

中西医结合治疗尿毒症引起多系统脏器功能衰竭的临床观察

太原中西医结合医院 陈再彬 赵 动 马春山 李书海 高显宗 武小桐 杨继明

我们从1984年5月~1987年7月,采用中西医结合的方法治疗慢性肾功能衰竭尿毒症晚期引起多系统脏器功能衰竭10例(简称中西组),并与同期的患者10例用西医治疗(简称西医组)对照观察。现报告如下。

临 床 资 料

本组20例均符合1986年天津第二合危重症急救医学学术交流会议制定的多系统脏器功能衰竭(MSOF)的诊断标准。中西组:男6例,女4例,年龄28~48岁,平均36.5岁;病因:慢性肾炎7例,慢性肾盂肾炎3例;病程最长者16年,最短者0.5年,5年以上者5例。肾功能情况:尿素氮最高127mg%,最低62mg%,平均97.8mg%;血肌酐最高21mg%,最低4mg%,平均11mg%;肾图:双肾无功能者6例,近似无功能者2例,严重损害者2例。西医组:男8例,女2例,年龄20~50岁,平均30.3岁;病因:慢性肾炎8例,慢性肾盂肾炎1例,多囊肾1例;病程最长者20年,最短者3个月,5年以上者2例。肾功能情况:尿素氮最高121mg%,最低64mg%,平均95.6mg%;血肌酐最高19mg%,最低5mg%,平均10.5mg%;肾图:双肾无功能者6例,近似无功能者3例,严重损害者1例。两组病例均在入院时或治疗过程中首先出现了黑便。中西组治疗过程中合并心包炎心衰者2例,意识障碍者2例。西医组治疗过程中合并心包炎心衰者4例,意识障碍者4例。两组病例做人工肾治疗的指征:(1)主要症状:恶心呕吐;浮肿尿少;出血倾向;神经及精神意识障碍。(2)主要生化指标:血尿素氮 $>80\text{mg}\%$;血肌酐 $>6\text{mg}\%$;血清钾 $>6.5\text{mEq/L}$;血二氧化碳结合力 $<20\text{容积}\%$;内生肌酐清除率 $<10\text{ml}\cdot\text{min}$ 。判断标准:主要生化指标2项加主要症状2项,或主要生化指标1项加主要症状指标3项。

治 疗 方 法

一、中西组采用血液透析及中西医结合的治疗方法。血液透析采用上海医疗器械厂生产的TX-23型人工肾机。透析液是浓缩液和水按1:34比例混合制成。

开机调温,用0.9%盐水反复冲洗宁波生产的铜氨中空纤维透析器,透析管接通患者的动静脉瘘,肝素抗凝透析。首次透析4h,以后为6h(一般不用负压)。在做完人工肾治疗后第4天开始至下次作人工肾期间采用以中药降氮(我院监制,太原卫星制药厂试制,组方:制附子、生大黄、煅牡蛎、蒲公英、地丁、海藻)每瓶500ml(90g)结肠透析为主治疗。灌注前先清洁灌肠或排便,成人每次用药100~150ml,间接加温至38℃后装入输液瓶。患者侧卧,输液器与三通管连接,肛管从肛门插入30cm至结肠后,灌药液100~150ml保留30min放出灌注液,重复灌药4~5次。完成后将透析管拔出,每日进行1次。合并上消化道出血患者采用生大黄、三七末等份装入5号胶囊,每次口服4~6粒(0.2/粒),每4~6h一次。服药后观察大便颜色,每天作大便潜血试验,便潜血转阴后再服5~7天。治疗期间不禁食,同时采用西药常规处理利尿:速尿每次100~300mg加入50%葡萄糖液60ml静脉注射。抗感染:一般采用青霉素、氨苄青霉素、白霉素、先锋V号、先锋铋等药中的一种。纠正酸中毒:根据 CO_2CP 计算给予5% NaHCO_3 100~200ml,静脉滴注。同化激素用苯丙酸诺龙25mg或丙酸睾丸素50mg,每周2次肌肉注射。如果有水、电解质紊乱,给予对症处理。贫血严重者,在做透析时给予输新鲜血300ml;有心衰、呼吸困难或神经障碍时给予吸氧、纠正心衰等治疗。

二、西医组治疗方法即在人工肾治疗的同时采用上述西医的治疗方法。对于合并消化道出血时给予维生素 K_1 20mg肌肉注射每日2次。甲氧咪胍每日0.8~1.2g加入10%葡萄糖液200ml静脉滴注、肌肉注射或口服。氢氧化铝凝胶每次15ml,每隔4~6h口服。

结 果

一、疗效判断标准:参照1987年连云港会议制定的标准。显效:临床症状消失或显著减轻,血尿素氮下降30%以上,酸中毒纠正,并发症好转或消失;好转:临床症状减轻,尿素氮下降20%以上,酸中毒改善,并发症好转或改善;无效:不符合有效判断标准,即为无效或死亡。

