

中西医结合治疗 1 例重症颅内感染的体会

柏鲁宁¹ 赵晓平¹ 郭强² 范小璇²

(1. 陕西中医学院附属医院脑外一科, 陕西 咸阳 712000;

2. 陕西中医学院中西医临床医学院 2007 级研究生, 陕西 咸阳 712046)

摘要: 目的 总结一例开颅术后重症颅内感染的诊疗经验。方法 西医通过腰穿脑脊液置换、鞘内注射和静脉用敏感抗生素等, 中医用补阳、发汗等汤药。结果 通过中西医结合治疗, 患者痊愈出院。结论 对于重症颅内感染, 中西医结合治疗效果较为满意。

关键词: 开颅术后; 颅内感染; 中西医结合

中图分类号: R 269 R 63 **文献标识码:** B **文章编号:** 1672-0571(2010)05-0059-02

一般情况下, 由于血—脑屏障的存在, 颅内感染发生的机会并不高, 但是由于外伤、手术等情况导致脑部保护环境破坏时, 颅内感染的概率就会增加。一旦形成颅内感染后, 治疗困难, 费用昂贵, 处理不当可引起患者病情迁延、影响预后甚至威胁生命。我科于 2009 年 8 月~2009 年 10 月, 采用中西医结合方法成功治愈一例开颅术后重症颅内感染, 现介绍如下:

1 案例

患者翟某某, 男性, 57 岁, 住院号: 2125682 陕

绝大多数患者具有上述发病因素, 常由于手术麻醉、术后卧床、下肢制动、术中组织损伤等所致, 使血流瘀滞, 下肢静脉回流障碍而形成血栓, 表现为下肢肿胀、疼痛等症。根据 LEDVT 的临床特征, 本病可归属于中医学“脉痹”、“股肿”、“恶脉”等范畴, 由于气血循环不畅, 瘀血阻滞脉络, 使营血回流受阻, 水津外溢, 聚而为湿, 流注下肢所致。瘀血阻滞是 LEDVT 的基本病机, 在治疗中, 化瘀通络法贯穿始末。丹红注射液其主要成分为丹参、红花。丹参味苦, 性微寒, 归心、肝经, 通血络, 散瘀结, 是为主药; 红花味辛, 性温, 归心、肝经, 化瘀血, 通脉络, 是为辅药。二药相辅有祛瘀生新之功。而现在药理研究表明: 丹红注射液具有促进血管再生^[3]、抗凝、减轻炎症反应、提高纤溶活性、抑制血栓形成功效^[4]。低分子肝素通过与抗凝血 III 及其复合物, 加强对 X 因子和凝血酶的抑制作用。此外, 还

西省兴平人, 于 2009 年 8 月 23 日因“右侧顶枕区脑出血”急诊在全麻下行开颅血肿清除并去骨瓣减压术。

术后第 4 d 患者开始出现颈项强直, 寒颤、高热, 最高体温 40.1℃。腰椎穿脑脊液化验 WBC 最高: $7900 \times 10^6 / L$ 中性粒细胞最高: 93%, 淋巴细胞: 27%, 脑脊液葡萄糖最低: 0.01 mmol/L, 蛋白最高: 2678 mg/L。同时, 患者手术切口红肿, 伤口有渗出, 每日伤口换药 5~6 次, 早期静脉联合应用

能促进组织纤维蛋白溶酶激活剂 (t-PA) 的释放, 发挥纤溶作用, 并保护血管内皮, 增强抗栓作用。采用中西医结合治疗, 可以扬长避短, 不仅能提高疗效, 又减少了出血的可能, 起到了协同作用, 从而显示出较好的治疗效果。

参考文献

- [1] 尚德俊, 侯玉芬, 陈柏楠. 周围静脉疾病学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 25-26
- [2] 吴在德. 外科学 [M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 689
- [3] 罗海明, 陆华栋, 余尚才, 等. 丹红注射液促进血管新生作用及量效关系的实验研究 [J]. 中西药结合心脑血管病杂志, 2007 5(6): 504
- [4] 付樱, 何娟, 卢露. 丹红注射液对直言动物抗凝抑栓作用的研究 [J]. 世界中医药, 2007 2(6): 367-369

(收稿日期: 2010-04-20)

罗氏芬和万古霉素。伤口渗出液及脑脊液细菌培养均提示:肺炎克雷伯菌。根据药敏试验,征得家属同意,静脉联合应用丁胺卡纳霉素和氯霉素,同时每日腰穿脑脊液置换 2 次,每次根据颅内压释放脑脊液约 50 mL 左右,鞘内交替注射庆大霉素 2 万单位及 4% 罗氏芬 5 mL 伤口再次置管引流,甲硝唑、生理盐水大量冲洗,每日换药,保持辅料干燥。加强营养支持。中药扶阳去邪,通络去阻,发汗降温,口服汤药:桂枝 30 g 制附片 15 g 西洋参 30 g 干姜 15 g 炙甘草 30 g 桃仁 10 g 川芎 10 g 川牛膝 20 g 石菖蒲 20 g 细辛 10 g 桔梗 6 g 生姜 5 片,大枣 5 枚。

