

老年重症肺炎合并脑缺血患者的临床救治体会

黄永斌

成县中医院, 甘肃陇南 742500

通信作者: 黄永斌, Email: 3267883664@qq.com

【摘要】 目的 探讨老年重症肺炎合并脑缺血患者的临床救治体会。方法 选择 2015 年 3 月至 2019 年 3 月在成县中医院住院的老年重症肺炎合并脑缺血患者 15 例作为研究对象, 分析患者的治疗过程。结果 15 例患者入院后均给予头孢吡肟抗炎、痰热清注射液化痰和白蛋白、纳洛酮、呼吸兴奋剂等静脉滴注; 同时配合面罩吸氧、机械通气辅助呼吸。治疗(30±4)d 后, 13 例患者痊愈出院, 治愈率为 86.7%; 1 例死亡, 病死率为 6.7% (1/15); 1 例病重自行出院未随访。结论 中西医结合治疗老年重症肺炎合并脑缺血患者可提高临床疗效。

【关键词】 老年; 重症肺炎合并脑缺血; 救治体会

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2020.04.026

Clinical treatment experience of senile severe pneumonia complicated with cerebral ischemia Huang Yongbin

Chengxian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Longnan 742500, Gansu, China

Corresponding author: Huang Yongbin, Email: 3267883664@qq.com

【Abstract】 Objective To discuss the clinical treatment experience of senile severe pneumonia complicated with cerebral ischemia. **Methods** The 15 cases of senile severe pneumonia complicated with cerebral ischemia in Chengxian Hospital of Traditional Chinese Medicine from March 2015 to March 2019 were selected as research objects, and the treatment process of patients were analyzed. **Results** After admission, 15 patients were given cefepime sodium for anti-inflammation, Tanreqing Injection for resolving phlegm, and albumin, naloxone, respiratory stimulant nikethamide injection, etc. by intravenous drip; at the same time, it is necessary to cooperate with mask oxygen inhalation and mechanical ventilation to assist respiration. After (30±4) days, 13 patients were recovered and discharged from hospital, with the cure rate of 86.7% (13/15); 1 patient died with the fatality rate of 6.7% (1/15); 1 severe patient was discharged by self without follow up. **Conclusion** Using integrated traditional Chinese and Western medicine for the treatment of senile severe pneumonia complicated with cerebral ischemia can improve the clinical effect.

【Key words】 Senile; Severe pneumonia complicated with cerebral ischemia; Clinical treatment experience

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2020.04.026

老年重症肺炎是由各种致病原引起的肺实质炎症, 是老年人的重要死因之一, 临床表现不典型, 起病隐匿, 且老年人基础体温较低, 对感染的反应能力较差, 即使是肺炎链球菌肺炎, 也很少有典型的铁锈色痰症状和肺实变体征, 报道存活率仅为 28%^[1]。老年人由于常合并多种基础疾病, 一旦发病, 病情进展较快, 感染后病死率高。2015 年 3 月至 2019 年 3 月本院先后收治老年性重症肺炎合并脑缺血患者 15 例, 入院均无明显的肺炎症状, 以机体衰竭及神经系统病变为主要临床表现, 经反复检查后确诊为老年性重症肺炎合并脑缺血, 遂给予中西医结合治疗, 效果显著, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 选择 2015 年 3 月至 2019 年 3 月在本院住院治疗的老年重症肺炎合并脑缺血患者 15 例, 其中男性 9 例, 女性 6 例; 年龄 55~60 岁 2 例, 61~70 岁 7 例, 70 岁以上 6 例。诊断均符合《内科学》中重症肺炎的标准^[1]: ① 需要有创通气; ② 感染性休克需要血管收缩剂治疗; 次要标准: ① 呼吸频率≥30 次/min; ② 氧合指数(PaO₂/FiO₂)≤250 mmHg (1 mmHg≈0.133 kPa); ③ 多肺叶浸润; ④ 意识障碍/定向障碍; ⑤ 氮质血症〔尿素氮(BUN)≥7.14 mmol/L〕; ⑥ 白细胞计数(WBC)减少(<4.0×10⁹/L); ⑦ 血小板计数(PLT)减少(<10.0×10⁹/L); ⑧ 低体温(<36℃); ⑨ 低血压, 需要液体复苏。本组患者昏迷时间均在 1 d 以上, 头颅 CT 反

