

不同时机予 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗重症腹腔感染的疗效观察

刘勇¹, 方丽¹, 刘璇¹, 唐忠平¹(通讯作者*), 杨丽君², 任焱³

(1. 贵阳市第一人民医院, 贵州 贵阳; 2. 花溪区人民医院, 贵州 贵阳; 3. 修文县人民医院, 贵州 贵阳)

摘要: **目的** 探讨重症腹腔感染患者应用 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗的临床效果。**方法** 临床纳入我院 2014.5-2017.12 期间收治的 78 例重症腹腔感染患者作为研究对象, 按入院先后顺序分组, 对照组 39 例 (72h 后应用 CBP (连续性血液净化) 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗), 观察组 39 例 (24h 内应用 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗), 观察 PCT (降钙素原)、Lac (乳酸) 以及急性生理与慢性健康 (APACHE II) 评分, 评估两组治疗情况。**结果** 接受治疗前两组 PCT、Lac 指标以及 APACHE II 评分均无差异 ($P>0.05$), 治疗后对照组 PCT、Lac 指标以及 APACHE II 评分均高于观察组 ($P<0.05$); 对照组发热、腹痛症状改善时间以及胃肠道功能恢复时间均长于观察组, 住院费用更多 ($P<0.05$)。**结论** 重症腹腔感染患者应用 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗能有效改善患者发热、腹痛等症状, 患者恢复更快, 住院费更少。

关键词: 连续性血液净化; 腹腔引流; 大黄; 灌肠

中图分类号: R459.5

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.72.085

本文引用格式: 刘勇, 方丽, 刘璇, 等. 不同时机予 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗重症腹腔感染的疗效观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(72):189, 191.

0 引言

腹腔感染包括单一脏器感染和全腹部腹腔感染, 单一脏器感染包括急性阑尾炎、急性胆囊炎、急性胰腺炎等, 全腹部感染则包括腹腔脓肿以及腹膜炎等, 根据感染严重程度和感染范围又可分为复杂性腹腔感染和单纯性腹腔感染^[1]。患者可出现发热、腹痛、呕吐等临床症状, 严重者出现脓毒症及多器官功能障碍综合征, 严重影响正常生活和工作, 随时间变化感染范围会进一步扩大, 病情逐渐加重, 可能危及患者生命安全, 如何及时控制患者病情, 改善患者临床症状, 保证患者生命安全是临床治疗工作的关键, 文章探讨重症腹腔感染患者应用 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于 2014.05-2017.12 期间收治的 78 例重症腹腔感染患者作为研究对象, 按入院先后顺序分组, 对照组 39 例, 观察组 39 例。对照组: 男 21 例, 女 18 例; 年龄范围 26-68 岁, 平均 (48.74 ± 1.54) 岁, 观察组: 男 20 例, 女 19 例; 年龄范围 26-69 岁, 平均 (48.78 ± 1.57) 岁。两组患者上述资料无差异, $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组: 72h 后应用 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗。CBP: 选择股静脉处建立血液净化治疗通道, 留置单针双腔导管, 结合患者电解质情况调节置换液中

钠、钾含量, 选用静脉血液滤过透析模式 (CVVHDF) 进行治疗, 血液流速为 100-150 mL/min, 置换液输入速度为 2000-3000 mL/h, 根据患者凝血功能情况给予普通肝素抗凝或无肝素抗凝, 血液净化治疗过程中根据监测凝血功能调节肝素用量, 治疗时间 8h/d。持续腹腔引流: 于患者左髂前上棘和脐连线中外三分之一处进行穿刺, 固定好后进行持续引流。生大黄保留灌肠: 将生大黄粉 50g 浸泡在 100mL 开水中, 浸泡后去渣, 溶液温度冷却至常温时进行灌肠, 药液保留 1h。

观察组: 24h 内应用 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗, 治疗方法同对照组。

1.3 观察指标

观察 PCT、Lac 以及 APACHE II 评分, 评估两组治疗情况。APACHE II 量表满分 72 分, 分值越高表示患者病情愈加重。治疗情况主要观察患者胃肠功能恢复时间、发热改善时间、腹痛改善时间及住院总费用等情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 18.0 统计软件, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 PCT、Lac 指标以及 APACHE II 评分

接受治疗前两组 PCT、Lac 指标以及 APACHE II 评分均无差异 ($P>0.05$), 治疗后观察组 PCT、Lac 指标以及 APACHE II 评分均优于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组 PCT、Lac 指标以及 APACHE II 评分的评估 ($n=39$)

