

中西医结合

救治危重症 60例

精解与评析

主编 韩云 李芳



人民卫生出版社

中西医结合

救治危重症 60 例

精解与评析

主 编 韩 云 李 芳
副 主 编 谢东平 黄东晖 张 燕
主 审 刘伟胜 黄春林
编 委 (按姓氏笔画为序)

麦舒桃 杜炯栋 李 芳 吴巧媚 张 溪
张 燕 张思伟 林熾钊 郑静霞 翁燕娜
黄东晖 韩 云 谢东平 赖 芳

参编人员 (按姓氏笔画为序)

麦明杰 李敏仪 陈世军 陈宇雄 林玉梅
范荣荣 罗天扶 胡志亮 焦 莉

点评名医 刘伟胜 黄春林 徐大基

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合救治危重症 60 例精解与评析 / 韩云, 李芳
主编. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20261-9

I. ①中… II. ①韩…②李… III. ①急性病 - 中西医
结合疗法②险症 - 中西医结合疗法 IV. ① R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 129159 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

中西医结合救治危重症 60 例精解与评析

主 编: 韩 云 李 芳

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 24 插页: 2

字 数: 584 千字

版 次: 2015 年 8 月第 1 版 2015 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20261-9/R · 20262

定 价: 68.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

主编简介



韩云,男,主任医师,教授,临床医学博士,硕士研究生导师,现任广东省中医院芳村重症医学科科主任,为第四批全国老中医药专家学术经验继承人。

主要从事危重症医学及呼吸病学的中西医结合临床研究,主持相关省部级课题4项,参与国家级、省部级、厅局级课题10余项,发表论文30余篇,参编专著、教材共8部。曾获教育部、中华中医药学会二等奖1项,广东省政府抗非“二等功臣”,广州市政府抗非标兵,2008年获全国“百名杰出青年中医师”称号。现任世界中医药联合会呼吸病专业委员会常务理事兼副秘书长、中国中西医结合学会重症医学专业委员会委员、广东省中医药学会呼吸病专业委员会副主任委员、广东省中西医结合学会危重病专业委员会常委等。



李芳,女,主任医师,副教授,硕士研究生导师,现任广东省中医院二沙急诊科主任,为全国第三批名中医学术继承人。

主要从事危重症医学及肾脏病学的中西医结合临床研究,主持相关省部级课题1项,参与国家级、省部级、厅局级课题10余项,发表论文20余篇,副主编专著1部,参编专著5部。曾获广州市人民政府科技进步二等奖1项,2003年获抗击非典广东省三等功臣、广州市先进个人。现任世界中医药联合会急救专业委员会常务理事兼副秘书长、广东省中医药学会热病专业委员会副主任委员、广东省中西医结合学会治未病专业委员会常委、广州市医师协会重症医学分会委员。

名医简介



刘伟胜,广东省名中医,主任医师,教授,博士生导师,全国名中医学术继承指导老师。现任广东省中医院重症医学科、呼吸科学术带头人,国家药品监督管理局药品审评专家,全国中医肿瘤学会常委,广东省中医药学会呼吸专业委员会名誉主任委员及肿瘤专业委员会副主任委员。2000年获全国中西医结合学会特殊贡献奖,1978年获得全国科学大会一等奖(集体奖)。发表论文30余篇,主编《呼吸科专病中医临床诊治》、《中医肿瘤、呼吸病临证证治》等专著3部,参与《中医急症学》、《内科学》教材编写。



黄春林,广东省名中医,主任医师,教授,博士生导师,博士后联合培养导师,全国名中医学术继承指导老师。现任广东省中医院心脏中心、肾病中心学术带头人,广东省中医药学会肾病专业委员会副主任委员,广东省中西医结合心血管病专业及糖尿病专业委员会常委。获广东省高校、广东省科委科技进步三等奖各1项。先后承担省部级以上科研课题8项,研制出中药新药“便秘通”,发表学术论文50多篇,主编《现代中医心血管病学》、《泌尿科专病中医临床诊治》等医学专著5部,副主编、参编医学专著20多部。



徐大基,主任医师,教授,医学博士。现任香港浸会大学中医学临床部主任中医师及香港浸会大学中医药学院雷生春医疗中心主任等职,兼任香港医院管理局中成药应用指导委员会委员、香港仁济医院中医管理委员会委员、香港新华中医促进会名誉顾问、澳门中国中医药文化研究促进会副理事长等职。发表学术论文60多篇,主编《中西医结合肾脏病咨询手册》、《痛风治疗与中医调养》等著作多部。

