

- 12 Thomas S H. Impedance cardiography using the Sramek - Bernstein method: accuracy and variability at rest and during exercise [J]. Br J Clin Pharmacol, 1992, 34: 467 - 476.
- 13 van der Meer B J, Vonk Noordegraaf A, Bax J J, et al. Non-invasive evaluation of left ventricular function by means of impedance cardiography [J]. Acta Anaesthesiol Scand, 1999, 43 (2): 130 - 134.
- 14 Fuller H D. Evaluation of left ventricular function by impedance cardiography: a review [J]. Prog Cardiovasc Dis, 1994, XXX VI (4): 267 - 273.
- 15 Kunst P W, Vonk Noordegraaf A, Raaijmakers E, et al. Electrical impedance tomography in the assessment of extravascular lung water in noncardiogenic acute respiratory failure [J]. Chest, 1999, 116: 1695 - 1702.
- 16 Noble T J, Morice A H, Channer K S, et al. Monitoring patients with left ventricular failure by electrical impedance tomography [J]. Eur J Heart Fail, 1999, 1(4): 379 - 384.
- 17 Charach G, Rabinovich P, Grosskopf I, et al. Transthoracic monitoring of the impedance of the right lung in patients with cardiogenic pulmonary edema [J]. Crit Care Med, 2001, 29(6): 1137 - 1144.

(收稿日期: 2003-10-30 修回日期: 2004-03-05)

(本文编辑: 李银平)

• 基层园地 •

肾综合征出血热诊治中的几点体会

马素娟 武士安 马东玉 郝向春

【关键词】 肾综合征出血热; 诊断; 治疗

中图分类号: R512.8 文献标识码: B 文章编号: 1003-0603(2004)05-0291-01

肾综合征出血热是由汉坦病毒引起的自然疫源性疾疾病, 部分病例病情凶险。1990 年以来, 我们共诊治 300 余例, 将诊治中需注意的几个问题总结如下。

1 识别特殊类型, 早期正确诊断

对于发热伴三红、三痛及恶心、呕吐等症状, 血小板减少、尿蛋白阳性的典型病例, 早期不难做出诊断。但一部分患者可因医生查体不仔细或思维片面而误诊为上呼吸道感染。另外, 部分患者可以某些特殊临床表现为主症就诊而误诊为其他疾病。本病的特殊临床表现可分为 10 种类型, 即流感伤寒型、胃肠型、急腹症型、肺型、脑型、败血症型、肾型、类白血病型、出血型和肝型^[1]。这些特殊类型起病虽以某一系统症状表现突出, 但如果临床仔细观察, 不难发现患者在特殊症状表现的同时均伴有上述典型症状, 因此, 需综合分析, 以尽早明确诊断。

2 发热期治疗

发热期即病毒血症期, 关键是尽早抗病毒治疗, 抑制病毒血症。采用中西医结合疗法效果较好, 给予病毒唑、糖皮质激素、中药清瘟败毒饮联合治疗, 可使发热期明显缩短, 且可改善总体预后^[2]。

3 抗凝、止血治疗

本病早期即可出现高凝状态, 予血塞通或丹参注射液静滴可改善微循环及

脏器功能。另外, 本病常可见血小板显著减少, 血小板计数在 $(20 \sim 30) \times 10^9/L$ 时一般无明显的出血倾向, 可以应用强力宁或甘利欣静脉滴注, 既能减轻中毒症状, 又有助于血小板提升; 如血小板计数 $< 10 \times 10^9/L$ 或有明显出血倾向者, 应予以止血敏肌注或静滴、安络血口服或肌注, 甚者应及时予血小板悬液静滴, 以使患者安全渡过出血关。

4 呕吐的治疗

部分患者以呕吐症状突出, 可伴有或不伴有肾功能损害, 西药胃复安等疗效不明显, 患者消耗很大, 且可继发电解质紊乱、上消化道出血等并发症, 予以中药旋复代赭汤原方加山药 100 g, 每日 1 剂水煎服, 治疗恶心、呕吐疗效显著。

5 低血压休克期的诊治

低血压休克期的治疗首先要补液。低血压时扩容应以保证补足血容量、提高有效循环血量、提高血压、纠正休克为目的, 如达不到这个目的, 就应大胆进行加压快速扩容, 不要拘泥于补液量的多少。本病低血压休克期血容量不足的主要原因是血管通透性增加, 大量血浆成分(电解质、血浆蛋白)渗透到组织间隙, 因此, 扩容剂应以含多种电解质的等渗液体为主, 配合一定量的胶体液体和高渗液体如血浆、白蛋白、低分子右旋糖酐、甘露醇等, 可起协同作用。液体量补足后给予血管活性药物多巴胺, 既有利于稳定血压, 又能改善微循环, 保证重要

脏器血供。

6 少尿期的治疗

本期治疗首先应限制液体入量、宁少勿多, 并纠正电解质紊乱和酸碱失衡。对少尿甚或无尿的患者可首选甘露醇, 可起到渗透性利尿作用; 但肾脏严重受损、重度蛋白尿时慎用; 如仍无尿可给予速尿。对于利尿剂无效、少尿 4 d 以上或无尿 24 h 以上, 并存在下列情况之一者(包括血尿素氮 $> 28 \text{ mmol/L}$; 高分解状态, 每日尿素氮升高 $> 7.14 \text{ mmol/L}$; 血钾 $> 6 \text{ mmol/L}$; 高血容量综合征或伴肺水肿; 极度烦躁不安或伴脑水肿), 应及时采用血液透析疗法。

7 多尿期诊治

本期应注意维持水、电解质平衡, 对尿量 $> 4000 \text{ ml/24 h}$ 者可予抗利尿治疗, 同时予以中药六味地黄丸(汤)口服, 亦有较好地补肾缩尿作用。

8 恢复期调治

此期以补充营养、逐渐恢复体力为主, 继续服用六味地黄丸或生脉饮。

参考文献:

- 1 杨为松, 主编. 肾综合征出血热[M]. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1999. 289 - 290.
- 2 郝向春, 马素娟, 陈玉良. 清瘟败毒饮治疗流行性出血热 120 例临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(1): 45 - 46.

(收稿日期: 2004-01-06)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 066300 河北省抚宁县中医院

作者简介: 马素娟(1965-), 女(汉族), 河北省抚宁县人, 副主任医师。