

低缝合、夹闭破损的脏器或造瘘控制感染,不必尝试重建手术,迅速关腹。

**2.2** 大多数手术患者可以按常规手术完成,只有少数严重损伤患者在生理潜能临近或达到极限时才采用损伤控制性手术,即分期手术,一期首先控制血管损伤出血,然后迅速关闭腹腔,结束手术,等度过生理紊乱期再计划进行手术。故要求医生能够尽快判断患者的损伤及生理状态,预先做出判断,而不要等到患者生理机能耗竭时才被迫实施。以下情况均应考虑实施控制性手术:(1)严重的肝损伤、胰十二指肠损伤、肝后静脉或骨盆血管破裂等腹部大血管损伤,以及腹腔严重水肿不能无张力关闭时;(2)腹腔的主要血管损伤合并多发性内脏损伤,多个空腔脏器损伤合并内脏损伤,多部位的损伤以及严重损伤合并有低温、凝血障碍和代谢性酸中毒、血流动力学状态不稳定者。而医院的设备和技术力量也是考虑是否行损伤控制性手术的重要原因。

**2.3** 损伤控制性手术首先是控制出血。腹腔填塞节省时间,并且止血效果确切,应强调主动实施腹腔填塞。腹腔填塞可以应用于包括肝脏及腹膜后组织的各种损伤出血,包括动、静脉出血及创面渗血。应避免填塞不够、填塞不当及过度填塞。填塞不够、填塞不当可导致再出血,过度填塞可增加腹腔压力,导致腹腔间隙综合征<sup>[2]</sup>。其次要防止污染。可单层连续缝合、吻合器临时关闭肠管;十二指肠、胆道、胰腺损伤可以外置管引流;结肠损伤行造瘘术;输尿管损伤插管外引流;广泛的膀胱损伤行双侧输尿管插管外引流。然后暂时关闭腹腔。可以采用塑料单覆盖法、塑料填塞覆盖法、修补材料缝合法及单纯皮肤连续缝合法暂时关闭腹腔,尽快结束手术。

**2.4** 控制性手术后的首要问题是患者复苏,首先选择液体复苏。损伤控制性复苏的基本原则是迅速识别凝血机能异常的

风险患者,通过液体复苏纠正凝血异常、低体温和代谢性酸中毒。建立静脉通道,大口径中心静脉置管输液,并根据尿量、生命体征、中心静脉压以及乳酸酸中毒等情况等进行监测。由于腹腔填塞使膈肌抬高,大量、快速输液可导致肺水肿,降低肺顺应性,可以出现急性呼吸窘迫综合征,故在复苏的早期需要机械通气,尽快恢复患者体温。有效地恢复体温才能纠正患者的凝血障碍和代谢性酸中毒,挽救患者生命。

**2.5** 在患者损伤控制性手术、复苏后,患者血流动力学稳定、体温完全恢复正常,考虑再次手术,并应争取在 72 h 内再次手术。确定性手术主要是去除填塞,探查忽略的较次要的损伤,完成确定性的处理。而对于严重的肝损伤用止血纱条填塞止血,在术后 3~7 d 要考虑逐渐拔出止血纱条。考虑到拔出止血纱条有再出血危险者可能要行肝叶切除。对于结肠造瘘患者 3 个月后再考虑行瘘口缝合关闭术。对于存在进行性出血、残留消化道损伤导致全身炎症反应综合征、休克者,存在腹腔隔室综合征危及患者生命者应立即急诊手术,而不必等到患者体温恢复、血流动力学稳定后再手术。而对于本院设备、技术力量无法达到再次手术要求者,在患者血流动力学稳定、体温完全恢复正常后立即转上级医院手术。

## 参考文献

- [1] 王正国,蒋耀光,杨志焕. 创伤外科[M]. 北京:科学技术文献出版社,2007,1:422-472.
- [2] 王国军. 损伤控制性手术在严重肝外伤治疗中的应用[J]. 实用心脑血管病杂志,2011,19(3):435-436.

