

doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2023.11.030

❖ 短篇与个案 ❖

1 例脓毒性休克后顽固性低血压的中西医结合治疗报告

安林, 郭金莲, 罗春秀, 任继刚, 张哲, 雷泉

(四川省名中医雷泉工作室·川北医学院附属医院中医内科研究室, 四川 南充 637000)

【中图分类号】R544

【文献标志码】B

1 病例资料

现病史:患者,男,63岁,因“咳嗽咳痰14d,加重伴气喘、腹部不适3d”,于2022年2月14日收入本院中医科住院治疗。患者诉14d前因受凉后出现咳嗽、咳痰,夜间咳甚,咳白色泡沫痰,不易咯出,伴恶寒,无发热、胸闷、胸痛,于当地医院住院治疗后症状稍缓解(具体不详)。3d前患者无明显原因上述症状加重,伴气喘、腹部不适,稍恶寒,无发热,偶有胸闷,无胸痛、双上肢放射痛。为求进一步治疗遂至我院门诊就诊,门诊排除新型冠状病毒感染后以“肺部感染;低氯血症;低钠血症;睡眠障碍;甲状腺癌术后”收入我科行中西医结合治疗。

既往史:“乙肝”病史30余年,口服“恩替卡韦分散片”治疗,“肝硬化”病史3余年;“慢性胃炎”病史6余年,“胃溃疡”病史1余年;2020年因“甲状腺癌”行“甲状腺肿瘤切除术”,术后因呼吸困难行气管切开术,一直不能拔管;“右下肢大隐静脉曲张”病史1余年;否认其他慢性病史、传染病史;否认其他手术、外伤、输血史,否认药、食物过敏史。

辅助检查:白细胞 $10.35 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $8.23 \times 10^9/L$,超敏C反应蛋白 18.71 mg/L ,降钙素原 0.55 ng/mL ,丙氨酸氨基转移酶 278 U/L ,门冬氨酸氨基转移酶 154 U/L ,直接胆红素 $8.1 \mu\text{mol/L}$,谷氨酰转氨酶 74 U/L ,白蛋白 33.1 g/L ,血钾 2.9 mmol/L ,总钙 1.26 mmol/L ;超敏C反应蛋白 57.78 mg/L ;痰培养见肺炎克雷伯菌;胸部CT平扫:双肺上叶尖段多发小结节,多系炎性结节;右肺上叶后段、双肺下叶散在炎性病变,右肺中叶支气管开口欠通畅,考虑痰栓形成可能,右肺中叶节段性不张、阻塞性炎症。

入院西医诊断为“1. 肺部感染;2. 乙肝后肝硬化;3. 肝功能不全;4. 电解质代谢紊乱;5. 睡眠障碍;

6. 甲状腺癌术后;7. 慢性胃炎”,结合痰培养及药敏结果先后予哌拉西林钠舒巴坦钠与头孢哌酮钠舒巴坦钠静滴、复方磺胺甲噁唑片口服抗感染、保肝、止咳化痰、解痉平喘、补钾、补钙对症治疗;中医诊断为咳嗽病,辨证为寒痰壅肺证、脾胃气虚证,以香砂六君子汤加味宣肺散寒、健脾和胃。经上述治疗,患者恶寒好转,胸闷减轻,仍咳嗽、咳痰,咳白黏痰,不易咯出,偶有头晕、腹胀。

