

“四大一支持”综合冲击疗法救治急性重症胆管炎32例

史卫海, 戎亚雄, 岳茂兴

史卫海, 戎亚雄, 江苏大学附属武进医院腹部外科中心 江苏省常州市 213000

岳茂兴, 中国人民解放军第306医院腹部外科中心 北京市 100101

通讯作者: 史卫海, 213000, 江苏省常州市永宁北路2号, 江苏大学附属武进医院腹部外科中心. ocean123789@sohu.com

电话: 0519-85336190-2081

收稿日期: 2007-09-06 修回日期: 2007-10-29

Combined implosion therapy of "FHDOS" for critical patients with acute cholangitis of severe type: an analysis of 32 cases

Wei-Hai Shi, Ya-Xiong Rong, Mao-Xing Yue

Wei-Hai Shi, Ya-Xiong Rong, Center of General Surgery, Affiliated Wujin Hospital of Jiangsu University, Changzhou 213000, Jiangsu Province, China

Mao-Xing Yue, Center of General Surgery, 306 Hospital of Chinese PLA, Beijing 100101, China

Correspondence to: Wei-Hai Shi, Center of General Surgery, Affiliated Wujin Hospital of Jiangsu University, 2 Yongning North Road, Changzhou 213000, Jiangsu Province, China. ocean123789@sohu.com

Received: 2007-09-06 Revised: 2007-10-29

Abstract

AIM: To summarize the experience with combined implosion therapy of FHDOS (four high dose and one support) for critical patients with acute cholangitis of severe type (ACST) severe accompanying by multiple organ dysfunction syndrome (MODS), and to evaluate its efficacy.

METHODS: All of the patients with ACST accompanying MODS in our study underwent operation. A routing method was performed in 34 cases (routing group). Thirty-two critical patients were treated with the new combined implosion therapy of FHDOS (combined group). "FHDOS" included: (1) a high dose of anisodamine in short-range, (2) a high dose of dexamethasone in short-range, (3) a high dose of efficacious antibiotics, (4) a high dose of solution to douche abdominal cavity, and (5) etabolic and nutritional support.

RESULTS: The mortality in the combined group

(28.1%) was lower than that in the routing group (52.9%) ($P < 0.05$).

CONCLUSION: FHDOS therapy could significantly reduce perioperative mortality in critical patients with ACST accompanying MODS. FHDOS therapy could ameliorate the general conditions of these patients and lead to a safe perioperative stage.

Key Words: Anisodamine; Dexamethasone; Acute cholangitis of severe type; Multiple organ dysfunction syndrome; Combined implosion therapy of "FHDOS"

Shi WH, Rong YX, Yue MX. Combined implosion therapy of "FHDOS" for critical patients with acute cholangitis of severe type: an analysis of 32 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2007; 15(35): 3761-3763

摘要

目的: 探讨“四大一支持”综合冲击疗法在急性重症胆管炎并发多器官功能障碍综合征中的应用效果。

方法: 急性重症胆管炎并发多器官功能障碍综合征66例, 均进行手术。根据治疗不同分为两组。常规组(34例)采用传统常规疗法, 冲击组(32例)采用“四大一支持”综合冲击疗法, 即短程大剂量山莨菪碱, 短程大剂量地塞米松, 大剂量抗厌氧菌和抗需氧菌抗生素联合正确应用; 大量灌洗液清洗腹腔, 一支持即代谢营养支持。

结果: 常规组死亡率为52.9%, 冲击组死亡率28.1%, 两组有显著差别($\chi^2 = 4.2, P < 0.05$)。冲击组治愈患者经2 mo-7年随访, 未发现其他副作用及不良反应。

