

参考文献

- [1] Stiell IG, Hébert PC, Wells GA, et al. The Ontario trial of active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation for in-hospital and pre-hospital cardiac arrest. *JAMA*, 1996, 275, 1417-1432.
- [2] 沈洪. 扫描 2005 国际心肺复苏与心血管急救指南会议(1)——修改国际心肺复苏指南的原则与方法. *中国危重病急救医学*, 2005, 17, 197-199.
- [3] 邵孝斌, 蒋朱明. 急诊医学. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2001, 79.
- [4] 张文武. 急诊内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2004, 891.
- [5] Wang HC, Chiang WC, Chen SY, et al. Video-recording and time-motion analysis of manual versus mechanical cardiopulmonary resuscitation during ambulance transport. *Resuscitation*, 2007, 74, 453-460.
- [6] 路小光, 康新, 宫殿博, 等. 1007 型萨勃心肺复苏机在急诊心肺复苏应用中的前瞻性对照研究. *中国危重病急救医学*, 2010, 22, 496-497.
- [7] 李春盛. 对 2010 年美国心脏协会心肺复苏与心血管急救指南的解读. *中国危重病急救医学*, 2010, 22, 641-644.
- [8] 李春盛. 关注心肺复苏术的若干问题. *中国危重病急救医学*, 2010, 22, 67-68.
- [9] Herlitz J, Bang A, Alsén B, et al. Characteristics and outcome among patients suffering from in hospital cardiac arrest in relation to the interval between collapse and start of CPR. *Resuscitation*, 2002, 53, 21-27.
- [10] DeBehnke D. Resuscitation time limits in experimental pulseless electrical activity cardiac arrest using cardiopulmonary bypass. *Resuscitation*, 1994, 27, 221-229.
- [11] Robertson C, Holmberg S. Compression techniques and blood flow during cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 1992, 24, 123-132.

(收稿日期: 2011-03-24)

(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

救治烧伤合并尿崩症患者 1 例

刘军 邓津菊

【关键词】 烧伤; 尿崩症

现介绍 1 例高温铝液烧伤并肾性尿崩症患者救治体会如下。

1 病例介绍

患者男性, 25 岁, 双下肢被高温铝液烧伤, 在某医院行输液治疗, 伤后 5 h 转入本院。入院查体: 体温 37℃、脉搏 88 次/min、呼吸频率 20 次/min、血压 130/80 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 患者意识清楚, 右下肢创面为Ⅲ度环行焦痂, 右足背紫。诊断: 高温铝液烧伤双下肢 13%, 其中总体表面积(TBSA)深Ⅱ度 8%、Ⅲ度 5%。入院后即刻局麻下行右下肢焦痂切开减张术, 术后给予输液抗感染及营养支持治疗, 右下肢血运明显改善。于入院后 5 d 在硬膜外麻醉下行右下肢切痂自体皮移植术, 术中患者稍有烦躁, 术后体温 36.8℃, 脉搏 110 次/min, 呼吸频率 22 次/min, 血压 130/90 mm Hg。术后 6 h 患者突然出现意识丧失, 呼之不应, 测体温 39℃、脉搏 132 次/min、呼吸频率 26 次/min、血压 130/80 mm Hg、脉搏血氧饱和度(SpO₂) 0.94, 头颅 CT 未见异常。请神经内科会诊: 考虑患者术后脑干梗死, 建议溶栓治

疗。急查血生化: Na⁺ 182 mmol/L, Cl⁻ 131 mmol/L, 肌酐(Cr) 168.8 μmol/L, 尿素氮(BUN) 11.90 mmol/L; 采用低渗溶液(0.45% 生理盐水和 5% 葡萄糖)纠正高钠血症, 24 h 后患者意识恢复, 血 Na⁺ 167 mmol/L, Cl⁻ 125 mmol/L, Cr 137.5 μmol/L, BUN 8.38 mmol/L, 病情好转, 继续治疗 4 d 后指标均恢复正常。追问病史患者每日饮水量约 16 L, 尿量多(未测)。查尿相对密度 1.005, 尿渗透压 100 mmol/L, 符合尿崩症诊断。为明确尿崩症的原因, 再次行头颅 CT 及肾脏 B 超检查, 均未发现异常。请内分泌科会诊: 建议注射加压素以鉴别中枢性或肾性尿崩症。注射加压素后, 监测尿量未见减少, 尿相对密度也未见增加, 患者既往无外伤及手术史, 有家族史, 故明确诊断为肾性尿崩症。于第 1 次术后 20 d 再次局麻下行右下肢残余创面清创植皮术, 术后 2 周治愈出院。

2 讨论

肾性尿崩症是一种家族性 X 连锁遗传性疾病, 其肾小管对精氨酸加压素(AVP)不敏感。24 h 尿量可多达 5~10 L, 尿相对密度常在 1.005 以下, 尿渗透压常为 50~200 mmol/L^[1]。本例患者因术前禁食、禁水引发高钠血症导致术后昏迷, 属罕见病例, 通过术后追问病

史及实验室检查可以明确尿崩症诊断。术前询问病史得知患者存在多饮多尿症状家族史, 从未进行诊断及治疗。该患者在术前检查中各项指标均无异常, 故未能筛查出此原发病, 最终引发危及生命的高钠血症性昏迷。

通过对本例患者的救治, 得出经验教训如下: ①应更加详细地询问病史, 不仅要询问患者本人, 还要询问患者亲属(考虑家族中有隐性基因携带者), 在患者进行治疗之前明确既往史, 发现原发病, 以便采取相应安全稳妥的措施进行治疗。②在尚不明确原发病时, 应对患者目前已明确出现的疾病及临床症状进行治疗, 如对本例患者并未采用溶栓治疗, 因各种检查结果均不能明确诊断脑干梗死的存在, 因而避免了误治引发新的病情。③在进行治疗前询问病史的同时需告知患者隐瞒病史可能会导致病情变化, 耽误治疗。④对本例患者高钠血症的治疗采用了传统的低渗液治疗方法, 如果采用连续性肾脏替代治疗(CRRT)可能患者恢复会更快。

参考文献

- [1] 叶任高, 陆再英. 内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 722.

(收稿日期: 2011-03-14)

(本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2011.06.019

作者单位: 730000 兰州, 甘肃省人民医院烧伤整形科