二、结果：两组病例均在治疗3个月后做完人工肾第6天统计疗效。中西组：显效4例，好转4例，死亡2例；西医组：好转2例，无效4例，死亡2例。

1. 两组人工肾治疗次数：中西组：5~17次，平均7.2次；西医组2~14次，平均4.4次。两次人工肾间期：中西组：7~23.6天，平均11.56天；西医组3~10天，平均4.76天。两组比较，中西组两次人工肾间期延长，与西医组差异有显著性意义($P < 0.01$)。

2. 中西组8例患者观察了合并消化道出血用药后便颜色及便潜血情况。结果8例患者用药后均止血，止血时间最短24h，最长72h，平均36h。治疗1周后复查血常规，其中血红蛋白治前平均6.80g，治疗后平均7.10g，平均增加0.97g。治疗前后比较 $P < 0.05$ 。

讨 论

一、尿毒症患者晚期多首先表现胃肠道衰竭症状，继而出现MSOF。MSOF的治疗至今仍是一个棘手的临床问题，曾被称之为70年代综合征，死亡率32~94%。有人认为衰竭脏器在3个以上的则死亡率为100%。本组死亡病例均证实此论点。可见积极治疗2个脏器衰竭尤为重要。

中医认为尿毒症的发生主要由于水肿、淋症、癃闭、肾痹等病日久不愈，劳伤肾气，肾体劳衰以致肾阳衰惫，阳不化气，“开合”失节，当藏不藏，当泄不泄，使精华漏出，水浊滞留，浊邪内盛，壅塞三焦，升降失司，气机逆乱而发生本病。浊邪内盛、蕴毒化热，首先影响于胃，进而上干于肺，蒙蔽于心，侵及于肝，造成胃气不和，肺气逆上，心神迷蒙，肝风内动而产生多个脏腑功能紊乱，出现多系统脏器功能衰竭。若邪毒入血、血液妄行则产生上消化道出血等症

候。在病变过程中，脾肾衰败和浊毒内壅，互为因果，特别是浊毒内壅弥漫三焦，既是进一步加重肾衰的重要因素，又是凌心犯肺、损肝、侵脑产生MSOF的直接因素，因此解毒泄浊是治疗本病的关键。用人工肾进行血液透析来治疗本病，可以清除一部分小分子的氮质代谢产物，而对中分子类毒素的清除能力差，而且还易产生许多副作用和并发症。同时单纯使用人工肾治疗使尿毒症患者对人工肾的依赖越来越大，两次人工肾的间期越来越短，形成恶性循环，使病情趋于恶化。

我们抓住解毒泄浊这个治疗关键，在两次人工肾期间采用降氮灵进行结肠透析，就能进一步促进有毒物质，特别是中分子类物质的排出，从而明显延长了患者做人工肾的指征时间，弥补了人工肾的不足，使尿毒症患者能逆转到原来的氮质血症期或代偿期，延长了患者的寿命。同时解毒泄浊明显减轻了浊毒壅积、弥漫三焦的形势，减轻了浊毒对其他脏器的侵害，使MSOF得到缓解。

二、我们把两次人工肾的每一个间期又分为两期，做完人工肾后1~3天为第一期，此时患者刚做了透析，尿毒症毒素大量减少。这时的主要矛盾是脾肾衰败，治疗采用中药健脾益肾，并加用西医调整体内电解质紊乱及酸碱平衡失调。3天以后到进行下一次人工肾为第二期，此时患者体内尿毒症毒素又在积蓄，尿毒症症状又逐渐加重，浊毒内蕴是主要矛盾。因而采用中药结肠透析来解毒泄浊，明显延长了第二次人工肾的指征时间，减少了患者对人工肾的依赖，起到了相得益彰的效果。

三、尿毒症的消化道出血是一种本虚标实证，应采用急则治其标的方法治疗，用大黄清胃泻热、解毒泄浊，三七末祛瘀止血，取得良好效果。

消肿止痛膏治疗软组织损伤 60 例

山东德州地区中医院 孙保忠 魏连阔

临床资料 60例患者均为骨伤科门诊治疗的新鲜软组织损伤（均无皮擦伤），无骨折与神经损伤合并症。其中腰部损伤8例，踝部损伤40例，腕部损伤12例。按损伤部位的肿胀和功能情况分为轻、中、重三度：（1）轻度：局部轻度肿胀，关节活动无明显受限。（2）中度：肿胀较重，关节活动轻度受限。（3）重度：高度肿胀，关节活动明显受限。

治疗方法 方剂：乳香、没药、血竭、自然铜、

麝香各3g，红花1g（以上中药研末过九号筛），樟脑1g，尼泊金乙酯和凡士林适量，制成软膏剂。用法：将药膏涂患处一薄层，塑料纸贴盖，外用绷带包扎固定。2~3日换药1次直至痊愈。

结果 以肿痛全部消退或基本消退，而不影响功能者为痊愈。本组60例患者全部治愈，其中治疗时间最长者6天，最短者2天。用药次数，最多者3次，最少者1次。