

关于重症医学科中 医如何干预

ICU中患者特点

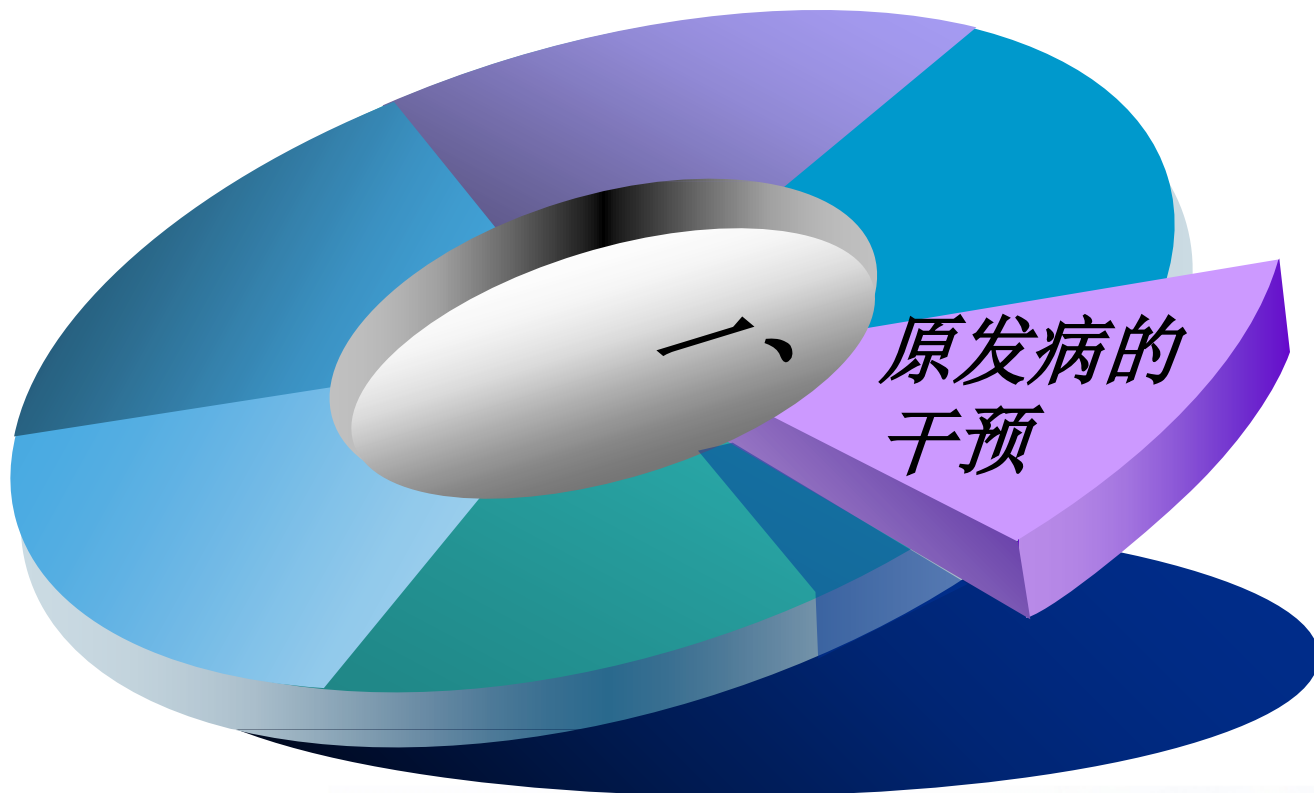
- 致病因素多样，病情危重。
- 经常合并有多种基础疾病，极易出现MODS。
- 多种中医症候并存。
- 多种中医证型交错。