组别	PCT (ug/L)		Lac (mmol/L)		APACHE II (分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	0.78 ± 0.15	0.41 ± 0.06	2.34 ± 0.31	1.58 ± 0.17	43.17 ± 1.25	30.23 ± 1.05
观察组	0.82 ± 0.18	0.26 ± 0.08	2.38 ± 0.35	0.94 ± 0.21	43.23 ± 1.29	20.17 ± 1.24
χ^2	1.066	9.367	0.534	14.793	0.209	38.665
P	0.290	0.000	0.595	0.000	0.835	0.000

2.2 治疗情况

观察组发热、腹痛症状改善时间以及胃肠道功能恢复时间均短于对照组, 住院费用更少 ($P<0.05$), 见表 2。

3 讨论

腹腔感染是临床外科常见的一种疾病, 细菌感染是导致发病的最主要原因, 常见致病菌包括大肠杆菌、革兰阴性杆菌等。感染可造成机体呼吸、微循环以及代谢系统紊乱, 随着病

表 2 两组症状改善时间的评估 ($n=39$)

组别	发热改善时间	腹痛改善时间	胃肠道功能恢复	住院费用
	(d)	(d)	时间 (d)	
对照组	3.41 ± 1.19	4.76 ± 0.84	3.04 ± 0.57	7479 ± 132.56
观察组	1.84 ± 0.75	2.94 ± 0.36	2.17 ± 0.48	5847 ± 231.39
t	6.970	12.437	7.291	38.219
P	0.000	0.000	0.000	0.000

诊断结果比较,52 例相符,诊断准确率为 85.25%,见表 2。

表 2 PCUM 诊断效能

确定病因	超声诊断	确定诊断	准确率 (%)	特异度 (%)	敏感度 (%)
ARDS	9	8	88.89(8/9)	96.23	87.5
肺炎(肺实变)	8	7	87.5(7/8)	98.15	100
急性肺水肿	9	11	88.89(8/9)	98	72.73
肺间质病变	4	3	75(3/4)	98.28	100
急性肺栓塞	4	5	100(4/4)	100	90
心源性休克	9	10	88.89(8/9)	98.04	80
分布性休克	10	11	90(9/10)	98	81.82
其他病因	8	6	75(6/8)	100	75
合计	61	61	85.25(52/61)	/	/

3 讨论

ICU 重症患者急性呼吸困难通常指各种病因所致的突发性呼吸困难。主观上,氧气不足或呼吸费力,客观上呼吸速率、节律或深度的变化^[4]。在严重的情况下,只有一个鼻子出气或需要坐着呼吸,伴随或不伴有腹部动作的“三凹征”。多数患者在发病初期胸部 X 线检查异常,常为片状或网状^[5]。在疾病的早期,病变常出现在单个病灶中。短期内病灶迅速增多,常累及双肺或单肺多叶。部分患者进展迅速,并有大量的斑块。双侧肺周边区较常见。对于临床怀疑无胸部病变的患者,胸部 X 线检查应在 1~2 天内进行检查^[6]。胸部 CT 检查是最常见的玻璃变化。肺部阴影吸收和消散缓慢,阴影变化有时与临床症状和体征不一致^[7]。

PCUM 检验计划使用通用的超声设备目前使用在许多急救部门^[8]。本研究对 ICU 患者急性呼吸困难,建议采用胸部和肋骨扫描相控阵探头(3.5 MHz),与静脉线检查气胸形成探头需要评估(7.5~10 兆赫)^[9]。探头置于剑突下下腔静脉的管的长度可以精确地测量沿长轴和短轴的下腔静脉(IVC)。通过观察呼吸动力学的变化来观察下腔静脉的变化,可以用管径的变化来评估患者的容量状态^[10]。临床医生还可将探头置于颈内静脉,观察其大小及直径随呼吸的变化,进一步评估其容量。同时,“容量池”的地位,也包括那些肺评估,胸腔和腹腔病变可能影响血管容量^[11-12]。整合肺部超声技术有助于医生快速鉴别气胸。气胸伴低血压可引起张力性气胸,需要立即出院减压。张力性气胸会增加胸腔内的压力,限制血液流向静脉^[13]。B 型肺超声也可发现,这

可能是容量超负荷和肺水肿的标志。我们还可以检查胸腔,发现胸腔积液。最后,我们通过快速检查程序来寻找胸腔积液,并澄清“容量损失”在“容量池”中的位置^[14]。本研究对 61 例 ICU 重症患者急性呼吸困难血流动力学不稳定患者采用 PCUM 方案进行检查,结果表明该方案诊断准确率达 85.25%,各病因诊断准确性、特异度和敏感度都较高,具有很高的诊断效能,可用于 ICU 重症患者的床旁诊断中,为患者的早期诊断与治疗提供可靠性很高的信息^[15]。