序 一

医学科学正处在高速发展的年代,重症医学便是其中的代表。随着现代工业技术的发展,呼吸机、肾透析机、起搏器等在医学的军械库中占据了重要位置,ICU单元里集中了越来越先进的医疗设备。在这样一个充斥着现代医学辉煌的医疗单元里,古老的中医能否绽放出属于自己的光芒?不可否认,重症医学的发展让医生从鬼门关夺回了不少患者的生命。但同样不可忽视的是,在不少重症疾病面前,现代医学并没有人们期望的那样有力。2003年“非典”及2009年H1N1流感肆虐之时,中医药介入给疾病治疗带来新的曙光,取得了一定的疗效。如呼吸机的使用延长了慢性阻塞性肺疾病患者的寿命,但综合采用调补肺肾等中医药方法,患者的生活质量有了更好的提高。随着中药现代化,各类中药注射液丰富了中医抢救危重症的手段。正是有了上述等等进步,我们有理由相信,中医药能够在危急重症的救治中发挥重要作用。

广东省中医院重症医学科是全国中医院里最早成立的重症医学科,经受了2003年“非典”战役的洗礼,逐渐成长了一批优秀的中西医结合重症专科队伍。在日积月累的临床实践中,好学善思,对于危急重症的中西医结合救治逐渐有了深入的认识。在此基础上,韩云教授等精心遴选收治的各系统代表性重症案例,以案例解读为基础,以进展综述为延伸,聚焦于中医切入,详论于诊治得失,最后以名医点评为点睛之笔,宣明往范,昭示来学。书中采用医案形式,但又不局限于医案,而是举案说法,在形象、具体的案例之后,不仅对疾病的中医、西医诊治有详细的要点、进展解读,更对疾病的中西医结合要点进行了探讨,展示了中西医结合救治危重症的广阔前景,具有很好的临床及科研价值。

继承是中医生存根基,而创新则是中医发展出路。随着中医药的发展,中医急诊及重症得到了继承发扬,并体现了“中西医两法”、“中西医并重”,推动了现代重症医学的发展。在新的医疗状况下,探讨不同重症疾病的中西医结合治疗是中医创新发展的重要模式。我们相信,中西医结合必将让现代重症医学的道路走得越快、越远。

晁恩祥
2013.9.于北京

晁恩祥教授,国医大师,中日友好医院主任医师、教授,中医内科学首席专家,全国中医内科、肺系病、急症的牵头人之一,全国第三、四批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,中央保健会诊专家。现任中华中医药学会急诊分会主任委员,世界中医药学会联合会呼吸病专业委员会会长,中医标准化委员会委员。

重症医学学科的发展是现代医学进步的重要标志之一。危重症患者病情往往错综复杂,作为一名优秀的重症医学专科医师,不仅需要娴熟的仪器设备使用能力,更需要培养良好的临床思维。近年来,随着重症医学日新月异的发展,各项专科指南不断推陈出新,如何掌握文献,并结合患者临床具体情况灵活运用指南,而不是一成不变地照搬指南进行诊疗,也需要考验医师的综合决断能力。

现代危重病医学的发展给许多重症患者带来生存机会的同时,也面对着更多的问题与挑战,如未能明显降低部分病种重症患者的病死率、抗生素滥用导致耐药菌株增加、新技术如有创治疗设备广泛使用带来的一系列并发症等。临床实践证明,中西医结合治疗危重症可以优势互补,相得益彰,提高危重症患者的救治成功率和生存质量。作为从事中西医结合的重症医学专科医学工作者,依托扎实的中医基础知识,面对日益增多的“老问题”,新技术带来的“新问题”,探寻中医药疗法参与重症救治的机会,凸显环节或阶段优势,针对不同重症疾病起关键作用或辅助作用,使中医药与现代医学手段有机结合,而不是被人质疑的中西医“混合”,努力追求“中医站在前沿,现代医学跟踪得上,给患者提供最佳诊疗方案,实现中西医融合的完美医学”的目标是青年医学工作者需要持之以恒不断努力的方向。

广东省中医院芳村重症医学科成立于2003年,《中西医结合救治危重症60例精解与评析》一书为韩云教授领导的团队从10年内共5000余例重症病例中,精心挑选亲身经治的精彩典型病例60例编撰而成。书中对于每一个具体案例不仅有临床思维的具体分析,更有对中西医结合点的思考与发挥,对中医重症学进行了有益探索。

本书理论联系实际,充分发挥中医在重症监护中的作用,客观评价中医的切入点与作用,是一部难得的佳作。作为该团队的指导老师,在指导他们查房、病例分析以及学科建设过程中,深感念于青年医学人的孜孜不倦努力和团结协作、锐意进取的精神以及本书出版的重要意义,爰乐为之序。

刘_云 韩_云
2013.11.18 于_{广州}

前 言

1958年,世界首个重症监护病房在美国巴尔的摩市立医院成立,发展至今,现代重症医学已走过半个多世纪的历程。我国的重症医学起步较晚,但在经历了重症急性呼吸综合征(SARS)、禽流感、汶川大地震、甲型H1N1流感(甲流)等一系列重大突发公共卫生事件后,重症医学在我国已迅速发展壮大。2005年3月18日,中华医学会重症医学分会成立大会在北京隆重召开,标志着我国重症医学事业的发展进入了一个新的阶段。学科建设方面,随着各项行业学术指南性文件内容的不断增加和完善,以及大家对指南的关注和积极讨论,重症医学的规范化进程也在不断提高。重症医学科的建设已成为医院综合水平及现代化发展的重要标志。