中医治疗？

- ❖ 能否使用中医进行干预？
- ❖ 中医如何干预？
- ❖ 能否保证中医干预的疗效？
- ❖ 如何把握中医干预的切入点？

在临床实践中我们从以下四个方面着手：
：

- 对原发病的干预。
- 从疾病的某个病理生理环节着手。
- 从影响患者预后的并发症进行干预。
- 从疾病的某一个阶段，整体把握其基本病机，从而进行辨证治疗。





重症胰腺炎

重症胰腺炎

治法：清、下、活、益

方药：大柴胡汤
合活络效灵丹加
味

柴胡25g	黄芩15g	赤芍15g	厚朴15g
枳实15g	大黄30g	芒硝30g	丹参30g
乳香5g	没药5g	当归15g	甘草10g

腹腔引流液血性者：

上方加三七15g、仙鹤草25g、藕节20g，甚者加晒参20g。

结果

近3年我科收治的重症胰腺炎情况：



消化道大出血

上消化道大出血

方药：理中汤
加半夏白及散

生晒参30g 干姜15g 炒白术30g 炙甘草60g

半夏、白及粉等量打成超微细粉备用

煎服法：加水煎沸后30min，取汁400ml，每次100ml加半夏、白及粉10g，口服或鼻饲 qid

结果

