

158 例腹部外科脓毒症患者中西医结合救治体会

戎亚雄¹, 岳茂兴²

(1. 江苏大学附属武进医院腹部外科中心, 江苏 常州 213002; 2. 解放军第三〇六医院腹部外科中心, 北京 100101)

【关键词】 腹部外科; 脓毒症; 抗生素; 外科手术; 营养代谢支持; 加强监护治疗; 中西医结合综合救治

中图分类号: R278 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.06.021

脓毒症是创伤、烧伤、休克、感染、缺血、外科大手术患者的常见并发症,也是诱发严重脓毒症、脓毒性休克及多器官功能障碍综合征(MODS)的重要原因。目前的常规抗感染治疗虽不断有新进展,但脓毒症的病死率却呈上升趋势,降低脓毒症患者的病死率是当务之急^[1-2]。江苏大学附属武进医院腹部外科中心及解放军第三〇六医院腹部外科中心在2007年5月—2008年12月对收治确诊的158例腹部外科脓症患者采用“14项个体化综合治疗方案”^[3],取得了较好的效果,报告如下。

1 临床资料

1.1 腹部外科脓毒症诊断标准:①术前有感染表现,如发热、腹胀、腹痛、腹肌紧张、肠蠕动消失;②术中证实有腹腔感染病变存在;③术前腹腔穿刺物或手术清除物培养有致病菌;④体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 或 $\leq 35.5^{\circ}\text{C}$,心率 ≥ 90 次/min,呼吸频率 ≥ 25 次/min,白细胞计数 $\geq 12.0 \times 10^9/\text{L}$ 。

1.2 一般资料:158例患者中男97例,女61例;年龄8~87岁,平均(46.39 \pm 16.65)岁。原发疾病:急性化脓性梗阻性胆管炎37例,重症急性化脓性胆囊炎胆石症39例,急性重症出血坏死性胰腺炎8例,巨大肝脓肿7例,腹腔内多发性脓肿11例,肠穿孔、弥漫性腹膜炎14例,肠梗阻、肠坏死13例,重度复合创伤后合并严重感染29例。从感染灶标本中共分离和鉴定出细菌122株,其中大肠杆菌57株,副大肠杆菌19株,克雷伯杆菌13株,沙雷菌8株,变形杆菌9株,绿脓杆菌7株,金黄色葡萄球菌5株,表面葡萄球菌4株;有的感染灶检出多种细菌(厌氧菌的鉴定和培养未进行统计)。

1.3 治疗方法:按照岳茂兴^[3]2000年在国内首次提出的腹部外科疾病并发

MODS综合防治新策略,根据患者的具体病情、个体差异,有针对性地分别采用以下14项治疗措施:①迅速消除损伤的病因;②恢复微循环,改善氧供,进行血流动力学支持;③纤维支气管镜吸痰和药物灌洗;④给予炎症细胞因子拮抗剂;⑤连续性血液净化疗法;⑥选择性肠道去污染;⑦从阻断全身炎症反应来防治多器官功能衰竭;⑧扩张微血管,防止微血栓形成;⑨采用序贯性抗生素治疗控制感染;⑩应用大量腹腔灌洗液清洗腹腔;⑪营养代谢支持,采用分阶段营养代谢支持治疗;⑫免疫治疗及抗凝治疗;⑬对症治疗;⑭预防并发症的发生。在病情危重的情况下,采用短程山莨菪碱与地塞米松为主的冲击疗法。

1.4 治疗结果:158例患者中最终死亡21例,病死率为13.29%。死亡的21例均为并发MODS的患者。

2 讨论

国际上脓毒症治疗指南是建立在循证医学基础上的,具有一定的合理性和可操作性;而由于患者的个体差异,更加显示出采用具有我国特色的中西医结合治疗方法的有效性,中西医结合可使治疗效果更佳^[4]。我们在本组患者的治疗中体会到,“抗生素、外科手术及引流、营养代谢支持和加强监护治疗”是处理腹腔严重脓毒症的四大支柱。

目前国际上多项采用单纯拮抗炎症介质的临床试验相继失败,有的甚至显示出有害的作用;而且动物实验与临床研究的结果大相径庭,暴露了人们对复杂机体反应过程认识的局限性和片面性。因此,有必要从调节全身炎症反应及免疫功能等方面入手来探索防治外科脓毒症的新途径。而传统中医中药具有多途径、多靶点、多环节发挥治疗作用的特点,使其在临床应用中取得了较好的疗效。我们在临床救治中采用自拟解毒固

本冲剂(主要成分有黄连、栀子、黄芩、柴胡、生地、甘草、连翘、牛蒡子、玄参、僵蚕、知母、羌活、荆芥、防风、大黄等)拮抗炎症介质、改善营养功能,取得了较满意的疗效。临床和实验证实,解毒固本冲剂具有多途径、多靶点、多环节发挥治疗作用的特点^[5]。另外,血必净注射液具有拮抗内毒素和炎症介质的作用,对脓症患者具有明显的治疗作用^[6],充分体现了“菌、毒、炎并治”的策略^[7-8]。

