

# 经验性氟马西尼诊治苯二氮䍇类药物中毒 1 例分析

## Empirical diagnosis and treatment of benzodiazepine poisoning with flumazenil: A case analysis

褚昀赞, 张希洲

(宜昌市第一人民医院急诊科, 湖北 宜昌 443000)

**摘要:** 意识障碍病因复杂, 老年患者更难以鉴别诊断。本文报道 1 例采用经验性氟马西尼诊治苯二氮䍇类药物中毒老年患者的临床经过, 对无法进行毒物检测时临床医师经验性诊断并给予积极治疗提供参考。

**关键词:** 氟马西尼; 苯二氮䍇; 药物中毒; 意识障碍

**中图分类号:** R595.4 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1002-221X(2022)01-0032-02

**DOI:** 10.13631/j.cnki.zggyyx.2022.01.007

意识障碍为临床急诊常见急症表现之一, 其情况复杂, 进展迅速、变化快, 猝死率高<sup>[1]</sup>。药物中毒是发生意识障碍常见原因, 现将我科采用经验性氟马西尼诊治的 1 例苯二氮䍇类药物中毒病例分析如下。

### 1 临床资料

患者, 男, 86 岁, 2020 年 5 月 22 日 20:00 左右睡觉, 次日 16:00 家人发现其呼之不应、意识障碍且伴小便失禁, 急送至我院急诊。急诊查 BP 180/110 mm Hg, 血糖 (Glu) 16 mmol/L, 予降压、补液治疗。头颅及肺部 CT 未见明显异常, 心电图示窦性心动过速, 以“昏迷待查”收入急诊重症监护室 (EICU)。家属代诉患者既往有高血压病史 15 年, BP 最高 180/110 mm Hg, 现口服厄贝沙坦片 150 mg, 2 次/d, 血压控制可; 糖尿病病史 20 余年, 长期口服二甲双胍片, 近 1 年使用胰岛素 (早 16 U、晚 10 U), 中午口服二甲双胍片, Glu 未规范监测, 控制情况不详, 近 2 d 未使用胰岛素; 脑梗死病史 8 年, 遗留右侧肢体活动不便; 痛风性关节炎病史 10 年, 曾口服非布司他片, 后自行停用; 双下肢静脉曲张病史。双眼视力及双耳听力下降数年; 2 d 前因头面部及右上肢外伤曾就医检查, 未见脑出血及骨折等。患者无长期口服安定类药物等习惯, 否认结核、乙肝等传染性疾病, 否认食物及药物过敏史, 无新型冠状病毒

肺炎中、高风险地区旅行史或居住史, 无新型冠状病毒肺炎确诊患者及发热患者接触史。查体: T 36.8℃, P 98 次/min, R 29 次/min, BP 198/110 mm Hg, 身高 170 cm, 体重 65 kg, 昏迷状, 格拉斯哥昏迷指数 (GCS) 评分 E1V1M2 (E—睁眼反应, 1~4 分; V—语言反应, 1~5 分; M—肢体运动, 1~6 分; 最低 3 分、最高 15 分), 皮肤、巩膜无黄染, 浅表淋巴结未触及肿大; 右侧眼眶淤紫肿胀, 右侧瞳孔直径约 1.5 mm, 对光反射存在, 左侧瞳孔不规则, 对光反射消失; 口唇无发绀; 双肺呼吸音低, 未闻及明显干湿性啰音; 心率 98 次/min, 律齐, 心音尚可, 未闻及明显杂音; 腹软, 触诊不能配合, 未触及明显包块; 右上肢近腋窝处有擦伤, 右前臂有 14 cm×3 cm 皮肤破溃, 胸前皮肤有水疱点状破溃, 右膝关节有 7 cm×5 cm 皮肤破溃; 双下肢水肿, 左下肢可见散在皮肤破溃, 生理反射存在, 双下肢病理反射征阴性。门诊资料示患者血象轻度升高, 肾功能、电解质基本正常。入院时考虑患者有脑血管病高危因素, 加之近期有头部外伤史, 高度怀疑脑血管意外, 但头颅影像学检查结果不支持; 患者有糖尿病史, 查 Glu 未见降低, 尿常规未提示有酮体, 电解质正常, 低血糖昏迷及高渗昏迷均不支持; 患者无肝肾疾患, 肝肾代谢因素不予考虑。结合患者临床体征, 不排除药物中毒, 予诊断性使用氟马西尼 0.5 mg 静脉推注, 约 1 min 患者对药物出现反应, 四肢轻度活动, 但很快消失。考虑患者苯二氮䍇类药物中毒可能性大, 告知家属。家属在其家中找到艾司唑仑片数十粒。遂持续予氟马西尼 (1 mg/h) 静脉泵入, 保持患者的疼痛刺激反应和肢体轻度活动。根据患者意识及肢体的反应状况逐渐下调氟马西尼剂量 (0.8、0.5、0.3、0.1 mg/h)。5 月 30 日患者意识转清, 期间合并心电图改变, 考虑急性下壁心肌梗死, 请心内科会诊并与家属沟通, 家属拒绝行急诊经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 术, 暂予抗凝、抗血小板、调节血脂等药物保守治疗。患者昏迷时间较长且发热, 复查肺部 CT 示吸入性肺炎,