近3年我科收治的非门脉高压性上消化道大出血共计15例，其中消化性溃疡9例，胃癌2例，其他4例。年龄45-89岁。

下消化道大出血

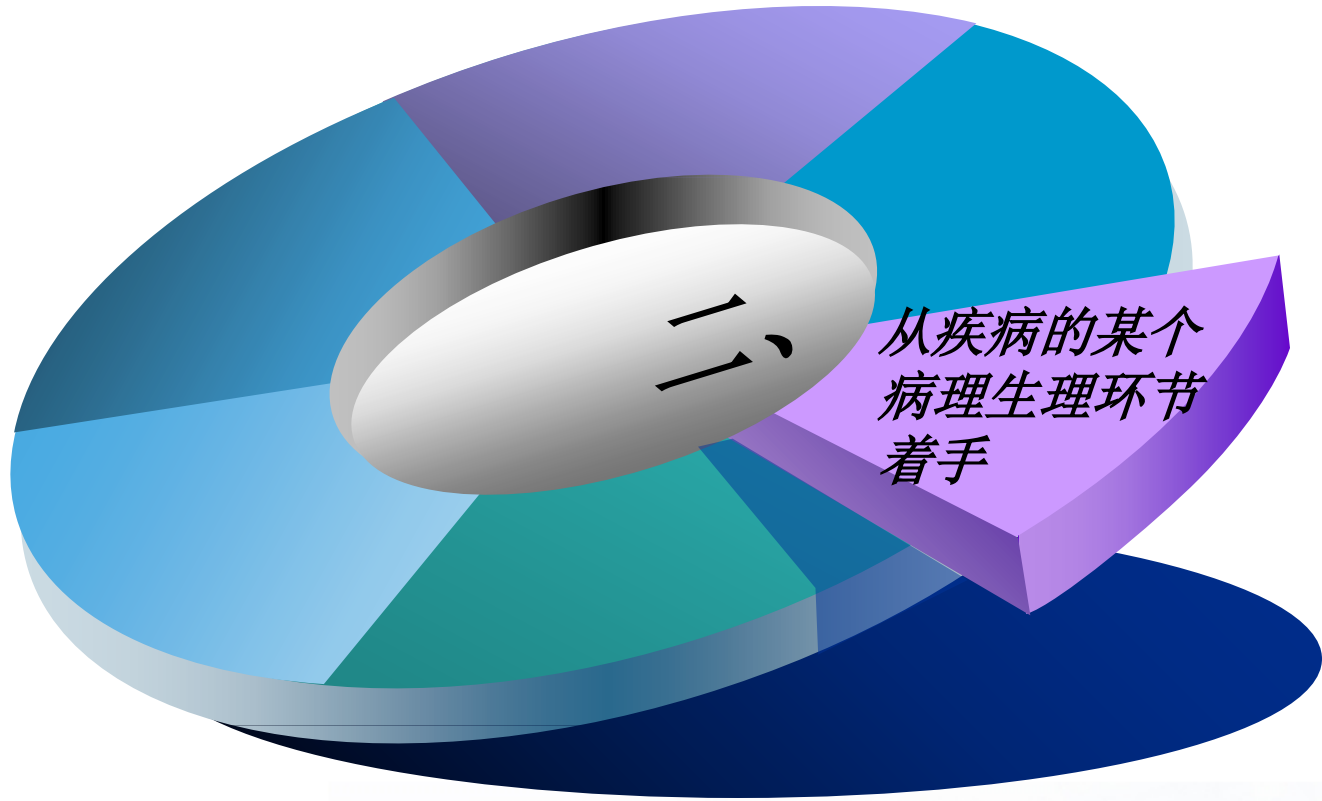
方药：黄土汤加味

黄芩15g	生地15g	炒白术30g	制附片30g
片30g	阿胶15g	代赭石30g	地榆炭30g
炭30g	血余炭20g	甘草10g	

煎服法：附片先煎0.5h，余药再煎沸后30min，取汁400ml，每次100ml，（阿胶烱化冲服）口服或鼻饲 qid

结果

近3年我科收治的下消化道大出血共计7例，其中缺血性肠病2例，抗生素相关性腹泻1例，不明原因4例，年龄73-85岁。

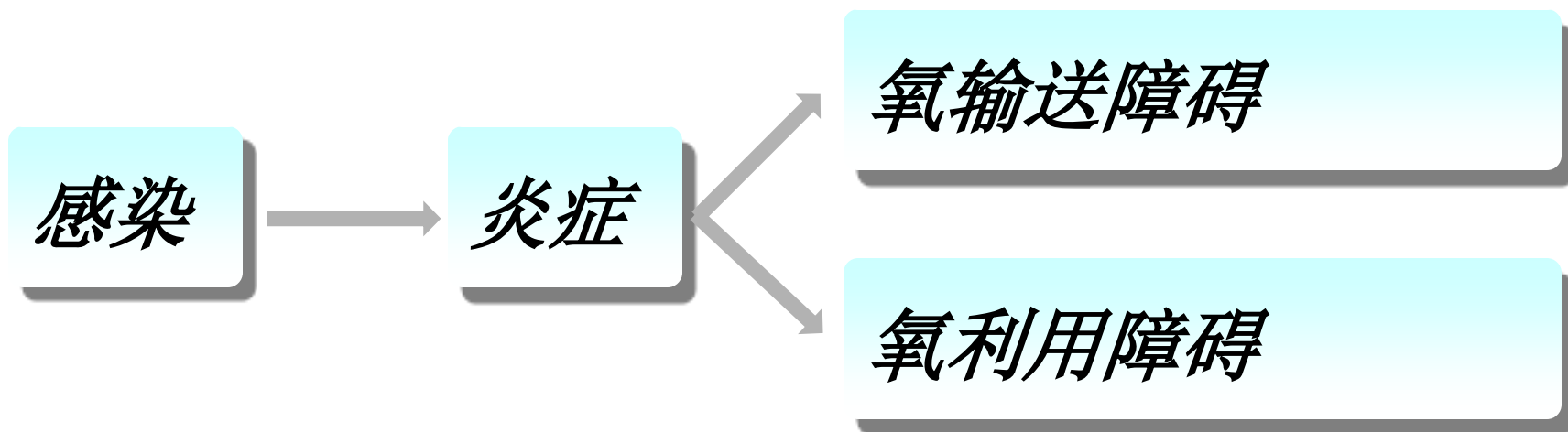




感染性休克

感染性休克

感染性休克的基本病理生理基础



感染性休克

氧输送障碍

氧利用障碍

组织
细胞
缺氧

器官功能不全

器官衰竭

感染性休克

氧输送障碍

毛细血管渗漏

血管张力障碍

微循环血液瘀滞

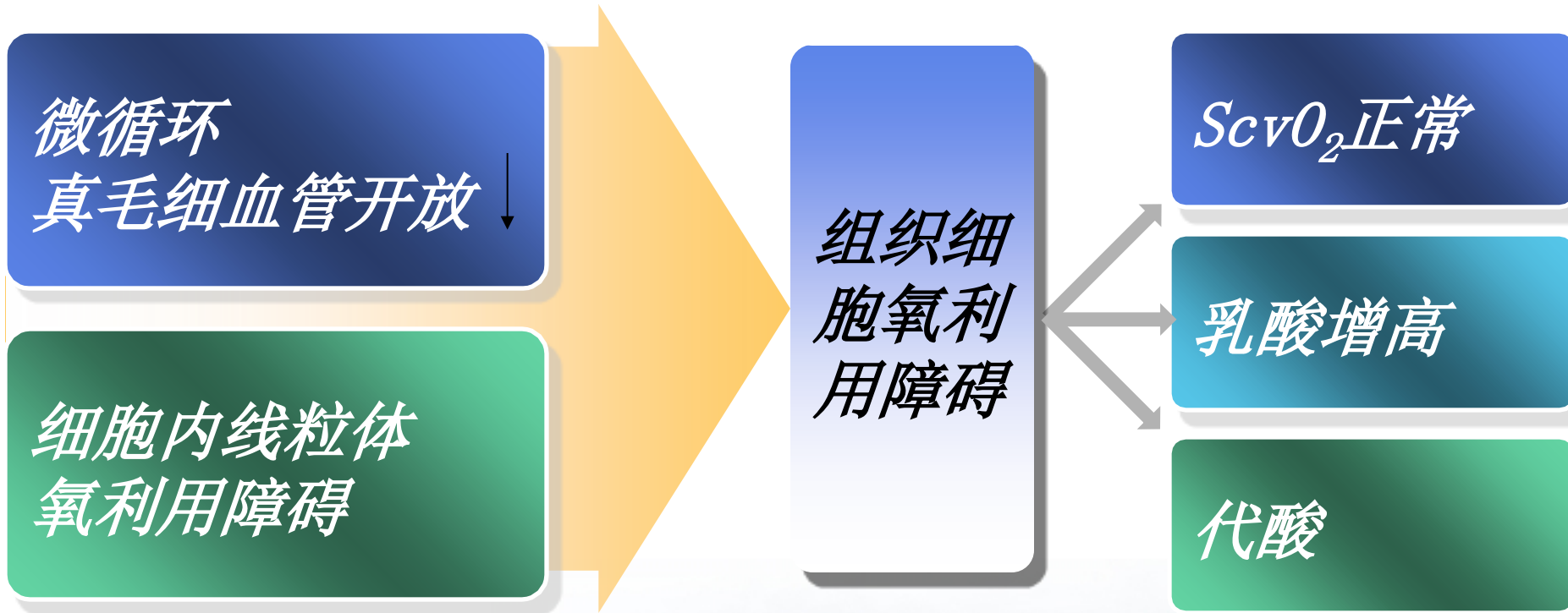
有效循环
血容量不足

低血压

低灌注

感染性休克

氧利用障碍



