

还可与泻剂如甘露醇、盐类等伍用, 效果较佳, 我们常采用 20% 甘露醇 + 活性炭稀释后由胃管灌入。(6) 纳洛酮在救治口服药物中毒伴意识障碍时具有用药简单、起效快、疗程短、副作用少等优点, 目前已广泛应用于临床, 我科已将其作为救治昏迷者的首选药, 并有取代美解眠和醒脑静的趋势。在使用纳洛酮时应注意: 由于该药在人体血清中半衰期短(30~40 min), 作用持续 45~90 min, 所以需要反复多次给药; 高血压和心衰者应慎用, 并注意对血压和心功能的监测; 对老年人和小儿要酌情掌握使用剂量。(7) 对心、脑、肾等重要脏

器的保护和监测是抢救成功的关键。在临床抢救中应根据病情掌握血液净化的指征和时机。我们认为血液净化技术适用于无特效解毒药物的药物中毒, 有特效解毒药、但血液药物浓度较高者及不明原因中毒等, 该治疗措施对提高抢救成功率起到了举足轻重的作用。

#### 参考文献:

- [1] 芮庆林. 心肺复苏、切开洗胃抢救重度口服毒物中毒 16 例 [J]. 中华急诊医学杂志, 2001, 10 (6): 401.
- [2] 黄绍清, 邱泽武. 我国的中毒与救治现状 [J]. 中国实用医药杂志, 2002, 2 (10): 11.

## 急性扑尔敏中毒 2 例临床分析

### Clinical analysis on two cases of acute Chlorphenamine Maleate poisoning

郭宝科, 张黎, 熊健, 刘媛

GUO Bao-ke, ZHANG Li, XIONG Jian, LIU Yuan

(西安市中心医院职业病科, 陕西 西安 710003)

**摘要:** 对 2 例急性扑尔敏中毒的临床资料进行分析, 指出其临床特点并总结抢救成功经验。

**关键词:** 扑尔敏; 急性中毒

**中图分类号:** R595.4 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1002-221X (2003)05-0286-02

近来我院收治 2 例急性扑尔敏中毒患者, 均为年轻女性, 因家庭生活矛盾, 心情烦躁, 自服扑尔敏 200~400 片发病。现报道如下。

#### 1 临床资料

**【病例 1】** 24 岁, 自服扑尔敏 300~400 片 7 h, 烦躁、意识不清, 被他人送往当地医院, 经洗胃、抢救后, 意识渐恢复, 检验血钾、钠、镁偏低, 心电图示多型性室性心动过速, 有时呈扭转型, 遂转来我院急诊, 以急性扑尔敏中毒收住院。既往体健。

**查体:** T 36.8℃, P 138 次/分, R 20 次/分, BP 130/70 mmHg, 意识清, 皮肤可见多处铜钱大小紫斑, 浅表淋巴结不大, 头颅对称, 巩膜无黄染, 瞳孔 3.5 mm, 等大正圆, 对光反应存在, 鼻通气好, 外耳道无分泌物, 口唇轻度发绀, 颈软, 甲状腺不大, 气管居中, 胸廓对称, 两肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 心界无扩大, 心率 138 次/分, 心律不齐, 可闻及频发期外收缩, 但各瓣膜区未闻及病理性杂音, 腹平软, 肝、脾肋下未及, 双肾区叩痛(-), 四肢腱反射(+), 病理反射未引出。

**实验室及辅助检查:** Hb 100 g/L, WBC  $8.6 \times 10^9/L$ , N 0.78, L 0.20, PLT  $110 \times 10^9/L$ , 尿、大便常规正常, 电解质  $Na^+$  136 mmol/L,  $K^+$  2.99 mmol/L,  $Cl^-$  97 mmol/L,  $Ca^{2+}$  2.1 mmol/L, 肝

功 TBIl 23  $\mu$ mol/L, IBIl 21  $\mu$ mol/L, ALT 43 U/L, AST 336 U/L, TBA 22  $\mu$ mol/L, 心肌酶谱 LDH 878 U/L, HBDH 355 U/L, CK 355 U/L, CK-MB 833 U/L, 肾功  $CO_2CP$  24 mmol/L, BUN 2.76 mmol/L, CRE 62  $\mu$ mol/L; 肌钙蛋白 I 阴性; 出凝血指标正常; 心电图示多型性室性早搏, 有时呈短阵室速, 低钾血症。

