

病例报告

多脏器功能衰竭病案

钟乔英* 罗炜丹* 邓妙龄*

关键词 多器官功能衰竭/中医药疗法

患者曹某,男,70岁,因反复咳嗽咯痰10余年,加重伴气促2个月余,于2001年5月18日初诊。

患者有慢性支气管炎、高血压病、2型糖尿病、脑干出血等病史,2001年3月19日,患者因咳嗽气促加重半个月,神志不清4小时到某医院急诊,做头颅CT示右额后顶叶脑梗死,诊断为慢性支气管炎急性发作、脑梗死收入神经内科治疗,病情一度好转。但从4月9日开始,患者因合并感染性肺炎而引起高热、昏迷,血气分析示低氧血症、二氧化碳潴留明显,转入呼吸科予气管插管机械通气、大剂量抗生素及营养支持等治疗后症状有所好转,但拔管后不久即出现呼吸衰竭合并应激性溃疡、上消化道大出血而不得不再次插管,如此反复,共进行了4次气管插管。最后一次是在4月23日插管,5月12日拔管。住院后期,患者尿量明显减少,查尿素氮(BUN)24mmol/L,肌酐(Cr)825 μ mol/L,显示在慢性肾功能不全的基础上又出现了肾功能的急剧恶化,因家属拒绝血液透析治疗而予静脉滴注胰岛素及利尿剂处理,尿量维持在1000ml左右。5月12日拔管后不久,患者肺部感染再次加剧,出现嗜睡、气促加剧,痰量明显增多,不能自行咯出,喉中时时痰鸣,需频频吸痰,动员再上呼吸机,家属因经济压力而拒绝,自行出院,于5月18日到我院维持一般治疗。出院时诊断:慢性支气管炎急性发作期;慢性阻塞性肺气肿;慢性肺源性心脏病失代偿期;Ⅱ型呼吸衰竭;双肺部感染;右额后顶叶脑梗死;脑干出血后遗症;高血压病Ⅲ期;2型糖尿病;慢性肾功能不全尿毒症期;上消化道出血,应激性溃疡。

入院检查:嗜睡状态,面色潮红,失语,气促,痰多黄稠,不能自行咯出,喉中痰鸣,需频频吸痰,不能自主吞咽,间有胃食管反流,口角歪斜,左侧肢体瘫痪,二便

失禁,保留胃管及尿管,唇干舌短缩不能伸出,脉沉细。体温37℃,呼吸26次/分,血压150/75mmHg。嗜睡,不完全性运动性失语;双眼球结膜水肿,右侧鼻唇沟变浅,口角左歪,伸舌不能;桶状胸,双肺呼吸音粗,双肺可闻及较多湿罗音,双上肺可闻及散在性痰鸣音,心界向左下扩大,心率88次/分,律齐;腹平软,肝脾未扪及,剑突下轻压痛无反跳痛,肠鸣音稍亢进;双肾无叩击痛;右侧肢体肌力Ⅳ级,肌张力增高,左侧肢体肌力0级,肌张力降低,左踝阵挛可疑,双侧巴彬斯基征阴性。血白细胞 $7.8 \times 10^9/L$,中性0.8,血红细胞 $2.86 \times 10^{12}/L$,血红蛋白76g/L,血沉120mm/h。BUN 25.4mmol/L, Cr713 μ mol/L,血钾5.6mmol/L, CO₂ 19mmol/L。小便检查:蛋白(PRO)(++),隐血(BLD)(+)。

患者肺、肾、胃肠道三个系统功能衰竭,病情危重。入院后在持续低流量吸氧、频频拍背、吸痰,予氧哌嗪青霉素抗感染,鼻饲氨茶碱、化痰片、达先片、尼莫地平,予利尿剂利尿,静脉滴注胰岛素、复方丹参注射液、胞二磷胆碱、脂肪乳,注意鼻饲方式减轻反流等处理的基础上,加用中药治疗。根据症状及脉象分析,表现为肝肾阴虚、痰热内盛、心窍被蒙。以痰热壅盛、肺气不利为急。暂以清热化痰、宣肃肺气、平喘止咳为主,佐以养阴。患者久病且已使用大量抗生素,胃气已伤,用药不宜过于寒凉。现予生脉注射液静脉滴注以益气养阴,口服牛黄清心丸以化痰开窍,处方:苇茎40g,桔梗10g,鱼腥草30g,浙贝母15g,生地黄20g,地骨皮15g,桑白皮15g,天冬15g,法半夏15g,桃仁10g,冬瓜仁20g,杜仲20g,每日1剂,加水800ml,煎至150ml,温服。另用下方水煎保留灌肠,以使痰热浊邪从大便而出,处方:半枝莲15g,车前草15g,益母草30g,半边莲15g,大黄10g,丹参30g,生牡蛎(先煎)30g,女贞子15g,红花10g,每日1剂,水煎至200ml,保留灌肠。

用药调整后,患者大便次数明显增多,每日10余次,痰量减少,气促减轻,神志转清,精神状态好转,失语改善,肺部罗音明显减少,至5月22日患者已不需吸痰,痰可自行咯出,肺部痰鸣音消失,复查血钾为

* 广东省广州市东山区中医医院住院部,广州市越秀南路124号(510100)

收稿日期:2004-03-08

4.1mmol/L,已降至正常,舌已能伸出,但舌红少苔无津,脉沉细,药已中的,守方再进。至5月27日患者小便量明显增多,已不需要再用利尿合剂静脉滴注以维持尿量,痰白黏量不多,气促不明显,肺部湿罗音较前明显减少。查血白细胞 $5.9 \times 10^9/L$,中性 0.78, BUN26.69mmol/L, Cr626 μ mol/L, X线胸片示肺炎已吸收,患者舌淡红而嫩、苔薄白剥,脉细,痰热之象已大减,中药治疗考虑加强补肾之力,内服方去地骨皮、桑白皮,加紫菀 15g、百部 15g、熟地黄 15g 再进,中药灌肠方去半枝莲、半边莲、车前草,同时停用氧哌嗪青霉素,改予利君沙口服。

