中西医结合治疗第三型腹膜炎 26 例

★ 张宇 张琪 张勤 裘华森 （浙江中医药大学附属第一医院外科 杭州 310006）

摘要：目的：探讨第三型腹膜炎的临床特征及治疗方法。方法：回顾性分析 26 例第三型腹膜炎患者的临床资料，并与同期继发性腹膜炎相比较。结果：第三型腹膜炎患者手术次数、入住 ICU 天数、MODS 发病率及死亡率均高于继发性腹膜炎；采用中西医结合方法治疗的第三型腹膜炎患者死亡率为 46.2%，明显低于文献报道。结论：第三型腹膜炎是一类临床处理棘手的疾病，有较高的死亡率，中西医结合治疗可提高临床疗效。

关键词：第三型腹膜炎；中西医结合疗法；腹膜炎

中图分类号：R 656.4⁺1　　**文献标识码**：B

腹膜炎是临床常见的外科病症，多数腹膜炎经抗生素及适当的手术治疗后，炎症能够逐渐局限、治愈。然而有部分病例虽经积极治疗，腹腔感染却持续存在，不能局限，发展为持续性弥漫性腹膜炎，伴有低热、心血管系统高动能状态、高代谢等症状。但手术时腹腔内仅有弥漫性血清样或血性液体，没有脓液，感染毫无局限倾向，病情不因积极的外科治疗而好转，而出现序贯性多器官衰竭，甚至死亡。1990 年 Rotsein[1] 将这一类特殊类型腹膜炎定义为第三型腹膜炎（tertiary peritonitis，TP）。我院自 2003 年 5 月～2007 年 4 月间共收治 TP 病人 26 例，采用中西医结合方法救治，取得一定疗效，报道如下。

1　临床资料

1.1　病例资料　本文收集 2003 年 5 月～2007 年 4 月间本院普外科治疗的各类腹膜炎患者共 467 例，其中原发性腹膜炎 11 例（占 2.36%），继发性膜炎 456 例（占 97.64%）。而 TP 患者 26 例（占 5.56%），男性 15 例，女性 11 例，年龄 48～78 岁，平均（56.4±7.4）岁。

TP 的病因：26 例 TP 患者均起病于继发性腹膜炎，其中重症胰腺炎 9 例、肠梗阻 6 例、结直肠癌 4 例、肝硬化门脉高压症 3 例、外伤 2 例，胃癌 2 例；在合并疾病中，高血压 12 例，糖尿病 8 例，慢性支气管炎 7 例。TP 的细菌学：本组 TP 病例术前检查或手术探查后细菌学检测结果表明，5 例患者的腹腔积液无细菌生长。另 21 例患者的致病菌种类包括：金葡菌 12 株，铜绿假单胞菌 7 株，肠球菌 6 株，大肠埃希氏菌 7 株，肺炎克雷伯菌 3 株，表皮葡萄球菌 5 株，念珠菌 7 株。

1.2　诊断标准　根据 Rotstein 对 TP 的定义[1]，本组 TP 的诊断标准系原发性腹膜炎或继发性腹膜炎患者，在治疗 72 小时后，反复腹腔内感染，具有脓毒症表现（体温 > 38 ℃，WBC > 12×10^9/L），但检查或经手术探查仅有散在或不局限的稀薄混浊液，并需多次手术治疗的腹膜炎。

2　治疗方法

26 例 TP 均采用中西医结合治疗，包括 ICU 重症监护、肠内外营养支持、器官支持、手术引流、抗生素以及中医中药，主要方剂为大承气汤加减，同时对肠麻痹患者施以针灸促进肠功能恢复。

3　结果

26 例 TP 患者手术次数、入住 ICU 天数、MODS 发病率、死亡率均高于继发性腹膜炎患者，见表 1。

表 1　TP 与继发性腹膜炎手术次数、入住 ICU 天数、MODS 发病率及死亡率比较

分组	例数	手术次数	ICU 天数	MODS 发病率（%）	死亡率（%）
第三型腹膜炎	26	2.04±0.72	9.77±8.07	16(61.5)	12(46.2)
继发性腹膜炎	430	1.07±0.26	0.83±1.35	17(3.95)	6(1.39)
统计量		15.59	19.19	120.84	129.25
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注：统计量中前 2 项为 t 值，后 2 项为 χ^2 值。

