

低凝状态,低纤维蛋白原血症 9 例、铁蛋白 $>500\mu\text{g/L}$ 13 例和 NK 细胞活性降低 13 例。12 例 C-反应蛋白(CRP)增高,2 例抗核抗体(ANA)检测呈阳性;血培养 3 例培养 5 天有细菌生长;痰培养 1 例有细菌生长。4 例 EBV-IgM 呈阳性。1 例行纤支镜痰找出抗酸杆菌。B 超检查示肝脾肿大 12 例。X 线检查 4 例发现肺部感染,余未见异常。

3 治疗及转归

所有患者均积极治疗原发病同时采用多种药物治疗;感染相关性 HPS 8 例,早期应用广谱抗生素及抗病毒治疗同时加用糖皮质激素治疗(甲强龙),4 例并发严重感染加用大剂量 IVIG 治疗,结果 4 例好转,4 例严重感染者死于多脏器衰竭,2 个月内死亡。1 例有肺感染者用糖皮质激素治疗(甲强龙)过程中,肺部病情加重,行纤支镜检查找到抗酸杆菌及真菌,考虑支气管内膜结核并真菌细菌感染,予抗真菌、抗结核治疗,病情好转。4 例 NHL 均予化疗(CHOP 方案),2 例在 4 个月内死亡,2 例在 1 年内死亡。死亡原因为多脏器衰竭、肿瘤进展。成人 Still 病 2 例,应用激素加大量 IVIG 治疗 1 例好转,1 例无效自动出院,随访在 2 个月内死亡;病因不明 1 例,治疗后病情加重放弃治疗出院,随访在 4 个月内死亡。对于重度贫血及有出血表现者,予输注红细胞悬液,血小板及血浆等纠正凝血功能异常及护肝等治疗。8 例住院死亡患者,死亡原因为多脏器衰竭、肿瘤进展、严重感染。所有病例随访至 2011 年 5 月,治疗有效 5 例患者,复查各项指标均恢复正常,达到缓解标准,现仍存活。

4 讨论

HPS 是一组以在骨髓或其他淋巴组织或器官中出现异常增生的组织细胞并伴有吞噬自身血细胞行为为特征的综合征。一般分为原发性和继发性两类;原发性多以婴幼儿多见,为常染色体隐性遗传疾病,其发病病情加重与感染有关^[2];另一类为继发性,多见于成人,感染为最常见诱因,病原有病毒、细菌、支原体、真菌、立克次体、原虫等,病毒是临床上最常见的,尤其是 EB 病毒^[3]。另外还可以由恶性肿瘤、药物、自身免疫性疾病或免疫缺陷状态等因素所致。HPS 的发病机制主要是免疫调节障碍或免疫调节失衡,导致 T 细胞和单核巨噬细胞过度分泌淋巴因子、单核细胞因子,炎性细胞因子成瀑布式暴发^[4],造成各种病理损害,产生各种临床症状高度激活的巨噬细胞噬

血细胞能力增强^[5],以及炎症因子抑制造血祖细胞增殖,导致血细胞减少。本组 15 例均为获得性 HPS,14 例有明确的原发病,大多数继发于感染,以病毒多见,其次是恶性肿瘤。8 例感染相关性 HPS,治疗后 4 例好转,4 例死亡,说明微生物感染所致的 HPS 早期常可以治愈,疾病晚期病死率可达到 50%,早期用糖皮质激素对减少造血负调控类的细胞因子产生和减弱巨噬细胞的吞噬活性有一定的作用。因此在诊断感染性 HPS 后在抗感染的同时应尽快使用皮质激素或免疫抑制剂,以减少患者组织器官的损害,改善患者的临床症状,避免延误最佳的治疗时间。由恶性疾病引起、病因未明者预后差。自身免疫性疾病引起者,预后也不好。本组 4 例恶性肿瘤及 1 例原因未明者、1 例成人 Still 病治疗效果不佳,最后死亡。1 例伴有支气管内膜结核的患者,在应用激素治疗过程中,肺部症状加重行纤支镜检查找到抗酸杆菌而确诊,说明在临床诊治中,要注意合并有不典型的结核患者,避免漏诊。

该疾病一般预后不良,家族性 HPS 病程短,预后差,未经治疗者其生存期约 2 个月。细菌、病毒感染者预后较好,恶性肿瘤及病因未明者预后差。HPS 临床过程凶险、病死率高,因此早期诊断、早期治疗是抢救的关键。

参考文献:

[1] Henter J, Homo A, Arico M, et al. HLH—2004: Diagnostic and Therapeutic Guidelines for Hemophagocytic Lymphohistiocytosis [J]. *Periatr Blood Cancer*, 2007, 48(2):124—131.

[2] 卢一丽,钱江潮,李原. 儿童噬血细胞综合征临床分析[J]. *温州医学院学报*, 2006, 36(1):63.

