

从肺痈论治重症创伤性急性呼吸窘迫综合征患者 28 例

王智兰, 刘亚军, 唐艳芬, 高 想
(南通市中医院 ICU, 江苏 南通 226001)

【关键词】 肺痈; 急性呼吸窘迫综合征, 创伤性; 中西医结合疗法; 治疗

中图分类号: R256.1 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.04.022

本院重症监护病房 (ICU) 2007 年 2 月至 2009 年 9 月共收治 56 例重症创伤性急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 患者, 采用中西医结合方法从肺痈论治, 收到满意效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 56 例患者中男 38 例, 女 18 例; 年龄 16~65 岁, 平均 44.5 岁。创伤严重程度采用损伤定级-损伤严重评分 (AIS-ISS) 进行评估^[1], AIS 评分 ≥ 3 分, 急性生理学及慢性健康状况评分系统 I (APACHE I) 评分 ≥ 8 分, 其中 32 例昏迷者格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 6~8 分。交通伤 43 例, 挤压伤 9 例, 高处坠落伤 4 例; 伴颅脑外伤 39 例, 多根多处肋骨骨折、连枷胸 29 例, 多根单处肋骨骨折 27 例, 创伤性窒息 15 例, 腹部损伤 36 例, 失血性休克 22 例。按随机原则分为治疗组 (28 例) 与对照组 (28 例)。

1.2 治疗方法: 两组患者均给予常规治疗, 包括吸氧、保持气道通畅, 气管插管或气管切开, 呼吸机辅助呼吸; 镇静、镇痛, 必要时给予肌松剂; 输血、输液, 控制输液速度、限制晶体量; 合理使用激素、利尿剂、抗生素; 营养和代谢支持、保护重要器官功能; 合并气胸、血胸或血气胸者行胸腔闭式引流; 怀疑胸腹内器官功能损伤者行剖胸、剖腹探查修补术; 合并颅脑损伤者由神经外科协助诊治。治疗组在常规治疗基础上加用中药千金苇茎汤合桔梗汤加减方 (芦根 50 g, 鱼腥草 30 g, 冬瓜仁 20 g, 桃仁 15 g, 生薏苡仁 30 g, 桔梗 10 g, 生甘草 15 g, 银花 10 g, 连翘 10 g, 白芨 15 g, 生黄芪 30 g), 每日 1 剂, 口服或鼻饲, 疗程为 7 d。

1.3 检测指标及方法: 观察治疗前后 APACHE I 评分; 记录两组脱机时间、住 ICU 时间; 分别于治疗前及治疗后 3 d、7 d 取外周静脉血, 采用免疫发光半定量测定法检测血清降钙素原 (PCT)。

作者简介: 王智兰 (1971-), 女 (汉族), 江苏省人, 医学硕士, 副主任医师。

1.4 统计学方法: 采用 SPSS 统计软件处理数据, 计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 *t* 检验与方差分析, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 APACHE I 评分及 PCT (表 1): 两组治疗前 APACHE I 评分、PCT 差异无统计学意义。治疗后两组 APACHE I 评分、PCT 水平均明显下降, 且治疗组改善程度优于对照组 (均 $P < 0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后 APACHE I 评分及 PCT 的变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	APACHE I 评分 (分)	
		治疗前	治疗后
治疗组	28	19.62 \pm 2.14	8.89 \pm 3.18 ^{ab}
对照组	28	20.38 \pm 2.26	11.26 \pm 4.22 ^a

组别	例数	PCT ($\mu\text{g/L}$)	
		治疗前	治疗后
治疗组	28	13.21 \pm 9.27	4.17 \pm 2.54 ^{ab}
对照组	28	13.02 \pm 8.98	7.85 \pm 6.23 ^a

注: 与本组治疗前比较, $^a P < 0.05$; 与对照组比较, $^b P < 0.05$

2.2 脱机时间及住 ICU 时间 (表 2): 治疗组脱机时间、住 ICU 时间明显短于对照组 (均 $P < 0.05$)。

表 2 两组患者脱机时间、住 ICU 时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	脱机时间 (d)	住 ICU 时间 (d)
治疗组	28	4.2 \pm 0.5 ^a	22.5 \pm 3.6 ^a
对照组	28	8.5 \pm 1.2	31.8 \pm 4.5

注: 与对照组比较, $^a P < 0.05$

3 讨论

本组 56 例患者在中药治疗前评估时完全符合脓毒症诊断标准^[2]。PCT 是近年新发现的早期诊断脓毒症的指标, 当机体存在严重感染且有全身表现时, PCT 水平可超过 100 $\mu\text{g/L}$, 且持续时间长^[3], 故已被公认为目前最敏感、最有特异性的脓毒症诊断指标之一, 且明显优于传统炎症指标^[4]。动态监测血清 PCT

