



浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书

浙江省中医 (中西医结合) 单病种 诊疗规范

主编 肖鲁伟 张 平 王坤根

浙江科学技术出版社



浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书

浙江省中医 (中西医结合) 单病种 诊疗规范

(试行)

主 编 肖鲁伟 张 平 王坤根

浙江科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

浙江省中医(中西医结合)单病种诊疗规范/肖鲁伟,张平,
王坤根主编. —杭州:浙江科学技术出版社,2006.9

ISBN 7-5341-2917-6

I. 浙... II. ①肖... ②张... ③王... III. ①中医学
临床—规范 ②中西医结合疗法—规范 IV. R2-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 081706 号

丛 书 名	浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书
书 名	浙江省中医(中西医结合)单病种诊疗规范
主 编	肖鲁伟 张平 王坤根
出版发行	浙江科学技术出版社
联系电话	(0571)85103041
印 刷	杭州富春印务有限公司
开 本	889×1194 1/16
印 张	21.75
字 数	499 000
版 次	2006 年 9 月第 1 版
印 次	2006 年 9 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 7-5341-2917-6
定 价	38.00 元
责任编辑	宋 东
封面设计	金 晖

版权所有

翻印必究

浙江省医疗机构管理与诊疗技术规范丛书

编 委 会

总 编 李兰娟 杨泉森 张 平 叶 真
副 总 编 马伟杭 王 玲 徐伟伟 周爱珍 张孟华
执行总编 马伟杭 徐伟伟
编 委 (以姓氏笔画为序)

干建新	马胜林	王 楨	韦 翊	厉有名
石其昌	叶再元	吕 宾	江 飞	江观玉
岑美仙	严力行	杨建华	吴尚武	吴章穆
何 超	余传定	沈延澄	沈堂彪	宋 康
张乐鸣	张伟民	张苏展	张秀华	张启瑜
张国荣	张萍萍	陆永良	陈 农	陈 鹏
陈伟能	陈庆廉	陈肖鸣	陈学奇	陈海啸
郑树森	赵 凯	赵士芳	赵正言	赵怀峰
胡斌春	柳子明	祝世法	骆 啸	姚蕴伍
袁建华	倪型灏	徐少文	徐向东	黄伟彩
董玉娥	童跃烽	谢 幸	谢立平	滕建荣

2006

浙江省中医(中西医结合)单病种诊疗规范(试行)

编委会

主 编:肖鲁伟 张 平 王坤根

副主编:王 玲 宋 康 沈堂彪 吕 宾 陈学奇

编 委:(按姓氏笔画为序)

马红珍	马镇川	王 玲	王 真	王 辉
王 颖	王坤根	王维佳	王新华	王慎鸿
毛 威	厉 驹	卢建华	丛 品	冯红德
吕 宾	吕宝荣	朱 东	朱永琴	朱肖鸿
朱渊红	乔 樵	华 江	刘 强	孙 岩
李 岚	李学铭	何煜舟	沈堂彪	宋 康
宋欣伟	张 平	张 源	陈 华	陈 眉
陈 健	陈 珺	陈学奇	陈培丰	林胜友
范一宏	欧 春	罗秀素	季卫锋	周郁鸿
孟立娜	侯 群	洪钱江	宣丽华	姚连兴
贾晓航	倪海祥	徐 峻	郭 勇	黄 琦
黄小民	黄兆铨	黄晓明	曹启峰	章建华
董 勤	蒋学禄	舒琦瑾	鲁科达	童培建
楼丽华	虞荣喜	潘海英	魏佳平	

编 审:(按姓氏笔画为序)

王 辉	王永钧	方剑乔	朱彩凤	邬成霖
张永华	范永升	金宏义	钱可大	徐 珊
徐再春	徐志瑛	高祥福	康曼丽	谢 幸
魏克民				

序 言

近年来,随着社会发展和卫生改革的逐步深入,健康在整个经济社会发展和社会进步中的地位和作用日益显现,正成为构建和谐社会、改善社会公平的重要指标和影响因素。中医药作为医疗服务体系的重要组成部分,在医疗、预防、保健、康复、养生方面积累了丰富的知识和经验,深受广大人民群众의信任和欢迎,在满足人民群众日益提高的健康需求中正发挥着重要的作用,并取得了显著的成效。

