辨证)三联合治疗,可以提高对脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎的疗效,值得进一步研究推广。

关键词 脑卒中后遗症;社区获得性肺炎;中西医结合治疗

Clinical Study on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine to Treat Patients with Stroke Sequela of Community Acquired Pneumonia

Li Demin¹, Shu Xinyang¹, Yang Daowen¹, Zhang Shunan¹, Liu Jinmin²

(1 TCM Lung Disease Department of China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China; 2 Department of Encephalopathy, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of integrated traditional Chinese and Western medicine treating patients with stroke sequela of community acquired pneumonia. **Methods:** Sixty seven patients with stroke sequela of community acquired pneumonia were randomly divided into treatment group ($n=34$) and control group ($n=33$). Patients the in control group received the basic western medicine treatment, and patients in treatment group were given the combination therapy of Vibration sputum discharge machine, enteral nutrition support and Chinese medicine syndrome differentiation except from the conventional western therapies the same as the control group, and the efficacy and adverse reactions were observed. **Results:** The total effective rate of treatment group was 94.12%, and that of the control group was 75.76%. The two groups demonstrated similar treatment effect on inflammation index ($P>0.05$), but the treatment group showed significant better performance in terms of the the total effective rate and the impact on TCM syndrome scores ($P<0.05$). As for relieving TCM symptoms, the treatment group can significantly improve the patient's cough, expectoration (sputum color, sputum volume), abdominal distension and constipation, dry mouth and throat. **Conclusion:** Integrated traditional Chinese and Western medicine can improve the efficacy of patients with stroke sequelae of community-acquired pneumonia, and it is worthy of further research and promotion.

Key Words Stroke sequel; Community acquired pneumonia; Integrated traditional Chinese and Western medicine

中图分类号:R2-031;R743.3;R563.1 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.05.011

肺炎是脑卒中后遗症患者常见并发症之一,此类患者多为高龄,基础疾病多,因肢体障碍长期卧床,因吞咽困难易引起误吸,常伴有营养不良、免疫力低下等因素,感染后易发展为重症肺炎,死亡率高,治疗难度大,社会经济负担重^[1-2]。笔者 2012 年 2 月至 2013 年 8 月采用中西医(振动排痰机—肠内营养—中医辨证)三联合治疗痰热腑实型脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎,疗效满意,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来源于 2012 年 2 月至 2013 年 8 月在本院中医肺病科住院的脑卒中后遗症患者,除其他急、慢性呼吸系疾患或在慢性呼吸系疾患基础上并发肺炎者,中医辨证为痰热腑实证。67 例患者均为院外感染发病,按随机数字表法随机分为试验组和对照组,试验组 34 例,男性 13 例,女性 21 例,年龄 43~101 岁,平均(79.67 ± 14.12),缺血性卒中 28 例,出血

性卒中 3 例,混合性卒中 3 例,高血压病 21 例,糖尿病 11 例,冠心病 8 例;对照组 33 例,男性 12 例,女性 21 例,年龄 56 ~ 101 岁,平均 (80.87 ± 12.57) ,缺血性卒中 30 例,出血性卒中 2 例,混合性卒中 1 例,高血压病 19 例,糖尿病 10 例,冠心病 9 例。两组患者基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照 2006 年中华医学会呼吸病学分会制定的《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》^[3] 的诊断标准。1) 新近出现的咳嗽、咳痰,或原有呼吸道疾病症状加重,并出现脓性痰,伴或不伴胸痛。2) 发热。3) 肺实变体征和(或)湿性啰音。4) $WBC > 10 \times 10^9/L$ 或 $< 4 \times 10^9/L$,伴或不伴核左移。5) 胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。以上 1) ~ 4) 项中任何一项加第 5) 项,并除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症、肺血管炎等,可建立临床诊断。

