

• 临床病例 •

姜良铎教授从状态辨治阿片类药物中毒 合并脓毒症患者 1 例

张佳琪^{1,2} 马林沁^{1,2} 吴彩军^{1,2} 姜良铎^{1,2} 菅原蓁²

¹北京中医药大学脓毒症研究所,北京 100700; ²北京中医药大学东直门医院急诊科,北京 100700
通信作者:吴彩军,Email:wucaijun@139.com

【摘要】 北京中医药大学东直门医院于 2018 年 12 月 9 日收治 1 例脓毒症患者。该患者为长期服用毒品者,即阿片类药物中毒者,患者近 6 个月来无明显诱因出现胸闷喘憋、汗出,不欲饮食,未予重视及诊治;近 10 d 来,胸闷喘憋、纳差加重,伴呼吸困难、周身乏力、头晕恶心,以“胸闷喘憋 6 个月,加重 10 d”入院,诊断为阿片类药物中毒后脓毒症。入院 4 h 后患者出现心搏骤停,给予胸外按压、除颤、血管活性药物等措施后抢救成功。后姜良铎教授结合患者当前症状和体征,给予抗感染、化痰平喘、改善脑循环、清热解毒、回阳救逆、豁痰开窍治疗,并基于中医状态学说辨证论治,给予中药进行治疗。经治疗患者症状改善,取得一定的临床疗效,这为今后此类患者的救治提供了经验。

【关键词】 状态辨治; 阿片类药物; 脓毒症; 复苏

基金项目: 北京中医药大学东直门医院科技创新专项基金资助(DZMKJCX-2020-027)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.01.022

A case of septic patient with opioid intoxication treated by Professor Jiang Liangduo through state differentiation and treatment

Zhang Jiaqi^{1,2}, Ma Linqin^{1,2}, Wu Caijun^{1,2}, Jiang Liangduo^{1,2}, Jian Yuanzhen²

¹Institute of Sepsis, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; ²Department of Emergency, Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China

Corresponding author: Wu Caijun, Email: wucaijun@139.com

【Abstract】 On December 9, 2018, Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine treated a patient with sepsis. The patient was a chronic drug user, namely, an opioid poisoning patient. In the past six months, the patient had experienced chest tightness, wheezing, sweating, and loss of appetite with no inducement, and these symptoms were not taken seriously and treated; in the past 10 days, the chest tightness, wheezing and poor appetite have aggravated, accompanied by dyspnea, general fatigue, dizziness and nausea. The patient was admitted to hospital with "chest tightness and wheezing for six months, aggravated for 10 days" and was diagnosed with post-opioid sepsis. Four hours after admission, the patient went into cardiac arrest and was successfully resuscitated after chest compressions, defibrillation and vasoactive drugs. Afterwards, Professor Jiang Liangduo, considering the patient's current symptoms and signs, treated the patient with anti-infection, resolving sputum and relieving asthma, enhancing cerebral circulation, heat-clearing and detoxicating, reviving the yang for resuscitation, eliminating phlegm for resuscitation, and given the patient Chinese herbal medicine based on the state theory of Chinese medicine. The treatment relieved the patient's symptoms and obtained certain clinical efficacy, which provided treatment experience for such patients in the future.

【Key words】 State differentiation and treatment; Opiates; Sepsis; Resuscitation

Fund program: Special Fund for Scientific and Technological Innovation of Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine (DZMKJCX-2020-027)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.01.022

长时间滥用阿片类药物不仅会对此产生依赖性,而且能造成体内多个器官和系统的损伤,其中最常见和最严重的并发症是对免疫功能的损害。多项研究表明,阿片类药物依赖者会出现免疫功能紊乱, T 细胞功能受损^[1], 同时也可通过诱导炎症反应引起细胞损伤等危害^[2]。与普通人群相比,阿片类药物依赖者中发生感染及肿瘤的概率显著增高,长期滥用药物致使身体免疫力下降被认为是发病的重要原因^[1], 严重者可发展为脓毒症,甚至出现多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)和多器官功能衰竭(multiple organ failure, MOF)。本文记录了姜良铎教授

从状态辨治吸毒患者脓毒症 1 例,并经医院伦理委员会审批(审批号:2021DZMEC-182-01)同意发表。

1 病因病机

毒品成瘾的主要病机是体内烟毒蓄积,损伤气血津液,机体阴阳失调,气滞血瘀,从而引发各种疾病^[3]。刘清泉教授认为,脓毒症的主要病因是外来毒邪与内生毒邪相互搏结,其基本病机是正虚毒损、络脉瘀阻^[4]。脓毒症的发病过程中常常多个器官共同发挥作用,与中医理论中提到的“整体观念”十分契合,因此,使用中西医结合治疗能够明显降低病死率^[5]。姜良铎教授认为,患者接触阿片类药物日久身

