

## 对多器官功能障碍综合征的再认识

李春盛



自从 1973 年由 Tilney 等提出“序贯性多脏器功能衰竭”(MOF)的概念以来至今,关于 MOF 名词的概念及其定义几经衍变,直到 2001 年华盛顿国际脓毒症定义会议和 2003 年“拯救脓毒症战役(SSC)指南”后,人们看到在脓毒症、严重脓毒症脓毒性休克和多器官功能障碍综合征(MODS)的名词概念、定义、治疗等方面发生了诸多的变化,对其理解和应用都不尽相同。因此,很有必要再进行深入的探讨。

### 1 关于 MODS 概念

在 Tilney 首次提出 MOF 以来,有许多不同的名词概念对此综合征进行了描述,例如多器官功能衰竭、远隔脏器功能衰竭、MODS、老年多脏器功能衰竭等。更有甚者,有人将此概念引伸为许多慢性疾病脏器功能不全的简单组合与相加,如慢性阻塞性肺疾病伴呼吸衰竭、心功能不全、肝脏瘀血肿大、肾功能不全,有时也归类为 MODS,其结果是造成名词概念和定义的混淆。MODS 与慢性疾病的多脏器功能不全有本质区别,两者概念不同、定义不同、病因不同、发病机制不同、病理生理过程不同、临床表现不同,治疗原则及方法也不尽相同,而且转归也不同。概念的混淆,容易导致对疾病本质认识的偏差,在大家都对其进行探讨时,应该正本清源。

### 2 对 MODS 本质认识

1991 年美国胸科医师协会/危重病医学会(ACCP/SCCM)针对感染、创伤、胰腺炎、烧伤等病理状态均有发热、呼吸频率和脉搏加快等炎症反应现象,提出了全身炎症反应综合征(SIRS)的概念,其本意是表明 SIRS 时炎症反应可由感染或非感染因素引起,由于 MODS 治疗较困难,重视 SIRS 治疗就是对 MODS 的早发现 and 早预防,应学会从某些“伪装”的 SIRS 中甄别出早期脓毒症。这就是为什么目前要求急诊医师在急诊室实行脓毒症早期目标治疗的意义所在。自从 1991 年 SIRS 概念提出到 2001 年华盛顿会议,但经过 10 年的实践,人们普遍认为该标准太宽,缺乏特异性,大有“八公山上草木皆兵”之嫌,致使临床上执行起来很困难。基于此,华盛顿会议提出了炎症标志物如前降钙素原(PCT)和 C-反应蛋白(CRP)等客观指标,以进一步严格规范该标准,但仍然认为 SIRS 对非感染性疾病的炎症反应筛查监测还是有用的。

实验和临床研究都证实,非感染性病因如烧伤、胰腺炎或创伤等,随着病程进一步发展通常会出现感染,这就是为什么创伤后会在很短时间内发生肠道细菌、毒素移位,在血中能检测到细菌或毒素。因此可以认为,无论是感染性或非感染性 SIRS,均可能进展为脓毒症,脓毒症的诊断是 SIRS 加感染灶。在确定没有感染灶存在的情况下,炎症因子、微循环再灌注、肠道菌群移位等机制实际上反映的是脓毒症的病理生理机制,如组织细胞灌注不足或氧供/氧耗( $DO_2/VO_2$ )下降、能量利用障碍等,严重的脓毒症表现为血压下降时即为脓毒性休克。从这种意义上来说,过去所谓的 MODS 实质上就是严重脓毒症的产物,而不是单一的、孤立的、特有的一个病理生理过程。有鉴于此,自从 2001 年华盛顿会议以来,MODS 名词逐渐从学术期刊中淡出,取而代之的是 SIRS、脓毒症、严重脓毒症、脓毒性休克,而严重脓毒症所涉及的器官功能不全的指标与 MODS 的指标相同,发生病理生理改变的本质是一致的。所以换句话说,MODS 本质是严重脓毒症或脓毒性休克。

“透过现象看本质”。从 1973 年 MOF 出现到现在经历了 33 年之久,通过实践—认识、再认识—再实践,从感性认识的初级阶段上升到理性认识的高级阶段,使我们感到,无论是感染或非感染因素造成的 SIRS,如果实施干预措施则可终止,如果继续发展可能进展为脓毒症—严重脓毒症—脓毒性休克。严重脓毒症从病因、病理生理、病程演变、临床表现、器官受累,到治疗措施方面都与 MODS 有高度的一致性。因此我们有理由建议,MODS 完全可由严重脓毒症取代,这样既简化了概念,又便于临床工作,对临床指导更具有针对性。

(收稿日期:2006-12-10) (本文编辑:李银平)

作者单位:100020 首都医科大学附属北京朝阳医院急诊科

作者简介:李春盛(1952-),男(汉族),山西省人,教授,硕士生导师,现任中华医学会急诊医学分会主任委员(Email:lcsyyy@sohu.com)。