

颅脑外伤合并抗生素相关性腹泻防治体会

董娟 姜文 郭景红

(山东省济宁市中区人民医院 济宁 272005)

摘要 :目的 探讨颅脑外伤合并抗生素相关性腹泻(AAD)的发病因素及防治。方法 回顾性分析临床资料 16 例。
结果 :AAD 与不合理使用广谱抗生素、大剂量使用激素、禁食、营养不良等因素有关。结论 :AAD 与多种因素有关,应综合防治。

关键词 :颅脑外伤 ;抗生素相关性腹泻 ;药物治疗 ;预防

中图分类号 :R 651.1⁺5

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0021-01

我科自 1999 年 1 月~2002 年 12 月收治颅脑外伤 295 例,治疗过程中出现 AAD 16 例,现分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 男 13 例,女 3 例,年龄 24~72 岁,平均 45.2 岁;入院诊断为重型颅脑外伤(GCS 3~8 分)11 例,轻中型(GCS 9~14 分)5 例;入院后开颅手术 9 例,四肢骨科手术 4 例,口腔科手术 1 例。

1.2 临床表现 症状体征表现轻重不等,多有腹泻、腹痛,可伴发热或代谢性酸中毒,大便形状多样化,多为黄水样便,有时黏液便,甚至血性便,每日约 5~10 次,最长达 20 次。

1.3 化验检查 大便镜检均示球杆比例失调,大便涂片多次发现革兰染色阳性细菌或真菌,其中真菌 7 例;大便常规见 WBC 有 13 人,RBC 有 8 人,其中 WBC、RBC 均见 5 人,WBC>10~12/HP 4 人。

1.4 相关因素 发生腹泻前均连续使用各种广谱抗生素,时间 5~45d,平均 15d;11 例使用激素 7~18d,平均 15d。禁食 4 例,患者入院时白蛋白基本正常,发生 AAD 时,白蛋白明显下降,白蛋白 18.4~34.1g/L,平均 28.0g/L,球蛋白 13.9~29.6g/L,平均 20.8g/L。

1.5 治疗及结果 本组病例确诊后均立即停用广谱抗生素及激素等药物。大便涂片找到真菌的给予氟康唑 100mg qd 口服至霉菌消失,其他予万古霉素 125mg qid,甲硝唑 250mg tid 7~14d,均口服双歧杆菌制剂等药物改善肠道菌群失调,同时多次输血、白蛋白、丙种球蛋白等综合治疗。15 例腹泻停止,1 例无效,改为大便混悬液灌肠,腹泻停止。死亡 2 例,1 例死于金黄色葡萄球菌败血症,1 例死于多脏器功能衰竭。

2 讨论

2.1 颅脑外伤 我们认为 AAD 主要与下列因素有关,并提出相应对策防治:(1)本组病例在预防或治疗感染过程中均应用各种广谱抗生素,时间长达 5~45d,平均 15d,由于广谱抗生素的长期应用,破坏了肠道菌群间的动态平衡,敏感细菌受到抑制,耐药菌或致病菌乘机大量繁殖,因此合理使用抗生素是减少 AAD 的重要手段。我们认为应正确使用预防性抗生素,有感染者尽量根据药敏试验选用有效、窄谱的抗生素,广谱或联合应用应慎重。在使用抗生素的过程中,经常监测病原菌及药敏变化,避免盲目用药。患者一旦出现 AAD,应尽可能停用抗生素,如仍需抗炎治疗,则改为诱发 AAD 低的抗生素。(2)本组 11 例使用地塞米松(每日

20~80mg)用药时间 7~18d,平均 15d。以往治疗颅脑外伤时常规使用糖皮质激素,近年来大多数学者认为无论是小剂量还是大剂量应用,都不能使重型颅脑损伤的死亡率和病残率下降,也无助于降低颅内压。相反,长期大剂量激素的使用,会干扰体内正常内分泌机制,抑制免疫功能,继发感染,故目前已不再推荐使用。因此,我们认为激素今后应尽量少用或不用,必须使用时,则应掌握好激素的用量及时间,如有人以早期、短期使用大剂量甲基强的松龙的方法治疗重型颅脑外伤,证实安全有效^[1]。(3)重度颅脑外伤,合并应激性溃疡、休克、严重感染时,常常禁食。本组禁食 4 例。禁食患者肠道蠕动减慢,消化液分泌减少,肠粘膜营养摄取障碍,肠道免疫功能下降^[2],肠粘膜萎缩,甚至坏死脱落,增加了肠道菌群失调的发生率。我们认为颅脑外伤患者,当血流动力学稳定及应激性溃疡减轻时,应早期肠内营养或经口进食可以促进保持肠道良好功能。(4)颅脑外伤患者处于高代谢、负氮平衡状态,常存在不同程度的营养不良、低蛋白血症。本组病例白蛋白均下降明显,严重者白蛋白仅 18.4g/L、球蛋白 13.9g/L,营养不良及低蛋白血症致使机体抵抗力进一步下降,易发生 AAD。美国神经外科学会建议能量的补充以伤后 3d 左右逐渐增加,7d 后达到预计的补充量。我们体会,入院 3d 后给予肠内营养液能全力 500mL 鼻饲,以后逐渐增至 2 000mL 左右,能基本满足颅脑外伤患者的机体代谢需要。对无法鼻饲者,则可使用 TPN 治疗。

2.2 颅脑外伤合并 AAD 应采取综合治疗 首先应去除诱因,在原疾病治疗允许的情况下,停用或推迟使用广谱抗生素及激素类药物,根据大便病原菌选择万古霉素、甲硝唑或氟康唑,另外口服双歧杆菌等生态制剂,调整肠道菌群,对顽固不愈者可用正常大便混悬液保留灌肠,原因可能为大便中含大量活厌氧菌,重建了结肠内正常菌群^[3],同时少量多次输血、白蛋白、球蛋白加强营养支持。本组病例除 1 例死于金黄色葡萄球菌败血症外,其余均得到控制,临床疗效满意。

参考文献

- [1]富壮,赵继宗,赵元立.大剂量甲基强的松龙治疗重症颅脑损伤[J].中华神经外科杂志,1999,15(1):35
- [2]甘华田.难辨梭状芽孢杆菌性结肠炎[J].国外医学·消化疾病分册,1994,14(4):214
- [3]赵松,李文雄.外科危重患者与抗生素相关性腹泻[J].中华医院感染学杂志,2001,11(3):163

(收稿日期:2004-02-19)