

中西医结合治疗多器官功能障碍综合征 129 例临床研究

常文秀^{*} 曹书华^{*} 高红梅^{*} 王勇强^{*}

摘要 目的:探讨中西医结合方法治疗多器官功能障碍综合征(MODS)的疗效。方法:1997~2003 年收治的 129 例 MODS 患者,在西医治疗的基础上,加用中医“四证四法”进行辨证施治,并对其疗效进行评价。结果:129 例患者存活 75 例,死亡 54 例,病死率为 41.86%。应用中药治疗后,可明显改善患者的病情严重程度,降低血内毒素水平,减轻临床症状。结论:中西医结合应用“四证四法”对 MODS 患者进行辨证施治疗效显著。

主题词 多器官功能衰竭/中西医结合疗法

Clinical Study on Integrated Treatment of Chinese and Western Medicine for 129 Cases of Multiple Organ Dysfunction Syndrome

Chang Wenxiu, Cao Shuhua, Gao Hongmei, et al.

(The First Central Hospital of Tianjin City, Tianjin 300192)

Objective: To explore the effect of integrated treatment of Chinese and western medicine on multiple organ dysfunction syndrome (MODS). **Methods:** 129 cases of MODS were treated by syndrome differentiation of TCM with the “four syndrome and four methods” based on the routine western medicine treatment from 1997 to 2003, and their therapeutic effects were evaluated.

Results: Of the 129 cases, 75 were cured and 54 died, the mortality being 41.9%. After treatment of TCM, the state of illness of the patients were ameliorated, the level of blood endotoxin decreased and the clinical syndrome improved. **Conclusion:** Integrated with western medicine, the “four syndrome and four methods” has obvious therapeutic effect.

Key Words Multiple organ dysfunction syndrome/integrated therapy of TCM and WM

多器官功能障碍综合征(MODS)是指机体遭受严重创伤、休克、感染、中毒、大面积烧伤、大手术等急性损害 24 小时之后同时或序贯出现两个或两个以上器官功能障碍及衰竭。其病因复杂,发病率高,治疗困难,病死率及治疗费用高。目前对该病的研究仍未取得实质性进展。我院急救医学研究所早在 20 世纪 80 年代就提出了“三证三法”的 MODS 治疗原则,即毒热证采用清热解毒法,瘀血证采用活血化瘀法,急性虚证采用扶正固本法。由于 MODS 患者多出现胃肠道功能障碍,继之又提出了腑气不通证采用通里攻下法治疗,完善了“四证四法”的辨证施治原则,同时强调西医综合治疗,总结了中西医结合治疗 MODS 的方案。本研究以我院危重监护病房(ICU)收治的 129 例 MODS 患者为研究对象进行回顾性分析,以总结中西医结合治疗 MODS 的临床疗效。

1 临床资料

1.1 诊断及纳入标准:多器官功能不全的诊断标准及严重程度评分按照 1995 年全国危重病急救医学学术会议通过的 MODS 诊断标准^[1];疾病严重程度评价按

照进入 ICU 后 24 小时内急性生理与慢性健康评估(APACHE II、APACHE III)标准。

1.2 一般资料:研究对象选自我院急救医学研究所 ICU 病房 1997~2003 年收治的 MODS 患者 129 例(除外肝移植术后 MODS 患者),其中男性 89 例,女性 40 例,年龄 13~89 岁,平均(47.72±19.13)岁;严重感染 35 例,多发创伤 30 例,病毒感染 14 例,脑卒中 13 例,大手术后 10 例,药物及毒物中毒 7 例,呼吸心跳骤停 6 例,病理产科 5 例;代谢免疫性疾病 4 例,失血性休克 3 例,急性心肌梗死 2 例。两个脏器功能不全者 28 例,3 个脏器功能不全者 46 例,4 个脏器功能不全者 31 例,5 个脏器功能不全者 17 例,6 个脏器功能不全者 6 例,7 个脏器功能不全者 1 例,平均脏衰数为(3.50±1.18)个。各器官发生功能不全例数及积分情况为:肺 85 例,(2.58±0.52)分;肾 80 例,(2.36±0.60)分;胃肠 59 例,(2.88±0.44)分;中枢 57 例,(2.56±0.60)分;肝 50 例,(1.98±0.77)分;心脏 47 例,(1.83±0.58)分;凝血系统 36 例,(2.06±0.81)分;代谢系统 20 例,(2.00±0.71)分;循环系统 17 例,(2.53±0.51)分。表现有急性虚证者 30 例(23.26%),毒热证者 52 例(40.31%),腑气不通证者 69 例(53.49%),瘀血证者 129 例(100%);同时或先

