

2.1 两组患儿胆红素日平均下降值比较: 治疗组患儿胆红素日平均下降 (40.1 ± 15.2) $\mu\text{mol/L}$, 对照组患儿胆红素日平均下降 (27.9 ± 11.5) $\mu\text{mol/L}$, 两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

2.2 两组患儿胆红素降至正常所需时间比较: 治疗组患儿胆红素降至正常所需 (4.8 ± 2.5) 天, 对照组患儿胆红素降至正常所需 (6.1 ± 4.6) 天, 两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

3 讨论

新生儿黄疸, 祖国医学称之为“胎黄”, “胎疸”, 临床上以“阳黄”多见, 多因母体胎孕之时, 华母感受湿热传入胎儿, 或婴儿于胎产之时, 出生之后, 感受湿热邪毒而发, 正如《证治准绳》

“皆因乳母受湿热而传于胎儿也。”由于小儿脏腑娇嫩, 形气未充, 脾运不健, 感受湿热之邪未能输化, 郁结于里, 熏蒸肝胆, 以致胆汁外泄, 透发于外, 因而皮肤面目发黄。中药茵陈有清热化湿, 利胆退黄之效, 为治疗黄疸的首选药物, 大黄泻下解毒, 行瘀活血, 有加速黄疸消退之功, 为退黄要药, 现代药理学研究表明茵陈含有多种利胆成分, 可使胆汁分泌增加, 并有利于胆汁的排泄, 大黄能疏通肝内毛细胆管, 促使胆囊收缩, 促进胆汁排泄, 增加免疫功能。山栀清三焦之湿热, 利湿退黄, 苡米仁芳香化湿, 茯苓健脾渗湿, 诸药合用, 共达清热利湿退黄之效。本法经济简便有效, 适合临床推广应用。

收稿日期: 2006-09-12

短篇·个案

甲胺磷中毒致全身毛细血管 渗漏综合征 1 例

王永芒, 顾明, 刘龙

(昆山市第一人民医院, 江苏 昆山 215300)

甲胺磷属高毒性高效性杀虫杀螨剂, 中毒后抑制胆碱酯酶活性。中毒表现除一般有机磷中毒症状、体征外, 尚可引起心肌损害, 迟发性周围神经病变, 但中毒后引起全身毛细血管渗漏综合征(SCLS)非常少见。现将该综合征 1 例报道如下。

1 病例介绍

1.1 一般资料: 患者女, 35 岁, 因口服甲胺磷致神志不清 28 小时伴呼吸不规则于 2003 年 7 月 4 日入院。患者于入院前 1 日口服甲胺磷约 200 g, 即意识不清, 呼吸不规则, 由当地医院给予洗胃、阿托品解毒, 气管插管, 保持呼吸道通畅等综合治疗后, 患者意识仍不清, 心率 150 次/分, 因病情危重转入我院。

1.2 入院情况: $T 37.7^{\circ}\text{C}$, $P 150$ 次/分, $Bp 100/70$ mmHg, 氧饱和度(SpO_2) 80%, 患者意识不清, 昏迷状态, 皮肤潮湿, 手掌、腋下汗液较多, 双侧瞳孔等大等圆约 0.4 cm, 对光反应迟钝, 经口气管插管在位, 通畅, 两肺呼吸音粗, 未闻及明显湿性啰音, 可见腓肠肌震颤。