综上,PCUM 对 ICU 重症患者急性呼吸困难血流动力学不稳定病因诊断有较高的准确度,对各类病因诊断的准确率、敏感度、特异度均较高,可用于患者的及早诊断与治疗中,以提高预后,降低危险。

参考文献

- [1] 王小亭,赵华,刘大为,等.重症超声快速管理方案在 ICU 重症患者急性呼吸困难或血流动力学不稳定病因诊断中的作用[J].中华内科杂志,2014,53(10):793-798.
- [2] 王小亭,刘大为.重症超声:急性呼吸窘迫综合征诊治中的新手段[J].中华内科杂志,2012,51(12):929-931.
- [3] Korea G B, editor. Combine traditional Chinese and Western medicine clinical results[J]. Rev Endocr Metab Disord,2013,10(12):73.
- [4] Kew J, Rees GL, Close D. Multiplanar reconstructed computed tomography images improves depiction and understanding of the anatomy of the frontal sinus and recess[J]. Am J Rhinol,2013,16(2):19-23.
- [5] 李莉,艾字航,姜宋,等.改良重症超声快速管理方案在重症腹源性呼吸困难和/或血流动力学不稳定患者腹部病因诊断中的作用[J].中华内科杂志,2017,56(8):583-587.
- [6] Nicolls MR, Haskins K, Flores S C. Oxidant stress, immune dysregulation, and vascular function in type I diabetes[J]. Antiox Redox Signal,2012,9(7):879-889.
- [7] Gokce N, Vita JA, McDonnell M, et al. Effect of medical and surgical weight loss on endothelial vasomotor function in obese patients[J]. Am J Cardiol,2011,95(2):266-268.
- [8] 赵华,王小亭,刘大为,等.重症超声快速诊断方案在急性呼吸衰竭病因诊断中的作用[J].中华医学杂志,2015,95(47):3843-3847.
- [9] Lteif A A, Han K, Mather KJ. Obesity, insulin resistance, and the metabolic syndrome: determinants of endothelial dysfunction in whites and blacks[J]. Circulation,2013,112(1):32-38.
- [10] Harred JF, Knight AR, McIntyre JS. Inventors. Dow chemical company, assignee cXpoXidation process[J]. US Patent 3,2012,3(17):1902-190.

(上接第 189 页)

情的进一步发展患者可出现败血症、感染性休克等并发症,严重者甚至出现多脏器功能衰竭,威胁患者生命安全^[3]。如何及时控制病情,改善患者健康状况是临床治疗工作的重点。

文章结果表明对照组症状改善用时较长,应用 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗有效控制病情,一定程度上改善感染情况,减轻严重反应,但由于治疗时间开始较晚,影响治疗效果。有学者认为 24h 内进行治疗效果更佳^[4],结合本文研究发现观察组治疗症状改善更快,治疗有效率更高,说明观察组治疗模式更有效。促炎因子大量释放导致抗炎与促炎因子直接的平衡被破坏,因此要进行早期治疗,将炎症介质和代谢进行清除,维护机体内环境稳定,患者 PCT、Lac 改善情况更明显,症状改善更快;生大黄灌肠加强肠屏障功能保护,促进肠道功能恢复,减轻腹内压,抑制内毒素和细菌移位,有效改善患者腹痛、发热等症状,患者 APACHE II 评分随之降低;持续腹腔引流可以引出渗出、漏出液和坏死组

织,减少毒素的吸入,患者恢复更快,出院时间缩短,住院费用更少。

综上所述,将 CBP 联合持续腹腔引流及生大黄保留灌肠治疗应用于重症腹腔感染患者时能有效改善患者 PCT、Lac 指标,改善 APACHE II 评分,缩短症状改善时间,住院费用相对更少。

参考文献

- [1] 闫军锋.连续性血液净化治疗腹腔感染和肺部感染引起脓毒症患者临床效果观察[J].临床肺科杂志,2017,22(2):307-309.
- [2] 豆利军,闫榴芳,等.应用连续性血液净化治疗不同部位感染引起的脓毒症的效果研究[J].山西医药杂志,2016,45(18):2156-2159.
- [3] 李辉华,王铮,等.连续性血液净化治疗重症急性胰腺炎合并急性肾损伤疗效观察[J].海南医学,2018,29(9):1279-1281.
- [4] 梁梅兰,张桂珍.生大黄深部高位保留灌肠在急性胰腺炎病人护理中的应用[J].护理研究,2017,31(26):3295-3297.