

赵淳教授中西医结合救治脓毒性休克经验^{*}

叶 勇, 吴 英, 唐 彬 指导: 赵 淳

(云南省中医医院, 云南昆明 650021)

【摘 要】救治脓毒性休克, 应在遵循指南, 把握中医病机及证候演变规律基础上, 救急与防变并重, 正确应用西医救治方法的同时中医辨证救治, 及时采用益气养阴固脱, 回阳救逆固脱等治法及方药, 并据危重变证予以清热解毒、凉血活血、化瘀通络、通腑泄热、涤痰平喘、开窍醒神等治法及方药, 辨证救治, 整体调整, 运用现代中药静脉制剂救治脓毒性休克是中医药特色和优势的具体体现; 去除病因是从源头防治脓毒性休克的关键; “细菌/内毒素/炎性介质/器官保护并治”可明显降低病死率。

【关键词】脓毒性休克; 中西医结合; 名医经验; 赵淳

中图分类号: R278 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000—2723(2012)05—0049—03

赵淳教授系第三、四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 云南省荣誉名中医、中西医结合主任医师。长期从事中西医结合危重症医学的医疗、教学和科研工作, 擅长运用中西医结合的观点、思路和方法救治急危重症, 既采用现代医学先进的诊断、监护和急救技术, 又强调突出中医特色, 充分发挥中医药的优势, 对脓毒性休克的救治积累了丰富的经验, 现辑要如下:

脓毒性休克是指病原微生物及其毒素侵入宿主血液循环, 激活细胞和体液免疫系统, 致使多种细胞因子和炎性介质的失控性释放, 引起过度的全身炎症反应(SIRS)或致炎反应/抗炎反应(SIRS/CARS)失衡, 造成广泛血管内皮炎症、微循环及凝血障碍、免疫抑制、组织器官受损, 以低血压为主要表现的临床综合征。脓毒性休克严重阶段可导致多器官功能障碍(MODS)甚至衰竭(MOF), 病死率高达 80%。脓毒性休克属于中医学“脱证”范畴, 是指邪毒内陷, 损伤脏器, 所致的气血逆乱, 正气耗脱的一类病证。

患者有感染的证据, 包括急性感染、近期手术、创伤、传染病等, 有感染中毒征象, 如发热、恶寒等及毒素损害心、脑、肾等器官的表现, 血常规白细胞总数及中性粒细胞升高以及病原体检查等

有助于脓毒性休克的诊断。

脓毒性休克其临床特点是严重脓毒症患者给予足量液体复苏后仍无法纠正的持续性低血压, 常伴有低灌注状态(包括乳酸酸中毒、少尿或急性意识状态改变等)或器官功能障碍。

1 重视掌握脓毒性休克中医病机及其演变规律

脓毒性休克其临床表现与中医学的“脱证”相似, 其病因病机主要为外感六淫之邪, 疫疠温毒之气, 热毒炽盛, 毒剧邪强, 正不胜邪, 毒陷营血, 瘀滞毛脉孙络, 或毒药内侵, 伤脏损络, 或饮食不慎, 误食毒饵, 或跌扑、金创损伤, 虫兽咬伤等, 导致津液大伤, 脏腑受损, 气血逆乱, 阴阳欲离欲绝, 即可发生脱证。严重者可心窍被蒙, 肺气衰竭, 肾气衰颓, 气血逆乱而产生神昏、暴喘、血证、关格、十怪脉候、脏竭证等危候变证。只有把握好上述病因病机及证候演变规律, 才能做到审证求因, 辨证施救。

2 强调救命为先, 救急与防变并重

赵淳教授指出, 脓毒性休克属急危证候, 其病机复杂, 病危证急, 变化迅速, 但仍有规律可循, 当以“救命第一, 综合救治, 防治其变”为救治大法。临证时强调在正确应用西医救治方法的同时中医辨证救治, 及时采用益气养阴固脱, 回阳救逆