1.3 治疗措施: 给予呼吸机辅助通气支持呼吸, 应用 PEEP, 反复多次洗胃, 继续应用阿托品、氯解磷定、大剂量维生素 C 针剂(10g/日)及补液, 加快毒物排泄。于转入我院第三天出现大量粉红色泡沫痰, 全身水肿。心率 130 次/分, X 线胸片示: 两肺炎症伴胸腔积液, 查血白蛋白 27 g/L, 血气分析: $\text{pH} 7.41$, $\text{PaCO}_2 30.1$ mmHg, $\text{PaO}_2 45.2$ mmHg, $\text{BE} -4.8$ mmol/L, 肌酐(Cr): 84 $\mu\text{mol/L}$, 考虑急性肺水肿, 毛细血管渗漏。予以大剂量甲基强的松龙(500 mg/日), 气道内滴入激素(地塞米松), 静脉滴入白蛋白, 提高胶体渗透压, 1 天后, 患者神志转清, 气道内泡沫痰减少, 复查血胆碱酯酶活力由入院时的 222 U/L 上升至 3 564 U/L (正常值: 3 320~4 499 U/L), 临床症状好转, 甲基强的松龙 500 mg/日连用 3 天后, 减量至 80 mg/日。于入院第五天再次发生粉红色泡沫痰, 全身水肿, 再次应用大剂量激素, PEEP 治疗, 效果不佳, 并发严重低氧血症、ARDS, 而自动出院。

2 讨论

甲胺磷为高毒性农药, 大白鼠经皮 LD_{50} 为 5.0 mg/kg, 经口为

18.9~21.0 mg/kg。口服中毒时最常见死亡原因为直接呼吸、心脏抑制, 本例患者早期即出现全身水肿、粉红色泡沫痰, 毛细血管渗漏现象致临床死亡属少见。毛细血管渗漏综合征既往临床报道病例少, 近几年在危重病领域以及其他心胸外科领域报道逐渐增多。其具体发病机理目前尚无定论, 有文献报道与全身炎症反应, 大量炎症介质释放, 导致全身毛细血管内皮细胞受损, 通透性增加, 大量液体渗漏到组织间隙, 主要表现为全身皮肤、黏膜水肿, 胸腔腹腔积液, 肺内出现程度不同的渗漏致低氧血症、ARDS, 甚至 MODS^[1]。诊断 SCLS 的金标准有文献报道为输入白蛋白后, 测定细胞外水(ECW)一菊粉分布容量和生物电阻抗分析, 观察胶体渗透压的不同反应。此方法安全、无创, 但需要大量价格昂贵的仪器设备, 不易临床推广。尤其在二级医院此方法更无法推广。目前诊断只能依靠病史、临床表现和常规实验室检查。

SCLS 临床治疗目前尚无特异性的预防与治疗方法, 主要为一些经验性治疗。(1)维持有效循环血容量: 可常规置颈内静脉监测 CVP, 根据 CVP 控制补液速度及补液量。(2)输注的液体成分: 为晶体和胶体两大类。晶体液具有分布容积大的特点, 输入后迅速补充血管内容量, 维持有效循环血容量, 但由于 SCLS 患者毛细血管通透性大, 晶体液分子量大, 可大部分渗出到组织间隙, 导致全身水肿加剧, 临床症状恶化, 因此需要控制晶体入量。而胶体液因分量大, 输入后能维持或增加血浆渗透压, 更好地补充血管内容量, 不易渗透到组织间隙。晶体、胶体并用, 可更有效地维持血容量, 可按照晶、胶比例 1:2 给予。胶体主要包括血浆、白蛋白、代血浆。应用胶体液后, 根据尿量适量应用利尿剂, 以减轻组织水肿。(3)机械通气: 应用呼吸机辅助通气支持呼吸, 维持有效的通气与换气功能, 改善氧合, 纠正低氧血症, 方法除提高吸氧浓度, 延长吸气时间, 可应 PEEP, 选择适合患者的最佳 PEEP 及最低氧浓度, 避免氧中毒。(4)激素的应用: 降低毛细血管通透性是治疗 SCLS 的关键。目前惟一能降低毛细血管通透性、增加毛细血管稳定性的药物是激素, 激素同时又可非特异性抑制炎症反应, 终止炎症反应过程。本例患者发生渗漏即应用激素[甲基强的松龙 10 mg/(kg·d)], 病情一度明显好转, 取得了一定的临床疗效, 病情再次恶化可能与激素减量过快、疗程不足相关。

参考文献:

- [1] 宫路佳, 吴清玉, 刘迎龙, 等. 婴幼儿心脏手术后全身毛细血管渗漏综合征的临床诊断与治疗[J]. 中华胸心外科杂志, 2000, 16(3): 176.

收稿日期: 2006-06-05