现代医学未能解决的问题

■ 毛细血管渗漏

■ 细胞水平的氧利用障碍

中医治疗？

按水肿治疗

中医治疗

- 感染性休克中广泛的毛细血管渗漏必然会出现组织显性或非显性水肿。
- 清代郑钦安认为水肿是由于患者元阳不足，阴邪（水饮）弥漫所致。主张用潜阳丹（砂仁、附子、龟板、甘草）治疗水肿。
- 传统上中医认为感染性休克为阳气欲决所致的厥脱。

感染性休克

方药：潜阳
丹加味

制附子30g 砂仁15g 龟板30g
炙甘草60g 干姜15g 麻黄15g

煎服法：附片先煎0.5h，余药再煎沸后
20min，取汁400ml，每次100ml，口服或
鼻饲 qid

《复苏合剂对感染性休克血流动力学及相关因素影响的研究》

研究目的：明确复苏合剂对感染性休克血流动力学的影响

1

21例感染性休克患者随机分为治疗组和对照组。对照组施以内科基础治疗，治疗组在对照组基础上加用复苏合剂（以潜阳丹为主方，砂仁、附子、龟板、干姜、麻黄、炙甘草）

2

经治疗后CVP \geq 8mmHg时为监测起始时间点（T0），治疗24小时（T24）、48小时（T48）、72小时（T72）CVP、CI、EVLWI、SVRI、GEDVI等指标的变化。

