

敏性休克^[7]。

3.4 乡镇医院处在农村与城市之间的交汇点,是临床急症救治的第一线。因此,作为乡镇医院的医生,应掌握各项急症救治的知识和技能,不断提高蜂螫伤的救治水平,最大限度地保障蜂螫伤患者的生命^[8]。

参考文献

- 1 张冉,简彪,佘晓燕.蜂螫伤27例救治体会[J].总装备部医学学报,2011,13(3):160-161.
 - 2 梁昌卫.蜂螫伤52例治疗分析[J].中国民族民间医药,2012,(9):81.
 - 3 张文斌.急诊内科学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2012:427-428.
 - 4 杨冠煌.蜂螫与蜂毒[M].北京:科学技术文献出版社,2008:39-43.
 - 5 饶敏,甘云萍.糜蛋白酶等局部封闭治疗蜂螫伤76例分析[J].人民军医,2013,56(4):463-464.
 - 6 陈庚生,龙绍华.蛇伤急救与诊治[M].长沙:中南大学出版社,2011:78-79.
 - 7 冯胜刚,杜茂福,樊钧明,等.马蜂螫伤中毒30例临床分析[J].四川医学,2003,24(4):415.
 - 8 刘丽.蜂螫伤70例临床分析[J].四川医学,2011,32(4):571-573.
- [收稿日期 2013-09-17][本文编辑 黄晓红 韦所苏]

止血敏引起过敏性休克二例

· 病例报告 ·

陈大桥

作者单位:434001 湖北,荆州市第三人民医院综合科

作者简介:陈大桥(1957-),男,大学本科,副主任医师,研究方向:疾病预防及健康教育。E-mail:435266787@qq.com

[关键词] 止血敏; 休克; 抢救

[中图分类号] R 392.8 [文章编号] 1674-3806(2014)03-0250-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.03.23

1 病例介绍

病例1 患者,女,26岁,门诊以“足月妊娠,先兆临产”诊断收入产科,因羊水过少且有相对性头盆不称,需行剖宫产手术。术前检查血常规、出凝血时间、肝肾功能等均属正常范围,无药物过敏史。隔日,在持续硬脊膜外麻醉下行剖宫产术,术中顺利,母子平安。术后为防止出血,遵医嘱给10%葡萄糖500 ml、止血敏2.0 g静脉滴注,5 min后患者自觉全身瘙痒、心慌,随即出现呼吸困难,颜面、口唇及全身发绀,血压迅速下降至测不到。

病例2 患者,男,43岁,门诊以“胆囊结石”诊断收治入院,经抗炎治疗等后行经皮胆镜取石术。既往有磺胺类药物过敏史。术前用10%葡萄糖500 ml加止血敏2.0 g静滴,当液体输完后,病人自感全身不适,双眼睑水肿,次日手术后,再用止血敏2.0 g静滴。滴速100次/min,液体输至150 ml时,病人突感寒颤,心慌,胸闷、呼吸困难。测体温38℃,脉搏145次/min,血压80/70 mmHg,继之血压测不到。

2例均考虑应用止血敏后导致过敏性休克,即

停止止血敏的输入,迅速建立静脉通道,给抗过敏、升压、扩容、纠酸、脱水等药物,同时保持气道通畅,平卧位,鼻导管给氧。经积极有效的治疗,均转危为安,康复出院。

2 讨论

2.1 止血敏是临床常用药物,多用于手术前后预防出血和止血,偶有过敏、恶心、头痛、皮疹,全麻时静滴过快可致血压下降^[1]。静脉注射出现过敏性休克曾有报道^[2],但我院至今为止仅发现2例,且病例1静脉输入止血敏5 min后迅速出现过敏性休克,实属少见。此症发病急,病情重,故用药过程中应严密观察病情变化,早发现并且及时、正确的给予抗休克治疗非常重要。

2.2 休克低血压导致组织缺血缺氧,酸性代谢产物堆积,大量血液瘀滞在微循环内,毛细血管壁通透性增强,二例均出现不同程度的水肿。尤其是病例1出现了全身多处片状瘀斑,左上肢明显的非凹陷性水肿,可能与反复的左上肢测量血压,加重循环障碍有关。

2.3 早期健康指导有利于促进患者康复。患者由于经历了休克,易产生恐惧和忧虑心理,应及时对患者进行心理安抚、健康宣教。要鼓励患者积极配合治疗,保持乐观的心态,增加维生素 C 含量高的食物,加强功能锻炼,帮助患者走出心理阴影的误区,促进早期康复。