[3] Reiner AP, Spivak JL. Hemophagocytic histiocytosis [J]. *Medicine*, 1988, 67(6):369.

[4] Karras A, Hemptine O. Hemophagocytosis syndrome [J]. *Rev Med Interne*, 2002, 23(9):768—778.

[5] Shiflett SJ, Kaplan Y, Wand DM. Chediak-Higashi syndrome: a rare disorder of lysosome and lysosome organelles [J]. *Pigment Cell Res*, 2005(4):251—257.

收稿日期:2011—12—01;修订日期:2011—12—15

38 例急性河豚中毒临床分析

林春光¹,何积源²,邓立海³,庞家武¹

- (1. 广西防城港市第一人民医院,广西 防城港 538001 E-mail:lin-chunguang@yahoo.com.cn;
2. 广西东兴市人民医院,广西 东兴 538100;
3. 广西防城港市港口区企沙中心卫生院,广西 防城港 538001)

摘要:目的 探讨急性河豚中毒的临床特点及治疗。方法 对 38 例急性河豚中毒病例进行回顾性分析。结果 38 例经抢救治疗,36 例治愈,2 例患者心肺复苏后出现缺血缺氧性脑病,脑复苏不成功,最后死亡。结论 河豚中毒后要要及时洗胃及对症治疗,重点在于抢救出现呼吸循环衰竭的患者,要严密观察患者的病情变化,随时做好气管插管准备,一旦出现呼吸衰竭,及时进行气管插管,使用呼吸机治疗,大多能让患者渡过体内毒物浓度高峰期,康复出院。

关键词:河豚毒素;食物中毒

中图分类号: R996.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001—5817(2012)01—0029—02
doi:10.3969/j.issn.1001—5817.2012.01.018

我们医院 1999 年 1 月~2010 年 1 月共收治急性河豚中毒患者 38 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 31 例,女 7 例,年龄 18~62 岁,平均 41.6 岁。以渔民及当地群众为多,且为经常食用河豚者,亦有

轻度中毒的经历,所有患者呕吐物均有明显的特殊腥臭味。
1.2 临床表现 进食后至发病的潜伏期为数分钟至 3h,所有病例均出现口唇、舌尖发麻及上腹不适、恶心、呕吐症状,20 例出现头痛,头昏,19 例出现胸闷、心悸,22 例出现眩晕、饮水呛咳、共济失调,4 例出现昏迷,呼吸骤停(2 例伴心跳骤停),其中

以口唇、舌尖发麻为首发症状 30 例,以上腹部不适、恶心、呕吐为首发症状 8 例。

1.3 实验室检查 白细胞或中性粒细胞升高 15 例,电解质紊乱 10 例,肝功能轻度损害 8 例。心电图改变 17 例,其中窦性心动过速 10 例,窦性心动过缓 2 例,室性早搏 3 例,房室传导阻滞 1 例,心房纤颤 1 例。

2 治疗及转归

38 例给予催吐、洗胃、导泻及对症支持治疗,20 例使用纳洛酮治疗,4 例气管插管,使用呼吸机,2 例人工心脏按压;36 例临床症状完全消失,治愈出院,2 例死亡。

3 讨论

河豚分布在我国沿海大江河口,河豚毒素存在于河豚的睾丸、卵巢、卵、肝、肠等组织和血液中,主要有河豚毒和河豚酸两种,毒性相当稳定,用盐腌、日晒、煮沸均不易将其破坏,属非蛋白质神经毒素,具有箭毒样毒作用,对胃肠道有刺激作用,吸收后即作用于神经末梢及神经中枢,阻碍神经传导,先引起感觉障碍,后导致运动神经麻痹,严重时致脑干麻痹,出现呼吸、循环衰竭,也可引起心律失常。通常表现为:胃部不适、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等消化道症状;口唇、舌头、肢体麻木,四肢无力、睑下垂、共济失调、软瘫、腱反射消失等神经麻痹症状;严重者可致呼吸中枢和血管运动中枢麻痹,因呼吸肌麻痹、心跳骤停而死亡^[1,2]。有学者^[3]将其分为四度:Ⅰ度为感觉麻痹,恶心呕吐;Ⅱ度为共济失调,味觉消失,腱反射正常;Ⅲ度为运动障碍,言语障碍,咽下困难,发绀,血压下降,意识尚清楚;Ⅳ度为意识不清,出现呼吸、心跳停止而死亡。本组急性河豚中毒患者,各

