

从“道”“法”“术”3个层面看中西医结合重症医学的临床意义：从1例重度腹腔高压综合征合并MODS患者的救治谈起

陈全福 杨荣源

510120 广东广州, 广东省中医院重症医学科(陈全福), 急诊科(杨荣源)

通讯作者: 陈全福, Email: sdcqf@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.01.002

【摘要】 中医与西医是两个不同的医学系统, 尽管治疗目标是一致的, 但结合起来殊为不易。本研究从“道”“法”“术”3个层面去分析中西医结合重症医学的可能性及切入点。“道”解决的是中医西医治病殊途同归的大道至简的哲学思维; “法”解决的是中医与西医治疗原则上的可共通之处及可互补之处如何有机结合; “术”解决的是在具体的患者身上如何实现各项治疗技术优势互补, 以提高诊疗效果。同时以1例重度腹腔高压综合征合并多器官功能障碍综合征(MODS)患者的救治过程作为实证, 阐述上述观点在3个层面上的具体应用, 以期抛砖引玉, 求教于方家。

【关键词】 中西医结合; 重症医学“道”“法”“术”

基金项目: 广东省公益研究与能力建设专项资金项目(2014A020212269)

From 3 levels of "path", "method" and "technique" to see the clinical significance of integrated traditional Chinese and western medicine in critical care medicine: from the point of view of rescue and treatment of one patient with severe abdominal hypertension syndrome complicated with multiple organ distress syndrome
Chen Quanfu, Yang Rongyuan

Department of Critical Care Medicine, Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510120, Guangdong, China (Chen QF); Department of Emergence, Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510120, Guangdong, China (Yang RY)
Corresponding author: Chen Quanfu, Email: sdcqf@163.com

重症医学从三衰病房发展到今天成为独立学科, 对于提高危重患者的预后起到了重要作用, 我国重症医学事业发展很快, 即使是贵州等相对经济欠发达地区近几年重症医学科的发展也非常迅速^[1], 但仍有很多危重疾病虽经尽器官功能支持之手段, 却疗效不佳, 即使以重症医学科收治的核心病种脓毒症为例, 近十余年进展有限, 如黄伟等^[2]通过对2000年至2013年澳大利亚和新西兰172例重症加强治疗病房(ICU)近120万例患者的数据分析提示, 现有脓毒症标准有可能漏诊约1/8的感染伴器官功能衰竭患者, 且该标准不能确定病死率增加的临界点, 这提示当前脓毒症的筛查标准特异性不高。鉴于此, Vincent等^[3]在Critical Care撰文, 回顾了重症医学30年的发展历程, 然后强调, 鉴于危重病的复杂性, 以后30年大概也不会出现能够依靠单一疗法就解决问题的方案。

1 从“道”“法”“术”3个层面谈重症医学领域中医和西医的可结合性

1.1 大道至简, 中医与西医的治疗目标一致: 重症医学是一个非线性的复杂系统, 本课题组在前期的研究中梳理了重症医学非线性复杂系统的特点, 提出中西医结合在重症医学中具有独特的优势, 从察同和察异两个角度结合, 分析还原与整体思维结合, 对于重症医学科患者可能是一种有效的思考方法^[4]。李强等^[5]通过检索美国国立医学图书馆PubMed

数据库2004年至2015年收录的有关重症医学研究方面的文献进行分析, 结果提示重症医学近年来研究热点主要集中在患者血糖控制、循环功能监测、营养支持和急性肾损伤(AKI)方面的研究, 而这些恰恰是需要用系统论的观点去解决的问题。如陈一奎等^[6]认为, 重症医学临床思维主要体现在全面、联系、动态地把握病情和抓住治疗重点要有大局观两方面, 包括善于抓核心病症和一分为二的治疗观, 这正是“道”这个层面上中西医结合的结合点。

1.2 整体思维, 中医与西医都要求留人治病: 在重症医学领域, 传统按系统分科的理念被弱化, 更强调将患者作为一个整体来权衡治疗方案的利弊, 如脓毒性休克导致的多器官功能障碍综合征(MODS)就需要整体思维, 把人体作为一个有机联系的整体来看待问题, 这样一则能及时发现导致蝴蝶效应的起爆点, 及时截断后面的“瀑布”反应; 二则重视系统之间的相互影响, 在治疗休克时及时通过集束化治疗方案减少器官灌注不足导致的损伤, 保护肾脏等器官功能。这与《金匮要略》: “夫治未病者, 见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾, 四季脾旺不受邪”的理论在治疗法则上是完全一致, 因此从“道”和“法”的角度看, 重症医学在中西医结合方面是存在可能的。强调器官功能支持, 但不能走向另一个极端, 因此黄伟等^[7]针对ICU中诊断与治疗究竟孰轻孰重, 阐述了重症医学要从全身整体的观点去评估, 不能忽视诊断, 而使其