基金项目:天津市科委基金资助项目(953102811)

* 天津市第一中心医院急救医学研究所 ICU 病房,天津市南开区康复路 24 号(300192)

收稿日期:2004-10-08;修回日期:2005-04-20

后表现有 1 种证型者 58 例(44.96%),2 种证型者 58 例(44.96%),3 种证型者 12 例(9.30%),4 种证型者 1 例(0.78%)。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 西医综合治疗:(1)病因治疗:针对引起 MODS 的原发病因进行针对性治疗。感染性 MODS 患者,主要是去除原发病灶,注意感染灶的引流,根据药敏实验合理使用抗生素,监测二重感染。创伤及大手术后 MODS 患者应注意原发病灶的引流通畅及术后血液动力学的稳定。中毒患者应保证胃肠道毒物的清除,避免毒物的再吸收。(2)支持呼吸功能:加强氧供,合理氧疗,纠正低氧血症。在鼻导管给氧及面罩吸氧仍不能改善氧合的情况下,应及时予机械通气治疗,必要时行气管切开,为防止气道损伤,可采用小潮气量、允许性高碳酸血症,加强气道管理,避免患者间的交叉感染。(3)维持血液动力学稳定:患者进入 ICU 后应进行血液动力学监测,对于休克患者应在监测下进行扩容治疗,采用胶体与晶体液 1:2 输入,同时注意纠正酸中毒,保证中心静脉压在 5~9mmHg,平均动脉压在 60~75mmHg,心率 80~100 次/分。经过扩容及纠正酸中毒仍不能使血压升高者,可使用血管活性药物,改善微循环,纠正弥漫性血管内凝血(DIC),有微循环障碍的患者可酌情选用活血化瘀中药进行治疗。当出现消耗性低凝或纤溶亢进时,予补充新鲜冰冻血浆或凝血酶原复合物、纤维蛋白原、凝血因子等。(4)支持肾脏功能:密切监测肾功能,根据肾功能情况计算药物用量。保证肾脏有效血容量,保证尿量>30ml/小时。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 合并急性肾衰时,治疗初始采用血滤 2~3 小时加血透 3~4 小时为一组净化过程,病情稳定后过渡为单纯血透,直至患者尿量增多、血肌酐水平恢复正常。(5)胃肠道保护治疗:选用胃肠动力药或进行穴位注射及中药治疗肠麻痹。应用制酸剂防治应激性溃疡。在应用广谱抗生素的过程中注意菌群失调的发生,可应用中药及生物制剂维持肠道正常菌群比例。(6)肝脏支持治疗:治疗过程中监测肝脏酶学水平,禁食患者可选用中长链脂肪乳剂静脉滴注以减轻肝脏负担。补充氨基酸制剂支持肝功能。对肝衰患者,可应用血浆置换治疗,平均每次置换 2 000ml,病情及经济情况允许可多次置换。(7)保护心脑血管功能:进行心电、血压、血液动力学监测,必要时可应用强心剂、血管扩张剂及利尿剂,注意补液量及速度,避免容量过负荷。物理降温以维持脑部正常功能,积极纠正低氧血症及休克以防治

脑损害,脱水及使用改善脑代谢药物促进脑功能恢复。

(8)营养支持:存在胃肠功能障碍的患者,应进行静脉营养治疗,胃肠功能恢复后,及时过渡到全肠内营养。

2.1.2 中医药治疗:对 MODS 患者进行辨证施治,对合并有多种证型者采用中药综合治疗。中药疗程平均为 7~10 天。毒热证者表现有发热、面赤、腹胀便结、舌红苔黄燥少津、脉洪数或细数,可有大肠实热证,毒热滞壅于肺出现气喘、痰多黄稠等;治以清热解毒,采用清开灵注射液每日 40~80ml 静脉滴注(北京中医药大学药厂生产,批号 97103409)。急性虚证者表现为短期内出现的血压下降、面色苍白、尿少、肢端发冷、舌淡、脉细数等症状,治以扶正固本,采用参麦注射液,每日 40~80ml 静脉滴注(南方制药厂生产,批号 971201)。腑气不通证者表现有呕吐、腹胀、无排气排便、肠鸣音减弱或消失等,治以通里攻下,采用大承气汤(大黄、厚朴、芒硝、枳实),每日口服 1~2 剂,不能口服者以大承气汤灌肠。瘀血证者表现有皮肤紫斑、唇甲紫绀、固定压痛、出血、舌质紫暗、脉沉涩等,我们采用活血化瘀中药制剂“神农 33 号”每日 200~400ml 静脉滴注(天津铁路十八局中心医院制剂室生产,天津市第一中心医院监制,主要成分为赤芍、丹参、桃仁、当归、红花、川芎等,生药浓度为 75mg/ml)。

