

或萎缩。主要表现为突然高热、惊厥、微循环障碍,甚至昏迷,肠道症状往往不明显。由于本病发病急、进展快,故早期诊治是降低病死率的关键。临床按主要表现分为三型,(1)休克型:精神萎靡、面色苍白、四肢厥冷、脉搏细数、呼吸加快,血压正常或偏低,脉压差小,可伴心、肺、血液肾脏等多系统功能障碍。(2)脑型:反复惊厥、昏迷和呼吸衰竭。(3)混合型:同时具有上述两型表现病情最为严重。例 1 表现为突发高热、反复抽搐、迅速昏迷,意识改变明显。例 2 病初仅表现为中等发热,2 h 后突然出现肢端皮肤苍白等末梢微血管痉挛的休克早期征象。因此在诊疗中一定要提高警惕,遇到有意识改变的患儿,或患儿出现休克的早期征象时,应立即进行大便培养,以协助诊断。

例 1 应与乙型脑炎相鉴别。中毒型菌痢脑型,尤其在早期,临床特点酷似乙型脑炎,容易误诊。首先,两者都是夏季多发,临床又都表现为高热、抽搐,甚至昏迷;其次,两者血常规均有白细胞数明显升高。乙型脑炎起病较中毒型菌痢和缓,以意识障碍为主,休克极少。除意识改变外,还伴有明显颈强直、喷射性呕吐等颅内压增高表现;脑脊液检查异常,乙型脑炎特异性 IgM 阳性。而本例不支持乙型脑炎的依据在于:(1)发病十分迅速,发热后很快出现抽搐,继而进入昏迷状态;(2)末梢微

循环障碍表现突出,肌张力增高、膝腱反射亢进、巴宾斯基征阳性,且都是对称性的;(3)最关键的一点是大便镜检红、白细胞满视野,培养有痢疾杆菌生长^[2]。

中毒型菌痢治疗中应注意:(1)由于病情变化迅速,应密切观察病情变化,如血压、脉搏、呼吸、瞳孔及神志变化,并做好护理工作,减少并发症的发生。(2)尽快应用有效的抗生素静脉滴注,加强对症治疗,积极降温,保持呼吸道通畅,避免高温缺氧而引发惊厥的因素发生。(3)中毒型菌痢普遍存在心功能不全,抢救中必须注意保护心脏。在扩容同时给予血管活性药物改善微循环,减轻心脏负荷,在保证灌注的情况下应用利尿以利于心功能不全的恢复。

参考文献

- [1] 曹利荣.中毒型细菌性痢疾的护理[J].中国民族民间医药杂志,2010,19(5):178.
- [2] 陈玉兰.小儿中毒型细菌性痢疾的急救与护理[J].中国社区医师:综合版,2008,10(20):184.

(收稿日期:2010-04-11)

4 例毒蕈中毒的临床分析

许柳芹(云南省保山市人民医院重症医学科 678000)

【关键词】 毒蕈; 中毒; 临床分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.19.072

中图分类号:R996.2

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)19-2164-01

云南省每年均有毒蕈中毒病例发生,多以家庭或亲朋集体中毒病例居多。本院 2009 年 7 月收治一家 4 口误食毒蕈中毒病例,现将救治经验报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 4 例患者中男 2 例,女 2 例,年龄 44~66 岁,食蕈后 1~3 h 发病,在当地医治无效于 2 d 后转入本院。1 例食蕈汤中所煮的土豆,未食蕈。临床表现:恶心、呕吐、腹痛、腹泻 4 例,头晕 1 例,胡言乱语 1 例,肝肿大、肝区压痛 3 例。实验室检查:食毒蕈 3 例凝血功能均异常,凝血酶原时间(PT)>120 s、活化部分凝血活酶时间(APTT)63.1~140 s、血浆凝血酶时间(TT)>120 s、纤维蛋白原(Fib)0.5~1.57 g/L,食蕈汤中土豆 1 例凝血功能正常。血常规:血红蛋白(Hb)119~153 g/L,血小板计数 $(85\sim 231)\times 10^9/L$,白细胞计数 $(5.3\sim 14.25)\times 10^9/L$,肾功能:尿素(Urea)3.2~11.4 mmol/L,肌酐(Crea)63~194 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素(DBIL)3.0~182.3 $\mu\text{mol/L}$,总胆红素(TBIL)26.6~294.0 $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素(IBIL)21.8~185.6 $\mu\text{mol/L}$,清蛋白(ALB)23.0~41.5 g/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)23~10 700 U/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)19~1 320 U/L,肌酸激酶(CK)123~3 840 U/L,CK 同工酶(CK-MB)23~227 U/L,乳酸脱氢酶(LDH)179~15 214 U/L,羟丁酸脱氢酶(HBDH)136~7 841 U/L,乙型肝炎表面抗原均阴性,甲型肝炎抗体 IgM 阴性。

1.2 治疗效果 4 例均给保肝、保肾、保护心肌、补充水电解质,3 例给输血浆补充凝血因子,补充维生素 K₁、糖皮质激素、地塞米松,1 例进行连续性肾脏替代治疗(CRRT),2 例住

院 2 d 后因病情危重自动出院,出院途中死亡。1 例抢救 4 d 后因病重心跳呼吸停止,心肺复苏成功后自动出院,出院途中死亡。1 例食蕈汤中土豆者治疗 6 d 后治愈出院。

2 讨论

毒蕈约有百余种,各种毒蕈所含的毒素不同,引起中毒的临床表现也各异,可分四型:胃肠炎型、神经精神型、溶血型、中毒性肝炎型^[1-2]。患者所食毒蕈名称不详,为白色、带环、表面有似芝麻样点状斑的毒蕈。食后均有腹泻、腹痛、恶心、呕吐,1 例有精神症状,3 例食毒蕈者查体肝肿大压痛,化验肝脏损害为主,合并凝血功能异常,肾功能不同程度损害。1 例食蕈汤中土豆者肝不肿大,肝损害轻,凝血功能及肾功能正常。4 例患者因家住山区农村,食毒蕈后有恶心呕吐、腹痛、腹泻症状,到当地卫生院治疗 2 d,因基层医疗条件差,加之医生对病情严重程度估计不足,使患者失去早期救治(如 CRRT 等)时间,出现多脏器衰竭,死亡率较高。值得基层医院医生警惕,以便今后遇毒蕈中毒者,建议早期到有条件的医院救治,提高抢救成功率。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为.实用内科学[M].13 版.北京:人民卫生出版社,2009:849-851.
- [2] 徐庆山,刘春光.毒蕈中毒[J].肝脏,2009,18(9):514.

(收稿日期:2010-04-09)