

# 中医药学对 ICU 多重耐药菌肺炎治疗的临床思路

李若愚<sup>1</sup>, 肖超烈<sup>1</sup>, 莫绮君<sup>1</sup>, 刘艾然<sup>2</sup>

1. 广州中医药大学附属东莞中医院, 广东 东莞 523000; 2. 东南大学附属中大医院, 江苏 南京 210000

**[摘要]** ICU 中多重耐药菌 (MDR) 肺炎患者多存在以正气虚弱、腑气不通、痰瘀互结为主的病机表现。在辨证论治的基础上, 注重扶正、通腑、活血化痰法中药的使用, 对提高 ICU 中 MDR 肺炎的疗效、缩短病程、降低病死率有着积极的影响。

**[关键词]** 多重耐药菌 (MDR) 肺炎; 重症监护病房 (ICU); 中医药疗法; 扶正; 通腑; 活血化痰

**[中图分类号]** R563.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 07-0005-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.003

多重耐药菌(multidrug-resistant bacteria, MDR)是指细菌对 3 种以上不同抗菌药物耐受。与临床相关的 MDR 包括多重耐药的鲍曼不动杆菌(MDR-AB)、嗜麦芽窄食单胞菌、产超广谱  $\beta$ -内酰胺酶的细菌(ESBLs)、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)。多重耐药菌感染现已遍布全球, 逐渐成为医院感染的重要病原菌, 耐药菌株导致的感染治疗困难, 这给患者、医院、家庭及社会都带来了沉重的负担<sup>[1]</sup>。MDR 肺炎是重症监护病房(ICU)患者死亡的主要原因之一, 有研究显示, 重症监护病房下呼吸道感染在医院感染中发病率和死亡率居首位, 甚至可高达 50%<sup>[2]</sup>。MDR 肺炎的危险因素主要包括: 抗生素的不当使用、免疫功能低下、机械通气、激素使用等几个方面<sup>[3]</sup>。中医药学对外感疾病的治疗一直以来都极具特色, 且卓有成效。如六经传变学说、卫气营血学说以及三焦传变学说就是前人在不同的历史时期, 根据临床实践而逐步发展起来的三种用于治疗外感热性病的辨证方法, 至今仍对临床治疗有着重要的指导意义。因此, 在新的历史阶段, 如何发挥中医药学特长参与治疗 MDR 肺炎, 提高临床疗效, 是值得研究的问题。笔者在临床中根据 ICU 患者的特点, 提出对 MDR 肺炎的诊疗思路, 简述如下。

## 1 MDR 肺炎多存在虚证基础, 故治疗需扶正

“虚”在中医学观念中是导致一切疾病发生的根本原因, 机体由于虚的存在, 可导致外邪内侵, 缠绵难愈。现代医学研究表明, MDR 肺炎多发生于年老、体弱者, 或病前体质尚好, 但因严重、反复感染, 体质日渐衰弱, 引起免疫功能低下, 导致肺感染缠绵难愈<sup>[4]</sup>。一项前瞻性队列研究显示, 免疫抑制状态被认为是机械通气患者 VRE(耐万古霉素肠球菌)定植的一个危险因素<sup>[5]</sup>。另一项研究也显示, 免疫抑制状态被认为是 ICU 获得性 MRSA 感染的危险因素<sup>[6]</sup>。虽然 Saad N 等<sup>[7]</sup>报

道, 免疫抑制与 ICU 获得性 MDR 感染并不直接相关, 但对于处于免疫抑制状态的慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者可能因预防性使用抗生素而更易发生 MDR 感染。《内经》云: “邪之所凑, 其气必虚”, “正气存内, 邪不可干。”表明了正气在邪正交争中的重要作用, 大多数 MDR 肺炎患者存在免疫功能缺陷或后天失调, 引起机体防御功能下降, 对致病外邪抵御不力, 最终导致严重肺感染的发生, 临床上甚至会出现多脏器功能衰竭直至死亡。所谓“扶正”, 就是扶助正气, 提高机体的抗病能力和自愈能力。它是通过对患者的阴阳气血的扶助补益与调节而改善患者的“虚证”状态, 从而达到治愈感染的一种治疗法则。它不单指应用补益强壮的方药, 而且还把调节人体阴阳平衡、气血、脏腑、经络功能的平衡稳定、以及增强机体免疫力的方法都包含在内, 因而中医学的“补之、调之、和之、益之”等都属于扶正范畴。对于 ICU 中 MDR 肺炎患者, 在补益调理脏腑之气时, 尤其要重视脾胃之气。因为脾胃是后天之本, 气血生化之源, 胃气充足使得五脏六腑皆有所养, 从而发挥其正常的功能, 维持人体的正气。若无胃气, 气血生化无源, 五脏缺乏精微物质的充养, 各脏器功能障碍进一步加重。故中医学有“有胃气则生, 无胃气则死”之说。