对本组患者采用序贯性抗生素治疗策略,具体分3个给药阶段:①在取得培养及药敏报告前,应按照经验性抗生素方案给药,抗生素的应用应该能覆盖引起感染的所有致病菌,采用对肝、肾功能影响极小的抗生素,如庆大霉素、甲硝唑或替硝唑和抗厌氧菌的第三代头孢菌素,对腹腔严重感染的致病菌特别有效。②根据药敏结果选用针对性更强的抗生素治疗以取得最佳疗效,并需预防二重感染的发生。③在抗生素治疗后5~7d,患者情况明显好转,可开始考虑改用口服治疗,以巩固疗效。这与指南中提出的治疗方案是基本一致的^[9]。本组158例腹部外科脓症患者中采用序贯性抗生素治疗139例。

采用分阶段代谢营养支持及免疫营养支持治疗可能是影响腹部外科脓症患者预后的关键^[10]。MODS时较为特殊的代谢特点主要是:一方面机体处在代谢紊乱及营养素利用障碍状态,亟需给予补充;另一方面由于MODS时不能有效利用营养素及排出代谢产物,对此应采用分阶段代谢营养支持治疗。具体做法:①第一阶段:患者处于高度应激状态,虽然有效循环量、水和电解质平衡得到初步改善,但胃肠功能仍处在明显障碍时,应采用完全的胃肠外营养(TPN)、人体白蛋白强化治疗,对提高机体的免疫能力有一定帮助。②第二阶段:患者病

作者简介:戎亚雄(1964-),男(汉族),江苏省人,副主任医师。

情有所缓解,在胃肠道功能有明显恢复时,可肠内、肠外营养同时进行。③第三阶段:患者病情得到完全控制,胃肠道功能完全恢复时,逐步过渡直至全部应用肠内营养。代谢营养支持的重点是尽可能保持正氮平衡,而非普通的热量供给。

短程大剂量山莨菪碱联用地塞米松为主的综合救治方案^[11-12],通过改善微循环及良好的降温、抗毒、抗炎、抗休克作用,扼制危重状态进展,促进症状缓解,为紧急手术和下一步治疗赢得时间,降低病死率。研究证实,山莨菪碱联用地塞米松是通过增加微循环内灌注量和微循环内微粒移动的数量及扩张微血管,而达到改善组织氧供、改善微循环及减少微血栓形成的目的;小剂量、较长时间补充外源性糖皮质激素有助于脓毒性休克患者的恢复,有可能降低病死率^[13]。

腹部外科脓毒症救治中的中西医结合综合治疗至关重要,根据患者的个体差异,适当调整用药剂量和顺序,以便获得最佳救治效果。综合治疗措施并不等于各种治疗方法的简单叠加,而是考虑和注意到了各种治疗方法疗效的互补性,从而避免了疗效的拮抗和毒副作用的叠加。本治疗措施中兼顾了腹腔严重

脓毒症致 MODS 患者的“炎症介质、细菌、内外毒素、微循环障碍、免疫功能失调、营养代谢紊乱、基础疾病、脏器功能”8 个主要方面,相应实施 14 项具体治疗措施,为临床综合治疗腹部外科脓毒症患者提供了一条途径。

参考文献

- [1] 姚咏明,盛志勇.脓毒症研究的若干新动态[J].中国危重病急救医学,2000,12(6):323-325.
- [2] 盛志勇.努力提高脓毒症的认识水平[J].中国危重病急救医学,2003,15(3):131.
- [3] 岳茂兴.降低腹部外科疾病并发多脏器功能障碍综合征患者病死率的临床救治研究[J].中国危重病急救医学,2000,12(10):624-625.
- [4] 谢晓华,姚睿智,陈铭,等.中西医结合治疗急腹症并发脓毒症 38 例[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(6):342-343.
- [5] 姜玉峰,岳茂兴.解毒固本冲剂对大鼠肿瘤坏死因子- α 和白介素-2 及病理形态学改变的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2000,7(1):51-53.
- [6] 梁显泉,李志军,刘红栓,等.血必净注射液治疗脓毒症 42 例[J].中国中西医结合急救杂志,2005,12(4):251-252.
- [7] 王今达,李志军,李银平.从“三证三法”辨证论治脓毒症[J].中国危重病急救

医学,2006,18(11):643-644.