成为对症处理。

2 以 1 例重度腹腔高压综合征为例说明在“术”上中医西医如何结合

尽管大道至简,但具体应用需要有可操作的方法来支持,否则就是纸上谈兵,本研究以 1 例重度腹腔高压综合征合并 MODS 的治疗过程作为引子,阐述如何在治疗的具体操作层面上将中医西医结合。

2.1 病例简介:患者男性,79 岁,因上腹部疼痛 10 余天,加重伴黄疸 1 d,于 2013 年 5 月 22 日就诊。查体:全身皮肤及巩膜中度黄染,右上腹压痛,反跳痛,肝区叩痛;肠鸣音正常。CT 提示:①胆总管下段结石,并梗阻性肝内外胆管、胰管扩张;②胆囊多发结石,胆囊炎;③右肺中叶、左肺下叶慢性炎症纤维灶。入院诊断:中医诊断为腹痛(肝胆湿热);西医诊断为胆总管结石伴急性胆管炎;梗阻性黄疸;胆囊结石伴畸形胆囊炎;脑梗死后遗症(右侧偏瘫)。

该患者诊断明确,从中医西医的角度都是留人治病,急救为先,因此在目前确定的治疗方案中,手术是第一选择。

2013 年 5 月 22 日 12:40 行急诊手术,手术所见:胆囊增大,约 12 cm×8 cm,壁厚,充血水肿,与大网膜粘连,穿刺可抽出脓性胆汁。胆总管直径 1.5 cm,可触及结石。取出 3~8 mm 不等大小胆色素结石 10 余枚,行胆总管切开取石术+胆囊切除术+胆道镜取石术+肠粘连松解术。

2.2 中西医结合治疗腹腔高压综合征及病情转变:术后初期病情稳定,但 5 月 27 日出现气促,呼吸困难,心悸。急查血气:pH 值 7.472,二氧化碳分压(PCO₂)27.3 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),氧分压(PO₂)26.2 mmHg,剩余碱(BE)-2.6 mmol/L。血常规:白细胞计数(WBC)为 13.86×10⁹/L,中性粒细胞百分比(N)为 86.3%,血红蛋白(Hb)为 119 g/L。肝功能:总胆红素为 133.7 μmol/L。

给予吸痰,中流量给氧处理后,外周血氧不能维持,考虑病情危重,转入重症加强治疗病房(ICU)。转入时患者精神疲惫,烦躁不安,气促,张口呼吸。体温(T)为 37.3℃,脉搏(P)为 140 次/min,呼吸频率(RR)为 40 次/min,血压(BP)为 145/95 mmHg,高流量吸氧下脉搏血氧饱和度(SpO₂)为 0.86;体格检查:双肺呼吸粗,双肺底可闻及湿啰音,心律齐,各瓣膜未闻及病理性杂音。腹部膨隆,腹胀,全腹无压痛及反跳痛,肠鸣音弱。

此时患者的主要矛盾是缺氧,并且可能由于缺氧导致全身各器官进一步损伤,因此从“法”的理念上是重视系统性损害,而不是仅仅关注单一器官功能损伤,而重症医学科对监护此类患者具有优势。

患者转入 ICU 诊断:①急性呼吸衰竭(呼衰),②腹腔高压综合征,其余同前。转入后给予抗感染、机械辅助通气,无创通气 30 min 后缺氧改善不明显改为有创通气,并行有创血流动力学监测。

此时患者出现多器官功能损害,采用中医西医综合手段进行治疗。加强液体管理,禁食,维持电解质和酸碱平衡,并先后给予红霉素口服,大黄制剂灌肠,穴位针灸,吴茱萸贴敷等腹胀不缓解。

5 月 29 日以大柴胡汤加减:柴胡 15 g,黄芩 10 g,生姜 5 g,法半夏 15 g,党参 15 g,甘草 5 g,大枣 10 枚,枳实 10 g,因症状改善不明显,于 5 月 31 日再次辨证考虑为肝胆湿热,处方为茵陈 10 g,白术 15 g,熟附子 10 g,苍术 15 g,甘草 10 g,厚朴 10 g,陈皮 10 g,生姜 10 g。