参考文献

- 1 陈新谦,今有豫,汤 光. 新编药理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:523.
 - 2 李 荣,董来东,孟明珠. 止血敏、维生素 K₁ 联合引起过敏性休克 1 例报告[J]. 山东医药,2003,43(34):47.
- [收稿日期 2013-12-09][本文编辑 刘京虹 韦 颖]

病毒性脑炎误诊为脑梗死一例

· 病例报告 ·

胡 蓉, 龚 云, 吴雪梅, 仲秀艳, 周德萍

作者单位: 550000 贵州,贵阳医学院第一附属医院脑病内科

作者简介: 胡 蓉(1981-),女,医学硕士,主治医师,研究方向:中医治疗脑血管疾病。E-mail: hurongwill7816845@163.com

[关键词] 病毒性脑炎; 误诊; 脑梗死

[中图分类号] R 512.3 [文章编号] 1674-3806(2014)03-0251-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.03.24

1 病例介绍

患者,男,81岁。因“突发言语不利、右肢无力 3+h,伴右侧肢体抽搐 1+h”于 2013-11-04 入院。入院时言语及右肢活动不能,意识模糊,右侧肢体抽搐,双眼凝视,呼吸急促,咳嗽,咳白粘痰。门诊查头颅 CT:左侧额叶、侧脑室前角及下角旁多发性脑梗塞,两侧基底节区多发性腔隙性脑梗塞,脑萎缩。以“脑梗死”收入院。有 7+年高血压病史,7+年前因“卒中”住院治疗,病情稳定出院,无明显后遗症。入院查体:体温 37.5℃,脉搏 123 次/min,呼吸 25 次/min,血压 174/90 mmHg,双下肺可闻及干、湿性啰音。神经系统检查:意识模糊,失语,查体不合作,双瞳孔形状等圆等大、直径左 3 mm,右 3 mm,对光反射迟钝,四肢肌张力稍增高,腱反射(+),肌力不合作,右肢抽搐,左肢见自主运动,右罗素里莫征(+).入院查白细胞 $12.12 \times 10^9/L$,红细胞 $4.94 \times 10^{12}/L$,中性粒细胞 88.38%。诊断:(1)脑梗死(急性期);(2)癫痫持续状态;(3)原发性高血压;(4)肺部感染。予控制癫痫,减轻脑水肿,改善微循环,卒中二级预防,抗感染及对症处理等。患者肢体抽搐停止,但仍言语不能、右肢活动不能,且意识障碍逐渐加重,入院第 2 天出现昏迷,留置胃管引流出约 50 ml 咖啡色液体,考虑进展性卒中,应激性消化道出血。予加大脱水力度,保护胃黏膜等。入院第 4 天患者仍昏

迷,四肢软瘫,体温 38~39.2℃,压眶反射消失,腱反射未引出,颈亢,双侧克氏征-,布氏征-,左巴氏征+。复查头颅 CT,结果较前无明显改变。立即查脑脊液,压力正常。脑脊液常规:总细胞数 $20 \times 10^6/L$,有核白细胞数 $2 \times 10^6/L$ 。脑脊液生化:蛋白质 1.54 g/L,糖 5.16 mmol/L,氯化物 129.6 mmol/L。考虑病毒性脑炎,予更昔洛韦、醒脑静、地塞米松磷酸钠注射液静滴,安宫牛黄丸口服治疗,入院第 7 天患者体温 37.1℃,意识转清,四肢可运动,可语言表达。

2 讨论

2.1 病毒性脑炎是常见的中枢神经系统感染性疾病,其中以单纯疱疹病毒性脑炎最常见。目前病毒性脑炎的早期诊断主要依赖有感染、疱疹等病史,临床表现、脑电图检查、脑脊液常规生化检查及头颅影像学检查。本例误诊的主要原因:(1)病史不详细,疾病早期由于患者失语、意识模糊而问诊不合作,家属仅提供其有高血压、卒中病史,病发前无上呼吸道、消化道感染及任何疱疹等,不能提供确切的病史;(2)因癫痫发作不配合神经系统检查,难以发现神经系统体征,癫痫控制后未多次反复仔细体格检查;(3)患者临床表现缺乏特异性,早期以偏瘫、失语及癫痫为首发症状,脑 CT 支持脑梗死的诊断,入院后病情急性进展,病程与进展性卒中相似;(4)患者入院时合并肺部感染,掩盖了颅内感染;(5)因其