2.2 检测指标及方法:计算全部患者的最终病死率,全部患者于入院第 1、3、5、7 天应用酶试剂法检测血内毒素水平,并记录体温、血压、全血白细胞计数、瘀血证各项症状表现及各项生理指标的最差值,进行 APACHE II、APACHE II 评分。

2.3 统计学方法:计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,假设检验使用 SPSS 10.0 软件进行单因素方差分析,组间比较采用 q 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

3 治疗结果

3.1 MODS 患者病死率:129 例 MODS 患者中存活 75 例,死亡 54 例,病死率为 41.86%。平均住院时间为 (11.89 ± 9.52) 天,存活者平均住院时间为 (13.13 ± 9.38) 天,死亡者为 (10.17 ± 9.54) 天,两者住院时间比较差异无显著性($P>0.05$)。

3.2 MODS 患者病情严重程度变化:表 1 示,全部患者在入院第 1 天 APACHE II 及 APACHE II 评分均较高,表明 MODS 患者病情危重。经中西医结合治疗后,两种评分均呈下降趋势,表明患者的病情减轻,入院第 7 天与第 1 天比较,两种评分差异均有显著性($P<0.05$)。

3.3 MODS 患者脏衰数与病死率的关系:表 2 示,随着脏衰数的增加,MODS 患者的病死率也逐渐增加,7

个脏器衰竭的患者病死率为 100%，表明脏衰数可作为 MODS 患者预后评价的指标。

表 1 MODS 患者入院后 APAHE II、APACHE II 评分变化比较(分, $\bar{x} \pm s$)

入院天数	例数	APACHE II 评分	APACHE II 评分
1	129	22.39±0.54	83.82±11.23
3	118	19.95±0.96	72.15±13.54
5	102	16.99±1.52	65.37±9.97
7	93	16.28±1.37*	59.51±10.15*

与入院第 1 天比较, * $P < 0.05$

表 2 不同脏衰数 MODS 患者病死率比较

脏衰数	存活(例)	死亡(例)	病死率(%)
2	22	6	21.43
3	31	15	32.61
4	15	16	51.61
5	5	12	70.59
6	2	4	66.67
7	0	1	100
合计	75	54	41.86

3.4 中医药对 MODS 的疗效:治疗前 129 例患者血压平均为 (58.83 ± 3.10) mmHg, 体温为 (38.36 ± 0.13) °C, 白细胞计数为 $(18.57 \pm 1.06) \times 10^9/L$; 治疗后存活的 93 例患者血压平均为 (87.97 ± 3.95) mmHg, 体温为 (37.46 ± 0.15) °C, 白细胞计数为 $(12.34 \pm 0.81) \times 10^9/L$, 治疗前后 3 项指标的差异均有显著性($P < 0.05$)。

3.4.1 扶正固本法:30 例有急性虚证表现的患者均使用了参麦注射液治疗, 治疗前有低血压表现的患者治疗后血压显著升高。

3.4.2 清热解毒法:52 例有毒热证表现的患者均使用了清开灵注射液治疗, 治疗后患者的体温及血白细胞数均有明显下降。

3.4.3 通里攻下法:69 例有腑气不通证的患者均采用大承气汤治疗, 治疗后胃肠功能改善者 42 例, 缓解率为 60.87%。

3.4.4 活血化瘀法:129 例 MODS 患者均有不同程度的瘀血证表现, 其中 72 例患者使用了“神农 33 号”治疗, 57 例患者未使用“神农 33 号”治疗, 观察两组患者血内毒素水平及瘀血证的临床症状改善情况, 结果见表 3、表 4。入院第 1 天, 使用者与未使用者的血内毒素水平差异无显著性, 但经“神农 33 号”治疗后, 血内毒素水平逐渐降低, 而未使用者的血内毒素水平逐渐升高, 第 3、5、7 天两者比较差异均有显著性($P < 0.05$)。瘀血证症候表现方面, 治疗前两者差异无显著性, 使用“神农 33 号”治疗后, 患者的临床症状明显改善, 与治