浙江是中医药大省,历代名医辈出,流派纷呈,学术繁荣,资源丰富,在中医药发展史上具有十分重要的地位和影响。多年来,浙江省委、省人大、省政府、省政协对中医药事业的发展给予了极大的关心和支持,积极为中医药工作创造良好的发展环境和政策支撑。去年7月,省委十一届八次全会率先在全国提出了加快建设卫生强省的战略目标,作出了全面实施中医药攀登工程等卫生强省“六大工程”的重大决策部署,并纳入了国民经济和社会发展第十一个五年规划,这为促进我省中医药事业发展提供了组织保证和强劲动力。

中医药的特色与优势,是中医药事业赖以生存与发展的基石和灵魂。长期以来许多专家学者对中医药的特色与优势进行了大量的研究,并形成了初步共识。中医药不仅具有文化和哲学性质及人文社会科学属性,而且作为一门研究保健养生和疾病防治的医学,在理论上有独特的学术观,其本质特征是从整体联系的角度、功能的角度、运动变化的角度来把握生命的规律和疾病的演变,在实践中体现为个性化的辨证论治、求衡性的防治原则、人性化的治疗方法、多样化的干预手段、天然化的用药取向等特点,在医疗活动中表现出临床疗效确切、用药相对安全、服务方式灵活、费用比较低廉等优势。但由于中医药发展基础的薄弱、传承能力的弱化、理论创新的滞后、高级人才的匮乏、服务手段的单一,从而造成了在以现代医学为主的医疗保健体系中,中医药的特色与优势未能得到强有力的彰显。在今后相当长的一段时期里,如何在继承与创新的基础上,有效地保持发挥中医药的特色与优势将是所有中医药工作者面临的共同课题。

长期的工作实践表明,中医药事业的出发点和落脚点是最大程度地提高临床疗效。因此,临床诊疗规范的标准化研究将是保持发挥中医药特色与优势的

重要载体和主要抓手。国家中医药管理局在日前印发的《中医药标准化发展规划(2006~2010年)》中明确指出,在临床标准研究方面的主要任务是以提高中医临床疗效、规范中医医疗技术服务行为为目的,围绕常见病、多发病及重大疾病,重点加强中医、中西医结合临床病证诊疗指南的制修订。浙江省中医药管理局敏锐地把握住了这一工作主线,组织专家历时一年时间编写了这本《浙江省中医(中西医结合)单病种诊疗规范(试行)》,比较全面客观地介绍了58个中医药单病种的诊断标准及要点、辨证分型及各类型的临床表现、治疗原则、辨证施治及现代医学的最新治疗进展、诊疗策略选择及疗效判定等,内容翔实,具有较强的可操作性。在“十一五”期间,诊疗规范的研究工作将列入浙江省中医药攀登工程的重点项目,针对中医、中西医结合诊疗具有比较优势和特色的单病种诊疗方案开展深入、系统的科学化、规范化研究工作,特别是对能够显著提升中医药诊疗水平、提高临床疗效的关键技术及医疗策略的研究,通过不断的补充和完善,形成100个疗效确切、技术规范、水平先进的中医、中西医结合单病种诊疗规范。

我相信,随着这项工作的深入开展,一定能够进一步规范我省中医、中西医结合临床诊疗行为,培养一批科研素质高、实践能力强、诊疗技术精湛的中医药科研及临床骨干队伍,最大限度地发挥中医药的特色与优势,不断提高中医医疗、科研、教育、管理水平,全面提升中医药临床诊疗能力和学术发展水平,促进全省中医药事业全面协调可持续发展,为推动卫生强省建设,保障人民健康,促进经济社会发展做出新的贡献。

