

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.06.006

生脉注射液辅助治疗低血容量性休克的临床观察*

王燕平 陈逸敏 罗琼慧

惠州市中心人民医院博罗分院内科, 广东惠州 516100

低血容量性休克是指创伤失血、呕吐、腹泻、脱水、利尿等各种原因引起的循环容量丢失而导致的有效循环血量与心输出量减少、组织器官灌注不足、细胞代谢紊乱和功能受损的病理生理过程^[1]。生脉散可用于保护心肌细胞、治疗糖尿病、抗动脉粥样硬化、保护脑缺血、抗休克、保肝、调节免疫功能和造血功能,对多种原因所致的休克以及糖尿病、心脑血管疾病及其并发症等,均具有良好的治疗作用^[2]。研究发现^[3-4],生脉注射液联合西医常规治疗老年休克疗效确切,对感染性休克在早期的复苏帮助较大,可减少患者对血管活性药物的依赖。本研究观察生脉注射液辅助治疗低血容量性休克的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月—2019 年 6 月本院收治的低血容量性休克患者 60 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组 30 例。观察组,其中男 17 例,女 13 例;年龄(49.3±6.4)岁,年龄范围为 42~69 岁;病程(9.3±6.8)d,病程范围为 2~17 d。对照组,其中男 15 例,女 15 例;年龄(49.2±6.7)岁,年龄范围为 41~70 岁;病程(9.6±7.1)d,病程范围为 2~17 d。2 组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①皮肤湿冷,精神状态改变,收缩压下降(<90 mmHg 或较基础血压下降 >40 mmHg)或脉压差减少(<20 mmHg)、中心静脉压 <5 cmH₂O 或肺动脉楔压 <8 mmHg,尿量 <0.5 mL/(kg·h),心率 >100 次/min;②年龄 ≥ 18 岁;③有血容量不足的证据并排除其他类型休克;④家属签署相关知情同意书,并经过本院伦理委员会批准。

排除标准:①伴有严重肝肾功能不全者;②伴有严重心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病及风湿免疫性疾病等;③对研究药物过敏者;④近期应用过对本研究疗效有影响的糖皮质激素或免疫抑制剂等;⑤家属

不配合治疗者。

1.3 治疗方法

所有患者明确诊断为低血容量性休克后立即给予积极治疗,尽快纠正引起容量丢失的病因,根据血容量情况进行限制性液体复苏或输血治疗同时纠正酸中毒,使用 $11\sim 20$ $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 多巴胺用于维持平均动脉压 ≥ 65 mmHg,若血压不能维持马上使用去甲肾上腺素对血压进行调控,必要时使用肾上腺皮质激素。观察组患者在对照组治疗基础上加用生脉注射液治疗,将 60 mL 生脉注射液(雅安三九药业有限公司,国药准字 Z51021941)用 250 mL 5% 葡萄糖注射液(北京双鹤药业股份有限公司,国药准字 H11020621)稀释后静脉滴注,1 次/d。

1.4 观察指标及临床疗效判定标准

比较 2 组患者治疗前后中医证候积分,根据四肢厥冷、汗出、脉欲绝、烦躁、神昏、恶心呕吐等症状的无、轻、中、重度,分别计 0、1、2、3 分;分数越高,表示病情越重。

临床疗效判定标准:显效 意识清楚,紫绀、呼吸困难明显缓解,周围微循环灌注情况明显改善,脉压差 >30 mmHg,收缩压 >90 mmHg,尿量 >30 mL/h;有效 意识恢复清醒,脉压差、收缩压均有所改善,尿量有所增加,仍需间断给予升压药;无效 脉压差 <30 mmHg,收缩压 <90 mmHg,病情没有得到改善甚至进一步恶化。临床治疗总有效率= $[(\text{显效}+\text{有效})\text{例数}/\text{总例数}]\times 100\%$ 。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分比较

治疗前,2 组患者各项中医证候积分及总分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组患者各项中医证候积分及总分均较治疗前明显下降,且观察组显著低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

* 2019 年惠州市科技计划(医疗卫生项目)(Na 2019Y259)