2022年2月21日患者突然出现意识恍惚,呼吸困难,喉间痰鸣,头昏,全身大汗淋漓不止,体温: $36.5 \text{ }^\circ\text{C}$,心率 $170 \sim 225 \text{ 次/min}$,血压 $60 \sim 70/50 \sim 60 \text{ mmHg}$ 、呼吸在 $30 \sim 37 \text{ 次/min}$ 区间波动,氧饱和度持续下降至 67% ,双肺闻及湿啰音和哮鸣音。检验提示:白细胞 $12.95 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $11.83 \times 10^9/L$,全血超敏C反应蛋白 76.21 mg/L ,降钙素原 1.792 ng/mL ,乳酸 3.15 mmol/L ,血钙 1.63 mmol/L ,BNP 533.50 pg/mL ,血钠 118.0 mmol/L ,葡萄糖 10.30 mmol/L ,剩余碱 -3.8 mmol/L ,乳酸 3.3 mmol/L ,pH值 7.46 ,钙离子 0.79 mmol/L , PCO_2 26.0 mmHg , PO_2 70.0 mmHg ,碳酸氢根 18.50 mmol/L ,痰培养提示肺炎克雷伯菌感染,喉镜提示:甲状腺术后,喉梗阻,颈部窦道。立即请心血管内科、重症医学科、麻醉科、耳鼻喉科急会诊,予以胺碘酮复率、吸痰、气管切开、补充电解质、抗感染、补液等治疗,随后患者心率下降至 $100 \sim 120 \text{ 次/min}$,氧饱和度 $90\% \sim 98\%$,呼吸渐趋顺畅,喉间痰鸣未闻及,呼吸在 $20 \sim 25 \text{ 次/min}$ 间波动;予盐酸多巴胺注射液 80 mg +重酒石酸间羟胺注射液 20 mg +氯化钠注射液 250 mL 以 30 滴/min 为初始速度静脉滴注,根据血压调整滴速。升压药物输注后 3 min 血压开始回升,输注后 10 min 血压 $101/68 \text{ mmHg}$ 。2月25日加用参附注射液益气固脱、回阳救逆。2月28日白细胞 $8.71 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $7.19 \times 10^9/L$,

基金项目:四川省科技厅重点研发项目(2021YFS0058)

作者简介:安林(1997-),女,硕士研究生。E-mail:2270166012@qq.com

通讯作者:雷泉,博士,教授。E-mail:18990837256@163.com

超敏C反应蛋白91.6 mg/L,降钙素原:0.745 ng/mL,3月1日D-2聚体1.70 μg/ml。治疗期间,患者血压在70~135/50~75 mmHg波动。

3月1日请甲乳外科、内分泌科、呼吸科、感染科、重症医学科、心血管内科、神经外科会诊寻找患者低血压病因,各科会诊后排除甲状腺癌、内分泌、心源性、药物过敏、神经源性等相关疾病引起低血压,考虑脓毒性休克导致可能性大,会诊建议积极抗感染、升压药维持治疗,未提出其他相关疗法。3月6日患者检验提示白细胞 $4.22 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $2.29 \times 10^9/L$,BNP 87.19 pg/mL,乳酸1.95 mmol/L,感染较前减轻,但患者血压仍低,血管活性药物维持下患者血压仍呈休克状,在75~125/50~89 mmHg波动,无法持续稳定在正常血压区间,低血压病因不明确,升压治疗不显效。

3月16日查房,患者神志清楚、精神较差,诉头昏、乏力、心悸、气喘,自觉腹部胀满,进食后加重,口干不欲饮,偶有呛咳,纳差不欲食,厌油,肢凉怕冷,舌淡,脉细弱。结合患者四诊情况,选用升陷汤加减升阳举陷,具体药物如下:黄芪100 g,山药、山茱萸各50 g,白术、鸡矢藤各30 g,人参、法半夏、煅牡蛎各20 g,陈皮18 g,桔梗、茯苓各10 g,升麻6 g,以上3剂,2日1剂,1日3次,每次200 mL,水煎,饭后温服。3月17日始服;3月18日患者血压有所回升,波动减小,较前稳定,分别调整盐酸多巴胺注射液、重石酸间羟胺注射液剂量为40 mg、10 mg,并将滴速放缓至5~8滴/min;3月20日患者血压持续稳定在90~103/53~67 mmHg,心率78次/min,氧饱和度94%,停用盐酸多巴胺注射液与重石酸间羟胺注射液,继续口服升陷汤加味。停用多巴胺后患者血压持续在95~110/65~85 mmHg。经升压、抗感染配合中医升阳举陷等治疗,患者血压逐步回升,由休克状态恢复至正常低压水平,并持续稳定,病情好转出院,疗效显著。

