

[18] 么改琦, 朱曦, 薄世宁, 等. 重症急性胰腺炎早期判定指标研究. 中国危重病急救医学, 2007, 19: 460-462.

[19] 卫俊涛. 大黄对危重病胃肠功能障碍保护作用机理的研究进展. 中国中医急症, 2010, 19: 300-302.

[20] Uehara S, Gothoh K, Handa H, et al. Immune function in patients with acute pancreatitis. J Gastroenterol Hepatol, 2003, 18: 363-370.

[21] 陈德昌, 马丽琼, 刘绍泽. 大黄对脓毒症大鼠肠道细菌及其移位

的影响. 中国危重病急救医学, 2009, 21: 17-20.

[22] 马健, 牧野充弘. 阳虚模型小鼠腹腔巨噬细胞 I a 抗原表达及乌头碱的作用. 中国中西医结合杂志, 1995, 15: 544-546.

[23] 董淳, 李江林, 徐群英. 芪附汤对衰老小鼠免疫功能的影响. 中国医院药学杂志, 2002, 22: 605-607.

(收稿日期: 2010-08-01)

(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

肝移植术后重度肺部感染抢救成功 1 例

田根东 陈琼 李志强

【关键词】 肝移植; 肺; 感染

本院成功抢救 1 例肝移植术后重度肺部感染合并心、肾功能不全患者, 现报告如下。

1 临床资料

患者男性, 56 岁, 诊断为乙型肝炎 (乙肝) 肝硬化、肝衰竭, 有 3 次肝性脑病发作史, 术前肝功能 Child C 级, 超声心动图检查及肺功能大致正常, 血肌酐 (Cr) 155.5 μmol/L, 尿量正常。行原位经典非转流肝移植术, 总手术时间 11 h, 无肝期 80 min, 供肝热缺血 5 min, 冷缺血 7 h; 采用普乐可复、骁悉、甲泼尼龙免疫抑制治疗; 术后 32 h 脱离呼吸机。术后尿量少 (600 ml/24 h), 肾功能最差时血尿素氮 (BUN) 40.3 mmol/L、Cr 374.9 μmol/L。术后 1、5、7 d 共行 3 次床边连续性肾脏替代治疗 (CRRT)。术后 2 d 痰培养为粪肠球菌、念珠菌生长, 给予倍能、康得力、他格适、斯皮仁诺口服液治疗。术后 6 d 咳嗽无力, 左肺不张、渗出明显加重, 心功能不全, 行经鼻气管插管、呼吸机辅助呼吸, 并限制液体入量, 给予强心、利尿等处理。术后 8 d 痰培养为粪肠球菌、克柔念珠菌、丝状真菌, 抗真菌药改用氟康唑、安浮特克, 并于床边行纤维支气管镜 (纤支镜) 直视下吸痰, 吸出大量黏痰和陈旧性血凝块, 左肺呼吸音及 X 线胸片示明显改善, 其后反复多次行纤支镜吸痰并行支气管冲洗。术后 11 d 行气管切开, 术后

14 d X 线胸片示明显改善, 停呼吸机。多次痰培养为溶血性葡萄球菌、鲍曼不动杆菌、嗜麦芽窄食假单胞菌、铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌生长, 按照药敏试验及经验治疗选用康得力、泰能、环丙沙星等药物治疗, 并联合用稳可信抗球菌治疗。停用普乐可复 15 d, 单用免疫抑制剂骁悉治疗, 无急性排斥反应发生。术后 39 d 拔除气管插管, 术后 48 d 复查 X 线胸片示基本正常, 肺纹理稍多。

2 讨论

肝移植术后肺部感染发生率高, 肺部感染是肝移植受者死亡的危险因素之一^[1]。恰当的气道管理, 合理应用免疫抑制剂和有效的抗感染治疗^[2], 适当的全身支持, 精心的护理配合, 是肝移植术后严重肺部感染救治成功的关键。

2.1 呼吸机的合理应用及气道管理: 无创正压通气虽能提供一定的呼吸支持, 但对于意识清醒的患者, 常常存在人机对抗, 反而加重心肺负担, 亦不利于痰液引流。气管切开插管又直接开放了患者呼吸道, 增加了移植患者感染的风险。权衡利弊, 我们倾向于首先选择经鼻气管插管, 因为抢救该类患者常常需要较长时间的呼吸机支持。患者因痰栓和血凝块阻塞, 反复发生左肺不张, 经多次纤支镜吸痰、冲洗, 同时给予解痉、化痰药物、雾化吸入, 协助翻身、拍背、咯痰等治疗, 使左肺及时复张, 为肺部感染的控制和进一步的药物治疗奠定了基础。

2.2 注重免疫抑制、感染和抗感染治疗的辨证关系: 肝移植患者常由于终末期肝病而存在严重的体质消耗, 机体抵抗力低下, 容易合并细菌、真菌等病原微生物感染; 外科手术和术后免疫抑制剂的应用, 进一步破坏了机体的屏障和免疫防御功能。肝移植患者发生重度感染往往以免疫功能低下为基础, 此时一般不会发生对移植物的严重排斥反应。抗感染治疗也应着眼于重建患者的免疫防御能力, 适当减少免疫抑制剂的种类和剂量, 甚至可以考虑短期停药, 当感染初步控制、患者一般情况好转后, 再逐步加强抗排斥反应治疗。

2.3 要有整体观念, 注意患者的一般状况、内环境和重要器官功能的统一调整: 该例患者在治疗过程中, 先后出现心肾功能不全、腹水、胸腔积液等情况, 及时给予强心、CRRT、引流胸腹水等治疗, 稳定了内环境, 改善了心肺功能, 为肺部感染的控制创造了较好的机体条件。术前留置鼻肠管, 全面的营养支持, 保证了患者的热量和营养需求。

在对本例患者的救治过程中, 给予雾化吸入, 及时翻身拍背、辅助咯痰, 良好的气道护理, 痰液性状的观察和标本的正确留取, 以及严格的隔离和无菌操作等对患者的成功抢救也起到了至关重要的作用。

参考文献

[1] Echániz A, Pita S, Otero A, et al. Incidence, risk factors and influence on survival of infectious complications in liver transplantation. Enferm Infecc Microbiol Clin, 2003, 21: 224-231.

[2] 田根东, 陈琼, 李志强, 等. 肝移植术后多器官功能衰竭抢救成功 1 例. 中国危重病急救医学, 2006, 18: 438.

(收稿日期: 2010-09-28)

(本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2010.12.008

作者单位: 250014 济南, 山东省千佛山医院肝胆外科 (田根东、李志强); 济南市第一人民医院 (陈琼)