4　讨论

TP 是一种临床处理十分棘手的腹膜炎，大多数病例预后欠佳。本研究结果提示，TP 患者手术次

江西中医药 http://www.ajutcm.com

数、入住 ICU 天数、MODS 发病率以及死亡率明显高于继发性腹膜炎患者。目前,TP 的发病机制尚不清楚,通常认为患者腹膜缺乏清除腹腔残留污染物,并使之局限化的能力,可能是继发性腹膜炎发展为 TP 的重要原因[2]。研究表明[3]营养不良(特别是低蛋白血症)、高 APACHEⅡ评分、病原菌出现耐药性、器官功能衰竭与继发性腹膜炎治疗失败密切相关,是发生第三型腹膜炎的主要危险因素。感染菌的来源可以是肠穿孔造成细菌直接侵入,也可能是手术时带入腹腔,肠道菌群移位是最主要的来源[4]。多种因素可促使肠道细菌移位:(1)内毒素血症、休克等使肠粘膜的机械屏障受损;(2)急性继发性腹膜炎时,肠麻痹,肠道细菌量增加;(3)全身免疫力低下,肠粘膜的免疫屏障被破坏。因此在治疗继发性腹膜炎的过程中,应该加强营养支持;维持良好的组织血循环;保护胃肠粘膜免致萎缩;保持肠道菌群的生态平衡[5]。近年来的研究表明:早期进食、给予膳食纤维、补充谷氨酰胺等措施可以降低腹膜炎时肠道的通透性,减少细菌移位和肠源性感染的发生。

TP 的治疗主要包括:(1)采用手术或其它措施控制感染;(2)抗生素的应用;(3)全身性的生理支持;(4)中西医结合治疗[6]。本组病例中,采用中西医结合手段治疗,取得一定的效果,对于 TP 的治疗除了遵循上述原则外,在细节方面我们有以下体会:(1)手术慎重选择,除非腹部 B 超或 CT 发现明显感染病灶且非手术方法不能解决者外,尽量采用 B 超或 CT 引导下穿刺或置管引流等措施处理局部病灶;(2)抗生素的使用最初采用广谱抗生素,最好能覆盖革兰氏阴性、阳性菌以及厌氧菌,然后根据血液、脓液、腹腔引流液的培养结果,选用敏感的窄谱抗生素,发现真菌感染证据时,加用抗真菌药物;(3)生理支持应足够、充分,严格按照生理需要量补充,尽早采用肠内营养,以营养肠道粘膜,防止肠道菌群移位的发生;(4)中医药治疗包括 2 个方面,针灸促进肠蠕动尽早恢复肠道功能,大承气汤口服及灌肠,保证每天一次大便。大承气汤能通过泻下增加胃肠道运动功能,促进胃肠蠕动,清除肠道内细菌和内毒素,避免中毒性肠麻痹,而且能抑制细菌过度繁殖,减少内毒素产量,减少及终止炎性介质的释放,并能改善消化道血液循环。研究表明,大承气汤对感染性 MODS 患者胃肠功能改善率达 80%,而且经大承气汤治疗组血中内毒素及促炎因子(TNF、IL-1、IL-8、NO、PAF)峰值明显低于对照组[7,8]。

综上所述,TP 是一种严重而且临床处理很棘手的疾病,有较高的死亡率。加强对 TP 的认识,积极预防、早期诊断、早期治疗有助于降低死亡率,改善预后。采用中西医结合方法治疗可望大幅度提高治疗效果。

参考文献

[1] Rotstein OD, Meakins JL. Diagnostic and therapentic challenges of untraabdominal infrction [J]. World J Durg, 1990, 14(2): 159.

[2] 钱锋,余佩武. 继发性腹膜炎及第三型腹膜炎诊治进展 [J]. 消化外科, 2004, 3(2): 135 - 140.

[3] Malangoni MA. Evaluation and management of tertiary peritonitis [J]. Am Surg, 2000, 66(2): 157 - 161.

[4] 张浩,崔乃强. 肠屏障与多器官功能障碍综合征[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2007, 13(3): 316 - 318.

[5] Buijk SE, Bruining HA. Future directions in the management of tertiary peritonitis[J]. Intensive Care Med, 2002, 28(8): 1 024.

[6] 胡震,代文杰,姜洪池. 第三型腹膜炎的研究进展[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(1): 78 - 80.

[7] 吕冠华,王长洪,王立新,等. 重症急性胰腺炎大鼠促炎抗炎细胞因子的动态变化及大承气汤的调节作用[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(2): 260 - 262.

[8] 谭清武. 大黄防治多器官功能不全综合征研究概况[J]. 中国中医急症, 2006, 15(12): 1 388.

(收稿日期:2009-06-08　责任编辑:曹征)

《江西中医药》征订启事

《江西中医药》创刊于 1951 年,是新中国创办最早的中医药杂志,也是第一批进入中文核心期刊的中国医药类核心期刊,并被多家知名权威检索期刊及数据库确定为固定信息源。五十多年来,《江西中医药》发表了数以万计的优秀论文,一大批中医药学者就是从这里走向成功、走向成名的。21 世纪,《江西中医药》迎来了更大的发展机遇,2002 年评为华东地区优秀期刊、江西省优秀期刊,2004 年评为全国高校优秀期刊。2003 年成功改为月刊,赢得了更多读者的青睐。本着"面向临床,面向基层,坚持传统,注重实用"的办刊思路,我们进一步充实内容,调整栏目,使文章更具可读性、实用性、信息性,以满足读者的需要。

《江西中医药》(ISSN 0411 - 9584, CN 36 - 1095/R)为月刊,国内外公开发行。国内邮发代号为 44 - 5,国外代号为 BM1012。每期定价:4.80 元。

http://www.ajutcm.com