以此为序。

中国工程院院士
浙江省卫生厅厅长

李在娟

2006年8月

编写说明

为进一步发扬光大祖国传统医学,促进中医药现代化进程,更好地发挥中医药的特色和优势,将中医药诊疗手段与现代临床诊疗有机结合起来,切实规范临床诊疗行为,提高医疗质量和临床疗效,根据浙江省卫生厅和浙江省中医药管理局的部署,组织编写了这本《浙江省中医(中西医结合)单病种诊疗规范(试行)》。

本《规范》病种选择的原则,一是中医药特色优势明显、疗效显著、安全可靠,二是以常见病、多发病为主。根据宁缺毋滥、循序渐进的要求,收录了内外妇儿骨伤针灸等18个专业58个病种。

本《规范》的编写体例遵循创新性、科学性、实用性的原则,以临床学科分类为纲,以单病种为目。每一单病种的内容包括:

- (1) 病名:采用西医病名及定义,同时阐明中医范畴。
- (2) 诊断:主要以现代医学角度从症状、体征、实验室检查、辅助检查等方面进行简要描述。
- (3) 辨证分型:以中医理论为指导,简述该病的病机特点,主要分型,每型有主证、次证、舌脉。
- (4) 治疗方案:按治疗原则及中医和西医三个部分进行简述。①治疗原则:主要表述对该病诊治的总原则,中西医都能遵循,力求简洁明了;②辨证施治:首先表述中医对该病的病机认识及诊疗法则,继而分型或分证论治,列出主方、主药;③西医治疗:简述现代医学对该病的处理常规。
- (5) 诊疗策略的选择:根据临床路径和疾病转归提出在诊断和治疗过程中的中西医诊疗策略选择。
- (6) 疗效评判标准:多引用专业共识或《中药新药临床研究指导原则》采用的标准。
- (7) 参考文献:诊断标准、疗效评判等均注明出处,某些特殊诊疗方法和超常规药物剂量,亦有参考文献。

本书自2005年初的正式编写开始到付印,历时一年半。本书具体编写以浙江省中医院专家为主,并广泛征求了全省中医、中西医结合和西医各方面专家的

意见,数易其稿。期间浙江省卫生厅、浙江中医药管理局组织各方面专家多次专题讨论。本书的出版凝聚了全省 100 多位领导、专家学者的心血,是集体智慧的结晶。

编写组全体人员在编写过程中竭力做到准确引用、客观描述、完整表达,对定义、诊断标准、辨证分型、治疗方案、疗效评判标准及药物剂量、单位、用法等进行了反复斟酌和校对,并广泛听取了省内方方面面专家的意见,几经审稿和论证。但作为省内第一本正式出版发行的《中医(中西医结合)单病种诊疗规范(试行)》,是一次创新与探索,而科学发展日新月异,中医药理论与临床经验不断发展,因此书中难免存在不足与缺憾,有待今后不断总结提高。敬请临床工作者在使用本规范过程中不吝赐教,提出宝贵建议,以便在再版时补充、修订、完善。

编委会

2006 年 8 月

目 录

第一章 内科疾病 / 1

- 第一节 多脏器功能不全综合征 / 1
- 第二节 休克 / 6
- 第三节 心脏骤停与心肺脑复苏 / 15
- 第四节 病毒性心肌炎 / 20
- 第五节 原发性高血压 / 24
- 第六节 冠心病心绞痛 / 31
- 第七节 急性脑血管病 / 37
- 第八节 帕金森病 / 47
- 第九节 偏头痛 / 54
- 第十节 重症肌无力 / 61
- 第十一节 社区获得性肺炎 / 65
- 第十二节 慢性阻塞性肺病 / 70
- 第十三节 支气管扩张症 / 77
- 第十四节 支气管哮喘 / 83
- 第十五节 原发性支气管肺癌 / 92
- 第十六节 消化性溃疡 / 97
- 第十七节 上消化道出血 / 102
- 第十八节 溃疡性结肠炎 / 107
- 第十九节 原发性肝癌 / 113
- 第二十节 胃癌 / 118
- 第二十一节 大肠癌 / 125
- 第二十二节 慢性肾小球肾炎 / 130
- 第二十三节 肾病综合征 / 135
- 第二十四节 慢性肾衰竭 / 140
- 第二十五节 糖尿病 / 145
- 第二十六节 甲状腺功能亢进症 / 155