(收稿日期:2011-06-08)

# 癫痫持续状态并发吸入性肺炎的特点

原亚文<sup>1</sup>,李仓霞<sup>2</sup>(解放军第三医院:1. 检验科;2. 神经内科,陕西宝鸡 721004)

**【关键词】** 癫痫持续状态; 吸入性肺炎; 误吸

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3064-02

2007 年 1 月至 2010 年 1 月,本院神经内科共收治全身惊厥性癫痫持续状态并发吸入性肺炎 22 例,现就其临床特点总结如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本院神经内科收治的全身惊厥性癫痫持续状态患者 22 例,其中男 17 例,女 5 例,年龄 10~85 岁,平均(36.47±17.63)岁,意识障碍并抽搐时间为 2~72 h,平均(17.9±23.42)h,病史 1~21 年,平均 7.5 年。

**1.2 病例入选标准** 全身惊厥性癫痫持续状态患者为全身惊厥性癫痫发作持续 5 min 或 5 min 以上,或两次或多次发作,发作间期意识未完全恢复<sup>[1]</sup>。所选患者发病前无肺部感染史,均经胸部 X 线或 CT 检查后确诊并发吸入性肺炎。

**1.3 方法** (1)首先保持呼吸道通畅,及时吸出口腔内分泌物,置口咽通气管 3 例,气管插管 6 例,气管切开呼吸机辅助呼吸 2 例。(2)迅速止惊,首选地西泮 60~120 mg 微量泵匀速滴注,根据发作情况追加,至发作控制,最大总量至 790 mg,发作减少后加用苯巴比妥钠 0.1 g 肌肉注射,每 12 小时 1 次,连用 3 d,之后给予口服抗癫痫药。(3)脱水降颅压,可用 20%甘露醇 125 mL 静脉滴注,每 6~8 小时 1 次,病情较重者加以速尿 20 mg 静脉推注,每 12 小时 1 次,或七叶皂苷钠 20 mg 静脉滴

注,1 次/日。(4)使用抗生素,根据痰培养结果选择敏感抗生素,对培养结果未报者先给予经验治疗,选用的抗生素包括阿洛西林钠、氨苄西林钠、青霉素、头孢唑林钠、舒普深、万古霉素,每 8~12 小时 1 次,静脉滴注,连用 7~10 d。(5)综合支持治疗,包括脱水降颅压、维持水电解质平衡、营养支持等治疗。

## 2 结果

**2.1 病因及诱发因素** 原发性癫痫 10 例,占 45.5%;继发性癫痫 12 例,占 54.5%,其中脑出血后 3 例,脑梗死 1 例,脑外伤 3 例,糖尿病 1 例,垂体瘤术后 1 例,脑膜瘤术后 1 例,病毒性脑炎 2 例。诱发因素:上呼吸道感染 3 例,中断服药 6 例,减量 2 例,服中药治疗 2 例,妊娠 2 例,饮酒 1 例;以癫痫持续状态首次发病者 6 例。

**2.2 发作形式** 全身强直-阵挛发作 19 例,全身强直发作 3 例。

**2.3 生命体征** Glass 评分 3~12 分,平均(5.95±2.89)分,≤5 分 9 例,6~10 分 9 例,10 分以上 4 例;体温 36.0~39.5℃,平均(37.2±1.1)℃,39.0℃ 以上 3 例,36.0~37.0℃ 12 例,>37.0~39.0℃ 7 例;脉搏 92~146 次/分,平均(102.6±12.56)次/分,≥100 次/分 13 例,<100 次/分 9 例;血压(120~160)/(70~120)mm Hg,平均(142.6±22.5)mm

