

· 病例报告 ·

中医药干预治愈感染性多器官功能障碍综合征 1 例

宋祖军, 李月彩, 王少波, 王琦, 黄杨, 张松涛, 李同宪, 马俊清

(解放军第四军医大学西京医院急诊中心, 陕西 西安 710032)

【关键词】 感染; 多器官功能障碍综合征; 中医药; 干预

中图分类号: R242 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.02.028

全身炎症反应综合征(SIRS)、多器官功能障碍综合征(MODS)是急危重症中连续的病理动态发展过程^[1]。一旦发生 MODS 或多器官功能衰竭(MOF), 病死率极高, 目前尚无特效治疗。我们以西医治疗配合中医药干预治疗感染性 MODS 1 例, 效果良好, 报告如下。

1 病历简介

患者男性, 36 岁。因发冷、发热伴进行性消瘦 1 月余, 痰中带血并左眼肿痛 1 周, 于 2006 年 11 月 29 日入院。曾服用利君沙、阿莫西林、先锋霉素等治疗无效。入院前 1 周咯棕红色黏痰, 全身肌肉疼痛, 下肢为重, 数日无大便, 尿少、色黄。否认糖尿病等病史。入院查体: 血压 98/68 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 脉搏 108 次/min, 呼吸频率 44 次/min, 体温 36.6 °C, 眼睑红肿, 畏光流泪, 球结膜充血、水肿, 分泌物多; 舌红、苔黄厚有裂纹; 双肺呼吸音粗, 心脏、腹部未见异常; 三角肌、鱼际肌及腓肠肌均萎缩, 触痛明显, 双下肢压陷性水肿; 肌力 1、Ⅰ级, 余无异常。血常规: 白细胞计数 $11.1 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 0.914, 血红蛋白 109 g/L, 血小板计数 $4 \times 10^9/L$; 尿糖(-)、尿酮体(++)、空腹血糖 13.23 mmol/L; 血 K^+ 3.48 mmol/L, Na^+ 133.5 mmol/L, Cl^- 95.4 mmol/L, Ca^{2+} 1.8 mmol/L, 动脉血氧分压(PaO₂) 82.3 mm Hg, 二氧化碳分压(PaCO₂) 32.8 mm Hg, pH 值 7.478, HCO₃⁻ 24 mmol/L, 剩余碱 0.8 mmol/L, 动脉血氧饱和度(SaO₂) 0.97; X 线胸片示右肺感染。

初步诊断为重度肺部感染。患者当

基金项目: 陕西省科技基金社发攻关项目(2002K10-GB(25))

作者简介: 宋祖军(1962-), 男(汉族), 安徽省人, 医学硕士, 副教授, Email: Jacksong2202@sina.com.cn.

晚体温升至 39.5 °C, 伴寒战, 血培养无异常, 予头孢噻肟钠 2.0 g 静脉滴注(静滴), 每日 2 次, 连用 4 d 无效。肝功能: 丙氨酸转氨酶 112 U/L, 天冬氨酸转氨酶 56 U/L, 总蛋白 43.0 g/L, 白蛋白 24.0 g/L; 腹部 B 超示肝右前后叶交界处肝脓肿。将头孢噻肟钠增为 3.0 g 仍无效。于 12 月 6 日出现双上肢及胸部皮肤散在出血点, 痰涂片示大量革兰阴性(G⁻)杆菌及革兰阳性(G⁺)球菌; B 超检查见肝部异常区增大, 有少量腹腔积液; 胸部 CT 示两肺多发结节病灶, 右肺上叶片状阴影, 两肺下叶膨胀不全, 双胸腔少量积液。考虑为严重脓毒症。改用泰能 0.50 g 静滴, 每日 3 次, 同时服用中药清营汤合犀角地黄汤, 继续对症支持治疗。用药当日体温已开始下降。于 12 月 8 日在 B 超引导下肝异常区和肺结节行诊断性穿刺活检加培养, 肝内抽出咖啡色脓液, 涂片见大量脓细胞及少量红细胞; 肺结节及肝脓腔壁活检为大量脓细胞及炎症细胞浸润, 小脓肿形成; 痰及肝抽液培养均有肺炎克雷伯杆菌。至此, 病原清楚, 诊断明确。之后又 2 次进行肝穿刺引流并向腔内注入泰能 0.15 g。出院前肝脓腔完全闭合, 肺结节全部吸收。

在治疗过程中, 重视用血小板, 氧合浓缩红细胞、血浆、白蛋白、丙种球蛋白、必需氨基酸、脂肪乳等对症支持治疗, 纠正水、电解质紊乱, 加强护理和心理治疗, 尤其适时使用中药干预效果显著。

