

- (11);7332-7340.
- [6] Kingsley C I, Karim M, Bushell A R, et al. CD25⁺CD4⁺ regulatory T cells prevent graft rejection; CTLA-4 and IL-10 dependent immunoregulation of alloresponses [J]. J Immunol, 2002, 168(3):1080-1086.
- [7] Zhang X, Izikson L, Liu L, et al. Activation of CD25⁺CD4⁺ regulatory T cells by oral antigen administration [J]. J Immunol, 2001, 167(8):4245-4253.
- [8] Annacker O, Pimenta-Araujo R, Burlen-Defranoux O, et al. CD25⁺CD4⁺ T cells regulate the expansion of peripheral CD4 T cells through the production of IL-10 [J]. J Immunol, 2001, 166(5):3008-3018.
- [9] Pontoux C, Banz A, Papiernik M. Natural CD4⁺CD25⁺ regulatory T cells control the burst of superantigen-induced cytokine production; the role of IL-10 [J]. Int Immunol, 2002, 14(2):233-239.
- [10] Dieckmann D, Bruett C H, Ploettner H, et al. Human CD4⁺CD25⁺ regulatory, contact-dependent T cells induce interleukin 10-producing, contact-independent type 1-like regulatory T cells [corrected] [J]. J Exp Med, 2002, 196(2):247-253.
- [11] 沈中阳, 刘懿禾, 王峪, 等. 成人肝移植围手术期多器官功能障碍综合征患者血清细胞因子的变化 [J]. 中国危重病急救医学, 2007, 19(1):28-30.

(收稿日期: 2007-11-24)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

缺血性肠病的四联疗法——附 13 例病例分析

李志军 王今达

【关键词】 缺血性肠病; 中西医结合治疗; 疗效

2006 年 7 月—2007 年 7 月, 我科共收治 13 例缺血性肠病患者, 用中西医结合四联疗法治疗, 疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 13 例患者均经临床、结肠镜、病理组织学检查后诊断为缺血性肠病, 其中男 8 例, 女 5 例; 平均年龄 (68.9±12.3) 岁。查体: 发病初期均为腹部局限性压痛, 逐渐发展至全腹膜炎及肠梗阻。白细胞计数均有升高, 中性粒细胞比例为 0.80~0.93; 血、尿淀粉酶以 D-二聚体有不同程度的升高, 血小板计数减少; 腹部 X 线平片可见液平面, 肠道积气明显。13 例患者于入院后 24 h 内行结肠镜检查, 显示结肠病变节段性分布, 与正常肠管界限清楚。13 例患者于病后 48 h 内行腹部 B 超检查均有异常发现, 其中 10 例有腹水, 9 例有局限性肠壁水肿增厚呈低回声双圈征, 6 例局限性肠蠕动消失, 8 例局限性肠管扩张。腹部 CT 检查显示: 5 例肠壁局限性增厚、水肿, 7 例肠梗阻, 9 例伴腹水。

1.2 治疗方法: 采用以中西医结合四联防治疗法为主进行治疗, 同时给予禁食、胃肠减压、纠正电解质和酸碱平衡失调、促进肠黏膜功能恢复、纠正心力衰竭和心律失常、补充血容量等治疗, 同时积极

治疗伴发疾病, 并密切观察病情变化。

1.2.1 抗炎、抗凝: 采用血必净注射液 60~100 ml/d, 其有拮抗全身炎症反应、改善组织微循环、防止毛细血管内微血栓形成、防止脓毒症发生发展等疗效^[1]。

1.2.2 改善缺血: 用前列地尔 (凯时) 10~20 μg/d, 其具有扩张血管、抑制血小板聚集等作用, 能改善缺血, 增加侧支循环, 拮抗炎症反应^[2]。

1.2.3 通里攻下: 每次用大承气汤或凉膈散 150 ml 口服或鼻饲与灌肠同时进行, 每日 4~6 次。两药具有泻下攻积、清热泻火、解毒、活血祛瘀的作用, 能促进肠蠕动, 增加肠系膜血流量, 降低黏膜通透性, 抑制肠道细菌移位等, 对肠源性感染及内毒素血症有显著疗效^[3]。

1.2.4 针灸治疗: 取天枢、气海、上巨虚、下巨虚、足三里、太冲等穴针灸, 每日 2 次, 以增加肠动力。

1.3 临床疗效判定标准: ①有效: 临床症状、体征消失, 腹部 B 超异常变化消失, 粪恢复正常。②好转: 症状明显减轻, 粪检查基本正常或肠镜下病变尚未完全恢复。③无效: 临床症状、体征无减轻或加重, 腹部 B 超异常变化无明显改善或加重, 转外科手术治疗; 患者死亡。

1.4 结果: 11 例有效, 占 84.6%; 2 例好转, 占 15.4%; 无死亡病例。

2 讨论

缺血性肠病是由于肠道血液供应不足或回流受阻致肠壁缺氧损伤所引起的

急性和慢性炎症病变。最初表现为肠壁水肿、出血及坏死等循环障碍性变化, 炎症常为继发于坏死的反应, 故炎症常常较轻, 甚至开始时无炎症改变。由于本病早期症状、体征不典型, 误诊率很高。除有相应的临床症状和体征外, 及时进行腹部 X 线平片、B 超和早期结肠镜检查基本可满足绝大多数病例的诊断和疗效判断需要, 必要时可做腹部 CT 及血管造影检查。由于缺血性肠病易启动脓毒症, 进展到重症脓毒症或多器官功能障碍综合征 (MODS) 的速度快, 病死率高, 应引起高度重视。

缺血性肠病早期诊断、综合治疗是决定预后的关键, 我们按照王今达教授菌、毒、炎并治的治疗思路^[4], 采用以中西医结合四联疗法为主的内科综合治疗, 疗效非常满意, 希望能给大家提供一个可借鉴的防治手段。

参考文献

- [1] 雪琳. SIRS 和 MODS 防治新对策的实验研究: 血必净的药效学观察 [J]. 中国危重病急救医学, 1997, 9(12): 720-722.
- [2] 张杨, 佟淑芬. 凯时注射液 [J]. 中国新药杂志, 1998, 7(4): 289-290.
- [3] 袁正强, 陈微微, 曹建林. 大黄对危重症患者胃肠功能衰竭的防治研究 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(1): 53.
- [4] 王今达, 雪琳. 细菌、内毒素、炎症介质并治: 治疗重症脓毒症的新对策 [J]. 中国危重病急救医学, 1998, 10(6): 323-325.

(收稿日期: 2007-12-28)

(本文编辑: 李银平)