体渐虚,易受邪气影响诱发严重脓毒症,正是反映了患者正气不足,进而不能抗邪的虚损状态。

2 验案举例

2.1 基本情况:患者男性,54岁。近6个月来患者在无明显诱因下出现胸闷喘憋、汗出,不欲饮食,未给予重视及诊治。近10d来,胸闷喘憋、纳差加重,伴呼吸困难、周身乏力、头晕恶心、无发热,无胸痛背痛、无言语不利,2018年12月9日14:00就诊于本院急诊科;入院时体温36.0℃,心率75次/min,呼吸频率32次/min,血压143/120 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),意识清,呼吸较促,身型消瘦,营养较差,腹硬,舟状腹,无压痛,双下肢不肿。听诊右肺满布湿啰音,左肺呼吸音粗,心律失常,心脏听诊可闻及隆隆样杂音、吹风样杂音3/6级。急查血常规、血生化、心肌损伤标志物、凝血功能、血气分析、心电图、胸部X线等。初步诊断:脓毒症,II型呼吸衰竭,代谢性酸中毒;给予抗感染、平喘、解痉、纠正酸中毒等对症治疗。18:18患者突然出现血压、心率下降,血压56/30 mmHg,随后出现心搏骤停。立即施以持续高质量胸外按压,肾上腺素1 mg静脉推注,双向波200 J除颤1次。经过抢救,患者生命体征恢复正常,恢复窦性心律,后意识逐渐恢复。刻下症:意识清,胸闷喘憋、汗出,乏力明显,偶有咳嗽,黄白黏痰,量多,不欲饮食,寐差,二便正常。留置胃管、尿管通畅在位。

2.2 既往史:间断吸毒史10年,已戒毒3年,每日服用美沙酮(剂量不详)替代戒毒,自行停药4d。

2.3 查体:体温35.4℃,心率103次/min,呼吸频率28次/min,血压141/90 mmHg。发育正常,营养较差,意识清醒,精神尚可;双肺听诊满布哮鸣音,左肺呼吸音粗,右肺满布湿啰音,心律失常,心脏听诊可闻及隆隆样杂音、吹风样杂音3/6级;腹部硬,舟状腹,无压痛,未见胃肠型及蠕动波,未触及腹部包块,双下肢不肿;舌质淡红,苔厚腻焦黄,脉细弱。胸腹部切诊灼热。

2.4 辅助检查:①动脉血气分析:pH值7.221,动脉血氧分压(arterial partial pressure of oxygen, PaO₂)43.4 mmHg,动脉血二氧化碳分压(arterial partial pressure of carbon dioxide, PaCO₂)49.3 mmHg,血乳酸(lactic acid, Lac)9.6 mmol/L,动脉血氧饱和度(arterial oxygen saturation, SaO₂)0.664,剩余碱(buffuer excess, BE)-8.07 mmol/L。②血常规:白细胞计数(white blood cell count, WBC)13.34×10⁹/L,红细胞计数(red blood cell count, RBC)5.97×10¹²/L,血红蛋白(hemoglobin, Hb)155 g/L,中性粒细胞比例(neutrophil percentage, NEU%)0.876, C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)166.08 mg/L。③血生化:血氯95.5 mmol/L,血钙2.89 mmol/L,血镁1.02 mmol/L,总蛋白(total protein, TP)85.8 g/L,总胆红素(total bilirubin, TBil)46.9 μmol/L,血清铁5.5 μmol/L,降钙素原(procalcitonin, PCT)13.2 μg/L。④凝血功能:凝血酶原时间(prothrombin time, PT)15.2 s,凝血酶原比值(prothrombin ratio, PTR)1.38,凝血酶原活动度(prothrombin time activity, PTA)60%,凝血酶原国际标准化比值(international normalized

ratio, INR)1.39,纤维蛋白原(fibrinogen, FIB)7.39 g/L, D-二聚体1031 μg/L,纤维蛋白原降解产物(fibrin degradation product, FDP)8.2 mg/L。⑤心肌损伤标志物:肌红蛋白(myoglobin, MYO)97 μg/L,脑钠肽(brain natriuretic peptide, BNP)1980 ng/L。⑥肿瘤标志物:癌胚抗原为237.79 μg/L,糖类抗原125为239.24 kU/L,糖类抗原199为18.70 kU/L,糖类抗原153为43.47 kU/L。⑦痰涂片可见革兰阳性(G⁺)球菌。⑧心电图:窦性心动过速,心率103次/min,不完全右束支传导阻滞,右心房增大。⑨超声心动图:射血分数(ejection fraction, EF)0.78,二尖瓣、三尖瓣关闭不全(轻度)。⑩胸部CT:右肺大面积实变阴影,右侧支气管闭塞,建议行气管镜检查除外右肺门占位;双肺感染,建议治疗后再复查对比;双侧胸膜腔积液,纵隔多发淋巴结肿大;心缘旁气体影,纵隔气肿?⑪腹部CT:平扫未见明显异常。⑫腹部超声:胆囊内沉积物。