虽然重症医学的发展日新月异,诊疗技术及手段不断提高,但仍存在着很多目前难以解决的问题。以脓毒症为例,自2002年发起并签署“巴塞罗那宣言”以来,大家对脓毒症的关注度和研究不断增多,但在5年内将“脓毒症”的死亡率减少25%这一目标仍难以实现。业内对解决脓毒症及其导致的多器官功能障碍进程中存在的全身炎症反应的调控、免疫稳态的维持、耐药菌感染的控制等方面缺乏切实有效的方法,治疗困难重重,陷入发展的瓶颈。

中医学是我国传统医学的伟大宝库,但在很长一段时间被冠以“慢郎中”的名号,被认为在慢性病的调理方面具有优势,而在急危重症的抢救方面需让位于现代医学。事实上,中医药治疗危急重症源远流长,早在《黄帝内经》中就对常见危重症从病因、病机、证候等多方面作了深入的阐述,伤寒、温病等学说进一步充实完善了相关内容,现代研究也证实,附子、人参、大黄、丹参等药在心力衰竭、急腹症、胸痹心痛等急危重症中有其独到的疗效,而对于中医药在防治肠源性脓毒症、改善肠内营养、调节免疫状态等方面的研究也在不断深入开展。

北京大学人民医院的安友仲教授曾提出:西医强调物质基础,具体而微;中医讲究全身平衡,抽象而宏。重症医学恰恰既需要客观了解各种具体而微的病因病理,又需要注重整体各器官系统的宏观平衡稳态,于纷杂中去粗取精、去伪存真,迅速抓住主要矛盾和矛盾的主要方面,提纲挈领,治病救命。因此,重症医学也是从根本上进行中西医结合的最佳学科之一。

广东省中医院芳村重症医学科成立于2003年,恰逢SARS横行,在与SARS战斗的过程中,运用中西医结合的手段,有效提高了SARS的救治成功率,受到世界卫生组织的认可。我科现有监护床位16张,建科10年来,得到全国名老中医、中华中医药学会急诊分会主任委员、世界中医药学会联合会呼吸病专业委员会会长晁恩祥教授,广东省中医院主任导师、学科学术带头人刘伟胜教授的长期指导,积极探索以中西医治疗的手段救治危重症,尤其在中西医结合降低脓毒症多器官功能障碍综合征病死率及提高呼吸衰竭患者脱机成功率方面积累了丰富的丰富有效的临床经验。本书由科室骨干医护人员从5000余例亲身经治案例中,精心

挑选具有代表性包含各大系统的经典病例编撰而成,图文并茂。分为脓毒症与多器官功能障碍综合征、重症呼吸、重症心血管、重症神经、重症消化、重症肾病、重症内分泌与代谢疾病、重症血液与结缔组织病、重症创伤、中毒等十大章节,共录入疑难危重病例 60 例。文中着重体现对各具体疾病诊治关键点的思考、判断及处理,并结合现代医学进展进行分析,尤其是中医切入点探讨及中西医结合的临床思路。每篇病例后均附有名家点评,指出病例诊治过程中的亮点与不足。

本书在整理成文过程中得到中日友好医院晁恩祥教授、广东省中医院刘伟胜教授、黄春林教授及香港浸会大学徐大基教授的大力支持及帮助,在此致以衷心的感谢!

大量临床事实证明,中西医结合治疗优于单纯的西医治疗或单纯的中医治疗,它们优势互补,相得益彰,降低了医疗费用,提高了危重症患者的救治成功率和生存质量。如何寻找中西医各自的优势,并将其有机结合、取长补短,共同发挥最佳疗效,提高救治率、降低病死率是我们共同的目标;如何寻找突破口、结合点是我们持之以恒需要不断努力的方向。我们希望通过本书的出版发行,能与广大从事重症医学的西医或中医同道针对危重症的疑难问题进行探讨,起到抛砖引玉的作用,共同促进重症医学的进一步发展。