^{*} 收稿日期: 2012—03—27 修回日期: 2012—10—09

作者简介: 叶勇(1965~), 男, 云南昆明人, 副主任医师, 副教授, 主要从事中医内科急诊、危重症临床及教学研究工作。

固脱治法及方药,并据所出现兼证及危重变证予以清热解毒、凉血活血、化瘀通络、通腑泄热、涤痰平喘、开窍醒神等治法及方药施救^[1]。在确诊后第一时间,首先选用药证相符的现代中药制剂静脉给药,发挥其速效、高效、稳效作用,急救顾命,并积极防治并发的各种危重变证,从而提高脓毒性休克的抢救成功率。对气脱者,可用黄芪注射液 40~60mL 加入 0.9% 生理盐水 250mL 静脉滴注;阴脱者,可用参麦注射液 100~200mL 加入 0.9% 生理盐水 250mL 静脉滴注或用微量泵静脉泵入(或生脉注射液 50~100mL 加入 0.9% 生理盐水 250mL 静脉滴注);阳脱者,用参附注射液 60~100mL 加入 0.9% 生理盐水 250mL 静脉滴注或用微量泵静脉泵入;阴阳俱脱者,宜联合应用参麦注射液及参附注射液分别静滴。对邪毒内陷、败血损络者,可用血必净注射液 50~100mL 加入 0.9% 生理盐水 250mL 静脉滴注,2~3 次/日;神昏者,可用清开灵注射液 40~60mL 或醒脑静注射液 20mL 加入 0.9% 生理盐水 250mL 静脉滴注;血瘀者,宜用血必净注射液静脉滴注,亦可用三七总皂苷粉针 0.4g 或丹红注射液 20mL 或疏血通注射液(水蛭、地龙提取物)4mL 加入 0.9% 生理盐水 250mL 静脉滴注。

参麦注射液与参附注射液的合理应用可有效地提高血压,提高心排血量、调节机体免疫功能,保护机体器官组织,防治内皮损伤,能协同血管活性药物稳定血压,并可减少血管活性药物用量,减少血管活性药物的副作用,提高临床疗效。

运用现代中药静脉制剂救治严重脓毒症、脓毒性休克是中医药特色和优势的具体体现。

3 辨证救治,整体调整

赵淳教授常将脓毒性休克辨为气脱、阴脱、阳脱、阴厥阳脱等主证和毒热内盛、血瘀阻络、热结腑实、痰热郁肺、肝胆湿热等兼证,进行辨证救治,整体调整。

3.1 气脱证

症见面色苍白,大汗淋漓,精神萎靡,气短不续,目合口开,二便自遗,舌淡胖,脉细微无力。治宜益气固脱,急投独参汤或参附龙牡汤,常用西洋参 100g 浓煎,鼻饲。

3.2 阴脱证

症见面色潮红,身热汗出,口渴喜冷饮,气

短,甚或神昏谵语,烦躁不安,肌肤皱折,唇裂齿焦,溺赤溲短,舌质干红,脉细数无力。治宜滋阴增液,养阴固脱,方用生脉散加味,阳明病阳盛于内而阴液脱于外者,宜投大承气汤以急下存阴,制阳盛于内,而阴液脱于外之危象。

3.3 阳脱证

症见面色苍白,大汗淋漓,四肢厥冷,或神志恍惚,气息微弱,小便遗溺,舌质淡润,脉微欲绝。宜益气回阳,救逆固脱,当投参附汤大剂,用附子 100~200g、西洋参 50~100g 浓煎,鼻饲,频频灌服。

3.4 阴阳俱脱者

治以回阳救阴,方用阴阳两救汤,宜联合应用参麦注射液及参附注射液分别静滴。

另外,还要注意毒热内盛、血瘀阻络、腑气不通、痰热郁肺、肝胆湿热等兼证情况,宜随证加减治疗。

3.5 卫气营血、三焦、六经、气血津液辨证综合论治

邪毒阻于半表半里,治宜和解清透;邪伏募原,宜疏利宣达;表里俱热,宜升散透邪;热毒里结,气血两燔,宜清热泻火,凉血解毒^[2]。

4 实践《指南》,注重循证

临证时应遵循 2008 年《严重脓毒症与脓毒性休克治疗国际指南》,重视循证医学证据资料,规范治疗脓毒性休克^[3]。

4.1 液体复苏

液体复苏是脓毒性休克治疗最重要的措施,6h 内应达到复苏目标,具体方法是在 30min 内输入 500~1 000mL 晶体液或 300~500mL 胶体液,根据血压、心率、尿量及肢体末梢温度的监测调整补液量以达到复苏目标。