表 1 2 组患者中医证候积分比较 (n=30, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	四肢厥冷	汗出	脉欲绝	烦躁	神昏	恶心呕吐	总分
对照组	2.82±0.81	2.58±0.72	2.78±0.75	2.80±0.79	2.70±0.71	2.75±0.76	16.21±5.36
观察组	2.12±0.56 [△]	2.08±0.54 [△]	2.17±0.55 [△]	2.19±0.61 [△]	2.00±0.65 [△]	2.09±0.66 [△]	13.19±4.52 [△]

与对照组比较, [△]P<0.05

2.2 临床疗效比较

治疗后, 观察组患者临床治疗总有效率为 70.0%, 显著高于对照组的 53.3% (P<0.05)。见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较 (n=30, 例, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	7	9	14	16(53.3)
观察组	9	12	9	21(70.0) [△]

与对照组比较, [△]P<0.05

3 讨论

早期理论认为, 低血容量性休克是由循环容量的大量丢失导致氧气输送不足, 激活许多旨在维持重要器官灌注的体内平衡机制所致。目前较为公认的观点为, 低血容量性休克是在细胞、组织和整个机体不同水平上的综合作用且复杂病理生理作用后的结果, 出血所致的低灌注和物理创伤所致的组织损伤是其主要致病机制。持续的缺血缺氧, 糖的有氧氧化受阻, 无氧酵解增加, 乳酸生成显著增加, 并在组织蓄积, 导致乳酸性酸中毒, 造成组织细胞和重要器官发生不可逆损伤, 导致急性肾功能损害、消化道出血、弥散性血管内凝血等, 内毒素血症和缺血-再灌注损伤可诱发大量炎症介质释放, 直至发生多器官功能障碍综合征^[1]。

中医学中并没有“低血容量性休克”这一病名, 但根据其临床特点和病程演变, 应当归属于中医学“脱证”“厥证”范畴。“厥证”是指因邪毒内陷, 或亡津失血或内伤脏气所致的正气耗脱、气血逆乱的一类急危重症, 以神志淡漠、脉微欲绝, 或大汗淋漓、烦躁不安、四肢厥冷为临床表现^[5]。生脉注射液是在祖国医学经典方剂“生脉散”的基础上, 采用现代制剂技术制成的中药注射液。由红参、麦冬、五味子等药物组成, 具有益气养阴、复脉固脱之功效。金·张元素《医学启源》最早记载生脉散: “麦门冬, 气寒, 味微苦甘, 治肺

中伏火, 脉气欲绝, 加五味子、人参二味, 为生脉散, 补肺中元气不足”。罗俊华等^[6]研究结果表明, 生脉注射液治疗高龄维持性血液透析相关性低血压疗效显著, 其机制可能与抑制 ET-1 和 NO 过度生成, 纠正 ET-1/NO 紊乱有关。

本研究结果显示, 治疗后, 观察组患者临床治疗总有效率为 70.0%, 显著高于对照组的 53.3%; 2 组患者各项中医证候积分及总分均较治疗前明显下降, 且观察组显著低于对照组。研究结果表明, 应用生脉注射液辅助治疗低血容量性休克患者, 可显著降低中医证候积分, 提高临床疗效。

综上所述, 生脉注射液辅助治疗低血容量性休克患者, 可显著提高临床疗效, 降低中医证候积分, 值得临床推广应用。

参 考 文 献

[1] 林果为, 王吉耀, 葛均波. 实用内科学(上册)[M]. 15 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017.

[2] 程艳刚, 荆然, 谭金燕, 等. 生脉散的现代药理及作用机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(5): 253-256.

[3] 杨坚, 张丽丽, 王桂莲. 生脉注射液联合西医常规治疗老年休克 60 例临床观察[J]. 河北中医, 2017, 39(9): 1352-1355.

[4] 李永波, 梅啸, 黄远贞, 等. 生脉注射液对感染性休克患者血流动力学的影响[J]. 中国中医急症, 2011, 20(2): 196-197.

[5] 薛博瑜, 吴伟. 中医内科学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2016.

[6] 罗俊华, 姜辉. 生脉注射液在高龄维持性血液透析低血压患者中的应用价值及对 ET-1、NO 表达的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(15): 1671-1673.

(收稿日期: 2019-07-24)