- 第二十七节 代谢综合征 / 159
- 第二十八节 再生障碍性贫血 / 163
- 第二十九节 特发性血小板减少性紫癜 / 168
- 第三十节 急性白血病 / 173
- 第三十一节 类风湿关节炎 / 181
- 第三十二节 系统性红斑狼疮 / 187
- 第三十三节 干燥综合征 / 195
- 第三十四节 细菌性痢疾 / 200
- 第三十五节 慢性乙型肝炎 / 205

第二章 外科疾病 / 215

- 第一节 半月板损伤 / 215
- 第二节 股骨颈骨折 / 218
- 第三节 激素性股骨头坏死 / 223
- 第四节 膝关节骨性关节炎 / 229
- 第五节 腰椎间盘突出症 / 235
- 第六节 突发性耳聋 / 240
- 第七节 眩晕 / 244
- 第八节 急性乳腺炎 / 249
- 第九节 乳腺单纯囊肿 / 254
- 第十节 乳腺增生病 / 258
- 第十一节 内痔 / 264
- 第十二节 肛裂 / 268
- 第十三节 肛瘘 / 272

第三章 儿科疾病 / 277

- 第一节 新生儿黄疸 / 277
- 第二节 小儿支气管哮喘 / 282

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 第三节 小儿特发性血小板减少性
紫癜 / 292 | 第二节 子宫内膜异位症 / 314 |
| 第四节 小儿肾病综合征 / 296 | 第三节 围绝经期综合征 / 321 |
| 第五节 小儿营养不良 / 303 | 第五章 针灸 / 326 |
| 第四章 妇产科疾病 / 309 | 第一节 面神经炎 / 326 |
| 第一节 功能失调性子宫出血 / 309 | 第二节 脑血管意外后遗症 / 331 |

第一章 内科疾病

第一节 多脏器功能不全综合征

【定义】

多脏器功能不全综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)是继发于机体受严重创伤、休克、感染及外科大手术等急性损伤 24 小时后,同时或序贯出现 2 个或 2 个以上系统器官发生功能障碍或衰竭,以至在无干预治疗的情况下不能维持内环境稳定的综合征。一旦痊愈,一般不遗留脏器的永久性损害,也不转为慢性。因此,MODS 不包含慢性疾病终末期发生的多个器官功能障碍或衰竭。

本症属中医“脏衰证”范畴,指机体感受六淫之邪,或热毒、疫毒、疠气及意外损伤后,导致脏间、腑间及脏腑之间出现生克、乘侮,使气血失和、阴阳失衡,寒热、虚实的产生,水液、精津的停聚,在体内出现寒化和热化,最后导致“阳损及阴、阴损及阳,重阳必阴、重阴必阳”的病理机制逆乱,一个或几个脏与腑的气滞血瘀,耗伤之极至衰,衰而竭,阴阳离绝的一组临床表现。

【诊断标准】^{[1][2]}

MODS 诊断较为统一的标准是:

1. 有明确的原始致病因素,如严重感染、创伤、休克等。
2. 有全身性炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)或代偿性抗炎反应综合征(compensatory anti-inflammatory response syndrome, CARS)的临床症状及实验室检查依据。
3. 原功能正常的器官出现 2 个或 2 个以上的功能障碍或衰竭,同时还要排除直接暴力所致的原发性器官功能衰竭。

这一诊断标准既可区别于其他原因所致的器官损害,又分清了炎症发展的不同方向,提示 MODS 是一个连续病理变化过程。

【辨证分型】^[3]