2 讨论

患者因肺部感染入院,入院后予经验性抗生素抗感染,痰培养及药敏结果回示后予复方磺胺甲噁唑片口服治疗。患者感染的急性加重,脓毒性休克的发生,与肺部痰栓、喉部梗阻、体质虚弱以及免疫力低下因素相关。患者在感染基础上出现2月21日所述症状及体征,根据SIRS、SOFA、qSOFA评分表进行综合评分后考虑诊断为脓毒性休克。虽然去甲肾上腺素作为脓毒性休克指南推荐的一线血管活性药物,但并不意味着其他血管活性药物不作为初始选择。在无法获得去甲肾上腺素的情况下,可选

择多巴胺作为替代,但应注意心率失常的问题^[1-2]。作为临床广泛应用,同时又备受争议的多巴胺,是去甲肾上腺素的前体物质,其作用机制较为复杂,可兴奋 α 、 β 受体及多巴胺受体,用药后约2~4 min起效,可持续作用约10 min,具有快速恢复血压的作用。量-效关系在多巴胺对其受体的兴奋作用上显著存在^[3],应用不当会出现心率失常等严重不良反应。

本例患者在心率控制前提下,使用共识^[4]推荐的多巴胺治疗剂量治疗低血压,血压有所回升,但未能持续稳定在正常水平。相关学科会诊排除感染以外其他病因,但在其感染控制、其他临床症状减轻以及升压药物维持等情况下血压仍不能持续稳定在正常区间,加用其他升压药物或更换升压药物风险大。该患者最终被治愈离不开多学科及时、准确的合作,中医药在此次治疗过程中发挥着重要作用。

脓毒性休克在《脓毒性休克中西医结合诊治专家共识》^[5]所述的“四证四法”理论中属于急性虚证范畴,扶正固本是脓毒性休克的一种重要疗法。参附注射液是一种安全性良好的中药注射制剂,是回阳救逆、益气固脱的常用药物。使用参附注射液与西医常规治疗联合,可以有效地降低脓毒性休克患者的乳酸水平,提高平均动脉压(MAP),改善机体血流灌注,减轻病情,并降低死亡率^[6]。患者脓毒性休克后血压不能回升的同时伴随头昏、乏力、肢体厥冷、呼吸气微、冷汗出、少尿、舌淡、脉微弱等症状,此为阳气衰微导致机体温煦、推动、固摄功能失常,从而呈现出的急性虚证,回阳固脱只为救急。予参附注射液治疗剂量后患者头昏、乏力、肢冷程度减轻,汗止,尿量增多,脉弱,总体病情较前减轻。

案例中用参附注射液在于回阳固脱,急救为主;但患者后期以气虚、气陷为主,加上患者甲状腺癌术后等基础疾病,长期正气不足,因此血压难以维持,因此大气下陷论治疗效好。

患者感染控制后,以低血压为主症,伴头昏、乏力、心悸、气喘,腹部胀满,进食后加重,口干不欲饮,偶有呛咳,纳差不欲食,厌油,肢凉怕冷,舌淡,脉细弱。而中医学中并没有专门针对“低血压”这个病名的相关记载,临床上常将其归类到其他疾病范畴中,如“厥脱”“眩晕”“虚劳”“心悸”等疾病范畴。3月16日本课题组查房,认为患者上述症状与张锡纯^[7]“大气下陷”理论中气短、喘息、气息将停、怔忡、神昏、脉沉迟微弱等描述相似。张锡纯认为,大气禀于先天,成于后天,居于胸中,统摄人体一身之气,总领人体全身血脉,与“元气”有着同等重要的

(下转第1578页)