复检查均提示为脑缺血、老年性脑萎缩。

1.2 伦理学: 本研究符合医学伦理学标准, 并通过医院伦理批准(审批号: 2020-04-21), 对患者采取的治疗和检测得到过患者或其家属知情同意。

1.3 治疗方法: 参照《中西医结合治疗社区获得性肺炎专家共识(2014 版)》^[2]中肺炎的治疗方法, 患者入院后将头孢吡肟注射液 3.0 g/d 加入到 0.9% 生理盐水中静脉滴注(静滴); 痰热清注射液 30 mL/d、氨溴索注射液 30 mg/d、丹红注射液 30 mL/d、醒脑静注射液 20 mL/d、脑苷肌肽注射液 4 mL/d、纳洛酮注射液 1.2 mg、尼可刹米注射液 1.125 g、洛贝林注射液 18 mg 分别加入 5% 葡萄糖注射液 200 mL 中缓慢静滴(8 滴/min)。同时配合机械通气、面罩吸氧雾化等。

1.4 结果: 15 例患者痊愈 13 例, 治愈率为 86.7%; 死亡 1 例, 病死率为 6.7%; 1 例病重自行出院未随访。

1.5 典型病例: 患者女性, 82 岁, 主因“意识不清 1 d”入住本院, 既往无明显心脑血管病史。入院查体: 体温 37.4℃, 脉搏 101 次/min, 呼吸频率 21 次/min, 血压(BP) 120/70 mmHg; 患者形体消瘦, 深昏迷, 精神差, 瞳孔对光反射明显迟钝; 双肺听诊无明显异常。辅助检查: 头颅 CT 检查显示脑缺血, 老年性脑萎缩。心电图检查显示窦性心动过速, 心率 101 次/min。血细胞分析显示: WBC 3.57×10⁹/L, 红细胞计数(RBC) 3.13×10¹²/L, 血红蛋白(Hb) 113.0 g/L, 血细胞比容

(HCT)0.337, PLT $176.0 \times 10^9/L$ 。生化指标无明显异常。

入院后给予脱水、抗炎、扩血管等对症支持治疗,并将纳洛酮注射液 1.2 mg、尼可刹米注射液 1.125 g、洛贝林注射液 18 mg 分别加入到 5% 葡萄糖注射液 200 mL 中缓慢静滴 (8 滴/min) 维持生命。患者治疗 2 d 后深昏迷仍持续,精神差,伴气短、呼吸困难。复查头颅 CT 检查显示脑缺血,老年性脑萎缩。进一步行胸部 CT 检查示双肺纹理增粗增重,双肺下叶高密度实变影,右肺下叶段支气管变窄,未见淋巴结肿大,考虑炎症,双侧胸腔少量积液。复查血细胞分析:WBC $13.62 \times 10^9/L$, RBC $2.70 \times 10^{12}/L$, Hb 100 g/L, HCT 0.370, PLT $156.0 \times 10^9/L$ 。血生化和电解质无明显异常。24 h 后体温波动在约 $(39.0 \pm 0.5)^\circ C$, 考虑诊断为老年重症肺炎合并脑缺血。治疗调整为甘露醇 125 mL/d、头孢吡肟钠 6.0 g/d、痰热清注射液 30 mL/d、丹红注射液 30 mL/d, 并静滴奥硝唑 0.25 g/d、氨溴索 30 mg/d、泮托拉唑 60 mg/d 及白蛋白注射液 10 g/d 对症支持治疗;同时给予面罩吸氧雾化治疗;纳洛酮注射液 2.0 mg、尼可刹米注射液 1.125 g、洛贝林注射液 18 mg 加入到 5% 葡萄糖注射液 200 mL 中静滴 (8 滴/min) 维持生命。

患者持续昏迷,治疗 3 d 后呼吸困难加重,遂行机械通气辅助呼吸;并给予氨茶碱注射液 0.25 g/d、 α -糜蛋白酶 4 kU/d、庆大霉素 80 kU/d、地塞米松 5 mg/d 氧气雾化吸入;同时给予脑苷肌肽注射液 4 mL/d、醒脑静注射液 20 mL/d 静滴。并加强护理,吸痰、拍背、翻身。治疗 7 d 后患者意识逐渐转清,呼吸困难逐渐减轻,呼吸衰竭(呼衰)纠正,清醒后停用呼吸兴奋剂,脱机,纳洛酮减量维持,停用甘露醇,抗菌药物减量,但患者精神极差,进食困难;纳洛酮注射液减量间断维持 21 d 停用;并静滴参芪扶正注射液 250 mL/d 加强支持,提高机体免疫力。治疗 12 d 后复查胸部影像学显示双肺中下叶散在斑片状影,左心室肥大;复查头颅 CT 示脑缺血,老年性脑萎缩。治疗 25 d 后患者症状明显好转,开始少量饮食,复查胸片示肺部炎症好转,但精神仍较差。治疗 28 d 后患者能下床活动,进食量渐增,语言肢体功能无障碍,停用液体输注,给予中药瓜蒌薤白半夏汤加减(组成:瓜蒌 15 g、薤白 10 g、半夏 10 g、陈皮 10 g、茯苓 10 g、红参 10 g、白术 10 g、胆南星 10 g、天竺黄 10 g、天麻 10 g、菊花 10 g、甘草 6 g、生姜 6 g)每日 1 剂水煎服,连用 6 剂。住院治疗 34 d 后患者康复出院。