年龄段均有发病,河豚中毒的程度与进食河豚的种类、部位及进食量有关,急性河豚中毒的诊断容易明确,本组患者均有进食河豚史,食后潜伏期数分钟至 3h,绝大多数患者首先出现口唇、舌尖发麻症状,随后出现上腹不适、恶心呕吐等,严重者出现呼吸循环衰竭,呕吐物均有明显的特殊腥臭味。河豚中毒尚无特殊解毒剂,一旦中毒,病死率较高,而致死的原因主要是呼吸肌及脑干麻痹,河豚毒素具有在体内解毒和排泄快的特点,若 8h 后未死亡者,多能恢复^[1],因此,对于无呼吸循环衰竭患者,应立即给予催吐、洗胃、导泻及对症支持治疗,对出现呼吸循环衰竭的患者,要及时彻底清除胃肠道残存的毒物,及时行气管插管、使用呼吸机治疗,帮助患者渡过体内毒物浓度高峰期。本组 4 例患者出现呼吸肌麻痹,自主呼吸停止非常突然,其中 2 例出现呼吸肌麻痹患者经过及时气管插管、使用呼吸机治疗等一系列措施,康复出院,另 2 例患者心肺复苏后出现缺血缺氧性脑病,脑复苏不成功,最后死亡。

参考文献:

[1] 张文武. 急诊内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000: 574—575.
[2] 翟国锁. 急性河豚毒素中毒 59 例抢救体会[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(14):1772—1773.
[3] 蒋纪祥,王艳华. 重症河豚鱼中毒救治探讨[J]. 实用临床医药杂志,2010,14(19):105—106.

收稿日期:2011—10—25;修订日期:2011—11—15

帕瑞昔布钠超前镇痛对腹腔镜子宫全切除患者术后疼痛的影响

庾海辉

(广西柳州市工人医院,广西医科大学第四附属医院麻醉科,广西 柳州 545005

E-mail:xiexiangbin@126.com)

摘要:目的 探讨帕瑞昔布钠超前镇痛对腹腔镜子宫全切除术患者镇痛的有效性及安全性。**方法** 选择择期行腹腔镜下子宫全切除术患者 60 例,ASA Ⅰ~Ⅱ级,随机分为 A 组(帕瑞昔布钠组)和 B 组(对照组)。观察并记录清醒时间,拔管时间,术后 1、4、8、24h 的 VAS 评分,术后不良反应。**结果** A 组术后 1、4、8h 时间点 VAS 评分低于 B 组($P<0.05$),B 组有 3 例因疼痛应用曲马朵,A 组无一例应用曲马朵。**结论** 帕瑞昔布钠超前镇痛应用于腹腔镜子宫全切除术患者安全有效。

关键词:帕瑞昔布钠;镇痛;腹腔镜检查;子宫切除术

中图分类号: R619.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001—5817(2012)01—0030—02
doi: 10.3969/j.issn.1001—5817.2012.01.019

腹腔镜全子宫切除术由于创伤小、恢复快、术后并发症少等优点,在临床应用越来越多,但部分患者术后仍有轻度或中度的疼痛。本研究采用麻醉诱导前静脉注射帕瑞昔布钠,观察其对腹腔镜全子宫切除术患者的超前镇痛作用,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 12 月~2011 年 4 月在我院择期行腹腔镜全子宫切除术患者 90 例,年龄 38~54 岁,ASA Ⅰ~Ⅱ级,体重 41~65kg。排除有非甾体抗炎药过敏史、消化性溃疡、凝血功能紊乱、冠心病以及高血压病史。随机分为 A 组(帕瑞昔布钠组)和 B 组(对照组),每组 30 例。两组患者年龄、体重、ASA 分级等比较差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 麻醉方法 所有患者均采用气管插管静吸复合全麻,术前禁食水 8h,不用术前药。入手术室后常规监测心电图(ECG)、心率(HR)、脉搏血氧饱和度(SpO₂)。开放上肢静脉,输入羟乙基淀粉溶液(130/0.4,万汶)400~500ml。麻醉诱导:咪

达唑仑 0.05mg/kg、丙泊酚 1mg/kg、芬太尼 5μg/kg、罗库溴铵 0.6mg/kg,去氮给氧后经口气管插管接麻醉机行机控正压通气。麻醉维持:丙泊酚 2~3μg/ml(北京思路高公司生产,TCI—Ⅲ marsh 模式)与瑞芬太尼 2ng/ml(北京思路高公司生产,TCI—Ⅲ Minton 模式)靶控输注、间断吸入 1%七氟醚,术中间断静注罗库溴铵维持肌松。手术结束前 3min 停用所有麻醉药。患者清醒、呼吸满意后拔除气管导管入恢复室观察。

1.3 镇痛方法 A 组麻醉诱导前静脉缓慢注射帕瑞昔布钠 40mg,B 组麻醉诱导前静脉缓慢注射生理盐水 4ml。术后均不用镇痛泵。如患者感觉疼痛剧烈,肌肉注射曲马朵 2mg/kg。

1.4 观察指标 记录患者清醒时间(麻醉药停止到患者呼之睁眼时间)、拔管时间(麻醉药停止到拔除气管导管时间)。术后随访 24h,观察并记录患者术后 1、4、8、24h 的视觉模拟评分法(VAS),完全无痛为 0 分,剧烈疼痛为 10 分)评分。记录两组应用曲马朵的例数。记录术后不良反应发生情况:呼吸循环抑