结论: “四大一支持”综合疗法能降低急性重症胆管炎并发多脏器功能障碍综合征患者的死亡率, 有助于患者渡过手术关, 促进器官功能发生逆转, 最终获得痊愈。

关键词: 山莨菪碱; 地塞米松; 急性重症胆管炎; 多器官功能障碍综合征; “四大一支持”综合疗法

■背景资料

重症急性胆管炎发病急骤、病情复杂, 一旦延误诊治极易导致MODS, 临床处理十分困难, 伤残率、病死率很高。正确选择手术时机, 早期进行手术减压是降低死亡率非常重要的措施。MODS是急性重症胆管炎的严重并发症, 也是最主要的死亡原因之一。随着器官功能障碍累及数的增加, 病死率也增加。防止肝衰、肾衰的关键是及时纠正休克和脱水状态, 保证肝脏和肾脏的足够血流灌注, 抑制胃酸分泌。围手术期静脉注射H₂受体阻滞剂, 对应激性溃疡有预防作用。

■ 研究前沿

研究证实短程大剂量山莨菪碱与地塞米松联合使用具有扼止机体危重状态进展,促进症状缓解,具有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,具有良好的降温、抗毒、抗炎、抗休克作用。

史卫海, 戎亚雄, 岳茂兴. “四大一支持”综合冲击疗法救治急性重症胆管炎32例. 世界华人消化杂志 2007; 15(35): 3761-3763

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/3761.asp>

0 引言

多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)是严重感染创伤, 休克和大手术等原发病发生24 h后, 机体同时或序贯发生两个或两个以上器官或系统功能障碍的临床综合征^[1]. 急性重症胆管炎(acute cholangitis of severe type, ACST)发病急剧, 病死率极高, 可达33.6%^[2]. 一旦延误诊治, 极易导致MODS, 临床处理十分困难. 如何合理救治及降低死亡率仍是现代胆道外科一大课题. 我们采用“四大一支持”综合冲击疗法^[3-4]救治ACST并发MODS患者32例, 现报告如下.

1 材料和方法

1.1 材料 江苏大学附属武进医院及解放军第306医院腹部外科中心8年来共收治ACST并发MODS 66例, 其中采用传统常规疗法34例(常规组), “四大一支持”综合疗法32例(冲击组). 常规组中男21例, 女13例, 年龄35-81(平均59)岁. 冲击组男22例, 女10例, 年龄31-93(平均62)岁. 发生两个脏器障碍者52例, 三个12例, 四个2例.

1.2 方法 传统常规疗法: (1)消除病因; (2)改善氧供, 恢复和改善微循环, 进行血液动力学支持; (3)维持血容量; (4)抗感染治疗; (5)免疫治疗和抗凝治疗等. 在部分常规疗法基础上应用的“四大一支持”综合疗法^[3-4]: (1)短程大剂量山莨菪碱: 20 mg/8 h, 或一次静注20-40 mg, 30 min后可根据病情追加40 mg, 总量可达120-240 mg/d, 直至病情控制. (2)短程大剂量地塞米松: 40 mg/8 h, 或一次静注100 mg, 连续用药3 d后逐渐减量. 为预防应激性溃疡的发生, 应同时应用甲氧咪胍(0.4 g/次, 3次/d)或洛赛克. (3)大剂量抗需氧菌和抗厌氧菌抗生素合理联合应用. 我们采用序贯性抗生素治疗. 包括三个阶段: 在取得培养及药敏报告前, 应按照国家经验性抗生素方案给药, 采用对肝肾功能影响极小的抗生素, 如抗厌氧菌的甲硝唑或替硝唑和抗需氧菌的第三代头孢菌素. 3-4 d后, 根据药敏报告选用抗生素治疗, 同时需预防二重感染的发生. 7-9 d后, 根据患者情况, 可开始改换口服治疗, 以巩固疗效. (4)腹腔灌洗液清洗腹腔: 手术中采用生理盐水