2.5 初步诊断:①中医诊断:风温肺热、心肺两虚,痰热壅肺。②西医诊断:心肺复苏术后;脓毒症,II型呼吸衰竭;凝血功能障碍;心律失常,窦性心动过速;营养不良;应激性溃疡。

2.6 治疗:给予注射用头孢哌酮舒巴坦钠联合盐酸莫西沙星抗感染;多索茶碱葡萄糖注射液、盐酸氨溴索葡萄糖注射液、吸入用布地奈德混悬液、吸入用异丙托溴铵溶液化痰平喘;痰热清化痰清热;醒脑静注射液、依达拉奉注射液改善脑循环;参附注射液、参麦注射液回阳救逆;安宫牛黄丸清热解毒、豁痰开窍^[6]。无创呼吸机辅助呼吸设置为压力控制通气(pressure controlled ventilation, PCV)模式,吸气相压力9 cmH₂O(1 cmH₂O≈0.098 kPa),呼气相压力为4 cmH₂O,呼吸频率15次/min,吸入氧浓度(fractional concentration of inspired oxygen, FiO₂)0.35,吸气时间1.35 s。

2.7 状态辨治思路:姜良铎教授查看患者后,按状态辨治思路展开,该患者心脏病理形态学改变不大,但是心脏功能已经衰竭,是心脏虚损状态。心率过快,心脏扩张不够,有回心血量但是射血量不够,心脏代偿加快心率,使得心脏负担过重,故发生心搏骤停。猝死患者复苏成功的案例较少,该患者能复苏成功是由于复苏抢救及时,且患者心脏生理形态尚可,未达到心脏疾病状态,故经抢救后尚能支持基本功能。该患者胸部CT提示右肺大面积实变阴影,肺部恶性肿瘤不排除,且同时合并肺部感染,提示肺脏已达疾病状态。作为疾病规律,虚损与实邪、局部(心肺)与整体(全身)、外感与内伤等多种因素于一体,为全身虚损、局部实邪。患者恶液质,身体呈虚损状态,后续治疗上要注意营养支持,维持水和电解质平衡。

2.8 四诊合参:患者舌质淡红,苔焦黄,脉细弱,切诊胸腹部灼热明显,全身热象不显。舌质淡红表示正气虚衰,舌苔焦黄表示邪气强盛。患者正虚邪实,以正气虚损为本,感受邪气为标,从状态辨证,治疗上“不扶正无以祛邪,不祛邪无以扶正”,故以祛邪扶正为大法,方药用安宫牛黄丸并行大柴胡汤合麻黄附子细辛汤加减,以恢复阳气,养阴生津,清热解

毒,豁痰开窍,以达透邪外出,平衡阴阳之功。

2.9 中药汤剂具体方药:北柴胡 24 g、黄芩 20 g、酒大黄 6 g、人参 30 g、枳实 20 g、赤芍 15 g、白芍 15 g、酒萸肉 30 g、黑顺片 9 g、蜜麻黄 9 g、细辛 3 g、炙甘草 9 g、射干 10 g、天竺黄 10 g、炒苦杏仁 9 g、姜厚朴 15 g、桂枝 15 g、丹参 15 g、紫菀 15 g、连翘 15 g、生薏苡仁 15 g。以上各药浓煎 100 mL,每日分 2 次服用,连续 3 d。

2.10 随诊分析:3 d 后随诊,患者仍有喘息、乏力,较前稍有好转,偶咳嗽,黄黏痰,量多,可咳出。不欲饮食,寐尚可,二便调。舌质淡红,苔黄厚腻,脉细弱,胸腹部切诊灼热感较前减轻。上方 3 剂,患者症状均有所改善,取得一定的临床疗效。

3 讨论

3.1 状态学说相关概念:中医的状态是常被系统科学使用,但未被定义的概念之一,是指系统中所有能被观察和识别到的状况、态势、特征等。但是状态不是一成不变的,人无时无刻不处于变化的时间、空间、环境中,从时间长轴来看,“生长壮老已”是人体生理状态的演变过程^[7]。同时人体会受到病因损害的影响,从而出现不同的疾病状态。疾病是机体内存在于遗传系统的致病基因或机体外环境刺激等因素的影响使身体功能发生损害,通常表现为异常的行为、状态和体征。

3.2 从状态学说论烟毒:按状态辨治思路展开治疗,姜良铎教授认为人体久嗜毒品,毒品相当于外界因素,多致元阳之气受损,正气亏虚,气血衰竭,五脏皆损,而尤以心肺为甚,表现为虚损状态,区别于健康或疾病状态,更易受外邪,诱发脓毒症。同时环境气候作为外界因素,多冬季发病,外感寒邪,入里化热。