**治疗经过:** 入院后给以吸氧, 脱水、利尿, 抗感染, 抗心律失常, 保护心、肝、肾脏, 营养神经, 维持电解质平衡, 给予纳洛酮及对症治疗, 自觉症状好转, 入院第 3 天查电解质  $Na^+$  141 mmol/L,  $K^+$  3.91 mmol/L,  $Cl^-$  106 mmol/L,  $Ca^{2+}$  2.3 mmol/L。入院第 4 天, 心电图示窦性心律, 低钾血症。入院第 6 天, 肝功、心肌酶 ALT 140 U/L, AST 220 U/L, LDH 287 U/L, HBDH 193 U/L, CK 5951 U/L, CK-MB 35 U/L。入院第 13 天, 自觉无特殊不适, 复查肝功、心肌酶、心电图正常, 痊愈出院。诊断: 急性扑尔敏中毒, 中毒性心脏病(重度)。

**【病例 2】** 25 岁, 自服扑尔敏 200 片, 半小时后出现恶心、呕吐 1 次, 呕吐物为胃内容物及所进部分药片, 后自觉头晕、全身无力、胸闷、气短, 继而意识朦胧, 14 h 后被他人送来我院, 经洗胃、导泻后, 以急性扑尔敏中毒收住院。既往体健。

**查体:** T 37.5℃, P 92 次/分, R 30 次/分, BP 100/70 mmHg, 意识尚清, 皮肤未见紫斑, 双瞳孔等大等圆, 直径约 3 mm, 对光反应灵敏, 口唇轻度发绀, 心率 92 次/分, 律齐, 杂音(-), 腹(-), 肝、脾肋下未及, 四肢腱反射亢进, 病理反射未引出。心电图示窦性心律, ST 段下移, T 波低平; 血、尿、大便三常规及肝功、心肌酶均正常。

**治疗经过:** 住院后给以吸氧, 脱水、利尿, 保护心肌, 营养神经及对症治疗, 病情很快缓解, 住院 1 周痊愈出院。诊断: 急性扑尔敏中毒, 中毒性心脏病(轻度)。

#### 2 讨论

扑尔敏又名氯苯吡胺, 属抗组胺类  $H_1$  受体阻断药, 过量

收稿日期: 2002-03-18; 修回日期: 2002-04-29

作者简介: 郭宝科 (1946-), 男, 陕西合阳人, 主任医师, 从事职业病、化学物中毒防治研究。

可致中枢作用和抗胆碱活性。该2例病人有扑尔敏服药史,典型的临床表现及体征,符合急性扑尔敏中毒的一般规律,故急性扑尔敏中毒诊断成立。值得注意的是本组病人均有心血管系统症状,心脏损害严重,尤以例1有典型心肌酶异常,1周后CK达高峰,心电图示心律不齐、频发多型室早,甚至

呈扭转型、低钾、ST-T波改变等,根据《职业性急性化学物中毒性心脏病的诊断标准》(GB17057-1997)诊断为重度中毒性心脏病。因此对急性扑尔敏中毒除治疗神经系统症状外,应注重心脏损害的治疗,抗心律失常、保护心肌及纠正血钾异常等。

## 口服大量甲硝唑后饮酒致肝功能衰竭及肝性脑病1例报告

Hepatic failure and hepatic encephalopathy caused by drinking wine after ingesting of overdose Metronidazole—One case report

郭宝科, 杜永峰, 刘媛

GUO Bao-ke, DU Yong-feng, LIU Yuan

(西安市中心医院职业病科 西安市中毒诊治中心, 陕西 西安 710003)

**摘要:** 报道1例口服大量甲硝唑后饮酒致急性中毒病例,并对其临床表现、诊断治疗和预防进行分析。

**关键词:** 甲硝唑; 葡萄酒; 中毒; 肝功能衰竭; 肝性脑病; 人工肝

**中图分类号:** R595.4 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1002-221X(2003)05-0287-02

甲硝唑(甲硝羟乙唑)、红酒(红葡萄酒)中毒致肝功能衰竭、肝性脑病临床报道罕见,现将我院收治的自服甲硝唑、红酒后致肝功能衰竭、肝性脑病1例报告如下。

### 1 临床资料

患者,女,22岁,小学教师,住院号198595。2002年7月13日21:00,自服甲硝唑30片左右,于次日凌晨1时许又饮红酒约350ml,第二天13:00时感上腹不适,恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物及咖啡样物,15:00时病情加重,大便1次呈咖啡样,在当地医院诊治,效果不著转来我院。门诊给以口服活性炭、泰胃美、思密达,静脉滴注甘露醇、脑明、古拉定、能量合剂及洛菲等治疗4d,症状时轻时重,7月17日患者烦躁不安,扑翼样震颤(当时患者因经济困难,未办理入院手续),18日进入昏迷状态,巩膜黄染,双侧瞳孔不等大,考虑为肝性脑病,经实验室检查,肝功能各项指标明显异常,以药物、酒精中毒肝功能衰竭、肝性脑病收住院治疗。