2000-3000 mL冲洗腹腔, 以减少坏死组织、细菌总数和稀释毒素. (5)“一支持”即代谢营养支持治疗: 分肠外和肠内两大类, 采用分阶段代谢营养支持治疗: 第一阶段即患者处于高度应激状态, 有效循环量、水盐电解质平衡得到初步处理后, 但胃肠功能仍处在明显障碍时, 应采用完全的胃肠外营养. 患者每日从中心静脉或周围静脉给予低热量营养支持, 一般应用20-30 kcal/kg^[5]. 其中糖<5 g/(kg·d), 脂肪<1.0 g/(kg·d), 而氮摄入量应在0.15-0.2 g/(kg·d)左右为宜^[6]. 内加电解质、微量元素、胰岛素、ATP和辅酶A等. 第二阶段即病情有缓解, 胃肠道功能有明显恢复时, 可肠内、肠外营养同时进行. 第三阶段即病情得到完全控制, 胃肠道功能完全恢复时, 逐步过渡直至全部应用肠内营养. 代谢支持的重点是尽可能保持正氮平衡, 而非普通的热量供给.

统计学处理 采用 χ^2 检验, SPSS11.0 for Windows统计软件进行处理, 检验水准 $\alpha = 0.05$.

2 结果

两组患者均施行了手术. 常规组中18例于术后3-30 d相继死亡, 病死率52.9%. 冲击组中9例于术后9-56 d相继死亡, 病死率28.1%. 两组比较 $\chi^2 = 4.2, P < 0.05$, 统计学差异具有显著性. 冲击组治愈患者经2 mo-7年随访, 未发现其他副作用和不良反应.

3 讨论

胆管梗阻、扩张、胆汁淤积导致细菌生长繁殖. 发生ACST时, 肝内胆小管压力超过肝细胞分泌压, 胆小管内膜受损、坏死、破溃, 且与肝血窦病理性融通, 使大量脓性胆汁进入血液而引起“五血症”, 即菌血症、内毒素血症、脓毒血症、败血症和胆汁血症. ACST进展很快, 出现顽固中毒性休克、精神症状、细菌性肝脓肿时, 表明病程已进入中期. 并发MODS者则为晚期阶段的表现, 是良性胆道疾病最重要、最直接的死亡原因. 动物和临床研究表明, 肝脏对外来因素打击最为敏感. ACST时, 容易并发肝功能障碍或衰竭, 并以顺序累加方式对其他器官功能带来不利影响, 导致MODS, 死亡率可高达54%-64%. 本组常规治疗的患者死亡率与文献报道相近.

如何早期预防和有效地控制MODS的发生、发展成为ACST是临床救治十分重要的研

究课题. 有关ACST并发MODS时, 是否进行手术治疗尚有争论. 我们体会一旦发生MODS, 保守治疗很难使患者病情发生逆转. 6例患者虽经积极保守治疗但终因MODS继续发展而死亡^[3]. 所以我们在实验研究和临床总结的基础上采用“四大一支持”综合冲击疗法. 该方法: (1)能显著改善心、肝、肺、肾功能, 降低死亡率, 减少药物副反应, 优于单独应用; (2)增加微循环灌注量和微循环内微粒移动的数量; (3)逆转胃黏膜内pH值下降, 改善组织氧供; (4)抑制血浆胃泌素、胃动素水平的升高; (5)降低血浆TNF和LPO的水平; (6)减轻组织细胞变性、坏死, 减少微血栓的形成; 使肾脏内皮素mRNA表达水平明显降低等^[1,7-8]. 术后因胆道梗阻的致死性触发因素去除, 病情较快发生逆转, 最终获得治愈出院. 冲击组84岁、87岁及93岁各1例患者, 均并发两个器官功能障碍, 经“四大一支持”综合疗法, 在ICU监测渡过了手术关, 治愈出院. 而常规组两例85岁患者均死亡.