由于治疗效果不佳,面临呼吸系统及消化系统多器官衰竭,故抓住“痰”这个关键点,中医积极从多系统治痰,取得良好效果:患者病情进一步加重,6 月 2 日呼吸机参数:吸入氧浓度(FiO₂)0.85~0.95,呼气末正压(PEEP)10~14 cmH₂O(1 cmH₂O=0.098 kPa)。PO₂ 50~59 mmHg。患者目前存在的主要问题:①呼衰,痰液多,气管插管内吸出大量稀薄痰液,平均需 0.5~1 h 吸痰 1 次。②肠道功能衰竭,且与呼吸互相影响:患者腹胀,肠鸣音弱,1~2 次/min,大便少,每日尿量在正常范围。

至此,本病例常用的治疗手段包括维持内环境平衡、抗感染、胃肠减压、灌肠、常规针刺、穴位贴敷等均未能改善病情。且脉搏指示连续心排量监测(PiCCO)提示血管外肺水指数(ELWI)高达 24 cmH₂O,腹腔压力为 25 cmH₂O^[8]。

目前的核心难题就是如何解决呼衰和胃肠道功能的恢复问题。本例患者胃肠道的问题是腹腔高压综合征,肺的问题是急性呼吸窘迫综合征(ARDS),两者同时存在,都是危重情况,需要尽快解决,而且肺和胃肠道还互相影响,可造成恶性循环。那么这两个器官有没有相同的地方呢,气管内吸出较多白稀薄痰液,尽管没有进行胃肠镜检查,但根据腹腔高压综合征的相关病理生理知识可知肠腔内一定有较多渗液。因此应该把关注点聚焦到“痰液”和“渗液”两问题,以中医理论来看,痰液和渗液都是体内水液代谢的病理产物,都可以归纳为痰饮范畴。至此可以认为两个系统都面临“痰饮”为患,病位在“肺”和“腹部”两个部位,以“痰”、“饮”、“痰饮”、“肺”、“胃”、“肠”为检索词进行文献检索发现,《太平惠民和剂局方》记载用丁香五套丸治疗肺胃痰饮,切中肯綮。于是处方:丁香 10 g,木香 10 g,干姜 10 g,高良姜 15 g,青皮 10 g,胆星 10 g,生半夏 30 g,茯苓 30 g,白术 30 g,陈皮 10 g,炒神曲 15 g,麦芽 15 g,方中半夏剂量较大,患者家属签署了知情同意书,次日半夏减量为 15 g,继续服用 2 剂。治疗过程中,患者气管内吸出的痰液逐渐减少,腹腔压力及 ELWI 都逐渐降低,服用本方第 4 日,患者可间断停止呼吸机,腹腔压力下降为 7 cmH₂O,ELWI 恢复到正常值,后患者转入普通病房治疗 1 周后康复出院。

腹腔压力>25 cmH₂O,出现 ARDS,临床上诊断为腹腔间隔室综合征,腹腔压力持续>25 cmH₂O 往往需要手术减压治疗,而手术减压可造成感染、伤口愈合困难等一系列问题,临床上采取手术的病例也不多,如果通过一系列保守方法难以降低腹腔压力,后续的肠源性细菌移位可造成脓毒症,甚至 MODS,从而导致病情恶化^[9]。因此本病例预后不良,通过中西医结合方法,以察同与察异的思维作为指导,寻找其中的同和异,从而在呼吸机辅助下,中医从“痰饮”辨证,以肺胃为作用靶点,很好地实现了中西医协同,挽救了患者生命。

3 总结

从本例重症患者的救治可以看出,重症患者往往是多系统受损,特别是多器官功能障碍的疾病,西方的分析还原思路有一定局限性,因此中医与西医在“道”“法”“术”3个层面都具有一定的可结合性。首先从“道”这个层面,都是治疗患者,特别是单一的治疗手段不能挽救患者的生命,需要从系统论的角度去思考问题。其次“法”这个层面上,脓毒症和 MODS 更多是整体思维,突出重点,防止传变,这些都是中西医在理念上相同的地方。具体到“术”这个层面,需要找到疾病的关键点,或者叫“扳机点”,本例中找到的是“痰”,而且也没有简单地按照“病痰饮者,当以温药和之”这些传统方法治疗,而是通过检索文献,找到了《太平惠民和剂局方》中的丁香五套丸,改方从肺胃两个方面治疗痰饮,充分体现了系统的思想,又与现代医学的系统分类基本吻合,从而体现出其理论的自洽性。