Hg,  $\geq 140/90$  mm Hg 8 例,  $< 140/90$  mm Hg 14 例。

**2.4 血气分析** pH 7.22~7.50, 平均  $7.40 \pm 0.85$ , pH  $< 7.35$  6 例,  $7.35 \leq \text{pH} \leq 7.45$  12 例, pH  $> 7.45$  者 4 例; 动脉血二氧化碳分压 20.0~48.0 mm Hg, 平均  $(32.16 \pm 6.45)$  mm Hg,  $\leq 40.0$  mm Hg 16 例,  $> 40.0$  mm Hg 6 例; 动脉氧分压 38.0~88.0 mm Hg, 平均  $(55.0 \pm 12.6)$  mm Hg; 碳酸氢盐 11.6~26.1 mmol/L, 平均  $(19.9 \pm 2.2)$  mmol/L,  $\leq 22.0$  mmol/L 5 例; 碱剩余:  $-13.7 \sim 2.9$ , 平均  $-4.4 \pm 2.9$ ,  $\leq -3$  者 8 例; 动脉血氧饱和度 56.0%~97.0%, 平均: 82.2%  $\pm 20.5\%$ ,  $\leq 90\%$  18 例,  $> 90\%$  4 例。

**2.5 胸部 X 线或 CT 检查** 胸部 X 线检查 14 例, 其中右侧肺部感染 9 例, 左侧感染 3 例, 双侧肺部感染 2 例; 胸部 CT 检查 8 例, 双肺感染 6 例, 右肺感染 2 例。

**2.6 痰培养结果** 所有患者均行痰培养, 培养阳性率为 63.6%, 其中培养出肺炎克雷伯菌 6 例, 铜绿假单胞菌 2 例, 大肠埃希菌 3 例, 肺炎球菌 3 例; 8 例未培养出细菌。

**2.7 脑电图检查** 22 例行床边脑电图检查, 发现脑电图重度异常 15 例, 中度异常 3 例, 轻度异常 4 例。

**2.8 治疗效果** 癫痫持续状态控制、肺部炎症在 2 周内吸收 17 例, 占 77.3%, 其中合并胸腔积液 2 例, 癫痫后精神障碍 3 例; 癫痫持续状态控制但处于植物生存、肺部感染持续存在、自动放弃治疗 1 例, 占 4.5%, 因脑功能衰竭死亡 4 例, 均合并上消化道出血, 占 18.2%, 其中 2 例肺部炎症好转, 另 2 例因耐药炎症持续到死亡。

### 3 讨论

吸入性肺炎是癫痫持续状态最常见的并发症。由于昏迷、抽搐, 口腔内分泌物不能及时排出, 极易误吸, 导致吸入性肺炎, 严重者可致低氧血症、窒息, 甚至呼吸衰竭, 进一步加重脑损害。癫痫持续状态时肺内血管压的急剧增加可导致肺水肿, 使患者猝死<sup>[2]</sup>。研究发现, 吸入性肺炎患者发生咳嗽反射的刺激阈值高于同龄对照组<sup>[3]</sup>。由于癫痫持续状态患者意识障碍及用镇静药致咳嗽无力、呼吸道排痰能力减弱, 吞咽反射、咳嗽反射减弱, 喉头功能障碍, 分泌物潴留, 抑制呼吸道局部的免疫防御功能, 极易发生吸入性肺炎。吸入性肺炎因主要是由于口腔内容物和胃食道反流物反复误吸所引起的, 肺内容物吸入会造成严重的气管、支气管和肺实质的化学性损伤, 引发严重的肺实质炎症反应<sup>[4]</sup>。研究显示, 胃内容物吸入后肺损伤涉及炎症介质、炎症细胞、黏附分子和相关酶的广泛病理改变, 抗炎症

治疗可减轻肺损伤<sup>[5]</sup>, 治疗本病应首先应用抑制上述吸入物中细菌及其繁殖的抗生素。痰菌检查是确定吸入性肺炎病原学诊断的重要方法, 并可作为选择恰当抗生素的依据, 应尽量在患者用抗生素前做此项检查。本组患者痰培养阳性率为 63.6%, 培养出肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌、大肠埃希菌、肺炎球菌, 说明这些细菌为吸入性肺炎常见菌, 如培养结果未出可根据既往经验选用抗生素, 一般常用  $\beta$ -内酰胺酶类、第三代头孢类效果较好。

