

- gies for intensive care units [J]. JAMA, 1989, 261: 2389 - 2395.
- 2 Schneiderman L J, Jecker N S, Jonsen A R. Medical futility: its meaning and ethical implications [J]. Ann Intern Med, 1990, 112: 948 - 954.
 - 3 Knaus W A, Draper E A, Wagner D P, et al. APACHE II: a severity of disease classification system [J]. Crit Care Med, 1985, 13: 818 - 828.
 - 4 Knaus W A, Wagner D P, Draper E A, et al. The APACHE II prognostic system risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults [J]. Chest, 1991, 100: 1619 - 1636.
 - 5 王今达, 王宝恩. 多脏器功能失常综合征 (MODS) 病情分期诊断及严重程度评分标准 [J]. 中国危重病急救医学, 1995, 7(6): 346 - 347.
 - 6 Markgraf R, Deutschinoff G, Pientka L, et al. Comparison of acute physiology and chronic health evaluations I and II and simplified physiology score II: a prospective cohort study evaluating these methods to predict outcome in a German interdisciplinary intensive care unit [J]. Crit Care Med, 2000, 28: 26 - 33.
 - 7 Zimmerman J E, Wagner D P, Wagner D P, et al. Evaluation of acute physiology and chronic health evaluation II predictions of hospital mortality in an independent database [J]. Crit Care Med, 1998, 26: 1317 - 1320.

(收稿日期: 2003 - 11 - 28)

(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

ICU 救治成功 9 个器官功能障碍患者 1 例

李轶男 周立新 吴敏 誉铁鸥 方滨 温伟标 邹毅成

【关键词】 ICU; 多器官功能障碍综合征; 多器官支持治疗

中图分类号: R364.5; R365 文献标识码: B 文章编号: 1003-0603(2004)06-0372-01

成功治愈 1 例感染致 9 个器官系统受累的多器官功能障碍综合征 (MODS) 患者, 报告如下。

患者男性, 43 岁, 2003 年 1 月 30 日因发热 2 d 入院普外科。患者持续发热 (38~39℃), 伴畏寒、呕吐, 无腹痛, 脉搏、呼吸、血压均正常, 意识清, 心、肺、腹正常。门诊 B 超检查示肝右叶可见一 31 mm×29 mm 低回声光团, 边界不清, 形态不规则, 内部回声不均, 诊断为肝右叶内占位病变 (肝脓肿), 同时有右肾囊肿、左肾结石。诊断为发热待查, 肝脓肿。入院后予抗感染、补液、保肝等治疗。患者于入院当晚 8 时 25 分突然出现寒战、呼吸急促, 心率 140 次/min, 予加强抗感染并予抗过敏治疗无好转, 9 时出现意识模糊、乱语, 呼之不应, 血压下降至 75/35 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 考虑为感染性休克。予扩容及多巴胺升压后转入 ICU。查体: 心率 180 次/min, 血压 85/45 mm Hg, 呼吸 30 次/min, 体温 40.5℃, 脉搏血氧饱和度 (SpO₂) 0.95。昏迷, 双瞳孔等大等圆, 对光反射迟钝, 双肺呼吸音粗, 未闻及明显啰音, 心率快、律齐, 未闻及杂音, 腹平软, 肝右肋下 2 cm, 脾未及, 肠鸣音正常, 四肢肌

张力稍低, 肢端稍凉; 测中心静脉压 (CVP) 8 mm Hg, 转入后患者吸氧下呼吸仍促, 且于 10 时 30 分 SpO₂ 降至 0.85 左右, 予气管插管, 呼吸机通气。实验室检查提示患者在感染基础上出现外周循环、心、肺、肾、肝、胃肠道、凝血、脑及代谢 9 个器官系统功能障碍。经多器官支持治疗, 患者生命体征稳定, 各器官功能均基本恢复, 于 3 月 4 日转普通病房继续治疗。

治疗经过及病情变化:

1 月 30 日起用亚胺培南-西司他丁 (泰能) 1.5 g/d, 1 月 31 日改用 2.0 g/d; 替考拉宁 (他格适) 0.4 g/d, 更昔洛韦 0.75 g/d, 患者体温由高热降至低中热。2 月 11 日改头孢他定 (凯复定) 3.0 g/d; 2 月 24 日改用哌拉西林-他唑巴坦 (海他欣), 患者出 ICU 时仍间有低热。

在补充容量的基础上予多巴胺升压, 根据血压调节多巴胺入速, 最大量时用到 10 μg·kg⁻¹·min⁻¹, 患者血压稳定, 于 2 月 3 日停用。

纠正低氧血症: 呼吸机通气模式采用同步间歇指令通气 (SIMV)+压力支持通气 (PSV)+呼气末正压 (PEEP), 吸氧浓度 (FiO₂) 0.40, 根据呼吸及 SpO₂ 的情况调节参数, PEEP 曾用 5 cm H₂O (1 cm H₂O=0.098 kPa), 患者 SpO₂ 维持 0.92~1.00, 呼吸改善, 病情好转, 2 月 8 日上午停机拔管。患者意识转清, 但淡漠, 少语, 四肢肌张力低, 肌力差。

予补充凝血因子、血小板等纠正弥散性血管内凝血 (DIC), 自 1 月 31 日—2 月 7 日共补充 70 U 血小板, 患者凝血功能渐好转, 3P 试验于 2 月 1 日转阴性, 2 月 3 日凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT)、纤维蛋白原 (FIB) 均正常, 2 月 8 日之后血小板基本维持正常。

患者入 ICU 后很快出现少尿至无尿, 尿素氮 (BUN)、肌酐 (Cr) 均高, 于 1 月 31 日至 2 月 11 日每日行连续性肾脏替代治疗 (CRRT) 8~24 h, 2 月 11 日尿量达 1 672 ml, 之后进入多尿期, 未再行透析。

患者出现肝功能衰竭, 在护肝药物治疗的同时, 于 2 月 4 日及 2 月 6 日各行 1 次分子吸附再循环系统 (MARS) 治疗, 2 月 8、10、12、13 日分别各行 1 次血浆置换, 之后患者肝功能渐好转。

患者于 1 月 31 日出现消化道出血, 予禁食, 经制酸护胃止血治疗, 2 月 4 日胃管转黄褐色, 但仍排黑便, 至 2 月 8 日排黄色便, 因腹胀, 肠鸣音弱, 直至 2 月 13 日才能耐受肠内营养。

胰岛素控制高血糖, 早期禁食, 予肠外营养, 后期渐过渡到肠内营养。

患者出现淋巴细胞低, 予胸腺肽 (日达仙) 增强细胞免疫。

(收稿日期: 2003 - 09 - 19)

修回日期: 2004 - 05 - 31)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 528000 广东省佛山市第一人民医院 ICU

作者简介: 李轶男 (1972-), 女 (汉族), 湖南省浏阳人, 医学硕士, 主治医师。