疗前相比差异有显著性, 与未使用者比较差异亦有显著性($P < 0.05$)。

表 3 两组患者血内毒素水平比较

入院时间(天)	存活(例)		血内毒素水平(EU/ml, $\bar{x} \pm s$)	
	使用者	未使用者	使用者	未使用者
1	72	57	1.13±0.05	1.09±0.03
3	68	50	1.08±0.02*	1.60±0.11
5	60	42	0.96±0.08*	1.82±0.11
7	58	35	0.43±0.02*	2.11±0.09

与未使用者比较, * $P < 0.05$

表 4 两组患者治疗前后瘀血证症状变化比较(例)

症状表现	治疗前(129)		治疗 7 天后(93)	
	使用者(72)	未使用者(57)	使用者(58)	未使用者(35)
唇甲紫绀	43	35	7*△	18
出血表现	30	21	9*△	11
固定性压痛	15	12	5*	9
舌质绛紫	19	15	3*△	13

与同症状治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与未使用者治疗 7 天后比较, △ $P < 0.05$

4 讨论

随着对 MODS 发病机理研究的不断深入, 逐步认识到对于 MODS 的防治应从机体受到损伤之初开始, 控制炎症反应、器官支持、提高免疫功能等多位点综合治疗才能真正提高 MODS 的救治成功率^[3]。中医学注重整体观, 实行辨证论治, 在 MODS 的不同阶段其治疗原则有所区别。根据 MODS 的发病规律, 特别是“二次打击”理论, 中医学大体将 MODS 划分为三个阶段进行辨证论治^[3]。第一阶段即第一次打击阶段, 临床患者此阶段表现为急性虚证, 治疗要点是增液益气, 敛阴固脱, 回阳救逆, 可采用扶正固本法。现代医学研究显示, 此类方剂可提高机体对缺氧的耐受力、增强机体免疫功能和单核巨噬细胞的吞噬功能、对抗内毒素等, 并可明显缩短血压回升时间, 增加血压回升的稳定性。第二阶段即脓毒症或全身性炎症反应综合征(SIRS)阶段, 临床表现为毒热证, 治疗用清热解毒法。研究显示^[4], 清热解毒方剂可降低血浆内毒素水平, 具有保护肝微粒体、钙稳态和抗自由基的作用; 可降低血液中炎性介质水平, 从而减轻血管内皮细胞和组织器官损伤, 防止凝血系统活化。第三阶段即脏器功能障碍或衰竭阶段, 此期病势进一步加重, 内陷营血。此阶段患者在经历了前两个阶段后, 体液中炎性介质过度释放导致血管内皮细胞的广泛损伤。内皮细胞在维持微循环系统稳定、保证组织灌注及氧供方面起着决定作用^[5], 内皮细胞受损, 脏器灌注不足, 从而导致多器官的功能障碍。故无论其临床表现为何种特点, 此时患者均有瘀血证的表现, 可使用活血化瘀法。研究显示, 活血化瘀方

剂可改善微循环,具有抗凝血和提高纤溶的作用;可下调促炎因子水平,并对内皮细胞有一定的保护作用^[6]。

应激状态下,肠道成为全身炎症反应的细菌来源,为 MODS 发病的“启动器官”。临床上 MODS 患者大多存在腑气不通证,表现为肠胀气、呕吐、无排便排气等,治以通里攻下法。研究显示,以大承气汤为主的通里攻下方剂能明显改善失血性休克和内毒素所致的肠黏膜屏障损伤,降低 SIRS 患者的内毒素水平,下调促炎介质、抗炎介质和血管活性物质,上调人类白细胞表面抗原-DR(HLA-DR)的表达,稳定和调节患者体内的免疫平衡,改善机体炎性反应,从而阻断 MODS 的发病环节。

本研究结果显示,中西医结合治疗 MODS 降低了患者的病死率,充分发挥了中药注射剂在急危重病中

的作用,符合中医辨证论治的原则,对 MODS 临床治疗具有一定指导意义。

参考文献

- 1 王今达,王宝恩.多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准.中国危重病急救医学,1995,7(6):346~348.
- 2 高红梅.中西医结合治疗感染性多脏器功能障碍综合征临床观察.中西医结合急救杂志,2000,7(6):375~376.
- 3 盛志勇,胡森.多器官功能障碍综合征.北京:科学出版社,2000:172~174.
- 4 张淑文,任爱民,张丽霞,等.感染性多脏器功能不全综合征中西医结合诊治的研究.中国中西医结合杂志,2001,21(2):85~89.
- 5 Vallet B. Endothelial cell dysfunction and abnormal tissue perfusion. Crit Care Med, 2002, 30(5 Suppl):S229~S234.
- 6 杨海贤,白景文,郭小红,等.活血化瘀药对内毒素休克大鼠肝窦内皮细胞损伤的保护作用.中国中西医结合急救杂志,2002,9(2):98~101.