2 救治体会

老年重症肺炎患者病原菌分布较广,在临床要重视抗菌药物的合理使用,减少耐药菌株的产生,关注老年重症肺炎死亡和预后的危险因素,尽早经验性给予足量抗菌药物治疗。老年肺炎的发病原因是多方面的,客观上是因为患者机体老化,呼吸系统解剖和功能的改变导致全身以及呼吸道局部防御与免疫功能降低,心、肺、肝、肾等重要器官功能储备减弱或罹患多种慢性严重疾病;主观上是因为医生或患者对老年肺炎的不典型临床表现认识不足,造成诊断延误和治理措施不当^[3]。重症肺炎的治疗原则是在提供充分生命支持,尽量维持基础生命体征稳定的情况下,应用相应的抗菌

策略以消除肺部炎症,恢复肺部正常的生理功能^[4]。

本组 15 例患者均因深昏迷入院,住院期间昏迷时间长达 1~7 d,肺部体征不明显,开始考虑为颅脑病变,未考虑到肺部病变,反复头颅 CT 检查均提示脑缺血,胸部 CT 提示为肺炎才考虑肺部病变。均经中西医结合救治,尤其是加强支持治疗、机械通气、氧气雾化、呼吸兴奋剂与纳洛酮的维持,中后期同时加用营养脑神经药物治疗,以及家属的精心护理(拍背、吸痰),包括中医药的应用都起到了不可忽视的作用。

中医学认为,重症肺炎是由患者感受风热病邪所致的急性外感热病,属中医学“风湿”的范畴,在治疗中,除按温病学治法外应加强清肺热、解热毒治疗^[5]。本研究在常规治疗基础上加用中药制剂痰热清注射液清热化痰,醒脑静注射液清热解毒、醒脑开窍,丹红注射液改善循环,合并休克的重症患者给予参附注射液回阳救逆都起到重要的作用;同时应用瓜蒌薤白半夏汤加减,结果显示效果很好。瓜蒌薤白半夏汤源于张仲景《金匮要略》,主治胸痹而痰浊较甚,能通阳散结,祛痰宽胸^[6],方中瓜蒌、贝母清热化痰,宽胸散结^[7];陈皮、茯苓、半夏(《太平惠民和剂局方之二陈汤》)燥湿化痰,理气和中,尤其适用于咳嗽痰多之湿痰证;加金银花、鱼腥草、天竺黄、胆南星清热解毒化痰;菖蒲、郁金开窍醒神豁痰,对痰热神昏尤为适用;红参、白术、茯苓、甘草(《太平惠民和剂局方之四君子汤》)补气健脾,对老年人肺脾气皆虚,抵抗力差者尤为适用。本组患者均病情危重,治愈患者语言肢体功能恢复良好,无后遗症。

利益冲突 作者声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2009. Lu ZY, Zhong NS. Internal medicine [M]. 7th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2009.
- [2] 熊旭东, 钱义明, 陆一鸣, 等. 中西医结合治疗社区获得性肺炎专家共识(2014版)[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015, 22(1): 1-6. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2015.01.001. Xiong XD, Qian YM, Lu YM, et al. Expert consensus on the combined treatment of Chinese and western medicine for community-acquired pneumonia (2014 edition) [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 2015, 22(1): 1-6. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2015.01.001.
- [3] 陈敏章, 邵丙杨. 中华内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. Chen MZ, Shao BY. Chinese internal medicine [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 1999.
- [4] 覃红艳, 李萍. 老年重症肺炎抗生素阶梯治疗的疗效分析[J]. 海峡药学, 2010, 22(6): 140-141. Qin HY, Li P. Effect analysis of antibiotic step-down treatment for severe pneumonia in the elderly [J]. Strait Pharm J, 2010, 22(6): 140-141.
- [5] 顾华, 李顺保, 孙志江. 中西医结合治愈重症肺炎病例疗效分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2017, 24(2): 209-210. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.02.029. Gu H, Li SB, Sun ZJ. An analysis on curative effect of integrated traditional Chinese and western medicine in treatment of severe pneumonia [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 2017, 24(2): 209-210. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.02.029.
- [6] 李冀. 方剂学[M]. 9版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 180-181. Li J. Formulae [M]. 9th ed. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 2012: 180-181.
- [7] 钟赣生. 中药学[M]. 9版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 308-309. Zhong GS. Chinese pharmacy[M]. 9th ed. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 2012: 308-309.

(收稿日期: 2020-03-06)