

从“三证三法”辨证论治脓毒症

王今达 李志军 李银平

尽管急性危重病的病种多种多样,但如若病情继续恶化,几乎都是殊途同归的共性结局。根据异病同治的原则,大体可以概括在中医“三证三法”范围内^[1,2]。“三证三法”揭示了急性危重病的基本病机,是中医治疗急性危重病的基本大法,在治疗过程中,必须严格遵循中医理论选择治疗法则,筛选有效方药^[1,3,4]。临床及研究证实,多器官功能障碍综合征(MODS)与脓毒症关系密切,早期防治脓毒症对预防 MODS 发生、发展都具有重要意义。

1 脓毒症的主要病因、病机

用中医理论解释脓毒症可以概括为邪毒入侵(严重感染、中毒、休克等)或各种创伤(外伤、烧伤、烫伤、手术等)导致正邪交争、正气耗伤、邪毒阻滞、正虚邪实。如出现热毒炽盛,即为毒热证;如出现败血阻滞,即为瘀血症;如出现脏腑虚损、阴阳逆乱,即为急性虚证。

1.1 毒热证(严重感染)与清热解毒法:在危重病的发病或疾病的不同阶段,认为大都可存在严重感染。西医对脓毒症的定义是指由感染引起的全身炎症反应;中医认为感染属于毒热证范畴,如能在危重病不同阶段抓住这一环节,使用清热解毒法治疗(清热法或泄热法)解决“邪毒”这一主要矛盾,都会取得良效^[2]。

1.2 瘀血症(凝血功能障碍)与活血化瘀法:研究显示,在脓毒症中,病原微生物通过多种途径激活凝血系统,从而使抗凝/促凝动态平衡被打破,血液处于高凝状态,纤维蛋白原转变为可溶性纤维蛋白,即血栓前体蛋白,进一步可转变为不溶性纤维蛋白,导致微血栓形成和组织微循环障碍,使脓毒症进一步发展为严重脓毒症、脓毒性休克^[5]。脓毒症病理生理过程为促炎/抗炎因子失控性释放,导致机体血管内皮细胞损伤,血小板、凝血、纤溶及体内抗凝系统功能失调,血液处于高凝状态,纤维蛋白大量沉积,微血管内凝血,导致各系统器官功能不全或功能衰竭^[6-8]。脓毒症主要是由凝血活化,炎症反应及纤溶抑制相互作用形成的级联反应过程,其中凝血活化是脓毒症的重要环节^[9]。如此反复作用,必然导致恶性循环。如何打破这种恶性循环,现代医学主要从凝血/抗凝角度出发;中医学则从活血化瘀角度出发。Bernard 等^[10]先后完成了人类重组活化蛋白 C(rhAPC)治疗脓毒症的Ⅱ、Ⅲ期临床研究,2001 年美国食品药品监督管理局(FDA)批准使用 rhAPC 的Ⅳ期临床研究,用于治疗成人脓毒症。临床及实验研究证实活血化瘀法不仅具有改善凝血/抗凝失衡的作用,抑制有害的血管活性介质释放,还能阻断不同病因及不同发病机制的凝血功能紊乱触发因素,在凝血功能紊乱不同阶段发挥有益的作用^[2]。

1.3 急性虚证(急性营养衰竭和急性免疫功能低下)与扶正固本法:急性虚证可分为气虚、血虚、阳虚、阴虚四大类。根据中医辨证选用相应的方药进行治疗,可在较短时间内使急性虚证逆转,患者免疫功能恢复较快,这些疗效是单用西医的营养疗法难以取得的^[1]。

2 脓毒症的主要辨证论治

2.1 毒热炽盛:主要表现为壮热、烦躁、口干、口渴喜冷饮、小便短赤或癃闭、舌质红或红绛、苔黄、脉数等症。①邪热迫血妄行:伴有多部位出血,伴有外科感染灶,则红肿热痛明显。治则治法:清热解毒。主要方药:黄连解毒汤合五味消毒饮加减。②阳明腑实:大便干结,腹胀腹痛。浊气上逆则恶心、呕吐,浊气犯肺则喘促明显。治则治法:通里攻下。主要方药:大承气汤加减(口服、鼻饲与灌肠相结合)。③邪陷心包:可致神昏。治则治法:开窍醒神。主要方药:大量清开灵注射液、醒脑静注射液,痰热清注射液;邪热内盛则高热明显、或兼见抽搐、舌质红或红绛、脉洪数,治以开窍醒神,清热凉血,方用清营汤加减;痰浊阻滞则见咳逆喘促、身热但热势不高、舌苔腻而有浊垢、脉濡数,治以豁痰清热、开窍醒神,方用黄连温胆汤合安宫牛黄丸加减;痰热交阻则谵昏如狂、唇甲青紫,治以化痰清热、开窍醒神,方用犀地清络饮合黄连温胆汤加减。④湿热蕴藉:采用清热、解毒、利湿的治则治法。主要方药:湿热交阻于肝胆则出现黄疸、恶心、呕吐、腹胀、胁痛,治以清肝利胆解

作者单位:300192 天津市第一中心医院急救医学研究所(王今达,李志军);300050 天津市天和医院(李银平)

作者简介:王今达(1923-),男(汉族),北京市人,教授,主任医师。

毒化湿,方用茵陈蒿汤加减,同时可大量静脉反复给予茵栀黄注射液;湿热交阻于下焦则小便短赤、涩痛不畅、甚或癃闭,治以清热、利湿、活血、解毒,方用解毒活血汤加减;湿热扰于神明则神昏,治以开窍醒神、清热、利湿、解毒,方用温脾汤送服苏合香丸加减;湿热壅盛则全身水肿、胸腹痞闷、烦渴引饮,治以清热解毒、健脾利湿,方选五味消毒饮合疏凿饮子加减。