防止误吸是预防吸入性肺炎的关键, 患者入院后不论意识清醒与否, 均应及时排痰, 清理呼吸道分泌物, 并置入胃管, 意识清醒后检查吞咽功能, 如无吞咽呛咳、声音嘶哑, 方可拔除胃管, 进食后应保持坐位 2 h, 同时注意保持口腔的清洁。

癫痫持续状态合并吸入性肺炎后更易出现低氧血症、酸碱平衡紊乱。本组患者 10 例 pH 值异常, 以呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒多发, 普遍存在低氧血症, 更加重了脑和其他器官的缺氧, 所以及时纠正缺氧, 纠正酸碱平衡紊乱极为重要, 除保持呼吸道通畅外, 及时面罩吸氧, 如血氧饱和度仍低于 90%, 可插入口咽通气管或气管插管, 低氧血症仍不能纠正要及时气管切开, 并做好护理。

癫痫持续状态合并吸入性肺炎, 有时也同时合并其他器官功能障碍或并发症, 以上消化道出血多见, 在治疗癫痫持续状态及肺部炎症的同时也要及时处理, 以避免病情加重。

### 参考文献

- [1] 洪震, 江澄川. 现代癫痫学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2007: 273
- [2] 黄远桂. 癫痫持续状态的抢救[J]. 内科急危重病杂志, 2003, 9(3): 160-162.
- [3] 康健. 老年人吸入性肺炎的易患因素及治疗[J]. 中国实用内科杂志, 1998, 18(10): 581-583.
- [4] 杨国栋, 康定鑫, 姚新民. 关于吸入性肺炎的治疗研究现状[J]. 中国危重病急救医学, 2003, 15(9): 519-520.
- [5] Weiser MR, Pechet TT, Williams JP. Experimental murine acid aspiration injury is mediated by neutrophils and the alternative complement pathway[J]. J Appl Physiol, 1997, 83(4): 1090-1095.

(收稿日期: 2011-07-12)

## 全血细胞减少症常见造血系统疾病的鉴别诊断

卢其明(江苏省宝应县人民医院检验科 225800)

**【关键词】** 全血细胞减少; 造血系统疾病; 鉴别诊断

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.077 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)24-3065-02

全血细胞减少并非特发于某一种单一的疾病, 可由多种病因引起, 主要由造血系统疾病引起, 少部分可由非造血系统疾病引起。全血细胞减少症是指外周血红细胞(RBC)、白细胞(WBC)、血小板计数(PLT)均持续低于正常范围。为了提高临床诊断的准确率, 鉴别常见全血细胞减少症相互间的区别, 作者回顾性分析了本院 2005 年 1 月至 2010 年 10 月 98 例全血细胞减少住院患者的临床资料, 并加以分析, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2005 年 1 月至 2010 年 10 月住院全血细胞减少患者 98 例, 其中男 42 例, 女 56 例, 年龄 8~83 岁, 平均 48 岁。

**1.2 诊断标准** 连续两次血常规检查, 血红蛋白(Hb)  $< 100$  g/L, WBC  $< 4.0 \times 10^9$ /L, PLT  $< 100 \times 10^9$ /L。造血系统疾病均按血液病诊断标准<sup>[1]</sup>诊断。

**1.3 方法** 按上述诊断标准对 98 例患者从病史、体格检查、实验室检查、特殊检查至明确诊断逐一进行了排查分析, 统计病因在造血系统疾病和非造血系统疾病中各自所占比例。

### 2 结果

98 例全血细胞减少患者中, 因造血系统疾病引起 73 例, 占 74.49%, 其中包括再生障碍性贫血 18 例, 急性白血病 14 例, 骨髓增生异常综合征(MDS) 11 例, 巨幼细胞性贫血 10 例,