2 讨论

2.1 西医诊断: 本例由于肺部感染未得到有效治疗, 发展为 SIRS, 最终病情恶化出现严重脓毒症、多器官脓肿, 并证实为由肺炎克雷伯杆菌所致; 纳呆、便秘使肠黏膜屏障功能损害, 导致细菌、毒素移位, 进入感染极期, 导致 MODS 和弥散性血管内凝血(DIC)^[2]。

2.2 中医诊断: 从患者全身反应看, 中

医认为是热入营分、血分, 热灼营阴, 迫血妄行证的表现。从机体状态的时间看, MODS 与营分证、血分证一致; 从 DIC 的角度看, MODS 与营分证、血分证也是统一的。这与中西医结合的证态合一论点一致^[3-4]。如果把感染看作一个系统, 疾病过程是由许多连续的病理状态组成的。按照系统论的观点, 病理状态的外在特征可以由许多变量来体现。病史及西医症状、体征、实验室检查和中医的“证”都是疾病某一时段病理状态的变量, 这些变量称为“状态变量”。病理状态的状态变量就是病理状态的诊断标准, 而“证”的“状态变量”就是证的诊断标准。患者就诊时的病理状态只可能有一种, 此时中医的“证”与西医的“病理状态”本质是等同的。中医的“证”与西医的“病理状态”融合称为“证态”。故本例患者热灼营阴、迫血妄行与 MODS、DIC 是同一证态。

2.3 西医治疗: 本例系由感染导致的 SIRS、MODS, 并被病原学所证实。经使用足量的泰能治疗后得到了有效控制。对肝脓肿采用了 B 超引导下的肝脓腔穿刺引流及药物冲洗注入, 3 次即愈。

2.4 中医治疗: 在感染极期, 热入营血、迫血妄行, 因而采用了清营凉血、散瘀救阴、活血散瘀的代表方剂清营汤合犀角地黄汤。二者虽同为清营凉血要方, 但清营汤“透热转气”, 清热解毒作用强, 而犀角地黄汤主治热入营血、凉血散瘀。二者合用, 3 付药即热退、咯血停止、皮肤出血点消失; 5 付药症状未再反复。研究显示, 本方有降温、抑菌、降低动物血内毒素浓度、明显抑制家兔炎症介质前列腺素和 5-羟色胺的释放, 提高体内免疫球蛋白 G 含量, 降低全血黏度, 改善毛细血管通透性, 抗血栓形成等作用^[5-6]; 有增强机体免疫功能、祛邪扶正的作用^[7]。同时, 其复方剂还能对抗糖皮质激素对

垂体-肾上腺皮质系统的反馈性抑制作用,强心、镇静、防止心脏和神经系统并发症、兴奋肠道平滑肌作用,对防止肠道细菌、毒素移位有一定作用^[8-9]。

综上所述,从救治本病例全过程说明,清营汤合犀角地黄汤的适应证是:MODS、DIC——热灼营阴、迫血妄行证态,说明利用证态概念,适时使用中医药介入干预感染性 SIRS 和 MODS 的治疗会取得意想不到的效果。

参考文献

[1] 盛志勇,姚咏明,林洪远. 全身炎症反应和多器官功能障碍综合征认识的变迁

及现状[J]. 解放军医学杂志,2002,27(12):98-100.

[2] 姚咏明,盛志勇,林洪远,等. 脓毒症定义及诊断的新认识[J]. 中国危重病急救医学,2004,16(6):321-324.

[3] 李同宪,李月彩. 伤寒论现代解读[M]. 西安:第四军医大学出版社,2003:51.

[4] 胡森,高飞. 中医药防治多器官功能障碍综合征回顾与展望[J]. 中国中西医结合急救杂志,2001,8(6):323-325.

[5] 季宇彬. 中药复方化学与药理[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:168.

[6] 曹书华,王今达,李银平. 从“菌毒并治”到“四证四法”——关于中西医结合治

疗多器官功能障碍综合征辨证思路的深入与完善[J]. 中国危重病急救医学,2005,17(11):641-643.

[7] 马超英,耿耘. 论中医疗祛邪法则在调控和诱导全身炎症反应综合征/代偿性抗炎反应的综合征平衡中的应用[J]. 中国中西医结合急救杂志,2006,13(1):3-5.

[8] 宗全和. 中医方剂通释(卷二)[M]. 河北:科学技术出版社,1995:141,171.

[9] 高学敏. 中医学(上册)[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:329.

