

中西医结合救治脑出血全脑室铸型并呼吸衰竭疗效观察

李桃英, 李绍磊, 高银玲

(开封市第二人民医院急诊科, 河南 开封 475000)

【关键词】脑出血全脑室铸型; 呼吸衰竭; 中西医结合疗法

中图分类号: R242; R743.34 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.04.018

本院急诊科重症监护病房(EICU) 2006年2月至2009年6月采用中西医结合方法治疗16例脑出血全脑室铸型并呼吸衰竭患者,取得较满意的临床效果,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:男10例,女6例;年龄39~72岁,平均56.9岁;11例有高血压病史;16例患者入院时血压均高于正常,均于发病后24 h内入院。行头颅CT扫描均示全脑室铸型出血,其中单纯脑室出血4例,基底节出血破入脑室7例,丘脑出血破入脑室4例,额叶出血破入脑室1例。入院时患者均有呕吐、意识障碍、瞳孔变化;格拉斯哥昏迷评分(GCS)3~5分7例,6~8分9例;双侧瞳孔缩小9例,一侧瞳孔散大5例,双侧瞳孔散大2例;均有不同程度肢体瘫痪,继发抽搐5例,去脑强直3例;呼吸不规则9例;应激性消化道出血8例;肺部感染7例。

1.2 治疗方法:①机械通气:16例患者入院时出现鼾声呼吸、潮式呼吸、呼吸不规则、脉搏血氧饱和度(SpO_2) ≤ 0.90 ,立即给予气管插管、机械通气,使用德国产Dräger Savina多功能呼吸机,采用同步间歇指令通气(SIMV)+压力支持通气(PSV)模式,参数设置:潮气量8~10 ml/kg,呼吸频率12~18次/min,吸入氧浓度(FiO_2)0.35~0.45,PSV 10~16 cm H_2O (1 cm H_2O =0.098 kPa),呼气末正压(PEEP)5~7 cm H_2O ;机械通气时间4~21 d,平均10.6 d。4例因气管插管时间较长行气管切开。②常规治疗:脱水、降颅压、减轻脑水肿,控制血压和血糖,应用脑细胞活化剂,应用钙离子拮抗剂减轻脑血管痉挛,预防和治疗感染,早期肠内营养加强营养支持,维持水、电解质平衡。③15例患者行双侧侧脑室额角穿刺术。④3 d后静脉给予活血

化痰中药丹参注射液20 ml,每日1次。

1.3 治疗转归:16例患者中好转出院9例(56.2%);自动出院3例(18.8%);死亡4例(25.0%),其中死于原发性脑室出血2例。入院时9例呼吸不规则患者中好转出院4例,自动出院2例,死亡3例。9例好转出院者随访3个月,恢复日常生活3例,日常生活能自理2例,日常生活需要帮助、可扶行3例,卧床不起、有意识1例。

2 讨论

全脑室铸型为脑出血的一种严重类型,患者短时间内意识障碍,病死率极高。患者鼾声呼吸、潮式呼吸、呼吸不规则或 $SpO_2 \leq 0.90$ 时,应立即气管插管并呼吸机辅助呼吸,能够快速改善患者的呼吸功能,为病因治疗赢得时间^[1],为微创手术治疗创造最佳机会。早期机械通气治疗能改善脑细胞氧供,减轻脑水肿,有利于脑组织功能恢复,降低致残率。脑出血全脑室铸型并发呼吸衰竭患者机械通气治疗时,应遵循早上机、早脱机,寻找原因、针对性处理人机对抗,PEEP水平不宜过高,加强湿化气道、及时吸痰,加强肺保护性通气意识、避免肺气压伤, FiO_2 不宜超过0.50,及时调整呼吸参数等个性化原则。

在脑出血全脑室铸型伴呼吸衰竭患者治疗中,微创手术至关重要。本组15例患者行双侧侧脑室穿刺术,注入尿激酶引流,可紧急解除脑积水和脑室内出血占位效应,降低颅内高压的损害,及早清除部分脑室内积血,减轻脑组织损伤;可在床边操作,便于及时抢救患者。脑室内注入尿激酶可将脑室内积血块溶解后引流,缩短引流时间,迅速解除血肿对周围脑组织的压迫,改善脑脊液循环及脑室周围的微循环^[2]。结合脑室冲洗可加快脑室内积血清除,防止脑脊液循环梗阻及脑蛛网膜颗粒堵塞;间断腰椎穿刺术脑脊液置换也可促进脑脊液循环,特别是第三、四脑室的通畅,使全脑系统早期

