

制性 T 细胞活性等。有人认为可减少抗髓鞘抗体或自身免疫抗体产生,间接减少对髓鞘的损害,早期治疗效果较好。IVIG 和激素治疗 GBS 时,使 GBS 停止进展,恢复时间缩短,大大提高了危重病例抢救成功率。

#### 参考文献

- [1] 李义召,迟兆富. 吉兰-巴雷综合征的诊断与治疗[J]. 山东医药, 1999, 39(19): 38-41.
- [2] 江文. 吉兰-巴雷综合征病人 100 例电生理学分型分析[J]. 中华神经科杂志, 2000, 33(4): 234-237.

- [3] 李海峰,袁锦楣. 吉兰-巴雷综合征患者的 CMI 抗体与空肠弯曲菌感染的关系[J]. 神经疾病与精神卫生, 2003, 3(1): 11-13.
- [4] 李春岩. 吉兰-巴雷综合征患人类白细胞抗原 A、B 的基因分型[J]. 中华神经科杂志, 2001, 6(34): 336-339.
- [5] 林世和. 吉兰-巴利综合征中枢神经系统病理改变[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2001, 27(1): 26-27.
- [6] 袁锦楣,李海峰. 吉兰-巴雷综合征研究的最新进展[J]. 中国实用内科杂志, 2000, 1(20): 38-40.

(收稿 2009 04 20)

## 38 例小儿氟乙酰胺中毒引发全身阵挛性抽搐的抢救体会

郭虹晨

河南虞城县妇幼保健院 虞城 476300

【关键词】 氟乙酰胺中毒;全身阵挛性抽搐;抢救体会

【中图分类号】 R595.4 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-5110(2009)12-0034-02

近几年氟乙酰胺用于灭鼠药流放市场以来,造成人体中毒的现象频频发生。我们回顾性分析近 5 年来资料完整的 38 例小儿氟乙酰胺中毒引发的全身性阵挛性抽搐的病例,并将临床抢救体会总结如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 38 例患儿,男 21 例,女 17 例,最大 11 岁,最小 2 岁。毒物来源,家长从市场购买氟乙酰胺灭鼠药(白粉)掺拌食物(苹果、香蕉、方便面、馒头等)为诱饵灭鼠,患儿误食中毒。误食后至发病时间,1h 以内者 31 例,1h 以上者 7 例。

1.2 临床表现 38 例病例均以突然阵挛性全身抽搐大发作为起病形式,抽搐后急诊入院。抽搐发作的特点全部为全身阵挛性抽搐反复大发作。入院 24h 内抽搐间歇期:3h 以内者 4 例,4~8h 22 例,8h 以上 12 例。抽搐间歇期神志转清醒者 18 例,轻度意识障碍 16 例,一直处于昏迷状态 4 例。抽搐及间歇期伴随其他症状:呕吐 9 例,大小便失禁 8 例。根据抽搐每次持续的时间、发作程度、抽搐间歇期和意识障碍情况,临床将中毒患者分为轻度 12 例,中度 22 例,重度 4 例。

1.3 抢救措施 抢救原则,洗胃、止痉、降颅压、有效解毒剂使用,对症、支持、预防并发症。(1)洗胃:常规给予温清水鼻胃管反复冲洗,阻止毒物继续吸收。(2)止痉:鉴于患者均以抽搐大发作急诊入院,止痉首选:①安定。其特点起效快,1~3min 迅速止抽,用量每次 0.25~0.5mg/kg,不稀释直接静脉推注,速度为 1mg/min,最大量不超过 10mg/次,要求抢救医师亲自操作,推药时观察呼吸和抽搐状态,抽搐停止即可停止推药,由于安定维持时间短,可间隔 10~15min 重复 2~3 次用药。②苯巴比妥钠。在首选安定后即联合选用苯巴比妥钠,该药作用时间慢,但维持时间长,是维持止痉的较好药物,剂量可每次 5~10mg/kg,也可用负荷量第 1 天 20mg/

kg,开始 10mg/kg,必要时 20~30min 再给 1 次,第 2 天起给维持量,3~5mg/(kg·d)。(3)解毒剂乙酰胺的使用:0.1~0.3g/(kg·d),分 2~3 次肌内注射,视病情连用 5~7d。(4)脱水降颅压:依据抽搐程度,酌情选用甘露醇降颅压,缓解症状。(5)对症、支持、预防并发症:维持水、电解质代谢平衡,预防继发感染和其他并发症的发生。