4.2 血管活性药物的应用

如果充分的液体复苏仍不能恢复动脉血压和组织灌注,应使用血管活性药物。去甲肾上腺素和多巴胺是纠正脓毒性休克低血压的首选升压药;当血乳酸 >4mmol/L,指压试验 >3s,皮肤发花,四肢厥冷,提示严重组织缺氧,给予山莨菪碱 10mg 静脉注射,酌情每 30min 一次,连用 4 次。

4.3 积极控制感染

积极控制感染是救治脓毒性休克的重要环节。使用抗生素前先留取病原学标本,并在 1h 内开始

抗生素治疗, 一般疗程为 7 ~ 10d, 但用药时间长短应取决于临床反应。针对严重细菌感染患者正确采用抗生素降阶梯疗法。其理念包括起始阶段即用适当的广谱抗生素 (如亚胺培南) 进行“重锤猛击”; 根据临床疗效和微生物检查结果进行再评价; 根据评价结果调整抗感染方案, 降级换用窄谱抗生素, 免疫功能正常患者可使用一种广谱抗生素, 免疫功能减退的患者, 常用有叠加覆盖的两种广谱抗生素。

4.4 去除病因

去除病因是从源头防治脓毒性休克的关键。凡原发病未能去除或未获得有效控制者, 预后均差, 尤以严重感染及大块组织坏死者更为明显。对一些需紧急处理的特定感染如急性弥漫性腹膜炎、急性化脓性胆管炎、急性肠梗阻等要尽快寻找病因并确定或排除诊断, 在症状体征出现 6h 以内完成治疗。

4.5 有关重要治疗

同时尽快纠正代谢性酸中毒, 控制血糖, 防治并发症, 维护重要脏器的功能。

4.6 肾上腺皮质激素的应用

氢化可的松仅用于血压对于液体复苏和血管升压药治疗不敏感的患者, 剂量为 200 ~ 300mg/d 静滴, 当患者血压稳定, 不再需要血管升压药时即停用。

5 “细菌/内毒素/炎性介质/器官保护并治”降低病死率

西医针对脓毒性休克某一发病环节的单靶点治疗, 均难以奏效, 国内实验和临床研究证实现代中药制剂如血必净、痰热清、参麦 (生脉)、参附、醒脑静、清开灵注射液等具有清除内毒素、多靶点拮抗多种炎性介质, 促进 SIRS/CARS 恢复平衡、修复血管内皮损伤、纠正微循环及凝血障碍、调理免疫功能, 全面保护重要器官功能等多种药理作

用, 体现出独特的多系统、多环节、整体调节的特点, 可有效截断或控制脓毒性休克发生发展、恶化的多个病理环节, 显著降低病死率。因此, 及时采取中西医结合综合治疗措施是救治脓毒性休克的重要策略。王今达教授创造性提出的“细菌/内毒素/炎性介质并治”的中西医结合新理论、新疗法就是上述疗法的杰出代表^[4]。赵淳教授在此理论基础上进一步提出“细菌/内毒素/炎性介质/器官保护并治”的观点和方法, 旨在强调器官保护的重要性, 主张及时辨证选用上述现代中药制剂, 静脉给药, 以尽快截断脓毒性休克的病理环节, 防治重要器官功能障碍, 降低病死率^[5]。

救治脓毒性休克应在中医学“治未病” (未病先防, 已病防变) 思想指导下, 预防为主, 充分发挥中医学整体观念和辨证论治特色和优势, 以提高临床疗效为核心, 谨守病机, 机圆法活, 要将辨证论治、专家 (个人) 经验、诊疗方案、循证医学有机结合, 创造性的运用现代中医药学和现代医学理论与实践成果, 为患者制定个性化、优化救治方案。不断提高脓毒性休克的救治水平。

[参考文献]

- [1] 国家中医药管理局. 薪火传承集 [M]. 北京: 中国中医药出版社. 2008.
- [2] 王今达, 李志军, 李银平. 从“三证三法”辨证论治脓毒症 [J]. 中国危急重病急救医学, 2006, 18 (11): 643.
- [3] 中华医学会. 临床诊疗指南 (重症医学分册) [M]. 北京: 人民卫生出版社. 2010.
- [4] 唐彬. 赵淳教授中西医结合救治脓毒症学术经验 [J]. 中国中医急症, 2010, 19 (6): 984-985.
- [5] 韩尽斌. 从内生伏毒谈内疫病机与治法 [J]. 云南中医学院学报, 2010, 33 (4): 57-59.

(编辑: 李 平)