## 2 肺与大肠相表里, 故治肺需通腑

中医学认为, 肺与大肠相表里, 通过经脉联系, 一阴一阳, 表里相对, 脏腑阴阳表里相合, 虽然肺与大肠一上一下相距较远, 不像脾胃那样密切, 但是就其经络来讲, 肺经之脉通过大肠经的络脉, 大肠经之脉也上连于肺, 故有“肺脉络大肠上膈, 在肠脉络肺膈”之说, 说明二者表里相对。因肺主气, 居高临下, 以节制全身之气, 主气机的升降。而大肠主传导功能, 必须接受肺气与肺中之水液, 还必须有赖于肺的肃降才能完成排泄糟粕的作用。如果肺气受病, 不能下降于大肠,

[收稿日期] 2013-08-01

[作者简介] 李若愚 (1980-), 男, 医学硕士, 主治中医师, 研究方向: 危重症的中西医结合治疗。

或大肠受病,障碍于肺的肃降,均能使手太阴肺经气流通不畅致病。因此,虽然在 ICU,MDR 肺炎患者其病位在肺,但在疾病发展过程中随着炎症因子的释放、交感神经的兴奋、长时间卧床等因素的影响,部分患者,尤其是伴有机械通气的患者多会出现程度不同的急性胃肠功能损伤,其表现为肠内营养不能耐受、严重的胃潴留。而胃肠功能的低下或丧失,除了会导致肠道黏膜损伤,造成肠道屏障受损,细菌易位,产生新的感染或引起更为严重的脓毒血症外,还会因为肠道气体排泄受限而引起腹内压的升高<sup>[7]</sup>。腹内压的明显升高一方面会直接影响膈肌运动加重呼吸衰竭,另一方面也会降低全身的组织灌注,甚至会导致多脏器功能衰竭的发生。故肺与肠道功能有着非常密切的联系,对于 MDR 肺炎患者,肠道功能的正常与否对患者的预后和转归有着重要的影响。

### 3 痰瘀本同源,祛痰须祛瘀

中医学认为,久病入络,痰瘀同源,瘀去则痰去。明·李延《医学入门》谓:“痰乃津血所成,随气升降,气血调和,则流行不聚,内外感伤,则壅道为患。”可见,痰瘀同源。清·万潜斋《寿世新编》曰:“肺主一身之气,肺气和,则血脉利;肺气病,则血脉瘀,则肺病益甚,故肺病多夹瘀。”清·唐容川在《血证论》中则说得更为明确,指出:“血积既久,亦能化为痰水”,“须知痰水之壅,由瘀血使然,但去瘀血则痰水自消。”故 ICU 中 MDR 肺炎患者多为肺部反复感染,致津液停滞,痰浊内生,有形之邪必碍无形之气,肺气壅塞,宗气受损,不能助心以贯脉行血,血脉运行不畅,脉络瘀阻,从而出现血瘀之征。现代医学研究认为,肺感染可导致支气管黏膜充血水肿,分泌物增多,反射性支气管痉挛造成气道阻塞,肺通气障碍,产生机体缺氧或伴二氧化碳潴留,以及炎症因子释放激活凝血系统,使血液黏度增加,肺毛细血管淤滞,从而使肺的血流灌注量不中,进一步加重肺组织的通气血流比例失调<sup>[8]</sup>。因此,活血化痰治法对 ICU 中 MDR 肺炎患者治疗非常重要。研究表明,活血化痰中药能够降低血小板黏附性,使聚集的红细胞解聚,加快微循环流速;增加组织器官供血,能提高组织从微循环中摄取氧的能力;能降低毛细血管的通透性,促使感染过程终止,有利于组织的修复;另外,活血化痰中药尚具有抑制病原微生物生长、解毒消炎的作用<sup>[9]</sup>。

