

- 分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003,10:371.
- [4]叶任高,陆再英. 内科学[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:182-214.
- [5]卢中秋,胡国新. 乌头碱急性中毒及诊治研究现状[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005,12:119-121.
- [6]李仪奎,姜名瑛. 中药药理学[M]. 北京:中国中医药出版社,1992:108-111.
- [7]凌佩莹. 乌头类药物中毒 53 例临床心电图分析[J]. 右江民族医学院学报,2000, 22:957.
- [8]黄正良,崔祝梅. 中药药理[M]. 兰州:甘肃科学技术出版社,1989:96.
- [9]王宏宇,胡大一. 缺血心肌细胞的保护[J]. 中国医刊,2004,39:59-60.
- [10]雷怀成,易建华,刘涛. 乌头碱中毒肝细胞凋亡的观察[J]. 卫生毒理学杂志, 2004,18:199-200.
- [11]Saksena S, Madan N. Hybrid therapy of atrial fibrillation: algorithms and outcome[J]. J Interv Card Electrophysiol, 2003,9:235-247.

(收稿日期:2006-08-02)
(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

中西医结合抢救危重型出血热肾病综合征 20 例

胡清华¹, 陈清喜²

(1. 浙江省温岭市红十字医院急诊科, 浙江 温岭 317500; 2. 浙江省温岭市第一人民医院, 浙江 温岭 317500)

【关键词】 出血热肾病综合征, 危重型; 中西医结合治疗; 急救

中图分类号: R242 **文献标识码:** B **文章编号:** 1008-9691(2006)06-0376-01

危重型出血热肾病综合征(HFRS)是临床急危重症之一,发病急,病情重,病死率高。我院于1995—2000年用中西医结合方法抢救危重型HFRS患者,取得较好疗效,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:38例危重型HFRS患者按随机原则分为两组。治疗组20例中男13例,女7例;年龄23~54岁,平均33.5岁;发热期越到少尿期8例,发热期、休克期、少尿期3期重叠4例,低血压期、休克期与少尿期重叠8例;体温>40℃16例;血压测不到3例;20例均有多器官损伤或衰竭,伴少尿或无尿。实验室检查:血白细胞计数>50×10⁹/L 10例,血小板计数<20×10⁹/L 7例;尿蛋白(++++)20例,肉眼血尿4例,颗粒管型膜状物7例;血尿素氮(BUN)为40.5~96.0 mmol/L,肌酐(Cr)为996~2 083 mmol/L;丙氨酸转氨酶(ALT)升高9例,白蛋白降低(16~32 g/L)20例。对照组18例中男12例,女6例;年龄20~60岁,平均36.0岁;发热期越到少尿期7例,发热期、休克期、少尿期3期重叠4例,低血压期、休克期与少尿期重叠7例;体温>40℃16例;血压测不到3例;18例有多器官损伤或衰竭,伴有少尿或无尿。实验室检查:血白细胞计数>50×10⁹/L 10例,血小板计数<20×10⁹/L 7例;尿蛋白(++++)18例,

肉眼血尿4例,颗粒管型膜状物7例;BUN 40.5~96.0 mmol/L, Cr 996~2 083 μmol/L; ALT 升高9例,白蛋白降低(16~32 g/L)18例。两组患者一般资料比较差异无显著性,具有可比性。

1.2 救治方法:两组均予西医常规治疗,其中治疗组加用中药治疗。①积极救治急性呼吸窘迫综合征(ARDS);安宫牛黄丸加生大黄粉鼻饲,丹参或川芎嗪注射液静脉滴注(静滴)。②急性肾功能衰竭(肾衰)少尿期用泻下逐瘀汤加味(小青草30g,大黄10g,芒硝10g,六月雪30g,桃仁5g,枳实10g,生地10g,鸭跖草20g,麦冬10g,乌韭30g),口服、鼻饲或结肠保留灌肠,每日2次。无明显阴虚时,可改用桃仁承气汤加味(大黄、桃仁、小青草、芒硝、鸭跖草、赤芍、丹参、六月雪、乌韭)。③休克期选用生脉或参附注射液静滴。④大出血、弥散性血管内凝血(DIC)用云南白药、白芨粉、参三七口服止血。DIC高凝期呈短暂一过性,一般用血府逐瘀汤或合用四君子汤(吉林参、白术、茯苓、桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、丹参、牛膝、黄芪、甘草),同时用丹参注射液20mg加低分子右旋糖酐静滴。⑤中枢神经并发症应用清开灵注射液20~40ml或醒脑静注射液20ml加入液体静滴。

1.3 结果:治疗组治愈11例,死亡9例,治愈率55.0%;对照组治愈4例,死亡14例,治愈率22.2%。两组治愈率比较差异有显著性($\chi^2=4.2, P<0.01$)。

2 讨论

HFRS是由汉坦病毒引起的自然疫源性传染病,因病毒及其产物直接损害血管壁,以及形成免疫复合物,并结合补体而损伤血管,引起休克、出血、急性肾衰,继而发生危重型HFRS。中医认为, HFRS是由疫疠之气袭入所致,属时疫之“暑温”或“伏暑”。其病机乃热毒之邪侵袭肺卫后,迅速传气入营而成气营两燔,可发为斑疹、大出血诸症;当热邪内闭,或发为厥逆、休克,由于邪热内盛,津液消渴,肾水枯竭,可致少尿、肾衰。我们以“清热毒,存津液,化瘀血”为治疗原则,在肾衰少尿期选用桃仁承气汤、泻下逐瘀汤加味,全方具有抗病毒、清除免疫复合物、降低毛细血管通透性、改善微循环、增加肾血流量、消除氮质血症等作用^[1,2]。在给药途径方面,如患者口服、鼻饲困难,可通过保留灌肠给药,以起到中药结肠透析的作用。中西医结合治疗组治愈率明显高于对照组,说明在危重型HFRS过程中,运用中西医结合的方法,可有效防治休克、肾衰、出血、感染及多器官损伤,降低病死率。

参考文献:

- [1]顾寿年,常启太. 危重急症诊疗手册[M]. 南京:江苏科学技术出版社,1999:5.
- [2]谢玉桃,胡国龄,鲁猛厚,等. 危重型肾综合征出血热临床状况的分析(非条件 Logistic模型)[J]. 中国危重病急救医学, 1997,9:267-270.

(收稿日期:2006-08-18)

(本文编辑:李银平)

作者简介:胡清华(1974-),男(汉族),主治医师。