畅通,预防蛛网膜粘连和晚期发生交通性、梗阻性脑积水。微创手术治疗要注意:CT明确诊断后,尽早行双侧侧脑室引流术;脑室引流应在24 h内低位引流,高度在脑室平面-80 mm左右,约1~2 d后室间孔即畅通,可抬高引流管高度,高出脑室平面15~20 cm;脑室冲洗时,用无菌生理盐水以等量置换方式缓慢冲洗侧脑室,冲洗力量不宜过大、总量不宜过多;脑室内注入尿激酶前,用无菌生理盐水冲洗侧脑室数次后,注入尿激酶1~2 kU+生理盐水2 ml,每日1~2次,注药后夹闭引流管2~4 h开放;术后12~24 h行腰椎穿刺术脑脊液置换,穿刺针进入蛛网膜下腔后不宜完全拔出针芯,先缓慢放出血性脑脊液,用等量生理盐水置换,每日或隔日1次,直至脑室系统恢复通畅;严格无菌操作,全身应用有效抗生素预防;拔管应视引流脑脊液的性质和积血是否消除,有无脑积水及CT复查结果来决定;患者出院后要随诊,一旦脑积水形成,治疗上可以选择脑室、腹腔分流术。脑出血后机体和脑组织局部可发生一系列病理生理反应。中药在消散瘀血、改善微循环、加速脑水肿吸收方面有独到之处^[3]。刘倩和高利^[4]提出可在脑出血亚急性期(3 d或3 d以后)开始使用活血化瘀药物。本组均在3 d后应用丹参注射液取得较好疗效。丹参可降低血液黏稠度,扩张血管,改善微循环,保护脑细胞和促进缺血区脑细胞功能恢复,抑制自由基产生和清除自由基,同时能提高组织耐氧能力,减轻脑组织缺血性损害。此外常规脱水、降颅压,对症及支持治疗也是提高患者生存率的重要因素。

综上所述,脑出血全脑室铸型并呼吸衰竭患者的救治应采用中西医结合措施,机械通气治疗指征可以放宽使用,为微创手术创造时间。亚急性期活血化瘀可防止继发性脑损伤,促进微创手术后残存血肿吸收。但本组病例较少,还需丰

作者简介:李桃英(1965-),女(汉族),河南省人,副主任医师,Email: zsh951@163.com.

富临床经验。

参考文献

- [1] 樊红, 吴红军, 韩继媛. 机械通气在重症脑出血患者并呼吸衰竭中的治疗作用. 临床急诊杂志, 2005, 6(5): 19-20.

- [2] 李奋强, 李松年, 韦刚, 等. 急性重症小脑出血的抢救体会(附 10 例报告). 中国危重病急救医学, 2008, 20(11): 655.
- [3] 闫喜功. 中西医结合治疗颅内血肿 60 例临床观察. 中国中西医结合急救杂志, 2007, 14(6): 379.

- [4] 刘倩, 高利. 脑出血的中西医结合研究进展. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(6): 381-384.

(收稿日期: 2010-01-26)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

血液净化救治输液相关中毒性休克综合征的临床观察

王云生, 王媛媛, 廖竹英

(解放军第五十九中心医院肾内科, 云南 开远 661600)

【关键词】 血液净化; 输液; 中毒性休克; 救治

中图分类号: R459.5 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.04.019

输液相关中毒性休克综合征(TSS)是临床上少见的一种急症,病情凶险,与一般的输液反应不同,易误诊,给抢救成功带来一定困难。2008 年 10 月 6 日,本科对收治的 3 例输液相关 TSS 患者采用血液净化治疗效果较好,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例:男 1 例,女 2 例;年龄 50~88 岁。在院外输加注射液(批号:2007121511, 2007122721)100 ml 后,突然出现寒颤、心悸、胸闷、高热、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、腰痛、双下肢肌肉疼痛,低血压[80/50 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)],按一般输液反应处理无效,急诊转入本院。查体:体温 36.2~36.5℃,脉搏 106~130 次/min,呼吸频率 26~30 次/min,血压 130~110/80~60 mm Hg(升压药物维持),双肺底可闻及少许湿啰音,心律齐。心电图提示:窦性心动过速,心肌缺血;B 超提示:肝、胆、胰、脾、肾未见异常;血常规:白细胞计数(25.8~27.2)×10⁹/L,血红蛋白 78~106 g/L,中性粒细胞 0.957~0.971,血小板计数(38~81)×10⁹/L;心肌酶谱:肌酸激酶 732~11 928 U/L,肌酸激酶同工酶 26~249 U/L,天冬氨酸转氨酶 63~267 U/L,α-羟丁酸脱氢酶 213~387 U/L,乳酸脱氢酶 5.0~9.7 μmol·s⁻¹·L⁻¹;肾功能:血尿素氮 7.5~17.2 mmol/L,血肌酐 128~290 μmol/L;凝血酶原时间 13~18 s,凝血酶时间 22~23 s,活化部分凝血活酶时间 30~36 s,纤维蛋白原 1.8~2.0 g/L。2 例细菌培养阴性,1 例尸检