参考文献

- [1] 王迪芬,程玉梅,刘颖,等. 贵州省三级医院重症医学学科建设现场调查[J]. 中华危重病急救医学, 2016, 28(10): 943-944.
- [2] 黄伟. 重视重症医学的临床诊断而非轻言“对症”治疗[J]. 中华危重病急救医学, 2016, 28(11): 961-962.
- [3] Vincent JL, Singer M, Marini JJ, et al. Thirty years of critical care medicine[J]. Crit Care, 2010, 14(3): 311.
- [4] 陈全福,张敏州,郭力恒,等. 重症医学最具备中西医结合的优势突破点[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(7): 869-871.
- [5] 李强,李维,徐速,等. 重症医学国外研究热点聚类分析[J]. 中华危重病急救医学, 2016, 28(3): 200-204.
- [6] 陈一奎. 运用自然辩证法指导重症医学临床思维[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2016, 23(2): 113-114.
- [7] 黄伟,孟玉兰. 2015 重症医学回顾与展望[J]. 中华危重病急救医学, 2016, 28(1): 3-7.
- [8] Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition[J]. JAMA, 2012, 307(23): 2526-2533.
- [9] Lonardo M, Piazza O, De Marco G, et al. Intra-abdominal hypertension is not reliable as an early predictor of mortality in the intensive care unit[J]. Minerva Anestesiol, 2007, 73(9): 447-450.

(收稿日期: 2016-10-21)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

科研论文撰写方法及有关要求

李银平

300050 天津, 中华危重病急救医学杂志社

1 论文写作中对作者署名的一般要求

同时具备以下 3 项条件者方可署名作为作者: ① 参与选题和设计,或参与资料的分析和解释者; ② 起草或修改论文中关键性理论、数据或其他主要内容者; ③ 能对编辑部的修改意见进行核修,在学术上进行答辩,并最终同意该文发表者; ④ 除负责本人的研究贡献外,同意对研究工作的诚信问题负责。对文章中的各主要结论,均必须至少有 1 位作者负责。作者中如有外籍作者,应征得本人同意,并在投稿时向编辑部提供相应证明材料,并应用其本国文字和中文同时注明通讯地址,地名以国家公布的地图上的英文名为准。集体署名的论文必须明确对该文负责的关键人物,以通讯作者的形式将其姓名、工作单位、邮政编码及 Email 地址脚注于论文题名页。通讯作者一般只列 1 位,由投稿者确定。协作组成员则于文末参考文献前列出其单位及姓名。其他贡献者可予以志谢,志谢者姓名列于文末。作者排序应在投稿前确定,在编排过程中不应再改动,确需改动时须出示单位证明,并附全部作者签名的作者贡献说明。

2 论文写作中对中、英文摘要的写作要求

论著类文稿需附中、英文摘要; 专家论坛、短篇论著、研究报告、临床经验、综述等类文章需附中文摘要; 其他类别稿件(如个案分析、临床病例等)需附中、英文题目和作者姓名、单位。论著的中、英文摘要和短篇论著、研究报告的中文摘要应按结构式摘要格式撰写,采用第三人称,内容包括目的(Objective)、方法(Method)、结果(Results)和结论(Conclusions),其中结果部分应包括关键性或主要的数据。专家论坛、综述等摘要按指示性摘要格式撰写。摘要中不列图表,不引用文献,不加评论和解释。英文摘要内容可相对具体一些,以适当增加英文信息量。英文摘要应包括文题、作者姓名(汉语拼音,姓氏和名字均首字母大写)、单位名称、所在城市名和邮政编码及国名。非论著类、综述类文章也须著录英文题目、作者姓名、单位名称、邮政编码及通讯作者和电子邮箱。

3 论文写作中对关键词的有关要求

关键词是为了便于编制文献索引、检索和阅读而选取的能反映文章主题概念的词或词组。一般每篇论文选取 3~8 个关键词,中英文关键词应一致。关键词应从美国国立医学图书馆的 MeSH 数据库(检索网址: <http://mesh.medlive.cn/>)中选择主题词,中文译名可参照中国医学科学院信息研究所编译的《医学主题词注释字顺表》。未被词表收录的新的专业术语可直接用自由词作为关键词使用。

4 论文写作中对基金项目标注的有关要求

基金项目指论文产出的资助背景,如国家自然科学基金、国家高技术研究发展计划(863 计划)项目、国家科技攻关计划、国家重点基础研究发展规划(973 项目)或行业专项基金。行业专项基金列出提供基金的单位,如国家卫生计生委科研基金; 临床重点专项资金建设项目可只列出国家临床重点学科建设项目或国家中医药管理局临床重点学科建设项目等。各省市基金同上法。

获得基金资助的论文应在文章关键词下方标注“基金项目”,基金项目名称后在圆括号内注明其项目编号,多项基金应依次列出,其间以分号隔开。例如: 基金项目: 国家自然科学基金(30271269); 广东省建设中医药强省科研项目(20121078)。作者投稿时应向编辑部提供基金证书的复印件。

(下转第 35 页)