3.2.1 五脏状态辨证:肺主皮毛,肺为娇脏,肺脏虚损则卫外不固,易感邪气,气虚可见浑身乏力;气不固表,则乏力汗出,正虚邪实。脾胃肾虚损,水谷精微受纳不能,故可见形体消瘦,水液运行不畅,聚而成饮,痰饮久郁而化热,故见痰热蕴肺。嗜毒日久而致心病,心脏虚损,心气亏虚,心阳不振,心为君主之官,掌管精神意识和思维活动,故吸毒者常精神差。痰浊上壅,气机不利,有些吸毒者甚至出现神明失控,心阳暴脱状态。

3.2.2 六经状态辨证:外受寒邪,太阳伤寒,寒邪渐趋化热,但虽渐化热,却尚未入里,仍在于表。表闭未开,阳气仍然闭塞,全身气机不利,因此吸毒者多皮肤晦暗身重。邪气又有

入里之势,进退于表里之间,故身重一证又乍有轻时。表气闭郁,里有郁热,因吸毒者正虚太过,一般全身热象不明显,只觉腹中灼热。随疾病变化,病之邪气或已入阳明经,化热成实,故治以和解少阳,清肃内热为主。

3.3 病案方解:本研究所用中药汤剂以大柴胡汤合麻黄附子细辛汤为主,方中柴胡重用为君药,臣以黄芩清热泻火,以达祛除少阳邪气之功;大黄配枳实以苦降阳明热结,行气破结通腑。白芍入肺经肝经,具有缓急止痛之效,合用大黄散腹中热实,合用枳实调和气血而止痛,治疗心下痞满;麻黄发汗解表,附子可温经助阳、散寒止痛,助麻黄驱邪外出,两药相辅相成,温散寒邪而无伤阳之弊;细辛通彻表里,外清太阳表邪,内除少阴里寒,既能助麻黄驱散风寒解表,又可鼓动阳气协同附子温经。三药配合,补散并行,能使外感寒邪得以表散,并使阳气得以振奋,里寒得驱,共达助阳解表之用。射干、天竺黄、紫菀、姜厚朴宽胸理气,清热化痰;桂枝化气行水以利里饮,炒苦杏仁宣肺卫之表,连翘苦寒清热解毒,生薏苡仁祛风运脾化湿。此时不需重用散寒药物,患者舌苔焦黄,表邪已入里化热,若出现汗出如油,愈后更差。患者虚损状态,现不发热,热不能出,是为危象,现方以固护阳气为主。根据疾病演化推论,该患者 3~4 d 后可出现发热,若烦渴欲饮,则可加石膏、青蒿等退热生津止渴,同时注意二便通畅。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 范华莹,邓艳萍.戒毒药物对阿片类物质依赖所致免疫损伤的影响[J].中国药物依赖性杂志,2014,23(4):244-247. DOI: 10.13936/j.cnki.cjdd1992.2014.04.012.
- [2] Fernandes NC, Sriram U, Gofman L, et al. Methamphetamine alters microglial immune function through P2X7R signaling [J]. J Neuroinflammation, 2016, 13 (1): 91. DOI: 10.1186/s12974-016-0553-3.
- [3] 童丽灵,莫娜,钟山.归脾汤治疗毒品戒断综合征疗效及对患者毒品渴求度的影响[J].陕西中医,2020,41(4):496-498. DOI: 10.3969/j.issn.1000-7369.2020.04.028.
- [4] 王雪蕊,刘清泉,徐霄龙,等.强心一号复方对脓毒症模型小鼠海马区小胶质细胞极化相关基因表达的影响[J].中医杂志,2021,62(9):814-818. DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.09.015.
- [5] 李志军.脓毒症的中西医结合治疗对策[J].中国中西医结合急救杂志,2008,15(6):323-325. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2008.06.001.
- [6] 周颖,许先荣,李玉花,等.安宫牛黄丸对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者血中食欲素 A 瘦素及神经肽 Y 的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2008,15(6):353-356. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2008.06.009.
- [7] 唐光华,姜良铎.咳嗽从状态论治[M].北京:中国中医药出版社,2018:1-3.

(收稿日期:2022-08-04)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《中国中西医结合急救杂志》关于关键词的写作要求

所投稿件均需标引 3~8 个关键词,并尽量使用美国国立医学图书馆编辑的最新版 Index Medicus 中医学主题词表(MeSH)内所列的词。如果尚无相应的词,处理办法为:① 选用直接相关的几个主题词进行组配;② 根据树状结构表选用最直接的上位主题词;③ 必要时,可采用习用的自由词并排列于最后。关键词中不能用缩写,如“HBsAg”应标引为“乙型肝炎表面抗原”。