

· 病例报告 ·

1 例肠伤寒并发多器官衰竭患者的救治分析

孙立东 郭长升 孙谋 赵子瑜 吴文轩 陈圆圆

报告 1 例肠伤寒并发脓毒症、肠穿孔、严重多器官衰竭患者的救治体会,分析如下。

1 病例介绍

患者男性,36 岁,以间断发热半个月、便血 1 d 入本院重症监护病房(ICU)。入科后血便量约 2 150 mL;血红蛋白(Hb) 89 g/L,丙氨酸转氨酶(ALT) 914 U/L,天冬氨酸转氨酶(AST) 555.5 U/L;B 超示肝脾肿大;血培养为伤寒沙门菌。经输血、止血等治疗,血便减少,仍持续高热、腹胀加重,腹部膨隆,右下腹压痛、无反跳痛,肠鸣音消失。入院第 3 天腹部 CT 显示肠梗阻,膈下未见游离气体;腹内压(IAP)为 20 cm H₂O (1 cm H₂O=0.098 kPa),考虑腹腔间室综合征(ACS)。剖腹探查见:血性腹腔积液约 1 000 mL,空回肠肠管高度水肿、积气;在距回盲部约 5 cm 处可见一约 2 cm 肠管裂开,其内有巨大血凝块完全堵塞肠腔;距回盲部约 60 cm 范围肠管内有多发性溃疡,直径约 3~5 mm,黏膜缺失,肠系膜淋巴结肿大。切除病变肠段约 20 cm,行回肠造瘘术。两侧留置腹腔引流管 2 根,关闭腹腔,术后返回病房。40 min 后呼吸频率约 40~50 次/min,氧合指数<200 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),考虑为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)^[1]。心率 130~150 次/min,脑钠肽>1 000 ng/L,血压靠升压药物维持在 90/60 mm Hg,凝血 4 项延长 4~5 倍。行机械通气、连续性肾脏替代治疗(CRRT)、输血等治疗。第 7 天,患者意识障碍加重,脑膜刺激征阳性;头部 CT 示蛛网膜下腔出血,颅内压 370 mm H₂O (1 mm H₂O=0.009 8 kPa)。经治疗后呼吸、心率逐渐好转,可脱离呼吸机,但无尿,有肾功能衰竭。术后 2 周开始给予小剂量肠内营养。28 d 病情突然加重,与术后病情相似,腹部 CT 示肠梗阻。重新经过机械通气、CRRT、输血等治疗病情逐渐好转,33 d 转出 ICU,48 d 出院。最后诊断:肠伤寒、肠出血、肠穿孔;回肠部分切除、回肠造瘘术后;ARDS;脓毒性休克;ACS III 级;弥散性血管内凝血(DIC);低血容量休克;肝功能衰竭;肠功能衰竭;蛛网膜下腔出血;多器官功能障碍综合征(MODS),包括呼吸、肠道、循环、肝脏、血液、肾脏、中枢神经。

2 讨论

2.1 手术时机:在诊疗中,患者面临 3 次手术抉择:持续便血、Hb 进行性下降伴随肠梗阻表现时;术后出现 ACS 伴 ARDS 时;术后 2 周发生粘连性肠梗阻时。我们认为,早期出现持续性出血、肠梗阻、ACS 征象,且内科处理无效时,应积极果断进行手术。术后出现 ACS 伴 ARDS 时应考虑腹腔减压^[2];对于术后肠梗阻并发症,可以尽量保守治疗。

2.2 CRRT 治疗时机:患者 2 次出现了急危高峰点,诸多严重并发症与 ACS 有密切关联,CRRT 能够通过清除炎症介质改善感染性休克患者的器官功能,而且能够精确调控患者的容量管理^[3],从某种意义上说 2 次 CRRT 是该患者成功救治的关键。关于 CRRT 可能会造成血小板破坏的问题,我们认为在 CRRT 过程中,只要补充血小板、冷沉淀等或进行无肝素化,CRRT 还是安全的。给药时尽可能避免进行 CRRT,若无法避免可适当加大用量。

2.3 DIC:DIC 的早期发现、早期治疗非常重要。正确处理出血与抗凝的问题是治疗 DIC 的关键^[4],同时应注意,液体复苏早期容易造成补液过多,也会导致稀释性凝血功能障碍。

2.4 营养支持:给肝肾功能衰竭患者进行肠外营养值得探讨。我们将“卡文”中的长链脂肪乳替换成中长链脂肪乳以减轻肝脏负担,必要时用 CRRT 进行肝替代治疗,较好地解决了肠外营养吸收及减少并发症发生的问题。虽然对早期肠内营养已达共识,但一定要根据患者的具体情况而定,否则会加重肠道负担出现肠梗阻及相关并发症。在患者不能行肠内、肠外营养时,适当输血液制品有利于病情转归。

2.5 抗菌药物的“降阶梯治疗”时机:重症感染患者用抗菌药物时“好上难下”。虽然血培养对多种抗菌药物敏感,但在“降阶梯治疗”时应将体温、C-反应蛋白(CRP)及降钙素原(PCT)等指标综合分析,作为“降阶梯治疗”的依据。

2.6 肠造瘘口及腹腔引流液的观察:从胃管注入美兰观察腹腔引流液中的颜色,测定淀粉酶的含量,都能及时发现有无新的肠瘘形成。观察肠造瘘口黏膜颜色、水肿、排出量及血块新旧,可以了解胃肠功能的恢复情况。

2.7 精密输液:肠功能衰竭和 IAP 增高患者的液体管理非常重要^[5],补液稍多就会增加心肺功能的负担。ICU 患者身上带有各种管路,应该精确计算其出入量、控制液体速度,不得超过 100 mL/h、2 000 mL/d。

志谢 该患者在救治过程中,得到南京军区总医院任建安教授的鼎力支持,在此表示感谢

参考文献

- [1] 俞森洋. 对重危急性呼吸窘迫综合征诊断标准的思考. 中国危重病急救医学, 2011, 23: 641-644.
- [2] 顾军, 黎介寿, 任建安, 等. 腹腔间室综合征 22 例临床分析. 中国实用外科杂志, 2005, 25: 290-292, 彩色插页.
- [3] 赵平, 郑瑞强. 连续性肾脏替代治疗严重感染所致急性肾损伤的研究进展. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20: 118-120.
- [4] 孙振朕, 朱科明, 邓小明. 血小板和中性粒细胞在脓毒症中作用机制的研究进展. 中国危重病急救医学, 2011, 23: 502-504.
- [5] Marik PE, Monnet X, Teboul JL. Hemodynamic parameters to guide fluid therapy. Ann Intensive Care, 2011, 1: 1.

(收稿日期: 2012-12-31)

(本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2013.12.017

作者单位: 475003 河南开封, 解放军第一五五中心医院急诊科

通信作者: 孙立东, Email: sld5028@126.com