

减少不良反应发生。可见,应用三子止咳胶囊联合西医治疗慢性支气管炎急性发作期疗效显著且安全。

[参考文献]

- [1] 孙丹,杨硕,吴瑕,等. 盐酸氨溴索雾化吸入疗法治疗老年慢性支气管炎临床疗效的研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(2): 86- 88.
- [2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 11版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1548.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 263- 266.
- [4] 苗凤英,魏汉林,伍青,等. 三拗片联合盐酸氨溴索注射液治疗慢性支气管炎 84 例[J]. 中医杂志, 2013, 54(22): 1957- 1958.
- [5] 龚建强,杨思进. 化浊宣肺方辨治中老年慢性支气管炎患者急性发作期 48 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(5): 197- 201.
- [6] 马屏南. 紫苏子镇咳、祛痰、平喘作用的药理研究[J]. 中国实用医药, 2015, 10(10): 159- 159, 160.
- [7] 徐敏,任艳. 贴敷药物白芥子对皮肤刺激性影响与抗哮喘效应的研究探讨[C]// 第四届中医药现代化国际科技大会论文集, 2013: 1- 2.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

中西医结合治疗老年肺炎临床观察

程光嘉, 刘晓芳, 郑科达, 袁雷, 张锡龙

奉化市人民医院, 浙江 奉化 315500

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗老年肺炎临床疗效。方法: 将老年肺炎患者 68 例分为 2 组各 34 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组的治疗基础上根据不同的中医辨证进行治疗。比较 2 组血常规、免疫功能、T 细胞亚群的变化以及临床转归。结果: 治疗 7 天后观察组血常规显著恢复, 白细胞计数、血小板计数、中性粒细胞以及淋巴细胞均值与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 7 天后观察组 CD3⁺、CD4⁺水平低于对照组, CD8⁺高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 7 天后观察组 IgG、IgA 以及 IgM 水平均升高但较对照组低 ($P < 0.05$)。治疗 7 天后观察组好转出院率高于对照组, 无效率及死亡率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗老年肺炎可改善高凝状态, 调节肺炎患者的各项免疫功能, 降低炎症反应。

[关键词] 老年肺炎; 中西医结合疗法; 疗效; 免疫功能

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0053-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.023

肺炎是指多种类的病原微生物、物理或化学因素、免疫损伤等导致的肺间质、肺泡腔以及终末气道等部位发生炎症反应的疾病。老年人群肺炎的发病率显著高于青壮年, 相关研究结果显示, 中国老年肺炎患者在肺炎患者中约占 70.0%^[1]。老年肺炎的发病在中医中认为多因调摄不慎, 触冒风邪引起^[2]。风起百病, 常兼夹其他外邪为病, 故六淫(风、寒、暑、湿、燥、火)均会对肺部产生侵袭引起老年肺炎, 《内经》上对此的论述较为详细。外邪的侵袭是否发病, 主要在于机体正气的强弱与正邪双方力量对比, 正气虚、邪气盛则病发, 正气虚为

内因, 邪气盛为外因。临床主要采用中西医结合的治疗方式以避免患者机体遭受二次损伤。笔者采用中西医结合治疗老年肺炎, 取得较满意效果, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月—2016 年 2 月本院住院部收入治疗老年肺炎患者 68 例根据治疗方法的不同分为 2 组各 34 例。观察组女 18 例, 男 16 例; 年龄 60~80 岁, 平均(68.5±5.4)岁; 病程 7~15 天, 平均(10.8±2.8)天。对照组女 16 例, 男 18 例; 年龄 60~80 岁, 平均(68.9±5.8)岁; 病程

[收稿日期] 2016-02-23

[作者简介] 程光嘉 (1974-), 男, 副主任医师, 研究方向: 呼吸道感染及老年病。

7~15天,平均(11.3±3.9)天。2组一般资料经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择 符合中医学对肺证的诊断;符合西医对肺炎的诊断标准^[9]。60岁<年龄<85岁;主要临床表现有咳嗽、发热、咯痰、面色苍白、舌苔薄白、食欲下降、胸骨下痛、肺部闻及湿啰音、呼吸困难等。神志清晰,表达能力正常,资料完整且在平等自愿的原则下签署相关知情同意后进行治疗。排除支气管炎、重症肺炎、哮喘、活动性肺结核、精神疾病以及无表达能力者。