### 2 结果

治愈 36 例,死亡 2 例,治愈病例经 1 年内随访未发现留有任何后遗症。

### 3 讨论

自氟乙酰胺做为灭鼠药流放市场以来,引起人体中毒的病例频频发生,尤其是小儿误食鼠药诱饵发病较高。氟乙酰胺呈白色粉状,无臭、无味,极易溶于水,挥发性小,是一种高效剧毒药,进入人体后,主要作用于中枢神经系统和心血管系统,引起反复的抽搐大发作。

本文总结 38 例病例,有 31 例误食后 1h 内发病,所有病例均以全身阵挛性抽搐大发作为起病形式急诊入院。根据误食量和机体中毒后的反应不同,临床抽搐的程度也不尽相同,轻度中毒,每次抽搐发作时间短<3min,间隔时间长 8~12h,此间神志清楚;中度中毒,每次抽搐发作时间长 5~30min,间隔 4~8h,间歇期伴有轻度意识障碍(萎靡、嗜睡、蒙眬状等);重度中毒,抽搐频繁不容易控制,患儿一直处于昏迷状态,同时伴有呕吐、大小便失禁等症状。38 例病例入院 24h 内反复抽搐大发作 3 次以内者 21 例,3 次以上者 17 例,所以全身阵挛性抽搐反复发生是氟乙酰胺中毒的临床特征性表现。通过详细临床观察,氟乙酰胺中毒的病程为 1 周左右,1 周内不论中毒轻重与否,每日均可随时反复出现抽搐,1 周后不需再用任何止痉药物,抽搐便可自行缓解停止,

这可能与毒物在机体内的代谢消失时间有关。本文有 18 例入院治疗 3d 内,抽搐便顺利控制,患儿精神、进食、活动如常,但在 6~7d 无任何诱因下,又出现了不同程度的抽搐。7d 后治愈的 36 例患儿未再发生抽搐。

氟乙酰胺中毒抢救的原则是:早期诊断,有效止痉,合理使用解毒剂,对症、支持治疗,预防并发症发生,在小儿尤其是幼小儿童,不能正确自述,凡遇突然出现的阵挛性全身抽搐患儿均应高度怀疑,应详细询问毒物接触史,以企早期明确诊断。贯穿于整个病程中最主要抢救措施是快速有效的止抽。①首选安定,该药起效快,1~3min 止痉,用量每次 0.25~0.5mg/kg,不稀释直接静脉推注,1mg/min,最大量不超过 10mg/次,我们强调抢救医师亲自配药操作,随时观察呼吸和抽搐,在推注安定时,如抽搐停止,即可停止推药,由于安定作用时间短,视病情可间隔 15~20min 反复使用 2~3 次。②苯巴比妥钠,该药作用慢,但维持时间长,是维持止惊的较好药物,在首剂给予安定后即给药,该药剂量可每次 5~10mg/kg,也可用负剂量每日 20mg/kg,开始 10mg/kg,必要时 20~30min 再给一次,第 2 天维持量 3~5mg/kg。③脱水降颅压,有效地控制抽搐,除了合理使用止惊药物外,早期即给予脱水降颅压也是不容忽视的环节,随着抽搐发作,脑细胞缺氧、水肿,形成颅内高压,颅内高压又促使抽搐频繁发作,两者互为因果。我们临床总结经验,早期、定时、小剂量(甘露醇 0.5g/kg·次)、长疗程脱水剂与止痉药联合应用,临

