

重症肺炎合并呼吸衰竭中西医结合治疗思路探讨

★ 叶志中 朱敏 (广州中医药大学第一附属医院 广州 510405)

关键词:重症肺炎;呼吸衰竭;中西医结合疗法

中图分类号:R 563.1 文献标识码:A

重症肺炎是临床常见的内科急重症,多因机体和呼吸道防御功能减退,误吸口咽分泌物,使细菌、病毒、支原体、衣原体这些病原体进入下呼吸道而发病。是发生于老年人、慢阻肺、昏迷、中风、嗜酒、长期卧床患者的严重感染,其病情复杂多变,如治疗措施不力,常合并呼吸衰竭,病死率极高,是感染性疾病中最为常见的死亡原因。为此,我科经过多年努力,采用中西医结合方法,在防治重症肺炎合并呼吸衰竭方面,进行了积极探讨,报道如下。

1 病证危急,综合救治

重症肺炎患者以起病突然,寒战、高热、咳嗽有痰、气促为主要表现,老年和体弱患者可迅速出现神昏、唇甲发黑。归属于中医“风湿肺热”、“暴喘”、“昏迷”范畴,其发病由于外感温热邪毒,由表传里,邪热犯肺,炼津成痰,以致痰热壅盛,阻遏肺气则喘;热毒炽盛,正不胜邪,热陷心包,扰乱神明,而见神昏。亦可由脏腑虚损,宿患咳逆,痰浊内蕴,复感外邪导致本病发生。可见外邪、热毒、痰浊相互搏结,邪盛正

虚,虚实夹杂为其病机特点,由于病机错综复杂,容易产生各种变证,如累及心阳,可致厥脱,病情凶险多变,预后不良,治宜中西医并行,急救为先,综合治疗,将中医祛邪、清热、解毒、化痰、开窍、扶正等治法,与控制感染、解痉平喘、祛痰排痰、补液、给氧、支持疗法等有机结合,取长补短,把握中医病机变化,充分发挥中医药优势,能够显著提高疗效。

2 祛痰利肺,畅通气道

重症肺炎是发生于老年、体弱患者的严重感染,由于机体正气不足,肺炎进展较快,极易合并呼吸衰竭,肺换气和(或)通气功能障碍,造成机体缺氧和(或)二氧化碳潴留,出现脑、心、肝、肾等多脏器功能紊乱,此时,患者呼吸急促、紫绀、烦躁或嗜睡、神志改变、昏迷,可迅速进入全身衰竭。中医学认为,多属邪毒壅盛,由于脏腑虚弱,正不胜邪,以致痰阻气道,蒙闭清窍,或热陷心包,甚则心阳暴脱,出现喘脱、昏迷、厥脱等各种变证。痰浊闭窍,与邪搏结,邪盛正衰,常为重症肺炎合并呼吸衰竭的重要病机,故

阴病本不当汗,但因“二三日无里证”,故以麻黄附子甘草汤微发其汗,使邪从表而解。方以附子温补肾阳,外佐麻黄解表,以炙甘草振奋脾阳又可防止麻黄发汗不过,温、补、汗三法合用。

5 和补并用

《伤寒论》第 62 条之“发汗后,身疼痛,脉沉迟者,桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之”,论述了太阳发汗太过,损伤气营的证治,治当调和营卫,益气和营,方“与桂枝以解未尽之邪,加芍药、生姜、人参以益不足之证”^[2]。

6 消补并用

《伤寒论》第 65 条之“发汗后,其人脐下悸,欲作奔豚,茯苓桂枝白术甘草汤主之”,论述了脾胃气虚,水气上冲的证治,方用茯苓淡渗利水,桂枝温阳降冲,助气化以行水,白术、甘草补脾和中制水;第 223

条之“若脉浮,发热,渴欲饮水,小便不利者,猪苓汤主之”,论述阴虚水热互结的证治,方用猪苓、茯苓、泽泻渗湿利水,阿胶育阴润燥,滑石清热去湿通窍以利小便,合为育阴润燥清热利水之剂;第 66 条之“发汗后,腹胀满者,厚朴生姜半夏甘草人参汤主之”,论述了脾虚气滞腹胀证治,方用厚朴下气除湿、宽中消满,生姜散饮和胃,半夏降逆开结涤痰,人参甘草补脾益气助运化,诸药配合,补而不滞,消而无伤。即“若胃气不甚虚亏,而邪气反觉实者,当消息而去除之”^[3]。

参考文献

- [1]程郊倩. 伤寒论后条辨直解[M]. 北京:中国古籍出版社,1990
- [2]成无己. 注解伤寒论[M]. 北京:中国古籍出版社,1990
- [3]钱潢. 伤寒溯源集[M]. 北京:中国古籍出版社,1990

(收稿日期:2004-03-18)

治宜“急则治其标”,化痰开窍,祛邪利肺,目的在于畅通气道,迅速纠正缺氧和二氧化碳潴留,保护重要脏器功能,促使病情好转,实为治疗抢救的关键环节。临床上经常采用翻身拍背,体位排痰,帮助患者咳出脓稠痰液,如患者神志不清,则给予鼻导管电动吸痰,注意手法熟练轻巧,负压不宜过大,刺激喉头,即可解除上气道堵塞,同时给予适当浓度吸氧,鱼腥草注射液雾化吸入,针刺内关、合谷、丰隆等应急措施,促使患者清醒;可选用安普索稀化粘痰, β_2 受体激动剂雾化吸入、氨茶碱静滴扩张气道,解痉平喘;有意识障碍,可酌情加用呼吸兴奋剂,如治疗无效,气道内大量痰液滞留,无力排痰者,宜掌握时机,及时气管插管,便于吸痰,必要时用机械通气辅助呼吸。