2 治疗结果

经过上述对症治疗后,患者体温持续正常,手术切口甲级愈合,血象正常,脑脊液化验:WBC $8 \times 10^6 / L$ 常规出院,病程 40 d

3 讨论

目前认为颅内感染的高危因素多达十余种^[1],其中手术时机、手术部位、麻醉方式、消毒方法、术后处理等均与颅内感染有相关性^[2]。卢岩等通过单因素和多因素 Logistic 回归分析发现,颅脑手术持续时间和手术人员是颅脑手术后发生颅内感染的独立危险因素^[3]。其发生机制主要是血脑屏障等自然防御结构被破坏,各种医源性因素及患者的个体差异,各种致病菌易于侵入中枢神经系统,由于中枢神经系统免疫功能低下,免疫活性白蛋白和免疫球蛋白含量极低,且脑脊液是良好的培养基,侵入的细菌将迅速繁殖,从而引起颅内感染另外,由于患者病后或术后机体抵抗力下降,糖皮质激素的应用,各种侵入性操作或操作的不合理(如污染、异物、死腔等)均可成为颅内感染的诱导和促发因素,加重颅内感染^[4]。开颅术后颅内感染主要是由于头皮消毒不严、无菌操作差和引流管接头拉脱污染等因素,手术中引流管等异物的放置也可增加感染概率。而颅内感染通常发生在手术后 3 ~ 7 d^[5],由于大部分抗菌药物不能透过血—脑屏障,在脑内难以达到有效浓度;加之脑脊液(CSF)细菌培养阳性率较低,以至于不能及时应用敏感抗菌药物治疗,使得颅内感染的防治难度增加。对于重症颅内感染,目前多数学者主张静脉用抗生素的同时,脑脊液置换+鞘内注射抗生素是有

效的办法^[4]。通过脑脊液置换,可放出颅内大量感染的脑脊液,降低脑脊液内细菌浓度;通过鞘内注射,药物不经过血脑屏障而直接进入蛛网膜下腔,CSF 中药物浓度高,效果好,具有用药直接、显效快等特点。本例中,根据经验我们早期静脉联合应用罗氏芬和万古霉素,此后根据药敏试验,征得家属同意,静脉联合应用丁胺卡纳霉素和氯霉素,同时每日腰穿脑脊液置换 2 次,每次根据颅内压释放脑脊液约 50 mL 左右,鞘内交替注射庆大霉素 2 万单位及 4% 罗氏芬 5 mL 伤口再次置管引流,甲硝唑、生理盐水每日大量冲洗,保持干燥。通过上述综合治疗,患者脑脊液 WBC 波动在: $100 \times 10^6 / L$ 左右。但仍有高热、寒颤,体温最高 $40^\circ C$,每次高烧是患者无汗,降温困难。清·吴鞠通《温病条辨》说:“汗也者,合阳气阴精蒸化而出者也……故汗之为物,以阳气为运用,以阴精为材料。”^[6]。中医认为,大病久病必伤阳气,日久导致阳气衰竭,不能合阴精外出,故无汗。根据患者症型,中医辨证为:真阳衰竭,命门火衰,脉络瘀阻。上方加水 1500 mL 泡 30 min 取汁 300 mL 分两次口服。服药第二天后患者即有额头、躯干有汗出,此后体温开始下降,持续发热转为间断隔日发热。此后体温恢复正常。

总之,重症颅内感染的治疗较为棘手,但中西医结合,往往能够缩短治疗周期,提高机体免疫力,改善患者的生存质量,提高治愈率,希望我们这一成功案例,对临床工作者有所启示。

参考文献

- [1] 王英人,张青玉,谷金君,等.脑外科医院感染目标性监测方法与措施的研究[J].中华医院感染学杂志,2000 10(1): 17.
- [2] 袁源,刘云林,付鹏.开颅术后颅内感染临床分析[J].中华医院感染学杂志,2001 11(5): 363
- [3] 卢岩,彭松林.神经外科颅内感染危险因素的病例对照研究[J].中国感染控制杂志,2008 6(7): 396—398
- [4] 沈伟锋,王雪新,王洪正,等.神经外科术后颅内感染的治疗方法分析[J].中外医疗,2009 9 9—11.
- [5] 罗晓媛,李晋.浅谈颅内感染的药物治疗[J].中国医药生物技术,2009 4(5): 381—383
- [6] 金志甲.中医基础理论[M].西安:陕西科学技术出版社,2001.

(收稿日期:2010-03-05)