1.2.2 中医诊断及辨证分型标准 参照 1993 年中华人民共和国卫生部制定的《中药新药风温肺热的临床研究指导原则》^[4]、中华中医药学会 2008 年发布的《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[5] 和《中医诊断学》^[6] 拟定。痰热腑实证,具有下述症状即可诊断。主症:咳嗽,咳痰黄稠而量多或带血,发热,便干便秘。次症:气喘息粗,胸闷胸痛,口干咽燥,腹胀。舌脉:舌红,苔黄腻,脉滑数。

1.3 入选标准 1) 既往有脑卒中病史,病程在 6 个月以上,有饮水呛咳和/或长期卧床;2) 符合西医诊断标准及中医辨证分型标准;3) 年龄不限,性别不限。

1.4 病例排除标准 1) 末次脑卒中病程在 6 个月内,未留任何后遗症。2) 医院获得性肺炎。3) 入院 24 h 内自动出院或死亡者。4) 病情未愈自动出院者。5) 活动性肺结核、HIV 阳性、器官移植术后、阻塞性肺炎等。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 给予内科常规护理,积极治疗原发病,采用西医常规治疗,主要包括:对证支持治疗如吸氧、体温 $> 38^\circ\text{C}$ 给予退热(药物或者物理降温)、补充液体、止咳、平喘,改善脑循环等。评估特定病原体的危险因素,抗菌药物选择根据《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》(2006 年)^[3] 及《卒中相关性肺炎诊治中国专家共识》(2010 年)^[7]。

2.1.2 试验组 在对照组的基础上,重点运用以下方法:1) 振动排痰机:使用美国 G5 TherAssist 振动排痰

机,基本治疗频率为 15 ~ 35 CPS,20 min/次,2 次/d;痰液黏稠者治疗前可进行生理盐水 4 mL + 氨溴索 30 mg 雾化吸入以稀释痰液;对于无自主咳痰能力及昏迷的患者,治疗前准备好吸痰设备,并在操作中随时观察患者的反应。2) 肠内营养支持:通过鼻胃管进行肠内营养支持,并抬高床头至 30 ~ 45 度,选用华瑞制药公司生产的肠内乳剂 TPF-D(瑞代),首次给予 500 mL,根据患者的个体情况逐渐加量,足量为 1 000 ~ 1 500 mL,通过鼻胃管 24 h 持匀速滴注。3) 中医治疗:星蒺承气汤加味方口服或鼻饲,药物组成:全瓜蒌 30 g、生大黄 10 g、芒硝(分冲)10 g、胆南星 9 g、炙麻黄 8 g、生石膏(先煎)30 g、苏子 10 g、杏仁 10 g、厚朴 10 g、紫苑 10 g、白茅根 30 g、枇杷叶 10 g、生甘草 10 g,由中日友好医院中药煎药室提供,200 mL/袋,1 袋/次,2 次/d。若大便已通,去芒硝,生大黄减量至 3 g。

2.1.3 疗程 7 d 为 1 个疗程,根据病情,可以连续 2 个疗程。

2.2 观察方法 1) 对主要症状(咳嗽、痰色、痰量、胸痛、口干咽燥、腹胀便秘)及体征(体温、呼吸频率、肺部啰音)进行记分;分无、轻、中、重四级;记分权重为 0、2、4、6 分。分别于治疗前后观察并记录。2) 记录治疗前后血常规、C-反应蛋白(CRP)、尿常规、肝功能、肾功能、胸部 X 线等。3) 记录治疗期间不良反应的发生情况。

2.3 统计学方法 所有数据资料采用 SPSS 17.0 统计软件进行统计学分析,计数资料以率表示,用 χ^2 检验,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较用 t 检验,等级资料用非参数检验。以 $P > 0.05$ 为差异无统计学意义, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 参照 1993 年中药新药临床研究指导原则(第一辑)风温肺热病^[4] 及 2002 年中药新药临床研究指导原则^[8] 制定疗效判定标准。1) 痊愈:症状、体征消失或基本消失,胸部 X 线片炎性反应全部吸收者,中医证候积分减少 $\geq 95\%$ 。2) 显效:症状、体征明显改善,胸部 X 线片炎性反应大部吸收者,中医证候积分减少 $\geq 70\%$ 。3) 有效:症状、体征均有好转,胸部 X 线片炎性反应部分吸收者,中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 。4) 无效:症状、体征均无改善或加重,胸部 X 线片炎性反应无明显改变或扩大者,中医证候积分减少不足 30%。