培养出革兰阴性杆菌。

1.2 治疗:3 例患者入院后即行血液净化治疗,1 例行血液灌流(HP)+血液透析(HD)治疗 2 次,1 例行 HP+HD 治疗 1 次,1 例行连续性血液净化(CBP)治疗 18 h;经血液净化治疗后血压平稳,停用升压药,给予抗生素及激素等治疗。

1.3 结果:2 例痊愈;1 例既往有慢性肺源性心脏病(肺心病)史的 88 岁患者死于 TSS 导致的多器官功能障碍综合征(MODS),该患者行 HP+HD 治疗 1 次,治疗过程中病情平稳,次日凌晨死亡。存活的 2 例患者随访 1 年,复查血各项指标均无异常。

2 讨论

1978 年 Todd 等^[1]首次报道了由金黄色葡萄球菌引起的 TSS,表现为高热、猩红热样皮疹、低血压及多器官系统损害;1983 年 Willoughby 和 Greenberg 等^[2]报道了由链球菌引起的 TSS,其临床表现类似,诊断标准依据 Reingold 等^[3]的标准。本组病例有寒颤、高热、低血压、多器官损害、白细胞及中性粒细胞增高、血小板计数降低、肝肾功能及心肌酶谱增高;但皮肤未出现猩红样皮疹,可能与细菌种类不同有关。TSS 容易误诊,散发者误诊率更高,按一般输液反应处理无效,短期内病死率很高。本组同期发生在院外的 2 例患者均死于严重中毒性休克引发的 MODS。所以,早期诊断、早期合理治疗尤为重要。

有研究表明,血液净化技术对早期救治输液相关 TSS 至关重要,可以通过吸附、对流方式清除血液中的炎症介质,减少治疗过程中多巴胺、去甲肾上腺素等升压药用量^[4-7]。磨红和赵志权^[8]用血

液净化方式抢救中毒并发 MODS 患者,可明显缩短患者昏迷至清醒时间,减少并发症,降低病死率。在抢救该类患者时,必须由有经验的医师承担,抢救过程涉及水、电解质、酸碱平衡调节,血流动力学监测,抗凝,术中抗休克及术后等一系列治疗的问题,只有早期、合理治疗,才能提高抢救成功率。

参考文献

- [1] Todd J, Fishaut M, Kapral F, et al. Toxic-shock syndrome associated with phage-group-1 Staphylococci. Lancet, 1978, 2(8100): 1116-1118.
- [2] Willoughby R, Greenberg RN. The toxic shock syndrome and streptococcal pyrogenic exotoxins. Ann Intern Med, 1983, 98(4): 559.
- [3] Reingold AL, Hargrett NT, Shands KN, et al. Toxic shock syndrome surveillance in the United States, 1980 to 1981. Ann Intern Med, 1982, 96(6 Pt 2): 875-880.
- [4] Ronco C, Brendolan A, Dan M, et al. Adsorption in sepsis. Kidney Int Suppl, 2000, 76: S148-155.
- [5] 唐盛, 裴智峰, 彭小梅, 等. 床旁血液净化用于抢救突发公共卫生事件中危重患者 22 例分析. 中国危重病急救医学, 2007, 19(12): 756-757.
- [6] 邢迎红, 王勇强. 血液净化治疗横纹肌溶解综合征. 中国危重病急救医学, 2007, 19(3): 159.
- [7] 刘琼, 刘晓红, 何颜霞, 等. 连续性血液净化治疗在儿童感染性休克中的应用研究. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(3): 168-171.
- [8] 磨红, 赵志权. 不同血液净化方式抢救急性中毒并发多器官功能障碍综合征. 中国危重病急救医学, 2006, 18(10): 631.

(收稿日期: 2009-12-11)

(本文编辑: 李银平)