3 控制感染,经验选药

重症肺炎由于病原体多种多样、患者体质情况、全身状态,以及是否有局部合并症或慢性肺部病变等因素的影响,故病情相当复杂,且多属于严重。因此,如何选择适当抗感染药物进行病原学治疗,是重症肺炎治疗的重要方面。由于肺炎的致病原及其药敏结果一时难以获得,临床应通过分析患者的症状特点,结合细致的体检以及外周血象、胸部X线等重要检查,推测其可能的致病原,及早开始经验治疗,用药后观察36~72小时,视疗效或病原学诊断再确定是否调整,同时要注意抗生素的规范使用,剂量足够,在尚未确定致病原之前,主张采用包括对两种常见致病原有效的广谱抗菌药物,如头孢菌素、半合成青霉素、氟喹诺酮类等,并选用中药针剂如醒脑静注射液、鱼腥草注射液、双黄连粉针,或清开灵注射液等,静脉滴注,具有较好的清热解毒、化痰开窍之效,达到“菌毒并治”作用。

4 适当体位,防止误吸

正常健康人,咽部反射及其结构可预防异物的吸入,食物不能进入气管。重症肺炎患者由于嗜睡、昏迷、休克、中风、老年体弱,尤其是长期卧床等因素,咳嗽反射减弱或消失,呼吸道粘液-纤毛清除功能障碍,加上胃排空减慢,食物及胃内容物的返流,极易造成反复误吸,引起吸入性肺炎,从而使感染变得更加复杂难治,进一步加重病情变化,引发呼吸衰竭,如一次大量的吸入,可阻塞大气道,窒息而突然死亡,因此,需要特别强调早期预防误吸发生,具体措施有:适当体位,常取侧卧位、一定的头低位,以减少误吸危险;经鼻插入并留置胃管可减轻胃潴留,又能管饲流质或药物,但要注意速度宜缓慢,用量及次数与胃排空速度相适应;静脉注射 H_2 受体拮抗剂或质子原制剂,以提高胃液pH值,可减轻误吸引起

的肺损伤;中药在辨证的基础上,注重清热通腑或健脾导滞法,调理胃肠功能,减轻胃肠胀气,又能防治细菌移位。

5 清热化痰,辨证用药

重症肺炎患者因久患宿疾,正气虚弱,痰浊不化,多属虚实夹杂体质,抗病无力。一旦感受温热风邪,容易传变入里,邪毒偏胜,则伤津化火,炼津成痰,形成痰热壅盛之证。此时,外邪、热毒、痰浊,相互搏结,阻塞气道,邪盛正虚,病机错综复杂多变,但总以痰热邪实为急,临证可见寒战、高热、咳嗽、痰稠、喘促、烦躁,甚则意识障碍,可迅速出现昏迷、厥脱等变证。治宜“急治其标”,清热化痰,祛邪肃肺,临证还要注意结合舌脉表现,把握中医病机变化,进行辨证论治,把它与清热解毒、通腑泻下、涤痰化浊等治法结合起来,灵活变通,才能充分发挥中医药优势。如证属邪热壅肺,治法清热解毒,宣肺化痰,以麻杏甘石汤合苇茎汤加减;证属腑结肺痹,治法通腑泻下,宣肺平喘,以宣白承气汤加减;如热毒炽盛者,重用解毒,以黄连解毒汤加银花、连翘,并加服安宫牛黄丸;如痰浊偏盛者,涤痰化浊,可用导痰汤加服至宝丹;热盛伤津耗液,气阴枯竭者,宜酌加生脉散或养阴润燥之品。

6 扶正祛邪,救逆固脱

体虚感邪,邪毒偏胜,邪盛正衰,是重症肺炎合并呼吸衰竭患者的主要致病因素,由于正虚不能胜邪,易致邪毒内陷,迅速传变,出现热入心包、闭阻清窍等危证,亦可因邪热阻遏阳气,以致气血不能顺接,阴阳格拒,即“热深厥亦深”;或邪盛伤正,正气耗散,元阳欲脱,形成厥脱之候。因此,重视顾护正气,是关系病情预后转归的重要方面。扶正祛邪,可提高机体免疫功能,增强其抗感染能力,有利于抗生素发挥作用。临床可根据证候特点及舌脉表现,区别气虚、阴虚、阳虚、气阴两虚的不同,给予扶正补虚治疗,如正衰气脱者,又当救逆固脱。在辨证基础上,选用黄芪注射液、参麦注射液、生脉注射液、参附注射液或高丽参注射液等中药针剂,静脉滴注,方便应急给药,如大剂量静脉注射具有益气固脱之效。配合营养支持,如给予胃肠营养,静脉滴注人血白蛋白或免疫球蛋白、脂肪乳、氨基酸、能量合剂,补充维生素,以及注意维持水、电解质平衡等措施。我们多年临证体会,采用上述多种措施,综合救治,相辅相成,能明显提高疗效,降低重症肺炎合并呼吸衰竭死亡率,值得做进一步探讨研究,以提高中医急诊临床水平。

(收稿日期:2003-03-17)