变化不仅可以反映脓毒症的严重程度、确定危重患者预后及治疗结果^[5-6], 而且有助于呼吸机相关性肺炎 (VAP) 的早期诊断^[7-8]。

肺痈是风邪入肺, 郁而化热, 风热之邪搏击于肺, 肺与血络被风热之邪所困, 壅结不散, 血脉凝滞腐溃所致。而创伤性 ARDS 多是胸廓损伤或肋骨骨折, 进而伤及肺脏, 肺之经脉受伤, 血溢脉络之外, 壅滞于肺, 影响肺的宣发肃降功能, 气机阻滞, 痰湿内生, 郁而化热, 痰热与瘀血互结, 蕴酿成痈。虽然两者病因不同, 但病机一致, 故将其归属于“肺痈”范畴, 治以清热解毒、化痰排脓, 选用千金苇茎汤合桔梗汤加减治疗。方中重用芦根, 以清热解毒、排脓而不伤津; 冬瓜仁甘寒, 入肺与大肠经, 以清热化痰、利湿排脓, 能轻伤彻下, 为治内痈要药; 薏苡仁甘淡微寒, 上可清肺以化痰热, 下利肠胃可渗湿排脓; 桃仁活血化痰以消热结, 且润肺滑肠; 桔梗开壅结之气, 且清肺化痰排脓; 生甘草清热解毒利咽; 银花、连翘加强清热解毒之功效; 鱼腥草除可加强清热解毒之功效外, 还可促进排脓。重症创伤性 ARDS 患者有小气道损伤, 故予白芨凉血止血; 重大创伤后常见明显气虚表现, 故予生黄芪补气托毒排脓。黄芪具有抗氧化、抗自由基、保肝及调节免疫功能等多种作用。璩竹玲等^[9]研究发现, 黄芪可通过降低肺缺血/再灌注后的过氧化脂质和中性粒细胞浸润程度, 减少毛细血管通透性, 减轻肺水肿, 改善肺通气功能, 从而产生保护作用。

千金苇茎汤加减有助于减轻患者的炎症反应及组织损害, 有效保护血管内皮系统, 促进患者恢复, 缩短住院时间, 能提高临床疗效^[10]; 从肺痈论治, 能明显降低患者外周血 PCT, 提示对脓毒症引发的多器官损伤具有保护作用, 能有效阻断或抑制脓毒症患者过度 (或失控) 的炎症反应, 改善免疫抑制状态, 使患者得到更多的救治机会。

参考文献

[1] 美国机动车医学促进会(AAAM). 简明损伤定级标准 2005. 重庆市急救医疗中心, 译. 重庆: 重庆出版社, 2005: 1-35.

[2] 姚咏明, 盛志勇, 林洪远, 等. 2001 年国际脓毒症定义会议关于脓毒症诊断的新标准. 中国危重病急救医学, 2006, 18(11): 645-646.

[3] 裴红红, 封英群, 杨正安, 等. 降钙素原在急性胰腺炎发病中的意义. 中国危重病急救医学, 2004, 16(1): 57.

[4] 社斌, 陈德昌. 降钙素原与白介素-6 的相关性优于传统的炎症指标. 中国危

病急救医学, 2002, 14(8): 472-477.

[5] 葛庆岗, 阴焱宏, 文艳, 等. 血清降钙素原与多器官功能障碍综合征严重程度相关性的临床研究. 中国危重病急救医学, 2005, 17(12): 729-731.

[6] Gerdrel D, Raymond J, Assicot M, et al. Procalcitonin in pediatrics for differentiation of bacterial and viral infection. Intensive Care Med, 2000, 26(2): 178-181.

[7] 周承博, 陆泽元, 任南征, 等. 降钙素原在呼吸机相关性肺炎中的诊断价值. 中国危重病急救医学, 2006, 18(6): 370-372.

[8] 廖雪莲, 金晓东, 康焰, 等. 降钙素原在呼吸机相关性肺炎中的诊断作用. 中国危重病急救医学, 2010, 22(3): 142-145.

[9] 璩竹玲, 董河, 王世端. 黄芪对兔肺缺血/再灌注损伤的保护作用. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(1): 13-16.

[10] 荆小莉, 王东平, 刘建博, 等. 加味千金苇茎汤治疗肺源性心脏病急性加重期及其对内皮细胞保护作用的研究. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12(3): 146-148.