6月2日患者肺部感染出现反复,痰多黄白不易咯,气促加剧,肺部湿罗音增多,复查血白细胞 $10.6 \times 10^9/L$,中性 0.81,随后出现上消化道大出血,大便潜血(++++),血红蛋白 39g/L, BUN32.02mmol/L, Cr604 μ mol/L,并因低血钙而出现四肢间歇性抽搐,患者神疲乏力,多汗,大便黑烂,唇舌淡白、苔薄白,脉沉细无力,考虑现患者因大量出血导致气血亏虚,气不摄血,血虚生风,故在改予青霉素、氧哌嗪青霉素抗感染,洛赛克、甲氧咪胍、立止血、止血芳酸、止血敏等药制酸止血及输血的基础上,予益气止血、养血熄风的中药内服。处方:黄芪 30g,党参 15g,仙鹤草 20g,三七 5g,白及 15g,乌贼骨 15g,浙贝母 15g,藕节 30g,熟地黄 15g,枸杞子 15g,山茱萸 15g,生牡蛎(先煎)30g,每日1剂,加水 800ml,煎至 150ml,温服。暂停中药灌肠治疗,继续静脉滴注生脉注射液及口服牛黄清心丸。

患者共输新鲜全血 400ml,浓缩红细胞 4 单位。经治疗患者消化道出血渐止,大便潜血转阴,血红蛋白 80g/L,舌转淡红而嫩有裂纹,苔黄白,脉细,间有咳嗽气促,咯白稠痰,量中不易咯,双肺可闻及散在性湿罗音。患者气血两虚之象改善,表现为气阴两虚兼有痰热之征,以益气养阴化痰清热为法。处方:苇茎 30g,冬瓜仁 15g,薏苡仁 20g,生地黄 15g,熟地黄 15g,僵蚕 10g,地龙 10g,桔梗 10g,枳壳 15g,青天葵 10g,太子参 30g,益母草 30g,紫菀 15g,款冬花 15g,每日1剂,水煎服。原灌肠方去半枝莲、半边莲,加蒲公英 15g、桂枝 5g、生地黄 15g,继续灌肠治疗,并配合针灸按摩等处理。

经治疗患者肾功能、肺部感染得到改善,左侧肢体肌力逐渐恢复,小便能自控,于6月中旬拔除尿管,至7月2日复查 BUN5.22mmol/L, Cr227 μ mol/L,患者语言清晰,对答切题,痰白量少易咯,无气促,双肺未闻及干罗音,双下肺可闻及少许湿罗音,左侧肢体肌张力正常,左上肢肌力Ⅳ级,左下肢肌力Ⅲ级,舌淡红而嫩,苔薄白,脉细。改予阿莫西林口服,中药治疗以滋阴化

痰、润肺止咳为法。处方:生地黄 15g,熟地黄 15g,沙参 15g,麦冬 15g,法半夏 15g,生牡蛎(先煎)30g,生龙骨(先煎)30g,龟甲(先煎)15g,山药 20g,益母草 30g,款冬花 15g,紫菀 15g,每日1剂,水煎服。配合肢体功能锻炼、针灸按摩等治疗。

患者于7月10日拔除胃管,可自行进食,无吞咽困难,无呛咳,左侧肢体肌力明显改善,于7月28日出院。出院时患者精神佳,言语清晰,无咳嗽咯痰,纳眠佳,二便调,大小便可自控,左侧肢体乏力明显改善,可自行站立和行走数步,双肺呼吸音清,未闻及干湿罗音,左侧肢体肌力Ⅳ级,肌张力正常,右侧肢体肌力、肌张力正常,血红蛋白在 80g/L 左右, BUN8.9mmol/L, Cr126.2 μ mol/L,肾功能处于代偿期。出院后随访1年余,病情稳定,血红蛋白保持在 100g/L 左右,肌酐在 150 μ mol/L 左右,生活可部分自理。

讨论:患者存在多种疾患,已引起肺、肾、胃肠道三个系统的功能衰竭。病情乍看复杂而严重,深究之,其病因则一,患者本为阴虚阳亢之体,因久病肝肾之阴更伤,阴不潜阳,阴虚风动,风阳上扰而至反复中风。阴虚火旺之体,本已易灼津成痰,感受外邪之后,外邪化热,致痰热更盛,痰热蒙蔽心窍,耗伤肺、肝、肾之阴,灼伤血络而致诸疾蜂起。在治疗过程中,紧紧抓住了肝肾阴虚、痰热内盛这一病机,采取育阴化痰法为根本治法。初期痰热壅盛,则以清化痰热为主,佐以养阴;后期痰热已清,则着重滋养肝肾,润肺化痰。期间,因患者上消化道大出血,出现气血亏虚、血虚风动之象,而治以益气止血、养血熄风,最终取得良效。

中医药现代化

关键是剂型改进 专为医院 诊所
药店 研究所 小型保健品厂设计的


小型粉碎机


胶囊灌装机


煎药机


水丸机


制丸机


压片机


栓剂模


中药提取罐


切片机


干燥箱...

●即时提供各种传统和现代剂型,中医药发展空间无限广泛。●用照明电

精诚机械 电话:0536-3988472 3988473 3988474 3988476 邮编:262500

地址:山东省青州市火车站西街 传真:0536-3988470

欢迎来电或发短信至13869655350索取资料 诚征各县市代理