编 者

2014 年 8 月 1 日

目 录

第一章 脓毒症与多器官功能障碍综合征	1
病例 1 肠源性脓毒症并多器官功能障碍综合征	1
病例 2 尿源性脓毒症并多器官功能障碍综合征	7
病例 3 帕金森病合并重症肺炎、呼吸衰竭	12
病例 4 重度大疱表皮松解坏死型药疹并多器官功能障碍综合征	17
病例 5 脓毒症合并黄疸、急性肾损伤	23
病例 6 脓毒症并急性左心衰竭	27
第二章 重症呼吸	33
病例 1 重症肺炎致急性呼吸窘迫综合征	33
病例 2 慢性阻塞性肺疾病急性加重期困难脱机	40
病例 3 慢性阻塞性肺疾病急性加重期并发纵隔气肿、气管食管瘘	48
病例 4 重症支气管哮喘	53
病例 5 急性酒精中毒误吸致急性呼吸窘迫综合征	59
病例 6 特发性间质性肺炎并重症感染	66
病例 7 显微镜下多血管炎并重症肺炎	73
病例 8 急性肺脓肿	80
病例 9 单侧肺合并呼吸衰竭	87
病例 10 大量胸腔积液并休克	91
病例 11 鼻咽癌后遗症并重症吸入性肺炎	97
第三章 重症心血管	105
病例 1 急性 ST 段抬高型心肌梗死	105
病例 2 急性冠状动脉综合征致心脏骤停	112
病例 3 急性左心衰竭	118
病例 4 高龄重度心力衰竭并心脏骤停	123
病例 5 急性肺栓塞	129
病例 6 感染性心内膜炎	135
病例 7 先天性长 QT 间期综合征	141

病例 8 病毒性心肌炎	147
-------------------	-----

第四章 重症神经

病例 1 小脑梗死	153
病例 2 脑出血手术治疗	158
病例 3 脑出血内科治疗	164
病例 4 蛛网膜下腔出血	169
病例 5 癫痫持续状态	174
病例 6 病毒性脑膜炎	180
病例 7 重症肌无力	185
病例 8 急性吉兰 - 巴雷综合征	191
病例 9 破伤风	196

第五章 重症消化

病例 1 急性非静脉曲张性上消化道出血	202
病例 2 血吸虫性肝硬化致急性上消化道出血	209
病例 3 重症急性胰腺炎	214
病例 4 急性梗阻性化脓性胆管炎	223
病例 5 肠梗阻	228

第六章 重症肾病

病例 1 急性肾损伤	235
病例 2 腹腔间隔室综合征并急性肾损伤	240
病例 3 慢性肾衰竭合并播散性隐球菌病	246
病例 4 梗阻性肾病、左肾穿刺造瘘术后失血性休克、多器官功能障碍综合征	252

第七章 重症内分泌与代谢疾病

病例 1 重症乳酸酸中毒并酮症酸中毒	261
病例 2 重度糖尿病酮症酸中毒并急性胰腺炎	266

第八章 重症血液与结缔组织病

病例 1 严重粒细胞缺乏并化脓性扁桃体炎	273
病例 2 急性早幼粒细胞白血病并分化综合征	279
病例 3 骨髓增生异常综合征并重症肺炎、多器官功能障碍综合征	285

病例 4 狼疮性肾炎、感染性休克、多器官功能障碍综合征	292
病例 5 成人斯蒂尔病并巨噬细胞活化综合征	299
第九章 重症创伤	307
<hr/>	
病例 1 严重多发性创伤	307
病例 2 重度肺挫伤	317
病例 3 腹部创伤致急性弥漫性腹膜炎	322
病例 4 骨筋膜间室综合征	328
第十章 中毒	334
<hr/>	
病例 1 有机磷农药中毒	334
病例 2 乌头碱中毒	342
病例 3 氯气中毒	346
病例 4 苯磺酸氨氯地平中毒	351
病例 5 高锰酸钾粉中毒	355
病例 6 组胺中毒	359
附录 1 常用实验室检查英文简称及正常值	362
<hr/>	
附录 2 常用缩略语中英文对照	366

病例1 肠源性脓毒症并多器官功能障碍综合征

[典型病例]

岑某,女,41岁,2009年5月24日入院。

主诉:腹痛、高热伴恶心呕吐17小时。

现病史:患者昨晚进食烧鹅等肥腻之品,当晚23时左右出现腹胀痛,呕吐胃内容物2次,无发热腹泻。至凌晨4时腹痛加重,右下腹为主,高热,测体温 39°C ,伴寒战、大汗淋漓,解黄色稀烂便1次。至当地医院就诊,查血常规基本正常,诊断为“急性胃肠炎”,予头孢呋辛等治疗后病情未见好转,今晨7时测 $T\ 39^{\circ}\text{C}$, $BP\ 90/60\text{mmHg}$,于9时转至我院急诊就诊,测 $T\ 37.9^{\circ}\text{C}$, $BP\ 87/58\text{mmHg}$, $HR\ 96\text{次/分}$, $R\ 22\text{次/分}$;查血常规: $WBC\ 7.2\times 10^9/L$, $RBC\ 3.62\times 10^{12}/L$, $HGB\ 109\text{g/L}$, $HCT\ 31.8\%$, $PLT\ 174\times 10^9/L$;生化: $K^+\ 2.98\text{mmol/L}$, $TCO_2\ 17.3\text{mmol/L}$, $LAC\ 5.82\text{mmol/L}$;血气分析: $pH\ 7.374$, $PCO_2\ 30.5\text{mmHg}$, $PO_2\ 151.1\text{mmHg}$, $BE\text{-}ecf\ -6.9\text{mmol/L}$;肝肾功能、血淀粉酶正常,血HCG阴性。胸部、腹部X线片:双肺未见明确实质病变,心影增大,左室大,小肠郁积,未除梗阻。给予扩容、抗感染等治疗,腹痛症状未见缓解,留观期间呕吐黄褐色胃内容物3次,至下午14时体温 39.9°C ,血压未改善,收入重症监护室(ICU)监护治疗。