2 治疗方法

2.1 对照组 首先对患者完成痰培养,并进行药敏试验,以上述结果为基础选取对应的抗生素进行治疗或直接采用光谱抗生素进行治疗,病情严重者采用联合用药的方式治疗。

2.2 观察组 在对照组的治療基础上根据不同的中医辨证进行治疗:①气阴两虚型,证候为咳嗽少痰或者咯痰带血,口干、气短。舌苔少红、脉搏无力且细数。治疗采用沙参麦冬汤或生脉散加减进行治疗,咯血者加入白及、茅根;咳嗽严重者加紫苏子、苦杏仁;热者加知母、石膏等。②痰热壅肺型,证候为咳嗽痰多,色泽黄腻,或伴喘息、口干苦、发热等,舌苔黄腻,脉滑且数。治疗遵循宣肺止咳、清肺化痰的原则,方剂为麻杏石甘汤联合千金苇茎汤加减进行治疗。痰中带血者加三七、白及、侧柏叶等;大便干结者加大黄。③痰湿阻肺型,证候为咳嗽痰多、稀且白,胸脘闷;舌质淡、苔白腻,脉滑数。治疗遵循止咳化痰、健脾燥湿的原则,方剂采用二陈汤加减治疗。咳嗽严重者加款冬花、紫苑;脾虚者较严重者加白术、茯苓、党参等;胃脘满胀者加厚朴、枳壳;郁久化热者加瓜蒌、黄芩。④风热犯肺型,证候为恶寒发热、气急、痰液黏稠伴胸痛。舌尖红、舌苔薄白或黄。治疗遵循清肺化痰、辛凉解表的原则,方剂采用银翘散加减治疗。咳嗽严重者加款冬花、紫苑;痰多且黄者加鱼腥草、黄芩、瓜蒌;痰多且白者加半夏、陈皮。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 在治疗7天后,比较归纳2组的血常规、免疫功能、T细胞亚群的变化以及临床转归。

3.2 统计学方法 采用SPSS14.0软件进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行t检验;计数资料以频数(%)表示,进行 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 符合2013年中华医学会呼吸分会制定的《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》^[10]中的出院标准,排除原有基础疾病对此标准的影响,①体温恢复正常时间超过24h;②安静状态下心率在100次/min及以下;③安静状态下呼吸频率在24次/min及以下;④收缩压在90mmHg及以上;⑤在不吸氧的状态下,动脉血氧监测恢复正常值;⑥能够改为口服药物治疗。

4.2 2组治疗后血常规比较 见表1。治疗7天后观察组血常规显著恢复,白细胞计数、血小板计数、中性粒细胞以及淋巴细胞均值与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组治疗后血常规比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	白细胞计数 ($\times 10^9/L$)	血小板计数 ($\times 10^9/L$)	中性粒细胞 (%)	淋巴细胞 (%)
观察组	34	7.9±1.3	235.8±3.7	68.5±2.4	21.7±2.1
对照组	34	7.2±1.2	246.9±3.9	71.4±2.6	18.7±2.3
t值		2.3071	12.0396	4.7790	5.6166
P值		0.0242	0.0000	0.0000	0.0000

4.3 2组治疗后T细胞亚群比较 见表2。治疗7天后观察组CD3⁺、CD4⁺水平低于对照组,CD8⁺高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗后T细胞亚群比较($\bar{x} \pm s$) %

组别	n	CD3 ⁺	CD4 ⁺	CD8 ⁺
观察组	34	65.5±2.6	40.2±2.9	27.5±2.7
对照组	34	74.2±2.8	47.6±2.4	23.8±1.6
t值		13.2765	11.4627	5.7558
P值		0.0000	0.0000	0.0000

4.4 2组治疗后免疫球蛋白比较 见表3。治疗7天后观察组IgG、IgA以及IgM水平均升高但较对照组低($P<0.05$)。

表3 2组治疗后免疫球蛋白比较($\bar{x} \pm s$) mL/dL

组别	n	IgG	IgA	IgM
观察组	34	1024.6±8.5	205.4±4.8	78.4±4.8
对照组	34	1205.3±7.1	252.7±5.8	81.5±3.6
t值		95.1363	36.6341	3.0127
P值		0.0000	0.0000	0.0037

4.5 2组治疗后转归比较 见表4。治疗7天后观察组好转出院率高于对照组,无效及死亡率低于对照组($P<0.05$)。

表4 2组治疗后转归比较 例(%)

组别	n	痊愈	好转	无效	死亡
观察组	34	22(64.71)	10(29.41)	2(5.88)	0
对照组	34	9(26.47)	18(52.94)	5(14.71)	2(5.88)
χ^2 值		30.5151	11.8462	4.2881	6.1546
P值		0.0000	0.0006	0.0384	0.0131

5 讨论

老年肺炎是老年人群中最为常见的感染性疾病,对呼吸系统产生严重危害,是老年肺癌、慢性阻塞性肺疾病等患者的主要死亡诱因,是ICU老年患者机械通气治疗的主要并发症^[9]。老年肺炎的发病率、死亡率与年龄成正比,主要是因为机体功