**作者简介:** 褚昀赞 (1986—), 女, 主治医师, 从事急危重症及中毒救治工作。

**通信作者:** 张希洲, 主任医师, E-mail: 349849570@qq.com

行床旁支气管镜肺泡灌洗、积极抗感染等治疗后病情平稳,转普通病房。

## 2 讨论

引发意识障碍的常见原因有急性脑血管疾病、心源性疾病、急性感染性疾病、代谢性因素及外源性中毒等,临床急诊医师需在第一时间根据患者病史、临床特征及紧急快速的辅助检查,予精准的鉴别诊断及积极救治。本例患者入院后通过完善血气分析、血常规、血生化检测及头颅影像学检查,排除脑血管疾病,代谢性因素及心源性、肺源性等因素导致的意识障碍,经鉴别诊断考虑药物中毒可能性较大。急性中毒随机性强,毒物种类多,迅速明确诊断并予正确治疗关系到患者生命安危,特异性解毒剂的尽早使用将作为患者的治疗提供有力支持。本例患者为独居老人,综合考虑苯二氮草类药物中毒可能性大。氟马西尼作为苯二氮草类药物的特异性拮抗剂,通过竞争性抑制苯二氮草类药物与受体结合,使受体复合蛋白活性降低, $\gamma$ -氨基丁酸释放量下降,氯离子通道关闭解除抑制性突触后电位,逆转其中枢性药理作用,达到催醒作用。脑脊液穿刺检查和血、尿毒物鉴定可更准确地提供诊断依据,但因有创、价格昂贵且等待结果时间

相对较长等限制了临床应用。氟马西尼无明显毒性作用,其作用持续时间受清除半衰期、剂量及致中毒药物的清除半衰期等多种因素影响,氟马西尼的清除半衰期明显短于大部分苯二氮草类药物。本例患者服用药物剂量不详,但从其临床表现观察,需长时间使用超常规剂量氟马西尼防止患者持续深昏迷状态,考虑老年人药物代谢较慢,故采取持续给药维持。

本例患者为高龄独居老人,采集病史不够准确完善,需进行细致的体格检查,为临床诊断寻找依据,不放过蛛丝马迹,且通过使用经验性药物拮抗剂使诊断更加明确。该老年患者昏迷时间长,GCS 评分<8 分,发生吸入性肺炎概率较大,需加强气道管理,予积极抗感染治疗。同时,老年患者抵抗力弱,心肺及血管功能较差,需积极预防血栓的发生。在本例患者治疗过程中,考虑其服药剂量及时间均不明确,未予洗胃及血液净化等治疗,通过药物积极治疗及各系统功能保护,维持内环境稳定,使患者得以康复。

## 参考文献

[1] 赖树初. 急诊内科患者意识障碍原因分析及鉴别诊断[J]. 中国医药指南, 2011, 9 (15): 263-264.

(收稿日期: 2021-01-02; 修回日期: 2021-03-11)

# 亚甲蓝联合高压氧治疗急性亚硝酸盐中毒临床疗效观察

## Observation on effect of methylene blue combined with hyperbaric oxygen in treatment of acute nitrite poisoning

李根

(沈阳市第九人民医院, 辽宁 沈阳 110024)

**摘要:** 将 2018 年 2 月至 2019 年 1 月我院收治的 30 例急性亚硝酸盐中毒患者随机分成对照组 (15 例) 和观察组 (15 例), 对照组给予亚甲蓝治疗, 观察组给予亚甲蓝联合高压氧治疗, 疗程均为 3 d。结果显示, 观察组患者临床疗效总有效率 (93.33%) 高于对照组 (73.33%), 且血气分析指标水平及体征恢复正常时间均优于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。提示亚甲蓝联合高压氧治疗急性亚硝酸盐中毒临床疗效显著, 值得临床推广使用。

**关键词:** 亚甲蓝; 高压氧; 急性亚硝酸盐中毒

**中图分类号:** R595 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1002-221X(2022)01-0033-03

**DOI:** 10.13631/j.cnki.zggyyx.2022.01.008

**作者简介:** 李根 (1982—), 男, 副主任医师, 从事急诊医学工作。

急性亚硝酸盐中毒为较常见的中毒性疾病, 症状为发绀、胸闷、呼吸困难、头晕、头痛、心悸、血压下降、休克等, 若抢救不及时会危及患者的生命安全<sup>[1-3]</sup>。现将 2018 年 2 月至 2019 年 1 月我院对急性亚硝酸盐中毒患者采用亚甲蓝联合高压氧治疗的疗效进行分析。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 选取 2018 年 2 月至 2019 年 1 月我院收治的急性亚硝酸盐中毒患者 30 例, 采取随机数字表法将其分为对照组 (15 例) 和观察组 (15 例)。观察组中, 男 8 例、女 7 例, 年龄 21~73 岁、平均年龄 (46.8±1.1) 岁, 误食亚硝酸盐 11 例、食用腌制肉