入院时见:神清,精神萎靡,高热,四肢厥冷,无汗出,下腹部持续性胀痛,恶心欲呕,小便可,纳眠差,解黄色稀烂便1次。

既往史:10年前宫外孕病史,行保守治疗。

入院查体: $T\ 39.4^{\circ}\text{C}$, $R\ 31\text{次/分}$, $BP\ 80/52\text{mmHg}$, $SpO_2\ 97\%$ (面罩中流量吸氧);双肺呼吸音清,未闻及啰音;心界不大, $HR\ 120\text{次/分}$,律齐,未闻及瓣膜杂音。腹肌紧张,下腹部明显,下腹压痛(+),反跳痛(+),肝脾肋下未触及,未触及包块,肝肾区无叩击痛,麦氏点压痛(-),墨菲征(-),移动性浊音(-),肠鸣音减弱,2次/分。舌黯红,苔腻微黄,脉细数无力。

入院诊断:

中医:①腹痛(湿热中阻);②厥脱证(内闭外脱)。

西医:①腹痛(查因:腹膜炎?盆腔炎?肠梗阻?);②休克(感染性?)。

辅助检查:复查血常规: $WBC\ 10.30\times 10^9/L$, $NEUT\ 9.43\times 10^9/L$, $RBC\ 3.45\times 10^{12}/L$, $HGB\ 106\text{g/L}$;粪便常规:黏液(+),白细胞(++)/HP,潜出血(+); $ESR\ 22.0\text{mm/h}$, $LAC\ 3.78\text{mmol/L}$; $CRP\ 127.0\text{mg/L}$;血气分析: $pH\ 7.374$, $PCO_2\ 26.4\text{mmHg}$, $PO_2\ 112.5\text{mmHg}$;凝血功能正常;肝功能: $TP\ 53.3\text{g/L}$, $ALB\ 32.4\text{g/L}$, $ALP\ 36\text{U/L}$, $GGT\ 104\text{U/L}$, $TBIL\ 46.0\mu\text{mol/L}$, $DBIL\ 29.6\mu\text{mol/L}$, $IBIL\ 16.4\mu\text{mol/L}$, $PA\ 136\text{mg/L}$;生化: $Urea\ 7.65\text{mmol/L}$, $UA\ 563\mu\text{mol/L}$ 。

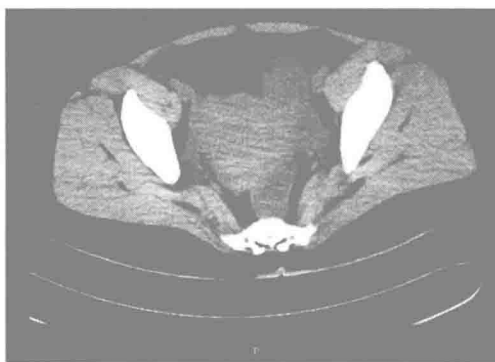


图 1-1-1 盆腔 CT:子宫增大,子宫左侧可见可疑软组织团块影



图 1-1-2 腹部 CT 重建:腹部肠道积气

诊治过程:入院后行妇科检查未见明显肿块、触痛、分泌物不多;妇科阴道 B 超:子宫稍大,子宫小肌瘤,左附件混合性包块(性质待定)并少量积液。同时完善全腹部 CT 检查:①子宫体积增大,不排除子宫肌瘤,建议必要时进一步检查;②脂肪肝、脾稍大;③双侧胸腔少许积液,腹部肠道积气(图 1-1-1,图 1-1-2)。治疗上行深静脉置管,液体复苏抗休克,经液体复苏后血压仍低,予小剂量去甲肾上腺素泵入维持血压;予亚胺培南-西司他丁钠、奥硝唑注射液静脉滴注抗感染,奥美拉唑注射液静脉推注抑酸护胃,谷胱甘肽静脉滴注护肝降酶,予开塞露灌肠通便,并予免疫支持等治疗。

中医方面,入院时患者虽高热、腹痛,但精神萎靡、四肢厥冷、脉细数无力,有阳气欲脱之象,当时腹痛查因未服用中药,静脉滴注参麦注射液以益气扶正、急固其本。次日患者精神改善,肤温转暖,下腹部持续性胀痛,伴发热、恶心欲呕、气促等为主,辨证属于湿热中阻、腑气不通,加用四黄水蜜(广东省中医院院内制剂,主要成分为大黄、黄柏、黄连等)外敷腹部以清热祛瘀,予宣白承气汤加减(生石膏 30g^{先煎},大黄 20g^{后下},桃仁 20g,瓜蒌皮 15g,枳实 30g,厚朴 30g)保留灌肠以通腑泄热,灌肠后患者解黄褐色烂便 6 次,量共约 550ml。