“四大一支持”综合冲击疗法与传统治疗的区别如下: (1)“四大一支持”综合疗法是将几种强有力的治疗措施几乎同时用在一个患者身上. (2)给药的方式不同: 一般需静脉快速推入或滴入, 要求在最短时间内在血液达到最大的药物浓度, 以期发挥最大的效应. (3)给药的剂量不同: 一般给药的剂量是大剂量冲击治疗, 而不是平时的均衡给药. (4)给药持续时间不同: 本法强调的是短程, 一旦病情缓解即可停药或逐渐减量. (5)对于有致死性触发因素的危重患者, 一定要在“四大一支持”综合治疗的同时, 尽快去除致死性的因素, 病情才会逆转. 综合疗法并不等于各种治疗方法的简单叠加, 是考虑和注意到了各种治疗方法疗效的互补性, 从而可避免疗效的拮抗和毒副作用的叠加. 正因如此, “四大一支持”综合冲击疗法才显示出特有的治疗效果. 本资料统计显示冲击组病死率明显低于常规组($P<0.05$).

“四大一支持”综合疗法在实际抢救过程中要根据具体情况, 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. 同时应纠正水、电解质及酸碱平衡, 防治

二重感染. 预防性应用抑酸药防治应激性溃疡, 既往有青光眼、溃疡病、凝血机制障碍者可长期应用糖皮质激素, 有精神疾病病史、肿瘤晚期及各种严重消耗性疾病患者应慎用或禁用. 另外, 在MODS时, 机体处在高分解高动力状态, 代谢营养支持已成为脏器支持的一个重要环节, 营养代谢状态实际上将决定患者的最终预后. 代谢支持的时机应依临床情况而定, 需分三个阶段进行. 危重患者发病的初期, 以补充单纯液体、电解质及100-200 g葡萄糖为佳. 如需进行肠外营养支持, 非蛋白热卡摄入量控制在20 kcal/(kg·d)左右, 然后逐渐增加至25-30 kcal/(kg·d)^[6]. 临床实践表明, 在危重患者应激初期, 提倡限制性热卡摄入有助于机体平稳度过创伤应激阶段, 减少代谢紊乱. 随着病情稳定, 摄入热卡及氮量可逐渐增加^[5].

预防是防止出现ACST患者并发MODS最好的处理方法, 关键是要切实做到早期识别、早期检查、早期诊断和早期治疗. 一旦发生MODS, 要给予强有力的“四大一支持”综合疗法, 遏止住患者的危重状态, 为紧急手术和下一步的治疗赢得时间, 降低死亡率, 而对重要脏器无损伤作用^[4]. 本方法在救治ACST并发MODS中具有方便、经济、可靠、疗效显著的特点, 值得在临床推广应用.

4 参考文献

- 岳茂兴, 李成林, 赵尔增, 李新元, 李学彪, 冯凯, 张诗琳, 薛亮, 张连春, 罗放, 王新明, 张圭显. 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. 中华外科杂志 1997; 35: 392-394
- 李廷坚, 候光, 郭予涛. 急性重症胆管炎130例诊治探讨. 中国临床医学 2004; 11: 388-389
- 岳茂兴, 李学彪, 李成林. 重症急性胆管炎(ACST)96例的救治. 伤残医学杂志 2004; 12: 19-21
- 岳茂兴, 李成林, 李学彪, 刘志国, 杨鹤鸣, 姜玉峰, 张诗琳. 腹部外科脓毒症临床救治258例. 世界华人消化杂志 2006; 14: 109-113
- 吴国豪. 危重患者的营养支持. 临床外科杂志 2006; 14: 206-208
- Wernerman J. Guidelines for nutritional support in intensive care unit patients: a critical analysis. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2005; 8: 171-175
- 岳茂兴, 李成林, 杨鹤鸣, 李建忠, 李新元, 赵尔增. 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. 中国危重病急救医学 2000; 12: 341-343
- 岳茂兴. 山莨菪碱联用地塞米松治疗后并发多器官功能障碍综合征的临床研究方案. 中国中西医结合急救杂志 2004; 11: 264-267

■创新盘点

本文将“四大一支持”综合疗法用于治疗急性重症胆管炎并发MODS, 降低了病死率, 不增加远期并发症, 为临床提供一种此种情况下的比较好的治疗方法.

■同行评价

本文资料来源可靠, 有一定的临床实用意义和参考价值.

编辑 程剑侠 电编 何基才