本病的形成,多是由于外邪侵袭,或素体亏虚,又复感外邪、严重创伤、失治误治等,致使热毒炽盛,脏气耗伤,阴阳失调,气滞血瘀,水湿泛滥,痰饮内生,瘀热互结,腑气不通,甚则阴阳离决所致。无论何种致病原因,病情发展至 MODS,常是疾病转归的必然趋势。总之,阴阳逆乱是 MODS 发病的关键,气滞血瘀是其基本病理改变和中间环节,而正气欲脱、阴阳离决是该病发展的最终阶段。MODS 本身为一独立综合征,有其独特的病理发展过程,根据病程中的证候表现不同,可分为下列证型:

(一) 热毒内蕴证

1. 临床表现:壮热烦渴、恶热喜冷、面红目赤、四肢温热、烦躁多言,甚则神昏谵语、痰热壅盛、痰涕黄稠、口干欲饮、大便秘结、小便短赤、舌质红、苔黄少津、脉洪数或滑数属此证型。

2. 实验室检查:血象:白细胞升高或中性粒细胞比例升高;血清降钙素水平升高;血内毒素水平升高、血炎症介质水平升高。

(二) 腑气不通证

1. 临床表现:壮热不退,或汗出热不解,神昏谵语,脘腹痞满,腹痛拒按,大便秘结,或热结旁流;或外伤血瘀腹痛拒按,便结不下;舌质红绛,苔白少津,或舌黄厚燥,或舌质光干、便结不下;脉弦滑数,或弦劲有力,或洪大,或细弦,或细弱。

2. 实验室检查:部分患者腹部平片可见气液平面;血清内毒素水平升高。

(三) 瘀毒内蕴证

1. 临床表现:高热不解,神昏谵语,吐衄,黑便尿血,有固定性疼痛,呈刺痛或绞痛状,皮肤黏膜瘀斑或脉络异常,舌质紫暗或有瘀斑、瘀点,脉涩或沉迟。

2. 实验室检查

(1) 微循环障碍的指标:血液流变性异常、血小板聚集性增高、血粘度增高、微血管栓塞表现、骨盆腰椎的 X 线异常。

(2) 内皮细胞受损的指标:血浆 VWF、TM、ET 等升高。

(四) 阴阳耗脱证

1. 临床表现:面色苍白,神志恍惚,息短气促,唇甲青紫,四肢厥冷,汗出不止,尿闭不出,舌质暗淡,脉细数或欲绝。

2. 实验室检查:有免疫失调的指标,如单核细胞表面人白细胞 DR 抗体表达下降、辅助 T 淋巴细胞 1 和 2(Th1/Th2)的比值下降。

【治疗方案】^[3]

(一) 治疗原则

MODS 治疗的关键是积极有效地控制原发病,避免和消除各种诱发因素。救治原则为消除病因,控制感染,阻止触发因子,有效地抗休克,改善微循环,重视营养支持,维持机体内环境平衡,增强免疫力,防止并发症,实行严密监测,注意脏器间相互联系,实行综合防治,尤其要注意到维持良好的循环、呼吸、胃肠和肾功能,阻断其病理生理过程的恶性发展,重视“菌、毒并治”的理论,采用中西医结合的方法,把器官受损的严重性和数目控制到最低限度。

(二) 辨证施治

1. 热毒内蕴证

治法:清热解毒,泻火救阴。

方药:清瘟败毒饮(《疫疹一得》)加减。

生石膏 30g 生地黄 15g 犀牛角(水牛角代)30g 黄连 6g 栀子 15g 桔梗 10g 黄芩 10g 知母 15g 赤芍 15g 玄参 15g 丹皮 15g 竹叶 15g 甘草 6g