第 3 天(5 月 27 日)患者仍有发热,无恶寒,有汗出,下腹部胀痛较前缓解,时恶心欲呕,呼吸急促,四肢温,禁食,大便次数多、呈褐色烂便,并有较多黏液,舌黯红,苔腻微黄,脉滑数。床边监测提示血压平稳,已停用去甲肾上腺素。复查血气分析(面罩吸氧 5L/min):pH 7.395,PCO₂ 31.9mmHg,PO₂ 69.0mmHg。患者已无四肢厥冷、大汗淋漓、脉无力等脱证表现,停用参麦注射液,辨证考虑湿热阻滞中焦,以清热祛湿止泻为法,予三仁汤合葛根芩连汤加减(黄芩 20g,黄连 10g,白蔻仁 15g,苡仁 20g,北杏 9g,葛根 20g,苍术 15g,厚朴 15g,法半夏 15g,绵茵陈 20g,布渣叶 20g,木香 5g^{后下})。并予进食米汤水 100ml、每日 3 次,予肠安胶囊、藿香正气水口服以清热利湿止泻,加强肠道调理。5 月 28 日起发热基本消退,腹痛、气促缓解。

5 月 29 日患者出现左背部疼痛,复查 B 超:腹腔未见明显积液,右侧胸膜腔少量积液,左侧胸膜腔中量积液,内见分隔;6 月 1 日在床边 B 超定位下行胸腔穿刺术,抽出黄色微浊胸水,查胸水常规:李凡他试验弱阳性,WBC 0.62 × 10⁹/L,单个核细胞 12%,多个核细胞 88%,其他(红细胞)(+);胸水生化:TP 52.1g/L,余正常;胸水抗酸染色未发现结核杆菌;ESR 105.0mm/h;CEA 正常;风湿三项:CRP 84.0mg/L,余正常;胸部 CT:①右肺中叶及左肺上叶舌

段炎症;②左侧胸腔包裹性积液并左肺下叶及右肺下叶后基底段不张;③右下肺局限性胸膜增厚、粘连(图 1-1-3,图 1-1-4)。行纤维支气管镜检查:①支气管炎;②左下叶支气管外压变形。继续使用白蛋白营养支持,改用头孢哌酮-舒巴坦钠抗感染。

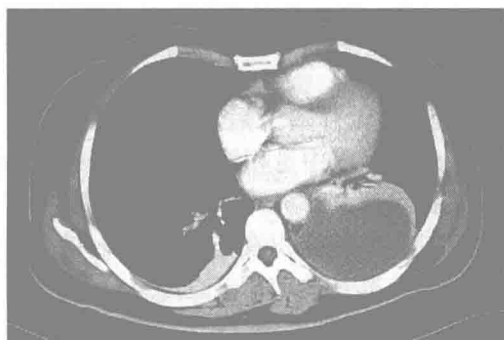


图 1-1-3 胸部 CT:左侧胸腔包裹性积液并局部肺不张

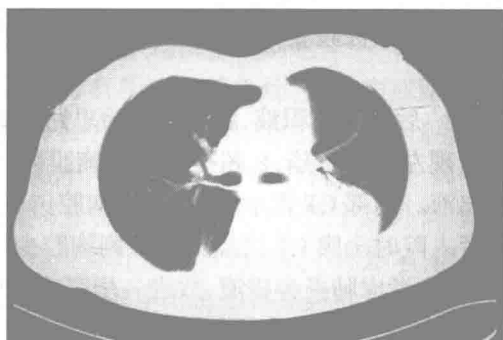


图 1-1-4 胸部 CT:左侧胸腔包裹性积液,右下肺局限性胸膜增厚、粘连

中医方面,6月2日患者仍诉左肩背部疼痛,全身重坠感,咳嗽,偶咯黄黏痰,口干无口苦,并出现低热,纳差,眠一般,小便调,昨日解大便5次,稀烂臭秽。舌淡黯,苔厚腻微黄,脉细滑略数。治以清热去湿化痰为法,方以三仁汤合金苇茎汤加减:苇茎 15g,桃仁 10g,苡仁 20g,冬瓜仁 10g,白蔻仁 10g,北杏 9g,法半夏 15g,苍术 15g,甘草 10g,黄芩 15g,鱼腥草 20g。

经治疗,患者精神明显好转,低热亦退,咳嗽咯痰明显减轻,大便每日3次,生命体征平稳,6月4日转呼吸内科继续治疗,后复查胸片示肺部炎症及胸腔积液均吸收,6月20日出院。

出院西医诊断:①脓毒症;②多器官功能障碍综合征(循环、呼吸);③局限性腹膜炎;④急性胃肠炎;⑤肺部感染;⑥包裹性胸腔积液。

[诊治评析]