结果

表 2 两组患者不同时间点 CVP 及血流动力学指标的变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	CVP(mm Hg)	CI(L·min ⁻¹ ·m ⁻²)	EVLWI(ml/m ²)	SVRI(kPa·s·L ⁻¹)	GEDVI(ml/m ²)
治疗组	T0	11	12.00±3.29	3.96±1.48 ^a	5.83±1.76 ^b	137.03±60.15	838.36±166.07 ^b
	T24	11	13.18±3.89	4.07±2.18 ^a	7.31±1.45 ^a	156.33±64.00	828.91±212.81 ^b
	T48	11	12.45±3.80	3.73±1.42 ^a	6.85±2.27 ^b	165.64±70.73	802.09±187.63 ^b
	T72	11	13.00±2.57	4.09±0.95 ^b	5.45±1.68 ^a	169.54±82.30	712.27±170.30 ^a
对照组	T0	10	12.20±3.04	2.73±0.63	10.20±3.15	188.68±52.43	599.30±206.68
	T24	10	13.00±3.23	2.68±0.42	10.12±3.15	193.60±71.08	554.60±102.28
	T48	10	13.20±4.21	2.64±0.47	9.99±1.79	201.34±47.14	574.10±134.36
	T72	10	12.80±2.25	2.99±0.51	7.91±3.33	214.59±43.16	575.20±102.17

注:与对照组同期比较,^aP<0.05,^bP<0.01

本研究结果显示:

- 一、感染性休克治疗过程中使用复苏合剂可以明显增加CI, GEDVI;
- 二、复苏合剂可以明显降低EVLWI;
- 三、使用复苏合剂对感染性休克患者的CVP、SVRI影响不明显;
- 四、在降低28天病死率方面,二者无统计学差异,但复苏合剂显示出减少病死率的趋势

结论 复苏合剂可以降低EVLWI, 增加CI, GEDVI, 而对CVP、SVRI、28天病死率影响不明显。

《中药加味潜阳丹对感染性休克早期液体复苏时血管外肺水及相关因素的影响》

目的：探讨感染性休克早期液体复苏时加味潜阳丹对血管外肺水及相关因素影响的研究。

方法：48例感染性休克患者随机分为治疗组和对照组，以液体复苏至患者CVP \geq 8mmHg作为复苏终点，监测液体复苏结束后即刻(T0)、8h(T8)、16h(T16)、24h(T24)的CVP、CI、EVLWI、SVRI、GEDVI、氧合指数(PaO₂ / FiO₂)等指标的变化。

结果

表2 两组不同时间血流动力学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	CVP (mm Hg)	CI (L/min·m ²)	EVLWI (mL/m ²)	SVRI (DSm ² ·cm ²)	GEDVI (mL/m ²)	PaO ₂ /FiO ₂
中药	26	T0	13.23 ± 2.76	3.30 ± 0.21	8.93 ± 0.68	1410.62 ± 596.28	808.69 ± 189.00	292.58 ± 22.06
		T8	13.35 ± 3.67	4.20 ± 0.34*	7.27 ± 0.44**	1504.92 ± 639.32	839.04 ± 221.74*	309.58 ± 5.56**
		T16	12.92 ± 3.99	3.85 ± 0.22**	5.79 ± 0.47**	1634.96 ± 696.87	814.92 ± 198.66**	310.35 ± 10.75**
		T24	12.72 ± 1.75	4.16 ± 0.16**	5.29 ± 0.45**	2068.54 ± 1060.68	720.23 ± 172.36**	311.08 ± 6.05**
对照	22	T0	12.86 ± 3.62	3.11 ± 0.23	9.43 ± 0.73	1709.41 ± 495.25	719.91 ± 217.49	296.00 ± 16.05
		T8	13.77 ± 3.26	3.01 ± 0.37	10.50 ± 0.48	1857.73 ± 706.13	663.50 ± 366.89	297.77 ± 16.17
		T16	13.41 ± 4.19	2.68 ± 0.24	10.20 ± 0.51	1902.55 ± 517.07	583.27 ± 128.61	296.86 ± 14.15
		T24	13.14 ± 1.73	2.96 ± 0.17	7.51 ± 0.49	2039.45 ± 420.64	577.41 ± 98.74	296.41 ± 11.83