加味三才饮治疗更年期综合征 66 例

梁晓星¹ 丁 凤¹ 刘彩娟² 张淑森² 指导:刘秀芬¹

我们于 1997~2004 年采用自拟加味三才饮治疗更年期综合征患者 66 例,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:96 例均为我院门诊及住院患者,其中治疗组 66 例,年龄 10~57 岁,病程 35 天~5 年。对照组 30 例,年龄 42~56 岁,病程 40 天~4 年。所有患者均排除心血管、精神、神经及内分泌系统等器质性病变,两组资料差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》(第 3 辑)中中药新药治疗女性更年期综合征临床研究指导原则。

2 治疗方法

治疗组选用加味三才饮治疗,药物组成:太子参、生地黄、天冬、黄芪、当归、淫羊藿、山茱萸、炒酸枣仁、生龙骨、生牡蛎。加减:心烦少寐者,加柏子仁、夜交藤;月经量多者,加白芷、鸡冠花、炒杜仲;40~46 岁月经后期或停经者,加香附、益母草、牛膝;腰膝酸软者,加桑寄生、川续断;头晕(血压偏高者)加牛膝、钩藤、天麻。每日 1 剂,水煎至 400ml,早晚各服 200ml。对照组选用更年安片(天津中新药业集团股份有限公司乐仁堂制药厂生产)每次 5 片,每日 3 次,温水吞服。两组疗程均为 1 周。观察期间均停用其他与本病治疗有关的药物。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准:以潮热、汗出、心悸、胸闷、失眠、眩晕、情绪易激动、烦躁或抑制等主症为观察项目,并做治疗前后自身对照比较。近期治愈:所有症状均消失。显效:有 5~6 项症状消失。有效:有 3~4 项症状消失。无效:仅 1~2 项症状消失或所

有症状存在或反而加剧者。

3.2 治疗结果:治疗组 66 例中,近期痊愈 14 例,显效 22 例,有效 24 例,无效 6 例,总有效率 90.91%。对照组 30 例中,近期痊愈 4 例,显效 6 例,有效 12 例,无效 8 例,总有效率 73.33%。治疗组疗效优于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

更年期综合征,现称围绝经期综合征,是妇女在绝经前后由于卵巢功能逐渐衰退,雌激素水平下降所致的神经内分泌失调。主要表现为潮热出汗,月经紊乱,心悸失眠,情绪不稳,腰膝酸软,身痛,皮肤干燥瘙痒,色素沉着以及性器官与性功能的变化等,严重影响身心健康。围绝经期综合征的治疗对提高女性生活质量及延缓衰老有着重要意义。

更年期综合征属中医绝经前后诸证范畴,肾虚为致病之本。我们有幸随诊于名老中医高濯风先生左右。每见高老遇腰酸、脚软、肝肾不足的中老年患者,无论男女,常常用吴鞠通三才汤加味治疗,收效甚捷,感悟颇深。汲取高老的宝贵经验,依据中医学“肺主治节”以及五行学说中金水相生的传统理论和虚则补其母的治疗原则,我们临床治疗更年期综合征从肺肾论治。肺属金,肾属水,金能生水,肾为肺之子,肺乃肾之母,充分认识肺与肾的密切关系,尤其肺肾之阴液可互相滋养,肾阴又为一身阴液之根本。肺肾阴液充足,使肝木得涵,心阴得济,则心肝之火自然平稳。吴鞠通三才汤为基础加味组成“加味三才饮”,全方滋而不腻,温润不燥,补中寓通,共奏益肾填精,补气养血,阴阳并调之功效。验之临床多年,收效颇验,可明显改善或消除临床症状,使很多月经紊乱,停经 3~8 个月的患者恢复了月经周期。由此推测,中医药的治疗,对尚未衰退仍可逆转的卵巢功能有促进和调节作用。我们对“加味三才饮”进行临床与实验研究均获得满意的结果。

1 河北省人民医院,石家庄市和平西路 348 号(050051)

2 河北省望都县中医院

收稿日期:2005-06-27