患者以腹痛、高热、呕吐为主症,起病急、进展快,入院时已存在感染性休克及急性肺损伤,早期积极的抗感染治疗和液体复苏是控制病情的关键措施;尽快明确诊断、治疗原发病及肠道调理是控制病情的重点。结合患者的诊治过程,主要有以下两点体会:

1. 入院时腹痛的鉴别诊断 患者中年女性,进食肥腻之品后急性起病,以下腹持续性胀痛、高热、恶心呕吐为主要表现,查体下腹腹肌紧张,下腹左侧及正中压痛阳性,局部反跳痛阳性,腹膜刺激征阳性,结合血常规提示白细胞总数及中性粒细胞比值均增高,C-反应蛋白(CRP)明显增高,考虑局限性腹膜炎,诊断明确。发病时伴四肢厥冷、心率快、血压低,存在休克表现,经补液扩容后改善不理想,考虑为感染性休克。但该患者腹膜炎病因并不十分明确。患者急性起病,下腹胀痛,初始时伴有呕吐,大便排出不畅,以后大便稀烂,伴高热,粪便常规提示存在黏液及红细胞、白细胞,存在明确的肠道感染,故首先考虑是否同时存在外科急腹症,但血淀粉酶正常排除急性胰腺炎,腹部平片示胃扩张,结肠郁积,不支持肠梗阻诊断,进一步的全腹部CT仅提示腹部肠道积气,未见膈下游离气体及其他异常征象,不支持常

见的肠道炎症化脓穿孔,如急性阑尾炎穿孔等导致的局限性腹膜炎,故外科急腹症支持依据不多。患者以下腹偏左疼痛为主,入院时行阴道B超提示左附件性质不明混合性包块,故需要考虑是否妇科急腹症,但患者既往月经规则,近几月否认性生活史,HCG正常,妇科检查未见明显肿块、触痛、分泌物不多,结合全腹部CT检查结果,支持点亦不充分。综合分析,考虑患者局限性腹膜炎病因是否与严重肠道感染,肠道细菌、毒素移位有关,进而引起腹膜炎表现。

2. 后期胸腔积液、肺炎的诊治思路 患者入院后经积极治疗,5天后发热退,腹痛缓解,但出现左背部疼痛,B超提示右侧胸膜腔少量积液、左侧胸膜腔中量积液;胸水检查提示为渗出液。胸部CT提示肺炎、左侧胸腔包裹性积液。根据胸部CT结果,肺部感染诊断明确,患者入院时全腹CT已经提示双侧胸腔少许积液,但后期左侧胸腔积液进一步增多,结合病史,首先考虑肺炎旁积液,故进一步完善痰培养检查。此外,按照胸腔积液查因进行考虑,需注意除外结核性、恶性肿瘤等常见的病因。给予查结核杆菌抗体测定、结核菌素试验(PPD试验)、痰涂片查抗酸杆菌。CEA正常,腹部CT未见占位,不支持消化道肿瘤。胸部CT提示存在双下肺不张,除炎症因素外,考虑患者之前存在频繁呕吐情况,尚需注意除外误吸可能,此外肿瘤因素亦有待排除,故完善纤维支气管镜检查。治疗上继续头孢哌酮抗感染,使用白蛋白提高胶体渗透压、减轻胸水,治疗后定期复查胸水B超、评估治疗效果。经完善上述检查措施,治疗后动态复查,可排除结核、肿瘤等因素。

[现代医学进展]

胃肠道是人体内能源物质的主要提呈器官,同时参与体内免疫、屏障、代谢、内分泌等重要功能,是机体防御外来致病微生物侵犯的主要防线。胃肠道存在以下特点:它是体内对创伤等应激反应最为敏感、反应最为严重、最难恢复至生理稳态的器官之一;胃肠道黏膜的供血系统存在解剖上的“生理缺陷”,易受各种病理因素的干扰,出现缺血、缺氧;肠道是人体最大的细菌及内毒素贮存库。这些细菌及毒素在正常情况下并不危害机体健康,但在病理情况下,可通过受损的肠黏膜屏障迁移到肠系膜淋巴组织、淋巴液、血液和肠外组织器官,发生肠源性脓毒症(gut origin sepsis, GOS),甚至脓毒症休克和多器官衰竭。虽然医疗条件不断改善,但肠源性脓毒症的病死率一直居高不下。

目前尚无单独针对肠源性脓毒症的诊断标准。肠源性脓毒症的诊断主要根据患者的病史和一般脓毒症症状。当遇到患者出现脓毒症的临床表现,又找不到明确的感染灶时,是否源于肠道,应有所考虑。

