

文章编号:1005-6947(2004)01-0073-02

· 临床报道 ·

破伤风 21 例治疗体会

张明金, 吴建斌

(解放军第一〇五医院 普外科, 安徽 合肥 230031)

摘要:回顾性分析 21 例破伤风患者临床资料, 结果示 21 例均有外伤史, 伤后未行 TAT 预防注射。采用非特异性的综合疗法, 治愈 18 例, 死亡 3 例。笔者认为: 早期清创清除毒素来源、预防性使用 TAT 尤为重要; 控制抽搐和解除痉挛、适当把握气管插管或切开的指征是降低病死率的关键; 维持内环境稳定、营养支持、防治并发症等是提高中、重型患者疗效的重要环节。

关键词:破伤风/治疗; 感染, 特异性

中图分类号:R517.3; R633.1

文献标识码:B

破伤风是由革兰氏梭状芽孢杆菌引起的一种严重的急性特异性感染。近年来, 发病率和病死率虽有明显下降, 但在农村仍时有发生。我院 1990 年 1 月~2002 年 11 月共收治 21 例破伤风患者, 现报告如下。

1 一般资料

本组男 16 例, 女 5 例。年龄 21~61 (平均 37) 岁。农民 17 例, 工人 4 例。全组病例均有皮肤、黏膜刺伤、割伤、

收稿日期:2003-01-08; **修订日期:**2003-10-06。

作者简介:张明金(1973-), 男, 福建长汀人, 解放军第一〇五医院主治医师, 主要从事普外科方面的研究。

挫伤等外伤史。伤口部位在上肢 4 例(19.0%), 下肢 17 例(81.0%)。伤后均未行破伤风抗毒素预防注射。潜伏期 2~26d, 平均 5.8d。21 例均符合破伤风诊断标准^[1]。其中轻型(局限型)4 例(19.0%), 患者肌肉抽搐、痉挛仅限于创伤部位, 或仅有伤肢的肌肉强直; 中型 8 例(38.1%), 患者肌肉顺次持续收缩, 出现张口困难、牙关紧闭、颈项强直、角弓反张和偶发的阵发性痉挛, 痉挛发作时有大汗淋漓、心率加快, 部分患者有高血压和心律不齐; 重型 9 例(42.9%), 患者痉挛频繁发作, 影响呼吸系统甚至窒息, 血气分析提示代谢性酸中毒, 并出现水、电解质紊乱及低蛋白血症等。

并不困难。

一旦确诊, 通常采取非手术治疗, 往往可获得痊愈结果。本组 11 例均经非手术疗法治愈。西沙比利对全胃肠平滑肌的作用较强。红霉素除对胃有排空作用外, 还能提高食管下端的动力, 防止食管反流^[6], 本组发现西沙比利、红霉素效果优于胃复安及吗叮啉。其他治疗包括针灸足三里, 大承气汤、小承气汤、四君子汤等中药灌注, 耳穴耳针治疗, 均有一定疗效。手术治疗适用于疑有机械性梗阻或极少数上述治疗后仍有顽固呕吐的胃乏力症患者。Karlstrom^[7]报告 40 例胃大部切除术后顽固性胃乏力症患者行残胃部分切除术, 效果较好, 但此法毕竟给患者带来二次手术的痛苦, 本组无 1 例采取手术治疗。

参考文献:

[1] 何三光, 曹起楷, 卢贤庭, 等. 胃大部切除术后排空延迟症[J]. 实用外科杂志, 1982, 2(5): 231-234.
[2] 蔡一亭, 秦新裕. 根治性胃大部切除术后胃瘫 15 例临

床分析[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(6): 338-340.
[3] Eagon J, Miedema BW. Postgastrectomy syndrome[J]. Surg Clin North Am, 1992, 72(7): 445-465.
[4] Pottros P, Picard M, Dery R, et al. Evaluation of gastric emptying function in clinical practice[J]. Dig Dis Sci, 1997, 42(11): 2183-2189.
[5] Chen JD, Lin ZY, Pan J, et al. Abnormal gastric myoelectrical activity and delayed gastric emptying in patients with symptoms suggestive of gastroparesis[J]. Dig Dis Sci, 1996, 41(8): 1538-1545.
[6] Weber FH, Richards RD, McCallum RW. Erythromycin: a motilin agonist and gastrointestinal prokinetic agent[J]. Am J Gastroenterol, 1993, 88(4): 485-490.
[7] Karlstrom L, Kelly KA. Roux-Y gastrectomy for chronic gastric atony[J]. Am J Surg, 1989, 157(1): 44-49.