中成药:清开灵注射液、醒脑净注射液、鱼腥草注射液静脉滴注,紫雪丹内服。

2. 腑气不通证

治法:急下存阴,通里攻下。

方药:大、小、调胃承气汤(《伤寒论》)加减。

大黄 10g 厚朴 10g 枳实 10g 芒硝 15g

3. 瘀毒内蕴证

治法:清热解毒,凉血活血。

方药:犀角地黄汤(《千金要方》)合黄连解毒汤(《外台秘要》)加减。

犀角(水牛角代)30g 生地黄 15g 赤芍 15g 丹皮 15g 黄连 6g 黄芩 10g 黄柏 10g 栀子 10g

中成药:清开灵注射液 40ml、醒脑净注射液 40ml,或鱼腥草注射液 40ml,配合丹参注射液 40ml 静脉滴注。

4. 阴阳耗脱证

治法:回阳救逆,益气固本。

方药:四逆汤(《伤寒论》)合生脉散(《内外伤辨惑论》)加减。

附子 10g 人参 15g 干姜 6g 麦冬 15g 五味子 15g 甘草 6g

中成药:阴脱者可选用生脉注射液 40ml 静脉滴注;阳脱者用参附注射液 40ml 静脉推注;阴阳俱脱者可合用生脉注射液和参附注射液。

(三) 西医治疗

1. 基础治疗:评估患者病情严重程度及针对性监护:病情严重程度评估,进行 A-PACHE 评分、MODS 评分等以评估病情。生命体征监护:神志、呼吸、心率、血压、血氧饱和度、体温、尿量等。器官功能监护:血常规、肝肾功能、电解质、凝血功能、代谢功能(血脂、血糖、血乳酸、血氨基酸谱)等。血流动力学监护:心功能不全、血压不稳定者进行血流动力学监护。

2. 积极控制感染

严重感染常为 MODS 的主要病因,加之本病患者的免疫系统受损,感染几率增加,需积极控制感染,并注意抗生素的联合使用。采用抗生素包括三个阶段:①在取得培养及药敏报告前,应按照经验性抗生素给药,所选药物应能覆盖引起感染的所有病原菌,并注意抗生素选用对肝、肾功能影响小的药物,如三代头孢和替硝唑。②取得药敏报告后应选用针对性强的抗生素治疗以取得最佳疗效,同时应注意二重感染的产生。③抗生素治疗 7~9 天后,患者病情明显好转时,可改用口服药物,以巩固疗效。如有条件可加用内毒素拮抗剂,或加用清热解毒类中药以“菌毒并治”。创伤者及时清创,去除坏死组织。外科手术后探查可疑脓肿、瘘等,建立通畅引流。

3. 防治休克

(1) 首先在监护下进行扩容治疗,采用胶体与晶体液 1:2 输入,保证中心静脉压在 7~12cmH₂O,平均动脉压在 60~70mmHg,心率 80~100 次/min。

(2) 维持较高的心输出量,可选用西地兰或毒 K。对血压下降者,应使用血管活性药物多巴胺、多巴酚丁胺。多巴胺可从中小剂量开始给药 2~5μg/(kg·min),逐渐加量,一般不超过 20μg/(kg·min)。若效果不佳,可加用阿拉明。多巴酚丁胺既能较好提高每搏量,而不降低左室顺应性,又不增加外周血管阻力,常用剂量为 2~5μg/(kg·min),但要

保证足够的血容量。可酌用白蛋白、新鲜血浆以补充血容量,增加心搏量,维持血液胶体渗透压,防止肺水肿。

1) 中药参麦注射液、参附注射液、黄芪注射液具有改善心肌代谢、强心、调整血压、增强免疫功能等多种药理作用,值得推广应用。纳洛酮对各类休克,尤其是感染性休克均有效,用量为 0.8~1.2mg 静脉注射。

2) 纠正酸中毒,可选用 5% 碳酸氢钠,酸中毒严重者可考虑血液滤过治疗。

4. 呼吸支持

在保持呼吸道通畅的条件下,改善或纠正低氧或二氧化碳潴留及代谢紊乱。

(1) 氧疗:纠正缺氧可采用经面罩持续正压(CPAP)吸氧。但大多数需借助机械通气。

(2) 机械通气:是目前治疗呼吸衰竭的主要方法,必要时应作气管切开。

5. 肾功能支持

支持肾脏功能:密切监测肾功能,保证肾脏有效血流量,保证尿量 $\geq 30\text{ml/h}$ 。当出现肾功能不全时,采用血液净化治疗,与常规治疗不同,MODS 合并急性肾衰竭时可采用持续肾脏替代治疗(CRRT),直至患者尿量增多,血肌酐水平恢复正常。