(收稿日期: 2010-05-28)
(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

重度急性有机磷农药中毒 29 例救治体会

龙承钧, 张 侨, 孙 鸿, 蔡祖贵

(贵阳医学院第二附属医院急诊科, 贵州 凯里 556000)

【关键词】 有机磷农药; 中毒; 救治体会

中图分类号: R595.4 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.04.023

本科 2002 年 1 月至 2009 年 10 月共抢救急性有机磷农药中毒(AOPP)患者 29 例, 报告如下。

1 临床材料

1.1 一般资料: 29 例患者中男 21 例, 女 8 例; 年龄 21~79 岁, 平均 45.7 岁; 均符合 AOPP 诊断标准^[1]。29 例患者中, 3 例入院时已呼吸停止、大动脉搏动消失; 18 例处于浅昏迷伴明显毒蕈碱(M)样症状, 6 例伴烟碱(N)样症状, 5 例二便失禁; 5 例处于深昏迷伴二便失禁, 3 例伴 M 样症状; 3 例清醒但有明显 M 样症状、N 样症状, 双侧瞳孔呈针尖大小, 其中 2 例有明显缺氧症状, 8 例出现多器官功能障碍综合征(MODS)。

1.2 救治方法: 迅速建立静脉通道, 给予足量阿托品和碘解磷定。根据患者病情评估给予洗胃, 循环建立后立即经口气管插管给予机械通气。尽快达阿托品化并维持 1~3 d, 反复应用复能剂, 对症支持治疗。病情平稳后尽快血液透析。3 例呼吸停止、大动脉搏动消失者入院后行持续心肺复苏的同时紧急经口气管插管、机械通气, 同时经锁骨下静脉穿刺建立快速静脉通道, 足量阿托品及碘解磷定, 反复应用肾上腺素 1~2 mg, 快速给予大剂量多巴胺。经积极抢救 30~60 min 后, 2 例患者复苏成功, 病情平稳

后给予洗胃及血液透析治疗, 经治疗 2 周痊愈出院。6 例入院时已休克患者在应用阿托品及碘解磷定的同时积极抗休克, 病情平稳后再给予洗胃。28 例患者用生大黄粉由胃管注入导泻, 并灌肠。

1.3 结果: 28 例患者痊愈出院, 抢救成功率达 96.6%。1 例死亡, 原因为中毒时间久, 缺氧时间过长。

2 讨论

重症 AOPP 的救治存在 6 个误区, 这些也是导致抢救成功率较低的原因。①先洗胃后用抗胆碱能药物和复能剂。洗胃应在特殊解毒剂使用后进行, 同时迅速正确判断能否当时紧急洗胃。②解毒剂仍采用肌肉注射和静脉滴注, 阿托品首次负荷量应用不足。首剂使用足量阿托品并不会增加阿托品中毒的发生率, 如果达阿托品化延迟, 无论怎样追加剂量, 亦起不到很大作用, 且造成阿托品化标准难以掌握, 阿托品中毒发生率反而增加^[2]。③在救治过程中仅用单一的解毒剂。应联合中枢抗胆碱能药物, 长托宁对中枢和外周神经均有较强的抗胆碱作用, 能有效拮抗 AOPP 引起的中枢中毒症状和 M 样症状^[3]。④认为服毒超过 6~12 h 不用洗胃, 洗胃一次就能彻底洗净, 不敢尝试用其他方法洗胃, 耽误了抢救的最佳时机。⑤对阿托品化概念机械理解, 认为患者瞳孔未扩大则未达到阿托品化, 以至阿托品用量过大。体温是

观察阿托品化较为可靠的指标^[2]。⑥对于重度 AOPP 心搏骤停患者的复苏抢救仍按常规方法, 抢救 30 min 无效则放弃。因大多数患者无心血管疾病, 只要坚持, 复苏成功率是相当大的。本科在救治重症 AOPP 患者过程中, 针对 AOPP 早期死亡原因主要为呼吸肌麻痹而出现呼吸衰竭的特点, 进行紧急气管插管后给予呼吸机机械通气, 使抢救成功率明显提高。加强肠道黏膜屏障保护, 防止过度炎症反应, 稳定细胞膜, 减少肠道细菌、毒素移位, 有利于预防 MODS 的发生, 降低病死率^[4-5]; 中药生大黄粉与解毒剂合用可增加疗效^[5]。

参考文献

[1] 张文武. 急诊内科学. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 627-628.

[2] 张卫红. 有机磷农药中毒抢救中阿托品化的指标探讨. 中国危重病急救医学, 2009, 21(11): 684.

[3] 钟洪智, 钱德才, 李智, 等. 多次定量输注外源性胆碱酯酶治疗急性重症有机磷农药中毒的疗效观察. 中国危重病急救医学, 2009, 21(11): 695.

[4] 牛春雨, 侯亚利, 赵自刚, 等. 肠淋巴途径在失血性休克大鼠肠源性细菌/内毒素移位发病学中的作用. 中国危重病急救医学, 2007, 19(5): 266-269.

[5] 朱义用, 景炳文, 姜永华. 大黄对肠源性感染致早期肺损伤防治作用的机制探讨. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11(1): 53-56.

(收稿日期: 2010-05-04)
(本文编辑: 李银平)