肠源性脓毒症的病理生理机制极其复杂,尚无经典的治疗模式。早期识别、及时诊断、有效防治肠源性脓毒症的形成与发展,是提高急危重症救治成功率的关键之一。肠源性脓毒症的治疗原则是以治疗原发病为主,而不仅仅着眼于治疗已经形成的脓毒症。胃肠黏膜屏障功能受损是肠道细菌移位及肠源性脓毒症的基础,因此保护胃肠黏膜屏障功能是关键。目前治疗措施主要包括以下几方面:

1. 全身整体治疗 ①纠正休克,改善胃肠道微循环;②保证组织的供氧,必要时行机械通气;③促进肠蠕动,预防肠麻痹;④应用氧自由基清除剂,减轻胃肠道缺血及再灌注损伤;⑤在烧伤引发的肠源性脓毒症模型,外源性生长激素和胰岛素样生长因子对动物的转归有明显和积极的作用,这可能与它们增强宿主防御作用有关;⑥动态监测胃液pH,预防

应激性胃肠道溃疡的发生;监测胃肠黏膜微循环灌注、碱性磷酸酶同工酶、肠脂肪酸结合蛋白等等。

2. 抗生素的应用 对急性危重病患者而言,感染初期的起始治疗很关键。在早期可根据致病菌的来源经验性地选择一种或联合应用抗菌药物,后期应根据培养及药敏结果选用适当的抗菌药物。此外,应该注意评估抗生素可能带来的二次菌群紊乱问题。

3. 正确处理基础疾病,控制感染源 脓毒症患者如有明确的感染灶,如体表或腹腔内脓肿,应积极外科手术干预,充分引流感染部位。但外科手术干预可出现出血、瘘管、脏器损伤等并发症。寻找控制感染源的最佳时机应综合考虑外科手术干预治疗的利与弊。

4. 合理的营养支持治疗 临床上认为,对危重病患者,肠内营养途径优于肠外营养补给途径,但由于脓毒症会减少肠系膜血流量,对胃肠道屏障和代谢功能造成不良影响,因此,胃肠道营养治疗的时机与方式非常关键。此外,在胃肠营养中可适当补充有助于提高黏膜屏障和全身免疫功能的制剂,如纤维素、谷氨酰胺、精氨酸、 ω -3 脂肪酸、亚油酸等。

5. 调节胃肠菌群 在胃肠内营养中提供人体的常驻菌,使之与肠内致病菌竞争,有助于恢复胃肠内正常菌群。目前已被作为益生菌的乳杆菌主要有:嗜酸乳杆菌、双歧杆菌等。但是由于乳杆菌不但种类繁多,而且有众多的表现型和基因型,因此其筛选和评价一直是难题。

6. 选择性肠道去污染疗法 选择性肠道去污染疗法是给危重患者口服不吸收的窄谱抗生素,直接杀灭肠腔内潜在的致病菌(肠道需氧革兰阴性杆菌和真菌),并不影响厌氧菌的生物活性,从而达到保护肠道厌氧菌,提高机体抗定植能力,降低全身性感染发生率的目的。选择性肠道去污染疗法存在的问题是该疗法可能促进耐万古霉素肠球菌、革兰阳性球菌、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌及肺炎克雷伯杆菌的定植,而上述细菌在许多医院为院内感染常见菌。

[中医切入点]

1. 古代医家对腹痛的认识 对于腹痛,《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》已对其辨证论治作了初步论述,“病者腹满,按之不痛为虚,痛者为实,可下之。舌黄未下者,下之黄自去”;李东垣则明确提出“痛则不通”的病理学说,并在治疗上确立了“痛随利减,当通其经络,则疼痛去矣”之说,在具体的临床辨证思路上,当注意区分热毒、湿热、气滞、寒凝、血瘀、食滞等各种病邪,根据病邪性质而因势利导之,通其经络。

2. 本案例的辨治思路 患者居住南方,饮食失洁,湿热之邪聚于中焦,气机不畅,不通则痛,则见腹胀痛;湿热中阻、胃气上逆,则呕吐;高热为湿热熏蒸酿毒之象。其腹满为按之痛者,且舌黯红、苔腻微黄,有“可下”之征。但入院时大汗淋漓、精神萎靡、四肢厥冷、脉细数无力,此为邪气内闭,正不胜邪,正气外脱之征,根据“危以救急”的治疗原则,当紧急顾护患者正气。患者入院时腹痛原因未明,且频频呕吐,药食难进,故先予静脉滴注参麦注射液益气扶正。次日精神改善,肤温转暖,仍存在下腹部持续性胀痛、恶心欲呕,此时是采用下法的较好时机,而外治法是较为可靠的治疗途径,故以宣白承气汤加减保留灌肠以通腑泄热,组方上,患者存在“痞、满、实”证,但并无燥邪,故去芒硝;热毒之象明显,故加入生石膏直折其火;有气促之征,加入瓜蒌皮、桃仁以化痰宣肺、活血理肺。同时四黄水蜜外敷腹部以清热活血,从湿热、瘀血、气滞等几个疾病环节去其邪、通其络,以达“通则不痛”之效。