3.2 治疗结果

3.2.1 两组治疗后临床总疗效比较 临床总有效率为痊愈 + 显效 + 有效,试验组总有效率为 94.12%,对

照组总有效率为 75.76%, 两组临床总有效率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明试验组疗效优于对照组, 见表 1。

表 1 两组患者治疗后临床总疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
试验组	34	13	12	7	2	94.12
对照组	33	9	11	5	8	75.76

3.2.2 两组治疗前后炎症指标比较 见表 2。两组治疗后各炎症反应指标均改善明显 ($P < 0.05$), 治疗后两组炎症反应指标改善程度相近 ($P > 0.05$), 表明治疗后两组对炎症反应指标的疗效相当。

表 2 两组患者治疗前后炎症指标比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	血常规中性粒细胞百分数(%)		C-反应蛋白(mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	79.64 ± 5.48	63.75 ± 4.16 ^{*△}	46.3 ± 26.8	7.69 ± 4.1 ^{*△}
对照组	78.93 ± 5.59	64.21 ± 5.37 [*]	47.8 ± 29.4	7.76 ± 3.7 [*]

注:与本组治疗前比较, $^* P < 0.05$; 与对照组同期比较, $^{\Delta} P > 0.05$ 。

3.2.3 两组治疗前后中医证候积分比较 见表 3。两组中医证候积分治疗后较治疗前均明显减少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 试验组治疗后中医证候积分较对照组治疗后显著降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示试验组疗效优于对照组。同时两组治疗后单项症状积分比较, 试验组在咳嗽、咳痰(痰色、痰量), 尤其是腹胀便秘、口干咽燥症状优于对照组。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
试验组	34	31.84 ± 7.29	6.74 ± 2.38 ^{*△}
对照组	33	32.16 ± 6.93	11.26 ± 5.74 [*]

注:与本组治疗前比较, $^* P < 0.05$; 与对照组同期比较, $^{\Delta} P < 0.05$ 。

3.2.4 不良反应 两组患者在治疗过程中均未见明显不良反应。治疗前后患者尿常规、肝功能、肾功能检查均未见异常。

4 讨论

2003 年由德国科隆大学附属医院 Hilker 等^[9]首先提出卒中相关性肺炎(Stroke Associated Pneumonia, SAP)的概念, 2010 年我国制定卒中相关性肺炎诊治中国专家共识^[7], 近几年国内开展了大量关于卒中相关性肺炎流行病学、发病机制、病原学等方面的研究, 但多数研究人群为脑卒中急性期患者并发肺炎, 多为医院获得性肺炎, 而脑卒中后遗症期并发肺炎的研究却鲜有临床报道。郭伟等^[10]认为卒中相关性肺炎不仅仅包括卒中急性期患者, 根据系统评价只要吞咽功能障碍、肢体活动障碍(长期卧床)等存在, 伴发肺炎者也应囊括。此类患者多为院外感染而发病, 可归类为

脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎, 属卒中相关性肺炎的一种。其临床特点: 患者多为高龄, 常伴有多种慢性疾病和重要器官功能减退, 细胞免疫和体液免疫功能减低, 因肢体障碍长期卧床, 因吞咽困难易引起误吸, 特别是消化道功能下降后, 易引起营养吸收失衡, 造成不同程度的营养不良状况, 同时, 肺炎发生增加能量消耗, 极易出现低蛋白血症或加重贫血。营养不良可减弱呼吸肌强度, 影响肺通气功能, 加之呼吸道机械屏障作用减弱, 咳嗽反射灵敏度下降, 自主排痰能力降低, 加重肺炎状态, 形成恶性循环, 最终可导致多器官功能衰竭, 影响治疗效果, 增加病死率^[11-12]。因此在积极抗感染治疗的同时, 营养支持、排痰治疗显得尤为重要。有研究表明^[13-14], 肠内营养支持治疗既可满足机体需要, 迅速提升免疫球蛋白, 纠正负氮平衡, 提高机体免疫功能, 控制炎症反应因子, 改善贫血, 又可以维持肠道屏障功能的完整性, 防止肠道细菌及毒素易位, 从而减轻炎症反应、防止多器官功能不全, 有效提升治疗好转率。而振动排痰机, 避免了手工叩背时力量的随意性, 痰液更易排出, 而且相对彻底, 患者临床症状改善快, 可明显缩短住院时间和减少住院所需费用^[15-17]。

脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎当属中医学“中风”“风温肺热”“咳嗽”等范畴, 中医学认为中风之后, 脏腑虚损, 功能失调, 病邪稽留日久, 正气定必耗损, 在正气亏虚的基础上, 感受六淫外邪入里化热, 灼津炼液成痰, 痰热阻肺, 肺失宣降, “肺与大肠相表里”, 脏病及腑, 腑气不通, 而成痰热腑实之证。痰热腑实证是脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎常见证候类型, 其临床表现除咳嗽、咳黄痰、气粗喘息外, 还具有便干便秘, 舌红、苔黄腻, 脉弦滑等特点。痰热腑实证常见于脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎的邪盛极期, 往往对病情的转归和预后有着重要的影响一, 病性特点为虚实夹杂, 虚为其本, 痰热腑实为其标, 根据“急则治其标”“治无缓法, 速去其病则安”的原则, 当以通腑化痰泻热为治疗大法。星蒹承气汤是王永炎院士创制的治疗中风病痰热腑实证的代表方剂, 由全瓜蒌、胆南星、生大黄、芒硝组成, 具有通腑化痰泻热的功效, 近年来被写入多部中医高等教材并在临床中得到广泛应用^[18]。笔者在星蒹承气汤的基础上, 加用炙麻黄、杏仁、生石膏以清宣肺热、止咳平喘, 苏子、枇杷叶、紫苑以降气化痰, 和胃通便, 厚朴与生大黄、芒硝相配, 加强行气通腑之功, 生甘草调和诸药, 配白茅根清热解毒, 诸药合用, 通腑化痰泻热之功更胜一筹。现代中药药理学研究证实^[19], 大黄所含蒽醌类有致泻、抗菌作用,

对革兰氏阳性、阴性菌均有效;瓜蒌煎剂对葡萄球菌、肺炎双球菌有抑制作用;麻黄有平喘、止咳祛痰、抗过敏、解热、抗菌抗病毒的作用;生石膏具有退热作用;杏仁中的苦杏仁油对球菌有抑制作用。说明本方具有抗炎、消除气道炎症反应和改善肺脏通气功能的作用。

本研究结果表明,两组治疗后炎症反应指标比较疗效相当($P>0.05$),但试验组在临床总疗效、中医证候积分疗效比较上,都明显优于对照组($P<0.05$),中医单项症状疗效比较,试验组能够明显改善患者的咳嗽、咳痰(痰色、痰量),腹胀便秘、口干咽燥。总之,在抗感染的同时,中西医(振动排痰机—肠内营养—中医辨证)三联合治疗,可以提高对脑卒中后遗症患者社区获得性肺炎的疗效,值得进一步研究推广。

参考文献

- [1] Kwon HM, Jeong SW, Lee SH, et al. The pneumonia score: a simple grading scale for prediction of pneumonia after acute stroke[J]. Am J Infect Control, 2006, 34(2): 64–68.
- [2] Zalacain R, Camino J, Cabriada V. Pneumonia in the elderly[J]. Arch Bronconeumol, 1998, 34(Suppl 2): 63–67.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[S]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651–654.
- [4] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2008.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第1辑)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 11–14.
- [6] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1995: 15–147.
- [7] 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[J]. 中华内科杂志, 2010, 49(12): 1075–1078.

- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 56–58.
- [9] Hilker R, Poetter C, Findeisen N, et al. Nosocomial pneumonia after acute stroke: implications for neurological intensive care medicine[J]. Stroke, 2003, 34: 975–981.
- [10] 郭伟, 张杰. 关注卒中相关性肺炎[J]. 中华内科杂志, 2011, 3(50): 191–192.
- [11] 王峰, 陈伟贤, 曾彦英, 等. 高龄患者卒中相关性肺炎的营养治疗疗效观察[J]. 中华损伤与修复杂志, 2011, 6(4): 581–584.
- [12] 燕艳丽. 肠内营养支持和肠外营养支持对老年重症肺炎患者的影响[J]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2013, 7(5): 2251–2252.
- [13] 刘丽萍, 唐利. 肠内营养支持对老年社区获得性肺炎预后的影响[J]. 医学临床研究, 2011, 28(3): 578–579.
- [14] 辛绍斌. 危重症患者肠内外营养作用的对比研究[J]. 临床肺科杂志, 2008, 13(5): 618–620.
- [15] 李瑞红, 李德春. X线放置鼻空肠营养管在危重症早期肠内营养中的应用[J]. 肠外与肠内营养, 2006, 13(4): 231–236.
- [16] 欧小云, 扬艳, 丁永献, 等. 振动排痰机预防老年脑卒中患者肺部感染的效果[J]. 实用医药杂志, 2006, 23(2): 176–177.
- [17] 王军民, 谢远芳, 王一玲, 等. 振动排痰机与常规排痰法对脑卒中并发肺内感染患者排痰效果的比较[J]. 中国临床康复, 2006, 10(16): 75.
- [18] 李颖. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺病急性加重期疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2012, 28(9): 754–755.
- [19] 周玉华. 热咳喘胶囊治疗痰热郁肺型慢性阻塞性肺疾病 120 例[J]. 贵阳中医学院学报, 2006, 28(4): 17.

(2014-03-11 收稿 责任编辑: 王明)

(上接第 578 页)

善心肌的供血供氧,减少心肌细胞变性损伤;能明显增强心肌收缩力;能同时扩张血管和利尿,降低心脏负荷;从而修复受损心肌改善 DCM 心力衰竭症状,延缓病情进展。因此在临床应用上除针对冠心病使用外,对 DCM 心力衰竭患者在常规治疗基础上加用养心氏片治疗,亦能取得满意疗效,更有利于患者症状及病情改善,值得今后在临床中推广运用。同时由于观察时间尚短,养心氏片对 DCM 心力衰竭患者的长期治疗效果如何? 病情最终预后能否有所改善? 仍需要今后继续观察研究。

参考文献

- [1] 邵桂丽, 姜爱卿, 郑方胜. 养心氏片治疗冠心病心绞痛临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(6): 643–644.
- [2] 瞿家武, 虞江灏. 养心氏片治疗慢性心力衰竭临床疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 14(15): 89.
- [3] 梁淑香, 候磊. 中药治疗扩张型心肌病疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(22): 2794–2795.

[4] 钱国权, 韦凡华. 养心氏片治疗扩张型心肌病心力衰竭 56 例观察[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(11): 850–851.

- [5] 中华心血管病杂志编辑委员会. 全国心肌炎心肌病学术研讨会纪要[J]. 中华心血管病杂志, 1999, 27(6): 408–412.
- [6] 陈灏珠, 钟南山, 陆再英. 内科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 272–277.
- [7] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 73–77.
- [8] 刘宇欣, 王旭东. 慢性心力衰竭药物治疗现状与展望[J]. 中国医刊, 2012, 47(6): 3.
- [9] 宫进亮, 赵立红, 杨玉恒. 扩张型心肌病的中医辨证论治体会[J]. 天津中医药, 2011, 28(6): 482–483.
- [10] 严冬, 钱玉良, 唐蜀华. 养心氏对气虚血瘀型冠心病心绞痛患者 ET、NO、CRP 的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(6): 656–658.
- [11] 王可鸿, 王璇. 试论养心氏片在冠心病治疗中的整体观[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(4): 480.

(2013-06-24 收稿 责任编辑: 徐颖)