- [8] 曹书华,王今达,李银平.从“菌毒共治”到“四证四法”——关于中西医结合治疗多器官功能障碍综合征辨证思路的深入与完善[J].中国危重病急救医学,2005,17(11):641-643.
- [9] 邱海波,郭凤梅,郑瑞强.《2004 严重感染和感染性休克治疗指南》系列讲座(3)严重感染和感染性休克的抗感染治疗[J].中国危重病急救医学,2004,16(9):515-517.
- [10] 岳茂兴.腹部外科疾病并发多器官功能障碍综合征代谢特点及分阶段营养支持治疗[J].中国危重病急救医学,2003,15(1):29-31.
- [11] 岳茂兴.“四大一支持”综合疗法在救治腹部外科疾病并发多器官功能衰竭中的临床应用[J].中国危重病急救医学,1996,8(3):185-186.
- [12] 岳茂兴,李成林,杨鹤鸣,等.山莨菪碱联用地塞米松治疗多器官功能障碍综合征机制的研究[J].中国危重病急救医学,2000,12(6):341-343.
- [13] 岳茂兴,李成林,赵尔增,等.短程大剂量山莨菪碱及地塞米松对 MODS 时微循环及免疫病理学改变的实验研究[J].中华外科杂志,1997,35(7):392-396.

(收稿日期:2009-09-01)

(本文编辑:李银平)

中医防治甲型 H1N1 流感儿童药方(天津方)

1 药物预防方

1.1 药物:银花 6g,连翘 6g,大青叶 6g,苏叶 6g。

适应人群:正常体质儿童。

煎服方法:水煎至 100~150 ml,分 2~3 次口服,每日 1 剂,3~5 剂为宜。

1.2 药物:黄芪 10g,白术 6g,防风 6g,连翘 6g。

适应人群:气虚体质儿童。平素体弱易感,汗多,面色少华,纳呆食少,便溏。

煎服方法:水煎至 100~150 ml,分 2~3 次口服,每日 1 剂。5~7 剂为宜。

1.3 药物:连翘 6g,黄芩 6g,薄荷 6g,大黄 3g,玄参 6g。

适应人群:内热体质儿童。平素咽红,口臭,大便干。

煎服方法:水煎至 100~150 ml,分 2~3 次口服,每日 1 剂,3~5 剂为宜。

1.4 药物:藿香 6g,苏叶 6g,白豆蔻 3g,莱菔子 6g。

适应人群:痰湿体质儿童。形体偏胖,肌肉松软,平素痰多,易见腹胀便溏,舌苔厚腻。

煎服方法:水煎至 100~150 ml,分 2~3 次口服,每日 1 剂,3~5 剂为宜。

注意事项:应在医师指导下服用,时间以 3~7 d 为宜。此剂量为 4~7 岁儿童参考用量,其他年龄儿童酌情增减。

2 临床治疗方

2.1 轻症

2.1.1 风热犯卫

证候:发热,咳嗽,头痛,鼻塞,喷嚏,流涕,咽红,舌红,苔薄黄,脉浮数。

常用中成药:银翘解毒颗粒、小儿肺热咳喘口服液、小儿豉翘清热颗粒、紫雪。

2.1.2 湿遏卫气

证候:发热,头身困重,汗出不畅,倦怠乏力,伴恶心、呕

吐,腹痛,便溏不爽,纳呆,口干不欲饮,舌苔厚腻,脉濡数。

常用中成药:藿香正气水。

2.2 重症

2.2.1 热毒闭肺

证候:高热气促,咳嗽频,甚则胸痛,咯黄痰,烦躁,口唇紫暗,口干渴,大便干结,小便短黄,舌红苔黄腻,脉滑数。

常用中成药:小儿肺热咳喘口服液、连花清瘟胶囊、热毒宁注射液、痰热清注射液等。

2.2.2 毒盛气营

证候:高热持续不退,口渴,咳嗽,烦躁不安,舌红绛,苔黄,脉细数。

常用中成药:安宫牛黄丸、紫雪、清开灵注射液等。

2.3 危重症

对于出现呼吸衰竭、感染中毒性休克、多器官功能不全,以及其他需进行监护治疗的严重临床情况,宜在西医急救处理的基础上,采用以下方法治疗。

2.3.1 心阳虚衰

证候:突然面色苍白,口唇、肢端青紫发绀,呼吸困难加重,额汗不温,四肢厥冷,烦躁不安,右肋下肝脏肿大,舌淡紫,苔薄白,脉微欲绝。

常用中成药:参脉注射液、生脉注射液、参附注射液、复方丹参注射液。

2.3.2 邪陷厥阴

证候:壮热,神昏谵语,四肢抽搐,口噤,项强,两目上视,舌红绛,脉细数。

常用中成药:安宫牛黄丸、热毒宁注射液、醒脑静注射液。

2.4 恢复期:余邪未尽,气阴两伤

证候:低热或无热,神疲乏力,纳差,口渴,舌红少津,脉细数。

常用中成药:养阴清肺口服液。