6. 肝脏支持治疗

(1) 治疗过程中监测肝脏酶学水平。

(2) 选用中长链脂肪乳剂静脉注射以减轻肝脏负担;补充氨基酸制剂及维生素,采用胰高血糖素-胰岛素(G-I)疗法,即胰高血糖素 1mg,胰岛素 10U,加入 10% 葡萄糖注射液 500ml 中静脉滴注,促进肝细胞再生。

(3) 对出现肝衰竭患者可应用血浆置换治疗,平均每次置换 200ml,视病情及经济情况可多次置换。

7. 保护胃肠道功能、防治胃肠黏膜损伤

(1) 应用制酸剂及胃肠黏膜保护剂,防治胃黏膜损伤。常用药物:生长抑素 250 μg /首剂,继以 250 $\mu\text{g/h}$ 静脉滴注,持续 12~24 小时,为防止再出血,可延长至 72 小时。 H_2R 及质子泵抑制剂,不宜使胃内过度碱化,pH 值控制在 4~5 之间为宜,以免细菌过度生长,导致肠道细菌移位。硫糖铝或氢氧化铝与镁合剂不会抑制胃酸,故不会改变胃内酸度,但对预防和治疗应激性溃疡有效。

(2) 出现消化道大出血,应及时输血,或尽早进行内镜下止血,必要时行外科手术治疗。

(3) 注意肠道菌群变化,应用微生物制剂维持肠道正常菌群比例,肠道出现霉菌时,可予口服制霉菌素。

(4) 胃肠道功能不良时,选用胃肠动力药或给予通里攻下中药。

8. 保护脑功能

(1) 低温疗法,常用冰帽或冰槽,尽快将体温降到 37 $^{\circ}\text{C}$,并于数小时内逐渐降至预期程度(肛温 31~32 $^{\circ}\text{C}$,头部 28 $^{\circ}\text{C}$),持续至病情稳定。复温以渐升为原则,保持每 24 小时体温上升 1~2 $^{\circ}\text{C}$ 为宜。

(2) 颅内压高者可用“脱水三联针”,即速尿 20~40mg,地塞米松 20~40mg,20% 甘

露醇 250ml 联合治疗。

(3) 为减轻脑损害可用胞二磷胆碱 0.5~1.0g 加入 5% 葡萄糖注射液静脉滴注,或用脑活素 10~30ml 加入生理盐水中静脉滴注,每日 1 次,连用 10~20 天。醒脑净注射液有较好的脑保护作用,每次 20ml 加入 5% 葡萄糖注射液中静脉滴注,每天 1~2 次,也可选用川芎嗪、丹参、纳洛酮等。

9. 营养支持

分肠外和肠内两大类,可分阶段实行。

(1) 第一阶段:患者处于高度应激状态,有效循环量、水与电解质平衡得到初步处理后,但胃肠功能有明显障碍者,应采用完全的胃肠外营养(TPN),每日从中心静脉或周围静脉注入 TPN 营养液,同时积极补充人体白蛋白。

(2) 第二阶段:即病情有所缓解,胃肠道功能明显恢复时,可肠内、肠外营养同时进行,肠内营养可给予易于消化吸收的要素饮食。

(3) 第三阶段:即病情完全控制,胃肠功能完全恢复时,逐渐过渡至全部应用肠内营养。

(4) 除原发病为肿瘤患者及难以控制的高血糖患者外,可选择使用生长激素。

10. 合理应用糖皮质激素

在有效抗生素治疗下可采用短疗程大剂量冲击疗法,每次地塞米松 10~40mg,或甲基强的松龙 100~300mg,或氢化可的松 100~200mg,每隔 4~6 小时静脉给药一次,用药时间一般不超过 3 天。