床上收到了显著的效果。总结我们的 38 例病例,2d 内控制抽搐者 16 例,3d 内控制者 11 例,4d 内控制者 7 例,5d 以上控制者 4 例,随着抽搐停止,临床其他症状逐日好转消失。死亡的 2 例,是于入院 6h 内频繁抽搐合并中枢性呼吸衰竭死亡,所以能否快速持续有效地止抽是决定抢救成功的关键。④乙酰胺是特效解毒剂,使用剂量 0.1~0.3/(kg·d),分 2~3 次肌肉注射,由于毒物可从骨髓再次释放入血,治疗时间应持续 5~7d 以上。⑤其他治疗,维持水、电解质平衡,营养心肌和脑细胞保护剂使用,预防继发性感染和并发症,在整个抢救过程中也不可忽视。在目前市场上滥用灭鼠药的情况下,氟乙酰胺中毒的病例时常可见,所以要总结该药中毒的特征,熟悉掌握中毒的抢救措施,以进一步提高抢救成活率。

#### 参考文献

- [1] 陈新谦,金有豫,汤光主编.新编药理学[M].第 15 版.北京:人民卫生出版社,2003:793
- [2] 魏克伦,薛辛东,刘春峰主编.儿科急症手册[M].北京:人民军医出版社,2005:352
- [3] 王俊英,段红宝.负剂量鲁米那联合小剂量安定治疗儿童癫痫持续状态的疗效观察[J].实用神经疾病杂志,2005,8(5):67  
(收稿 2009 04 11)

## 无痛胃镜在神经科高危患者中的应用

徐晓华<sup>1)</sup> 周怀力<sup>2)</sup> 叶礼红<sup>3)</sup>

中山大学附属第五医院 1) 神经内科 2) 消化内科 3) 内分泌科 珠海 519000

【摘要】目的 探讨神经内科高危患者行无痛胃镜检查的安全性。方法 对神经内科 68 例高危患者行异丙酚静脉麻醉下胃镜检查,观察患者反应情况及不良反应。结果 所有病例均顺利完成胃镜检查,不良反应有药物注射部位疼痛、一过性血氧下降、呛咳、血压下降等,但无严重不良反应发生。结论 对神经内科高危患者行无痛胃镜检查,应由经验丰富的麻醉师、内镜操作者及护理人员共同完成。

【关键词】 无痛胃镜; 高危患者; 异丙酚

【中图分类号】 R741 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-5110(2009)12-0035-02

胃镜诊疗技术发展日益成熟,是诊治上消化道疾病必不可少的工具之一。胃镜的制作工艺越来越人性化,镜身越来越细,胃镜操作者也越来越熟练,但胃镜检查时绝大部分患者仍有咽部不适、恶心呕吐、呛咳和呃逆等不良反应,导致患者紧张、焦虑、恐惧、血压升高、心率增快。神经科患者以老年人为主,除患有专科疾病外,常合并有高血压、心血管等疾病,普通胃镜检查有可能诱发心脑血管疾病等并发症。为提高神经科高危患者对胃镜诊疗的依从性,减少患者痛苦及胃镜诊疗的并发症,现就我院 68 例神经内科高危患者无痛胃镜检查的安全性分析如下。

#### 1 资料和方法

1.1 一般资料 2005-06~2008-06,在我院门诊及住院的神经科患者 68 例,男 38 例,女 30 例;年龄 55~89 岁,中位数 67.3 岁。临床表现:上腹痛 39 例,纳差 23 例,暖气 19 例,黑便 16 例,呕吐 9 例,吞咽困难 3 例。ASA (American society of anesthesiologists classes) 分级,Ⅲ级 49 例,Ⅳ级 19 例。

1.2 检查方法 术前准备同常规胃镜检查。检查前签好知情同意书,备好气管插管器械及急救药品等。患者左侧卧位,常规放置口垫,鼻导管吸氧,建立静脉通道,行心电图、血压、脉搏及血氧饱和度监护。然后静脉注射异丙酚 80~180mg,注药时间 30~60s,待患者入睡、睫毛反射消失、呼吸平稳、SPO<sub>2</sub> 稳定在 90% 以上后,开始插镜。术中根据患者有无躁动情况及检查时间长短酌量追加异丙酚。