(收稿日期:2008-06-16)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

急性有机磷农药中毒呼吸衰竭 10 例分析

肖绪德

(湖北省咸宁市中医医院内科,湖北 咸宁 437100)

【关键词】 有机磷农药;中毒;呼吸衰竭

中图分类号:R595.4 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2009.02.029

报告 10 例急性有机磷农药中毒呼吸衰竭的抢救经验。

1 临床资料

1.1 病例:男 1 例,女 9 例;年龄 22~57 岁,平均 34 岁;2 例服药名及服药量不详,8 例服药量 50~200 ml;对硫磷中毒 4 例,敌敌畏中毒 2 例,乐果中毒 2 例。服药后急诊就诊 6 例,3~7 d 后由外院转入 4 例;重度中毒 8 例,中度中毒 2 例;患者均伴有急性呼吸衰竭。

1.2 治疗与结果:急诊就诊 6 例均立即用清水 10~12 L 彻底洗胃;首次阿托品剂量:重度 5~10 mg,5~10 min 1 次,中度中毒 2~5 mg,10~30 min 1 次,直至阿托品化(总量 80~360 mg)以后根据胆碱酯酶(ChE)活性延长间隔时间或减量;同时静脉推注解磷定 0.5 g 后快速静脉滴注 2.0 g。外院转入 4 例彻底清洗污染的皮肤、头发等,根据血清 ChE 活性调整阿托品剂量,清理呼吸道及抗感染(根据痰菌检查结果)治疗,进行血气分析。进行同步间歇指令通气,参照呼吸机撤离指标脱机。早期急性肺水肿主要是解毒治疗,在此基础上面罩加压呼吸机辅助呼吸;晚期肺水肿主要为“反作者简介:肖绪德(1960-),男(汉族),湖北省人,主治医师。

跳”所致,迅速重建阿托品化,用量较反跳前需增加数倍至数十倍以对抗体内过多的乙酰胆碱(Ach)积聚,如仍缺氧严重则迅速行气管插管或气管切开。CO₂潴留、呼吸肌无力则行气管切开,对已行气管插管或气管切开患者则注意保持呼吸道通畅。4 例行气管切开、1 例行气管插管、4 例纤维支气管镜冲洗吸痰(1 例 3 次吸痰)后缺氧迅速改善。同时进行痰培养,结合痰培养结果选择抗生素。最终 10 例患者均治愈。

2 讨论

毒物继续吸收;Ach 蓄积过多;忽视了标本兼治的原则,未能重视复能剂与阿托品足量联合应用,或 ChE 活性未恢复至 60%以上时停用重活化剂;阿托品使用不当等易出现反跳现象。10 例中有 2 例晚期发生急性肺水肿者为反跳所致;2 例外院治疗 5~7 d 后转入仍使用阿托品 10 mg/h,入院后 ChE 活性在正常的 60%,考虑阿托品使用不当所致。

引起中间综合征(IMS)的有机磷农药多见于对硫磷、氧化乐果、乐果中毒。有报告,在急性有机磷农药中毒的早期输入浓缩红细胞以防治 IMS 发生疗效较好^[1]。有呼吸肌麻痹的 IMS 患者因呼

吸困难需快速有效建立呼吸通道,进行机械通气和支气管冲洗^[2],故应与反跳等引起的呼吸困难进行鉴别。急性呼吸衰竭治疗的黄金时间在发病 96 h 内,其发病与中毒的严重程度、心血管功能不良、肺部感染有关^[3]。治疗的关键是正确、及时分析病因、纠正病因和呼吸机治疗,加强人工气道管理,必要时,在综合治疗的基础上,用血液灌流联合连续性静-静脉血液滤过序贯性血液净化治疗^[4]。

参考文献

[1] 张守林,赵维勇,刘静. 早期输入浓缩红细胞防治急性有机磷农药中毒中间综合征的疗效观察[J]. 中国危重病急救医学,2005,17(11):693.

[2] 米瑞卿,张宝云,李红霞. 机械通气和支气管冲洗治疗急性有机磷农药中毒中间综合征[J]. 中国中西医结合急救杂志,2006,13(5):320.

[3] Tsao TC, Juang YC, Lan RS, et al. Respiratory failure of acute organophosphate and carbamate poisoning [J]. Chest, 1990, 98(3): 631-636.

[4] 陶惠明,徐方林. 序贯性血液净化治疗重度有机磷农药中毒的应用体会[J]. 中国中西医结合急救杂志,2008,15(5):292.

(收稿日期:2008-12-22)

(本文编辑:李银平)