**既往史:** 患者2周前服“米非司酮”药物流产,用药后阴道持续出血1周,否认肝病史及药物过敏史。

**查体:** T 37.8℃, P 86次/分, R 20次/分, BP 119/63 mmHg (15.9/8.4 kPa), 发育正常,营养中等,昏迷,呼之不应,压眶上神经可见痛苦表现。面部、皮肤黄染,无出血点,浅表淋巴结无肿大,头颅对称,巩膜中度黄染,瞳孔不等大,右0.5cm,左0.4cm,光反射迟钝。外耳道无分泌物,颈抵抗(+),甲状腺不大,气管居中,胸廓对称,听诊两肺呼吸音粗,未闻及干、湿性啰音,心界无扩大,心率86次/分,律齐,各瓣膜区未闻及杂音,腹平软,未见肠型及包块,腹水征

(一),肝下界肋下未及,脾肋下未及,脊柱四肢无畸形,留置导尿管,四肢肌张力增高,四肢腱反射(±),双下肢Babinski征(+). **实验室检查:** Hb 100 g/L, WBC 8.2×10<sup>9</sup>/L, N 0.78, L 0.22, PLT 110×10<sup>9</sup>/L; 尿液快速分析PRO(+), BLD(+++), 其余正常,尿液镜检白细胞(+),红细胞(+++),大便(-).

**肝功** TBiL 145 μmol/L, DBiL 70 μmol/L, BiL 75 μmol/L, ALB 35 g/L, GLO 20 g/L, ALT 7 663 U/L, AST 2 328 U/L, S/L 0.3, LDH 844 U/L, CK-MB 11 U/L, CO<sub>2</sub>CP 23 mmol/L, BUN 4.51 mmol/L. 患者入院当日立即进行乙肝系列检查,乙肝五项均为阴性,肝脏B超提示弥漫性病变,肝脏右叶前后径8.0cm,左叶前后径5.4cm,形态规则,肝光点略增粗,肝内管道结构清,门静脉内径1.02cm;凝血象检测,APTT、PTT、TTR均异常。

**心电图**示窦性心动过速,末梢血糖10.74 mmol/L,血气分析示代谢性碱中毒,轻度低氧,水电解质K<sup>+</sup> 2.45 mmol/L, Na<sup>+</sup> 134.8 mmol/L, Cl<sup>-</sup> 95.7 mmol/L, iCa 1.28 mmol/L, TCa 2.50 mmol/L. 眼底检查正常。经消化科、感染科、眼科等会诊,排除乙肝及乙肝引起的重症肝炎,同意诊断药物、酒精中毒,中毒性肝功能衰竭,肝性脑病。治疗原则:吸氧,预防脑水肿,消化道出血,防感染,利尿补钾,补纤维蛋白原,保肝,改善微循环,维持呼吸,支持及对症等治疗。

7月19日病情稳定,双侧瞳孔等大等圆,未呕吐。7月20日体温升高,波动于38~38.5℃,给以物理降温恢复正常,口角有少许白色分泌物,双肺呼吸音粗,肺底可闻及干性啰音。复查B超,肝脏形态正常,肝光点增粗,出凝血APTT、PTT、TTR 99(激活部分凝血酶原时间常数,正常参考值<1.3),凝血酶原时间常数1.35(PTR,正常参考值<1.2),凝血酶原时间常数3.1(TTR,正常参考值<1.2),纤维蛋白原1.6(Fg,正常参考值2~4g/L),血K<sup>+</sup> 2.99 mmol/L, Na<sup>+</sup> 138.2 mmol/L, Cl<sup>-</sup> 98.9 mmol/L, Ca<sup>2+</sup> 2.21 mmol/L,肾功BUN 5.2 mmol/L, CO<sub>2</sub>CP 25 mmol/L. 基本治疗方案不变,改善出凝血功能,继续静脉点滴纤维蛋白原,给以高糖、氯化钾,并以氢化可的松行冲击治疗,为进行人工肝作准备。

收稿日期:2002-10-14; 修回日期:2002-12-01

**作者简介:** 郭宝科(1946-),男,陕西合阳人,主任医师,从事职业病、化学物中毒防治研究。