2.2 败血阻滞:主要表现为鼻衄、齿衄、咳血、吐血、便血或黑便、尿血、紫斑、崩漏等各种部位出血,或肿块,或肢体某部位剧烈疼痛,痛如针刺,固定不移,舌质紫暗偶见瘀点、瘀斑,脉细涩或沉涩。治则治法:活血化瘀。主要方药:神农 33 号注射液或血必净注射液;败血扰于神明则神昏、谵语,治以活血化瘀、开窍醒神,方用犀地清络饮加减;阻滞于上焦则胸闷喘促、心胸刺痛、咳嗽气逆,治以活血化瘀、行气止痛,方用血府逐瘀汤加减;阻滞于中焦则腹痛、胁肋胀痛、泄泻或黄疸,治以活血化瘀、行气解毒,方用化瘀汤加减;阻滞于下焦则小便短赤、涩痛不畅甚或癃闭,治以活血化瘀、通淋利尿,方用桃核承气汤加减;阻滞于四肢肌腠则四肢肿痛青紫、发热或有红斑结节,治以活血化瘀、舒筋活络,方用桃红四物汤合阳合汤加减;阻滞于经络则肢体麻木、疼痛、活动不利、甚则瘫痪,治以活血化瘀、通络止痛,方用身痛逐瘀汤加减。

2.3 急性虚证:①邪盛亡阴:短期内阴液大量丢失,呼吸气促,烦躁不宁,肌肤热,颧红,舌红少苔,脉细数无力。治则治法:生脉养阴,益气固脱。主要方药:静脉大量给予生脉注射液或参麦注射液,配合口服或鼻饲大量生脉散或独参汤。②邪盛亡阳:大汗淋漓,四肢厥冷,呼吸气微,舌淡苔白,脉微欲绝。治则治法:回阳救逆,补火助阳。主要方药:参附注射液,配合大剂量参附汤。

3 存在问题与展望

3.1 关于脓毒症中的急性虚证:急性虚证是指多种致病因素造成的短时间内出现阴阳、气血、脏腑功能迅速虚衰的证候,危重病的急性虚证与中医传统理论的“久病多虚”不同,具有起病急、变化快、并发症多、病情危重的特点,其病机复杂多变,在感受疫疠、病毒及四时不正之邪,或跌仆外伤时,导致脏腑功能失调、气血津液紊乱,而致阴阳之气不能顺接发为脏器衰败的逆转证候。基本病机为邪实未去、邪毒炽盛,正气已虚;病机特点为本虚标实。

3.2 关于脓毒症中医辨证的问题:对于脓毒症的诊断,现代医学根据血、尿常规,血生化,血气分析,凝血状态等实验室指标不难作出诊断。但中医更多依靠的还是望闻问切,对微观病理改变目前还缺乏有效的认知手段。另外,脓症患者大多病情危重,在经过各种插管、透析、引流等抢救措施后,自觉症状往往变得不甚典型,但由于病情错综复杂,一般大多表现为几组不同性质的证候交织在一起,这时候中医治疗一定要把握其优势,时刻注意与现代医学的密切配合,做到中西医之间的优势互补。在具体辨证上,舌诊和脉象应是最具有可信度的客观指标,基本上能反应病情的实质,应该重点强调,而对于个别与舌脉不符症状,应适当有所取舍,灵活处理。

3.3 关于中药的剂型问题:在脓毒症的发生、发展过程中,胃肠道受到不同程度的影响,人体消化吸收功能出现不同程度障碍,这就给临床口服汤剂治疗急性危重病造成了一定的局限。血必净注射液是王今达教授在中西医结合治疗大量急性危重病基础上,以中医古方血府逐瘀汤为基础,反复筛选精炼出的静脉制剂,经过长期大量反复临床应用证明,其对脓毒症和 MODS 患者的抢救疗效满意。

参考文献:

- 1 王今达.开展中西医结合治疗急性危重病的思路和方法[J].中国中西医结合急救杂志,2000,7:323-325.
- 2 李银平.从“三证三法”看中西医结合治疗危重病的研究思路——王今达教授学术思想探讨[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11:7-9.
- 3 王今达.脓毒症——感染性 MODS 的预防[J].中国危重病急救医学,1999,11:453-455.
- 4 胡森,高飞.中医药防治多器官功能障碍综合征回顾与展望[J].中国中西医结合急救杂志,2001,8:323-325.
- 5 艾宇航,张丽娜,龚华,等.低分子肝素治疗脓毒症的前瞻性临床研究[J].中国危重病急救医学,2005,17:736-739.
- 6 袁修学,张天明.凝血抑制剂替代疗法:治疗脓毒症的新突破[J].内科急重症杂志,2002,8:46-48.
- 7 Scherer R U, Spangenberg P. Procoagulant activity in patients with isolated severe head trauma[J]. Crit Care Med, 1998, 26:149-156.
- 8 陶晓根,承昭辉,赵劲松,等.蛋白 C 系统与脓毒症[J].中国危重病急救医学,2003,15:53-55.
- 9 盛志勇.努力提高脓毒症的认识水平[J].中国危重病急救医学,2003,15:131.
- 10 Bernard G R, Vincent J L, Laterre P F, et al. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis[J]. N Engl J Med, 2001, 344:699-709.

(收稿日期:2006-10-20)

(本文编辑:李银平)