### 4 病案举例

赵某,男,62岁,2013年5月28日入院。主诉:外伤致全身多发伤12天。患者于2013年5月16日骑车时发生交通意外,送至当地医院行全身CT检查提示:头、胸、腹未见异常,右侧跟骨开放性骨折,双侧内外踝及部分附骨粉碎性骨折。入院后间中咳少量血丝痰,5月20日饭后出现剧烈腹痛,伴血压下降。急查胸腹CT提示:双肺挫裂伤,双肺感染,脾破裂。送手术室全麻下行脾切除术。患者术后出现高热寒战,体温最高达39.5℃,痰多色黄,血压在多巴胺[10μg/(kg·min)]泵入下波动在(95~115)/(60~70)mmHg,自觉腹胀、腹痛,

术口渗液多。复查腹部CT提示:肠道积气。考虑存在重症肺炎,急性呼吸窘迫综合征(ARDS)。给予持续机械通气,治疗给予哌拉西林舒巴坦抗感染。5月23日,因患者反复高热,改为泰能联合万古霉素抗感染,但效果欠佳,患者难以脱离呼吸机,后行气管切开。5月28日,为进一步治疗转入本院。诊见:神清,发热,疲倦、乏力,气促,呼吸机辅助通气,呛咳反射存在,间中可吸出中量黄白黏痰,夹有少许陈旧性血丝,自觉腹胀、腹痛,舌暗淡、苔黄稍腻,脉细数。查体:T 38℃,P 105次/min,R 25次/min,BP 132/65 mmHg。全身多处擦伤,部分愈合。双肺呼吸音粗,可闻及双肺散在湿啰音,心率105次/min,律齐。腹部术口渗液明显,腹软,广泛压痛,肠鸣音2~4次/min,双下肢轻度凹陷性水肿。入院诊断:①肺挫裂伤,双肺感染,ARDS;②脾切除术后;③全身多发性骨折;④肠梗阻;⑤低蛋白血症。中医辨为喘证,证属痰瘀阻肺。入院后完善痰培养、血培养、腹腔引流液培养。监测腹内压9~11 cmH<sub>2</sub>O。治疗给予泰能、利奈唑胺抗感染。考虑患者自觉腹胀、腹痛明显,且灌肠后症状无改善,暂予全肠外营养支持。6月1日痰培养结果提示:多重耐药鲍曼不动杆菌;血培养、腹腔引流液培养阴性。诊断MDR肺炎。再次复查腹部CT提示:仍为肠道积气表现,肠梗阻不排除。请外科会诊后认为,患者腹内压仅轻度升高,麻痹性肠梗阻可能性大。即于当天开始肠内营养并加用中药汤剂,考虑患者年事已高,遭遇外伤,出现脾破裂,气随血脱,故气血两虚为本,正气衰弱,御邪无力。且肺为娇脏,最易受邪,肺被邪束,郁闭不宣,化热烁津,炼液成痰,痰瘀交阻则病势缠绵,故痰瘀为标,中医辨证:气血两虚,痰瘀内阻。治以益气健脾,活血祛瘀,通腑止痛。处方:黄芪30g,白术、茯苓各20g,当归、党参、黄芩、厚朴、枳实、丹参各15g,桃仁、瓜蒌、生大黄(后下)、槟榔、白芍各10g。3剂,每天1剂,早晚温服。患者服药当晚即感腹胀、腹痛明显缓解,呼吸平顺,次晨解黄色烂便1次。服3剂后痰量明显减少,热势渐退。予改机械通气为气切套管内低流量吸氧,效不更方,继续服5剂。药后患者未再发热,精神佳。复查痰培养提示:无细菌生长。6月11日转骨科行择期手术。6月30日康复出院。

### 5 结语

虽然MDR肺炎的治疗已经成为一个世界性的难题,但是笔者在临床治疗过程中发现,ICU的MDR肺炎患者多存在以正气虚弱,腑气不通,痰瘀互结为主的病机表现,如果能在辨证论治的基础上,注重扶正、通腑、活血化痰法的使用,则往往会对提高ICU中MDR肺炎的疗效、缩短病程、降低病死率有着积极的影响。

### [参考文献]

- [1] 俞森洋. 常见感染致病菌的耐药机制及防治对策[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2002, 1(2): 71-75.