11. 提高免疫力

(1) 针对免疫力低下的患者,可选用胸腺肽、丙种球蛋白治疗。

(2) 中药血必净可提高单核细胞表面 HLA-DR 水平,有提高机体免疫力的作用。

12. 清除体内炎症介质

(1) 针对体内存在过度炎症反应的患者,可选用血液滤过治疗以降低体内炎症介质的水平。

(2) 血必净注射液、大承气汤已被证明有下调炎症介质和保护内皮细胞的作用。

【疗效判定】^[4]

1. 基本控制:临床症状基本消失,各种检查均有明显改善。
2. 好转:临床症状大有好转,各种检查也有改善。
3. 无效:临床症状无好转,个别甚至恶化,诸检查无变化或更重。

【参考文献】

- [1]王今达.通用危重病急救医学.天津:天津科技翻译出版公司,2001:495-498.
- [2]陈灏珠.实用内科学.北京:人民卫生出版社,2005:265-271.
- [3]王今达.通用危重病急救医学.天津:天津科技翻译出版公司,2001:495-509.
- [4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效判断标准.南京:南京大学出版社,1994.

第二节 休 克

一、休克概述

【定义】

休克(shock)是指由多种强烈的致病因素作用于机体,引起有效循环血容量减少、组织灌注不足、细胞代谢紊乱和功能受损的临床综合征。是一个从亚临床阶段的组织灌注不足向多器官功能障碍综合征(MODS)发展的连续过程。

本病属中医“厥证”、“脱证”范畴,指邪毒内陷或内伤脏气或亡津失血所致的气血内乱,正气耗脱的一类病证。

【诊断标准】^[1]

(一) 临床表现

按休克的发病过程可分为休克早期(休克代偿期)、休克中期(休克失代偿期)和休克晚期。

1. 休克早期:为代偿性休克阶段。患者神志清醒,精神紧张、兴奋或烦躁不安、皮肤面色苍白、心率加快、四肢厥冷、脉搏压差缩小、呼吸加快、尿量减少等。如处理得当,休克可较快得到纠正。否则,病情继续发展,进入休克失代偿期。

2. 休克中期:为失代偿性休克。患者神志淡漠、反应迟钝,甚至可出现意识模糊或昏迷;汗出不止、肢端发绀;脉搏细速、血压进行性下降。严重时,全身皮肤、黏膜出现瘀斑或消化道出血,提示病情已发展至弥散性血管内凝血阶段。若出现进行性呼吸困难、脉速、烦躁、发绀,一般吸氧而不能改善呼吸状态,应考虑并发急性呼吸窘迫综合征。血压下降(收缩压小于80mmHg,脉压差小于20mmHg;有高血压者,收缩压低于平时血压的1/3以上或收缩压降低30mmHg),尿少(每小时少于30ml),指压再充盈时间大于2秒。若失治或治疗无效则发展为不可逆休克。

3. 休克晚期:为不可逆休克。此期可出现DIC和MODS,随着持续的重度组织灌注缺乏,导致细胞功能损害,甚则微循环衰竭及MOF而死亡。

(二) 诊断要点

各类休克均具有低血压、微循环灌注不良、交感神经代偿性亢进等主要临床表现,故为临床诊断依据。1982年全国“急性三衰”会议制订的休克诊断标准为:①有诱发休克的病因;②意识异常;③脉细数, >100 次/分或不能触知;④末梢循环灌注不足:四肢湿冷,胸骨部位皮肤指压阳性(压迫后再充盈 >2 秒),皮肤花纹,黏膜苍白或发绀等,尿量 $<30\text{ml/h}$ 或尿闭;⑤收缩压 $<80\text{mmHg}$;⑥脉压 $<20\text{mmHg}$;⑦原有高血压者,收缩压较原水平下降30%。

凡符合上述第①项以及第②、③、④项中的两项和第⑤、⑥、⑦项中的一项者,可诊断为休克。若患者出现神志淡漠、反应迟钝、皮肤苍白、呼吸浅快、收缩压降至80mmHg以