

咳嗽减轻,能平卧,小便增多,双下肢水肿好转。效不更方,仍以上方续服 5 剂,诸症悉平,仅微咳嗽。

按:患者虽病初起于肺,然因失治,迁延日久,损及心肾,心肾阳虚乃不能制水,上凌心肺。故用仲景真武汤温阳利水;丹参活血宁心,葶苈泻肺利尿、强心平喘而收效。

7 小 结

自古以来,中医探讨急症治疗方面已积累了不少宝贵的经验。如《史记》载

扁鹊用针刺、汤熨和口服药救治魏太子的尸厥;《内经》载有高热、暴厥等急症的治疗;《肘后备急方》记载了几十种治疗急症的方药;《备急千金要方》介绍了多种急症治疗的经验;张从正用汗、吐、下 3 法治疗多种急症;明清创立的温病学,使中医对急症的治疗又有了提高。尤其突出的是张仲景《伤寒杂病论》对不少急症总结出了比较系统的理法方药,在整体观念、辨证论治及治病必求其本的原则下,创造了不少救治急症的名方,并将

这些名方与辨病有机地结合起来,以标本同治,上下并施,寒热互投,相得益彰,对中医的急症救治影响颇大。

总之,祖国医学治疗急症的方药甚多,颇见疗效,应有待于认真探讨,通过不断的临床实践,探本求源,加深体会,方能取得更好的临床疗效。

(收稿日期:2005-08-31)

修回日期:2005-12-18)

(本文编辑:李银平)

• 病例报告 •

急性砷化氢中毒 3 例报告

张亚蓬

(云南中医学院,云南 昆明 650200)

【关键词】 中毒;砷化氢;血液灌流;二巯基丙磺酸钠

中图分类号:R278 文献标识码:B 文章编号:1008-9691(2006)02-0127-01

报告 3 例急性砷化氢中毒患者的抢救过程如下。

1 病历简介

3 例男性患者为装卸队工人,年龄 30~45 岁。于 2005 年 8 月 23 日 15:30 装卸块状、无外包装锌渣约 30 min。次日 3 例患者先后出现不同程度的恶寒、头昏、咽痒、口唇发麻、全身酸痛,未就诊。25 日 3 例患者先后出现恶心、呕吐、头痛、视物模糊、烦躁、腰困、浓茶水样小便、腹泻、皮肤发黄等,在当地医院就诊,予保肝、肾等治疗。25 日 20:00 转院入重症监护室(ICU)后立即查血常规、血生化、心电图、X 线胸片等,尿样送云南省疾病预防控制中心(CDC)检验,患者皮肤黄染,双侧瞳孔等大、等圆,直径约 3 mm,对光反射存在,巩膜黄染,肾区叩击痛,肝区胀痛,余无异常。血白细胞计数(WBC) $14.7 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数 $11.7 \times 10^9/L$ (比例 0.792),乳酸脱氢酶 3 235 U/L,丙氨酸转氨酶 12 U/L,天冬氨酸转氨酶 175 U/L,总胆红素 140 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 27 $\mu\text{mol/L}$,非结合胆红素 113 $\mu\text{mol/L}$,总蛋白 88 g/L,白蛋白 33 g/L,尿素氮 15.1 mmol/L,血

肌酐 137 $\mu\text{mol/L}$ 。尿量 700~800 ml。2 例患者有血象高、肝功能损害、血尿,但程度较轻。根据患者病史高度怀疑砷化氢中毒。立即行血液灌流 2 h,血流量 180 ml/min,常规抗炎、保肝、保肾、营养神经、维持水和电解质及酸碱平衡等治疗,予质量分数为 5%的 NaHCO_3 碱化尿液,激素 10 mg 防治急性肾功能衰竭(ARF),利尿剂增加尿量。26 日,CDC 检验回报,3 例患者尿砷含量分别为 0.73、0.54 和 0.46 mg/L(正常参考值均值为 0.13 mg/L^[1]),依据 GB Z44-2002 确诊。27 日 3 例患者红细胞(RBC)、血红蛋白较前下降,但在正常范围,网织红细胞升高,转氨酶、胆红素值仍高,肾功能正常。又行血液灌流 2 h,血流量 200 ml/min,根据血压及电解质补液 3 000~5 000 ml。28 日使用解毒剂二巯基丙磺酸钠 300 mg 静脉滴注,12 h 1 次。3 例患者尿量 3 700~5 000 ml,继续补液,维持水、电解质及酸碱平衡治疗,29 日复查尿砷含量分别为 0.120、0.066 和 0.020 mg/L,转氨酶均下降,肾功能正常,中性粒细胞升高。尿常规:RBC 3~5 个/高倍视野,WBC 0~2 个/高倍视野,尿量 2 500~3 000 ml,皮肤及巩膜黄染均明显减轻,30 日停用二巯基丙磺酸钠;31 日患者病情平稳;入院 28 d 后,

各项检查指标均正常,均康复出院。

2 讨 论

砷化氢又名砷化三氢,是一种很强的溶血性毒物,经呼吸道吸收侵入人体。绝大部分(95%~99%)与红细胞中 Hb 结合,形成砷-Hb 复合物及砷氧化物,分布到全身各脏器,若肾功能未受损害,则由肾脏排出体外。砷化氢可抑制红细胞过氧化氢酶,使过氧化氢蓄积,可致红细胞膜脂质过氧化,从而破坏红细胞膜稳定性,引起溶血。红细胞碎片、血红蛋白管型可堵塞肾小管,引起 ARF,并对全身各组织器官均有直接毒性^[1]。3 例患者均未发生 ARF,属急性轻度中毒。急性期对 3 例患者实行血液灌流清除毒物,终止溶血继续发生,并予激素防治 ARF,给利尿剂增加尿量,减少肾小管阻塞,增加肾小球滤过率^[2],后期适量予少量络合剂驱砷,并大量补液,加快毒物排泄,救治比较成功。

参考文献:

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2005:828.
- [2]赵凤萍,赵世峰.急性肾功能衰竭及血液净化治疗[J].中国危重病急救医学,2001,13:63-封 3.

(收稿日期:2005-11-18)

(本文编辑:李银平)

作者简介:张亚蓬(1979-),男(汉族),山西人,硕士研究生(E-mail: zypzyzyp2000@163.com)。