- [2] Japioni A, Vazin A, Hamedi M, et al. Multidrug-resistant bacteria isolated from intensive-care unit patient samples [J]. Braz J Infect Dis, 2009, 13 (2): 118-122.
- [3] 郭玉杰. 重症监护病房下呼吸道获得性多重耐药菌感染的临床调查与分析[J]. 中国急救医学, 2009, 29(6): 550-552.
- [4] Bhroade SM, Christenson J, Pohlman AS, et al. The incidence of and clinical variables associated with vancomycin-resistant enterococcal colonization in mechanically ventilated patients [J]. Chest, 1999, 115 (4): 1085-1091.
- [5] Vergis EN, Hayden MK, Chow JW, et al. Determinants of vancomycin resistance and mortality rates in enterococcal bacteremia: a prospective multicenter study [J]. JAMA, 2002(287): 345-355.
- [6] Saad N, Christenson DP, Maimouna D, et al. Relationship between immunosuppression and intensive care unit-acquired multidrug-resistant bacteria: A case-control study [J]. Crit Care Med, 2007, 35(5): 1318-1323.
- [7] 王默然. 肺与大肠相表里的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(7): 1844.
- [8] 陈主初. 病理生理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 297-302.
- [9] 陈可冀. 血瘀证与活血化瘀研究[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1990: 160-165.

(责任编辑: 黎国昌)

## 从“但治其病”论肥胖型多囊卵巢综合征的治疗

吴志兵, 单梅, 吴晓红

沭阳县中医院, 江苏 沭阳 223600

**[摘要]** 肥胖型多囊卵巢综合征(PCOS)是妇科临床常见类型。研究表明, 痰湿因素与肥胖型PCOS存在着明显的相关性。治疗肥胖型PCOS应本着“但治其病”的原则, 以燥湿化痰为主, 兼顾活血化瘀、行气解郁, 病程较久者则佐以补肾。

**[关键词]** 多囊卵巢综合征(PCOS); 肥胖型; 病因病机; 痰湿; 但治其病; 燥湿化痰

**[中图分类号]** R711.75 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)07-0007-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.004

多囊卵巢综合征(polycystic ovarian syndrome, PCOS)是一种育龄妇女常见的生殖功能障碍与糖代谢异常并存的内分泌紊乱综合征, 以月经稀发甚或闭经、不孕、多毛和肥胖, 伴双侧卵巢多囊性增大等为主要临床特征。近年来, PCOS发病率逐年升高, 研究表明, 目前我国生育年龄妇女该疾病的发病率已高达5%~10%<sup>[1]</sup>。PCOS患者中大约50%超重或者肥胖, 该型患者代谢紊乱发病率明显高于非肥胖型, 且程度也重于非肥胖型患者。该疾病迄今病因不明, 且缺乏理想的治疗方法, 已成妇科领域的研究热点。

中医学古籍文献并无多囊卵巢综合征这一病名, 根据其临床表现, 可归属于月经后期、闭经、不孕症等范畴。目前, 中

医药在治疗PCOS方面已显示了一定的优势。中医药治疗PCOS是属于整体的、宏观的、主动的, 且无明显毒副作用。笔者根据肥胖型PCOS的临床表现, 本着“但治其病”的原则, 拟从燥湿化痰为主, 兼顾活血化瘀、行气解郁, 佐以补肾治疗。试论如下。

### 1 肥胖型PCOS的病因病机

1.1 肥胖与痰湿的相关性 有关“肥人痰湿”的理论, 在中医学古籍文献中有许多记载, 早在《内经》中已有“肥人”、“肥贵人”和“脂人”等关于肥胖的描述。金元四大家之一朱丹溪在其《丹溪治法心要》中首次明确提出“肥白人多痰湿”观点, 之后被许多医家引用并加以发扬, 成为各科临证施治的

**[收稿日期]** 2014-02-18

**[作者简介]** 吴志兵(1988-), 男, 医学硕士, 主要从事妇产科临床工作。