2 治疗方法与结果

对中、重型病例,首次用破伤风抗毒素(TAT)5万U加入葡萄糖溶液500ml中缓慢静脉滴注,以后每日2万U,共用7~10d,轻型者每日1~2万U连续5~7d。伤口未愈合者,常规清创,双氧水冲洗,敞开。青霉素320~480万U,2次/d控制感染。镇静解痉使用安定(每天1~2mg/kg)静脉注射,并交替用鲁米那钠肌内注射,1次/h;抽搐发作频繁者同时予冬眠剂静脉滴注(本组9例);如仍频繁抽搐影响呼吸,则使用肌松剂,予气管插管或切开,呼吸机控制呼吸。本组采用气管插管者7例,其中4例转为气管切开。对中、重型病例采用全胃肠外营养(TPN)并注意维持水、电解质平衡。本组治愈18例(85.7%),死亡3例(14.3%,均为重型患者),死亡原因为频繁抽搐致肺不张,肺部感染引起缺氧、肺功能衰竭,多器官衰竭,分别于发病5,7,13d死亡。

3 讨论

破伤风的发病是由于破伤风杆菌在机体缺氧条件下生长繁殖产生的溶血毒素和痉挛毒素所致。溶血毒素引起组织局部坏死和心肌损害;痉挛毒素引起特征性的全身骨骼肌痉挛和惊厥,还引起高血压、心率加快、心律不齐、大汗淋漓等症状^[1]。

破伤风杆菌产生的痉挛毒素一经与神经组织相结合,是抗毒素不能中和的。因此,早期清创清除毒素来源、预防性使用TAT显得尤为重要。如能彻底清创,早期应用少量TAT可达预防目的。本组病例均未行TAT预防注射。

目前破伤风尚无特效治疗,仍采用非特异性的综合疗法,包括:清除毒素来源、中和游离毒素、控制抽搐和解除痉挛、维持内环境稳定、营养支持、防治并发症等。破伤风的主要死亡原因是多器官衰竭和窒息。本组3例死于多器官衰竭。全身肌肉抽搐、呼吸肌痉挛及由此导致的肺不张、肺部感染等因素引起的缺氧是多器官衰竭的基本环节,故降低病死率的关键仍是控制抽搐、解除痉挛。安定是目前破伤风镇静剂的首选药物^[2],能控制骨骼肌的持续性收缩和

阵发性痉挛。本组常规用量为1~2mg/kg,分4次静脉给药;抽搐不能控制时渐加大剂量,最多达每日480mg。目前认为安定、巴比妥类药物与镇痛剂有协同作用。本组用鲁米那钠与安定交替给药,对抽搐频发作者同时静脉滴注冬眠合剂,使患者处于浅睡眠状态,以减少痉挛发作的频度和程度。对于应用大剂量镇静抗惊厥药仍无法控制惊厥的患者,主张使用肌松剂,并予气管插管或切开,呼吸机控制呼吸。本组气管插管7例,其中转气管切开4例,切开率19.0%,与国内报道相仿^[3]。笔者认为下列情况应早期气管切开:(1)重症病例,抽搐频繁,镇静药物不易控制,需用麻醉药物或肌松剂者;(2)喉头痉挛曾发生一过性窒息或出现缺氧,有呼吸衰竭先兆者;(3)呼吸道分泌物多,不易清除,肺部有痰鸣音,提示有下呼吸道梗阻者;(4)潜伏期短于7d,经住院治疗后病情迅速恶化者;(5)合并有老年慢性支气管炎、肺气肿、肺不张或肺部感染者可考虑应用。气管切开的拔管时间,以患者停止抽搐、咳嗽反射恢复为指征,并经堵管试验连续观察24~36h拔除。

破伤风患者,尤其重症者,营养摄入障碍,而机体消耗迅速,易并发代谢性酸中毒与低蛋白血症,从而增加病死率;大汗、不能进食、气管切开、机械通气等因素致失水量很大易引起水、电解质及酸碱失衡。故密切监测机体生化、血气情况,纠正水电解质酸碱平衡紊乱,加强全身支持是破伤风尤其是重症病例治疗过程中重要一环。本组中、重型病例均应用全胃肠外营养(TPN),明显提高了治疗效果。

重症破伤风患者容易并发心、脑、肾等器官功能损害,故尤应强调供氧、监护;包括气管切开术后的护理,防止继发感染,防止咬破舌、骨折和褥疮形成等,并及时处理。

参考文献:

- [1] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,1994.117-121.
- [2] 嘉玉成,刘邦芝,郭永学.大剂量安定治疗成人破伤风疗效观察[J].医学新知杂志,2000,10(2):103-104.
- [3] 林建灿,李性定.国内破伤风4352例综合分析[J].实用外科杂志,1989,9(3):159-161.