

- 医学, 2007, 19(6): 365 - 368.
- [5] 刘晓蓉, 任新生, 徐杰, 等. 血必净注射液治疗脓毒症凝血功能障碍的疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(4): 252.
- [6] Levy M M, Fink M P, Marshall J C, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS international sepsis definitions conference[J]. Crit Care Med, 2003, 31(4): 1250 - 1256.
- [7] 王今达. 脓毒症的诊断标准及中西医结合治疗指南的研究(讨论稿)[M]//李建国, 程津新. 成就卓越六十载 光辉业绩誉全球. 天津: 天津科技翻译出版公司, 2005: 406 - 409.
- [8] Knaus W A, Wagner D P, Draper E A, et al. APACHE II prognostic system; risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults[J]. Chest, 1991, 100(6): 1619 - 1636.
- [9] 姚咏明, 柴家科, 林洪远. 现代脓毒症理论与实践[M]. 北京: 科学出版社, 2005: 1182 - 1212.
- [10] Annane D. Glucocorticoids in the treatment of severe sepsis and septic shock[J]. Curr Opin Crit Care, 2005, 11(5): 449 - 453.
- [11] Annane D, Bellissant E, Bollaert P E, et al. Corticosteroids for severe sepsis and septic shock: a systematic review and meta-analysis[J]. BMJ, 2004, 329(7464): 480.
- [12] Minneci P C, Deans K I, Banks S M, et al. Meta-analysis: the effect of steroids on survival and shock during sepsis depend on the dose[J]. Intern Med, 2004, 141: 47 - 56.
- [13] 王今达, 李志军, 李银平. 从“三证三法”辨证论治脓毒症[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(11): 643 - 644.
- [14] 盛志勇. 努力提高脓毒症的认识水平[J]. 中国危重病急救医学, 2003, 15(3): 131.

(收稿日期: 2007-08-01)

(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

1 例盐酸中毒患者的急救

李志刚, 姬喜荣, 张银军

(白银公司职工医院急救中心, 甘肃 白银 730900)

【关键词】 中毒; 盐酸; 急救

中图分类号: R595.4 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2007)05-0295-01

盐酸属强酸, 可使蛋白质凝固, 造成凝固性坏死。其病理变化是局部组织充血、水肿、坏死和溃疡。严重时可引起受损器官的穿孔、瘢痕形成、狭窄及畸形, 其引起的中毒性休克导致肾小球滤过膜通透性增加, 肌红蛋白及血浆蛋白通过肾小球滤过膜, 不能在肾小管吸收而随尿液排除, 部分在肾小管沉积, 堵塞肾小管, 引起肾小管坏死, 继而出现肾功能衰竭。我院抢救 1 例因服盐酸后出现严重局部烧伤灼伤和全身反应患者, 病情稳定, 治愈出院, 报告如下。

1 病历简介

患者男性, 50 岁。入院前 1 h 口服浓盐酸 80 ml, 随后出现口腔、咽部、胸骨后和腹部剧烈的烧灼样疼痛, 全身酸痛不适, 恶心、呕吐, 呕吐物为胃内容物, 内含大量褐色物、食道及胃黏膜碎片。体温 35.5℃, 呼吸频率 30 次/min, 血压 70/40 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 脉搏 100 次/min; 意识清, 强迫屈曲体位, 烦躁, 查体难合作, 答非所问, 全身皮肤苍白、冰冷; 双侧瞳孔 2.5 mm, 等大等圆, 对光反射灵敏; 嘴唇, 口腔和咽部见

黄色灼伤痂, 口腔有呕吐物残渣; 呼吸急促, 双肺未闻及干湿性啰音及喘鸣音; 心音有力, 心律齐, 心率 100 次/min; 腹肌紧张, 板样腹, 拒按, 肝脾肋下未触及; 双下肢无水肿, 生理反射存在, 病理反射未引出。诊断: 盐酸中毒, 中毒性休克。

2 抢救过程

清除患者口腔中残存呕吐物, 保持呼吸道通畅, 防止异物吸入, 给予高浓度吸氧, 500 ml 牛奶即刻口服; 尽快建立静脉通道, 快速补液纠正休克, 地塞米松 20 mg、杜冷丁 100 mg、山莨菪碱 10 mg 解痉、止痛等对症支持治疗。乳酸脱氢酶(LDH) 453 U/L, 天冬氨酸转氨酶(AST) 263 U/L, 肌酸激酶(CK) 418 U/L, 肌酸激酶同工酶(CK-MB) 32 U/L, 羟丁酸脱氢酶(HBDH) 373 U/L, 尿素氮(BUN) 8.75 mmol/L, pH 7.10, 二氧化碳结合力(CO₂CP) 10.0 mmol/L, 凝血时间(PT) 12.5 s, 国际标准化比值(INR) 1.05, 活化部分凝血活酶时间(APTT) 18.4 s, 纤维蛋白原(Fib) 1.002 g/L。血气分析: 氧分压(PO₂) 56 mm Hg, 二氧化碳分压(PCO₂) 42 mm Hg, 血氧饱和度(SO₂) 0.90, 碱剩余(BE) -12 mmol/L, 其余各项正常; 白细胞计数(WBC) 15.1 × 10⁹/L, 中性

粒细胞 0.90, 血 K⁺ 5.8 mmol/L, 血 Na⁺ 90.0 mmol/L, 血 Cl⁻ 60 mmol/L, 血糖 12.3 mmol/L。考虑患者由于盐酸吸收引起酸中毒, 给予碳酸氢钠纠酸。经积极对症治疗, 2 h 内共补液 2 600 ml, 2 h 后患者的病情逐渐稳定, 疼痛减轻, 无明显呕吐, 血压上升至 120/90 mm Hg。患者排出酱油色尿 400 ml, 尿镜检可见大量透明细胞管型和红细胞管型, 红细胞(+++), 白细胞(+++), 蛋白(+++)。病后 6 h 复查: 血 K⁺ 4.13 mmol/L, 血 Na⁺ 145 mmol/L, 血 Cl⁻ 98 mmol/L, 血糖 4.3 mmol/L, LDH 573 U/L, AST 326 U/L, CK 841 U/L, CK-MB 52 U/L, HBDH 733 U/L, BUN 7.85 mmol/L, CO₂CP 18.0 mmol/L, pH 7.32, 且均较前有所升高。血气分析, PO₂ 65 mm Hg, PCO₂ 42 mm Hg, BE -5 mmol/L, SO₂ 0.92。其余各项正常。患者病情基本平稳, 发病后 16 h 后患者出现高热, 体温 39.5℃, 考虑由坏死组织吸收引起, 继续给予地塞米松治疗, 同时加用有效抗炎治疗。4 d 后各项指标均恢复大致正常, 患者病情稳定, 治愈出院。

(收稿日期: 2007-08-07)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 李志刚(1968-), 男(汉族), 甘肃省人, 副主任医师。