能衰退, 呼吸系功能退化降低呼吸道局部或全身免疫功能, 各个组织器官功能减弱的结果。加上患者基础疾病种类多, 临床表现交织, 治疗面临巨大挑战。中医学将老年肺炎归属于咳嗽、风温肺热病范畴, 主要病机为老年人正气亏虚, 易感外邪, 邪气入里滋生痰毒, 损伤气阴; 热邪迁延对肺气造成损伤, 加剧正气的损耗, 导致机体无法抵御外邪, 郁积化热, 热邪不尽, 气阴两虚进而造成疾病的迁延不愈^⑥。临床采用中西医结合方法, 将西医与中医结合, 在对病情的控制上取得满意效果。因为临床中激素、抗生素、免疫抑制剂等的应用范围扩大, 诱发肺炎的细菌耐药性和细菌谱都有显著改变。加之老年人身体机能、免疫力等降低, 治疗不彻底极易导致病情加重, 甚至造成死亡。中医学在很早之前便对肺炎有认知, 关于“肺炎”这个词在清代的《麻科活人全书·咳嗽》中首次被发现, 书中记载为“肺炎喘嗽, 以加味泻白散去人参、甘草主之”, 当时是针对麻疹发病设立的证候名称, 但一直沿用至今。

本研究结果提示中西医结合的治疗方法对老年肺炎的治疗效果佳, 有效促进患者痊愈。考虑老年肺炎患者采用中西医结合的治疗方法疗效主要与其能够加强患者机体免疫功能有关。中医治疗的方剂包含药物: 太子参、白及、沙参、麦冬、黄芪、茯苓、白术、半夏、紫苑、白芍、川芎、炙甘草等。以健脾益气、燥湿化痰为根本, 太子参、沙参、茯苓、白术等联合增强健脾益气的功效, 发挥生津润肺的作用, 增强健脾除湿的功效, 同时具有止泻的作用^⑦。川芎具有祛瘀的作用, 黄芪能够健脾益气、固表止汗。诸药共同使用能够有效清热理肺、健脾益气、燥湿化痰。现代医学研究发现, 太子参、沙参、黄芪等可加强免疫器官的功能, 提高巨噬细胞的吞噬指数及吞噬率, 对 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 等进行不同程度的提高, 降低 CD8⁺ 水平^⑧; 提升网状内皮系统的吞噬功能, 增强机体免疫功能。观察组血常规指标(白细胞、中性粒细胞、淋巴细胞、血小板计数)恢复优于对照组, 免疫指标 CD3⁺、CD4⁺ 均高于对照组, CD8⁺ 低于对照组, 且观察组免疫球蛋白水平恢复优于对照组, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。白术、白及等对白细胞吞噬金黄色葡萄球菌的能力具有显著的增强作用, 同时恢复淋巴细胞的增殖, 加强机体免疫功能。茯苓多糖对 T 淋巴细胞的细胞毒性具有增强作用, 可有效增强细胞免疫反应^⑨。加上抗生素的使用能够迅速吸收入血, 在组织中快速分布, 经吞噬细胞摄取后被释放到感染的部位, 组织以及细胞内药物浓度显著上升, 有效抑制病菌繁殖, 中西医结合治疗可增强治疗效果^⑩。

综上所述, 老年肺炎患者采用中西医结合的治疗方式, 可

有效降低血小板的凝聚, 改善患者血液高凝状态, 并对淋巴细胞、中性粒细胞、T 细胞亚群及免疫球蛋白水平产生影响, 可能以此调节肺炎患者的非特异性免疫功能、细胞及体液免疫功能, 降低炎症反应, 以此进一步提高临床疗效。

[参考文献]

- [1] 嵇晓霞, 韩晓琦, 马小娜, 等. 利奈唑胺治疗革兰氏阳性耐药菌所致高龄老年肺炎的临床观察及其护理[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(4): 24-25.
- [2] 韩广明, 李正光, 张唤华, 等. 参苓白术散合二陈汤加味治疗老年肺炎疗效及对降钙素原的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 11(12): 5-6, 23.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 198-199.
- [4] 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[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651-655.
- [5] 赵方方, 王松珍, 桑凤梅, 等. 小青龙汤治疗老年肺炎的临床疗效分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(16): 4014-4015, 4035.
- [6] DiSantostefano RL, Sampson T, Le HV, et al. Risk of Pneumonia with Inhaled Corticosteroid versus Long-Acting Bronchodilator Regimens in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A New-User Cohort Study [J]. PLoS ONE, 2014, 9(5): 97-106.
- [7] 徐红日, 王兰, 王成祥, 等. 常见 4 种耐药菌感染所致老年肺炎的证候演变规律与转归[J]. 现代中医临床, 2014, 21(4): 1-6.
- [8] 李若愚, 肖超烈, 莫绮君, 等. 中医药学对 ICU 多重耐药菌肺炎治疗的临床思路[J]. 新中医, 2014, 46(7): 5-7.
- [9] 王成祥, 殷人易, 徐红日, 等. 扶正解毒化痰颗粒对不同危险分层老年肺炎的疗效研究[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(3): 188-191.
- [10] Prescott HC, Sjoding MW, Iwashyna TJ. Diagnoses of Early and Late Readmissions after Hospitalization for Pneumonia. A Systematic Review [J]. Annals of the American Thoracic Society, 2014, 11(7): 1091-1100.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)