

## 2 例草乌中毒误诊报告

李萌芳, 刘国栋, 徐安忆, 李萍, 卢中秋

(温州医学院附属第一医院急诊科, 浙江 温州 325000)

本科近期收治 2 例急性草乌中毒病例, 总结报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 病例 1:** 患者男性, 75 岁, 既往有高血压病史 8 年, 平时服用“络活喜、倍他乐克”降压, 血压控制在 150/90 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa) 左右, 二尖瓣关闭不全病史 6 年。患者 2012 年 2 月 6 日饮用乌头泡的药酒 50 ml 后出现口周、全身麻木, 伴双下肢乏力, 来本院急诊, 血压 120/70 mm Hg, 心尖区可闻及 3/6 级收缩期喷射样杂音, 余无异常。血常规、血生化、凝血功能、心肌酶学正常。心电图 (ECG) 提示窦性心律, 交界性逸搏、加速性交界性逸搏心律, 加速性室性逸搏心律, ST-T 改变。值班医生以高血压心脏病予以补液等治疗, 患者症状稍好转后出院。2012 年 2 月 7 日患者服用降压药后出现头晕, 无头痛, 再次来院就诊, 心脏超声提示: 二尖瓣脱垂伴中度关闭不全, 左室壁增厚, 左室舒张功能轻度减退, 左房轻度增大; 头颅 MRI 提示: 腔隙性脑梗死, 轻度颈椎病。入院诊断: 急性草乌中毒、高血压、高血压心脏病、二尖瓣关闭不全、心功能 II 级。入院后给予心电监护、补液、积极纠正心律失常等治疗。经抢救 30 h 后患者临床症状消失, ECG 检查未见异常, 随访半个月无后遗症。

**1.2 病例 2:** 患者男性, 46 岁, 既往体健, 否认高血压、糖尿病病史。2012 年 4 月 13 日服用药酒约 100 ml 后出现口周、全身麻木, 来本院急诊。值班医生考虑急性乙醇中毒, 给予补液治疗, 输液过程中患者突然出现意识不清, 四肢抽搐, 心电监护提示心室纤颤 (室颤), 立即给予胸外心脏按压、气囊面罩通气、电除颤及气管插管等抢救措施, 15 min 后心律转为窦性。仍然昏迷, 转急诊重症监护病房 (ICU) 进一步治疗。格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 6 分, 脉搏 80 次/min, 呼吸机辅助通气, 血压在多巴胺维持下 141/87 mm Hg, 体温 36.1 °C, 双侧瞳孔等大、等圆, 对光反射灵敏, 双肺呼吸音清, 未闻及啰音, 心律齐, 各瓣膜区未闻及杂音, 腹软, 肝脾肋下未触及, 颈软, 病理征阴性。辅助检查: 血白细胞计数 (WBC)  $21.00 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 (N) 0.898, 血红蛋白 (Hb) 128 g/L, 血小板计数 (PLT)  $172 \times 10^9/L$ ; 血糖 9.5 mmol/L, 尿素氮 (BUN) 8.3 mmol/L, 肌酐 (Cr) 157  $\mu\text{mol/L}$ ,  $K^+$  3.79 mmol/L,  $Na^+$  152 mmol/L,  $Cl^-$  102 mmol/L,  $Ca^{2+}$  2.19 mmol/L, 肌酸激酶 (CK) 4323 U/L, 肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 75 U/L, 肌钙蛋白 2.18  $\mu\text{g/L}$ ; 凝血酶原时间 (PT) 13.9 s, 活化部分凝血活酶时间 (APTT) 34.6 s; X 线胸片、心脏超声未见明显异常, 腹部 B 超提示脂肪肝倾向。询问病史得知患者入院前服用过草乌

酿制的药酒。入院诊断: 急性草乌中毒, 心搏、呼吸骤停, 心肺复苏术后, 急性肾功能不全, 急性心肌损害, 缺血缺氧性脑病, 继发性癫痫。给予机械通气、抗感染、纠正心律失常及其他对症支持治疗后患者成功脱机拔管, 转当地医院进行高压氧治疗。

### 2 讨论

草乌的毒性机制主要为神经毒和心脏毒两个方面。本课题组曾对急性草乌中毒兔进行毒代动力学研究发现, 兔急性草乌中毒后如果不及时治疗, 大部分动物会在染毒后 6 h 死亡。兔急性草乌中毒血液灌流 (HP) 后, 乌头碱的达峰时间约为 3~4 h 左右, 消除半衰期为 7.5 h 左右<sup>[1]</sup>。这与临床抢救急性草乌中毒患者情况相吻合。

临床上对草乌中毒的诊断应仔细追问病史, 尤其是草乌服用史; 并与其他有毒中草药中毒相鉴别; 结合患者的临床表现、ECG 心律失常改变, 同时检查动态心电图、心脏超声、头颅 MRI 等有助于诊断, 有条件者可行血药浓度测定, 以减少误诊、漏诊率。

针对急性草乌中毒的治疗除常规催吐、洗胃外, 应使用阿托品缓解消化道症状, 乌头碱中毒导致各种严重的心律失常是死亡的主要原因, 应及时、有效地纠正心律失常<sup>[2-3]</sup>。血液净化能直接、迅速地清除血中有毒物质, 其疗效也已得到肯定<sup>[4]</sup>。

本例患者误诊的原因: ①询问病史欠全面: 病例 1 患者有心脏病基础疾病, 未能提供详尽的药物接触史, 且其临床表现不典型, 医师很自然地考虑到高血压、高血压心脏病。病例 2 患者有饮酒史, 经治医生对草乌中毒的认识不足, 问病史不详尽, 没有进一步了解患者药酒的成分, 将病例误诊为急性乙醇中毒。②没有科学地参考辅助检查: 病例 1 患者出现 ECG 的特异表现后, 首诊医生对该疾病认识不足, 未详细追问病史, 导致患者误诊。病例 2 患者辅助检查欠详尽, 未行 ECG、心电监护等检查, 医生放松警惕性, 导致患者漏诊。③没有严密观察病情: 病例 1 患者误诊后未观察病情变化, 草乌中毒本身易致低血压, 该患者就诊后一直服用降压药, 导致休克。由于医师重视不够, 未对病例 2 患者进行留观, 使患者失去处理心律失常的时机, 导致室颤的发生。

### 参考文献

- [1] 王志翔, 邱俏檬, 卢中秋, 等. 兔急性草乌中毒血液灌流治疗实验方法的建立. 中国中西医结合急救杂志, 2009, 16 (1): 42-44.
- [2] 武明东, 都广礼. 乌头碱中毒致室性心律失常 1 例救治体会. 中国危重病急救医学, 2012, 24 (6): 377.
- [3] 谢媛, 杨亚非, 许宗明. 成功救治重度乌头碱中毒的病例分析. 中国危重病急救医学, 2012, 24 (6): 369.
- [4] 卢中秋, 胡国新. 乌头碱急性中毒及诊治研究现状. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12 (2): 119-121.

(收稿日期: 2012-12-05)

(本文编辑: 李银平)

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2013.02.022

基金项目: 浙江省中医药重点学科建设计划 (2012-XK-A28); 浙江省医学创新学科建设计划 (11-CX26); 浙江省“十二五”高校重点学科

通信作者: 卢中秋, Email: lzq640815@163.com