注: T0、T8、T16、T24 分别代表液体复苏结束后即刻、8、16、24 h; 与对照相同时间比较, * P < 0.05, ** P < 0.01

- **结果** ①中药组在治疗T8、T16、T24时心排血指数 (CI), 全心舒张末期容积指数 (GEDVI)、氧合指数 (PaO₂ / FiO₂) 明显增加;
- ②中药组在治疗T8、T16、T24时可明显降低血管外肺水指数 (EVLWI);
- ③中药组与对照组两组同时间点中心静脉压 (CVP)、体循环阻力指数 (SVRI) 比较, 差异均无统计学差异;
- ④两组28天病死率相比, 中药组可明显降低患者的病死率, 差异具有统计学差异。
- **结论** 潜阳丹可以降低EVLWI、28天病死率, 增加CI, GEDVI, 而对CVP、SVRI影响不明显。



肺外源性急性呼吸窘迫综合征

ARDS的病理生理

- ARDS是全身炎症反应综合征在肺部的严重表现。
- ARDS的基本病理生理改变是肺泡上皮和肺毛细血管内皮通透性增加所致的非心源性肺水肿。由于肺泡水肿、肺泡塌陷导致严重通气/血流比例失调,特别是肺内分流明显增加,从而产生严重的低氧血症以及由于肺顺应性降低而导致的呼吸窘迫。
- 从某种程度来讲也可认为是水肿。

急性呼吸窘迫综合征

方药： 潜阳丹
加味

制附子30g 砂仁15g 龟板30g 炙甘草
10 g 干姜15g 麻黄10g 姜黄
15g 山慈菇20g

煎服法： 附片先煎0.5h, 余药再煎沸后20min,
取汁400ml, 每次100ml, 口服或鼻饲 qid

《中西医结合治疗急性呼吸窘迫综合征疗效评价》

表1 2组ARDS患者带呼吸机时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	带呼吸机时间	t	P
治疗组	23	22.08 ± 3.27	-1.275	0.961
对照组	22	23.36 ± 3.44		

表2 2组ARDS患者治疗28d病死率比较[例(%)]

组别	例数	存活	死亡	χ^2	P
治疗组	23	15(65.2)	8(34.8)	4.908	0.027
对照组	22	8(36.4)	14(63.6)		

选择2006年10月-2009年12月收治的符合纳入标准的ARDS患者45例。随机分为治疗组23例、对照组22例，除基础治疗外，治疗组在此基础上加用加味潜阳丹，疗程28天。结果提示：两组带呼吸机时间相比无统计学意义($P > 0.05$)。两组病死率比较，差异具有统计学差异($P < 0.05$)。



《复苏合剂对ALI/ARDS大鼠肺重量及肺组织病理形态的影响》

表1 2组0h时段大鼠肺重量比较($\bar{x} \pm s$) g

组别	n	肺重量
复苏合剂组	3	1.31 ± 0.12 ^①
对照组	3	0.98 ± 0.16

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表2 2组各时间点大鼠肺重量比较($\bar{x} \pm s$) g

组别	n	0.5h	2h	4h	6h	12h
复苏合剂组	3	0.79 ± 0.03 ^②	1.28 ± 0.02	1.10 ± 0.03 ^②	1.29 ± 0.45	1.38 ± 0.37 ^②
对照组	3	1.10 ± 0.06	1.44 ± 0.18	1.38 ± 0.03	1.32 ± 0.18	2.12 ± 0.02

与对照组同时段比较, ① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$

大鼠肺重量的测定结果

结果显示: 模型组大鼠肺重量较对照组大鼠的肺重量大, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

复苏合剂组药物干预后0.5h、4h、12h大鼠肺重量均较对照组小。两组比较, 差异有显著性或非常显著性意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/408014140042006053>