

用端端吻合,术中尽量避免造瘘术,若回肠切端距回盲瓣不足 10 cm,应作回肠与升结肠或与横结肠作端侧吻合。关腹前要彻底清除腹腔内异物及炎性渗出物,用温生理盐水冲洗腹腔,直至清洗液清亮,再做腹腔引流。

3 参考文献

1 王绍明. 腹腔穿刺术 566 例临床应用体会. 中国实用外科杂

志, 1995, 15(11): 676 ~ 677

2 黄家驷, 吴阶平. 外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 478 ~ 484
3 高根五. 腹部损伤的诊断与处理进展. 创伤杂志, 1988, 4(5): 250

(1998 - 12 - 08 收稿, 责任编辑 姚红霞)

急性亚硝酸盐中毒 7 例临床救治体会

武警宁夏总队医院内科 李建邦 才江平 白科易 白玉萍 (银川 750004)

关键词 亚硝酸盐中毒 临床 亚甲兰

1 资料和方法

1.1 一般资料 1997 年 11 月 13 日 9:00 点, 7 名民工均因把亚硝酸盐(量不详)误当食盐烹调饭菜集体中毒, 7 例患者均为男性, 年龄 20 ~ 30 岁既往健康, 误食后 5 ~ 30 min 后发病。

1.2 临床表现及检查 7 例患者误食亚硝酸盐 1 h 后急诊。早期均首先表现为头晕, 头痛、耳鸣、全身无力、反应迟钝、视物不清, 继而出现心悸、胸闷、腹痛、恶心、呕吐、昏厥。查体: 7 例面颊、耳廓、口唇、舌及四肢末端、甲床呈明显紫绀, 其中 5 例口唇、舌、甲床呈紫黑色。伴低血压状态 (< 12/8 kPa), 嗜睡 3 例, 血常规检查, 血象偏高者 3 例。WBC (12 ~ 14) × 10⁹/L, N 78% ~ 82%。生化检查 Bun, Coep, K⁺, N⁺ 均正常, 心电图 7 例均为窦性心动过速。实验室正铁血蛋白定性检验为强阳性。

1.3 治疗方法 我们组织医护人员依先重后轻的原则, 积极抢救。对 7 名患者依次全部用 0.9% 氯化钠液彻底洗胃, 给予 4 ~ 6 L/min 高流量吸氧, 迅速建立静脉通道, 10% G.S 500 ml 加 5g 维生素 C 注射液静滴, 7 例均应用亚甲兰, 按 1 mg/kg 体重加入 50% G.S 40 ml, 以 10 ~ 15 min 缓慢静脉推注。5 例 1 h 后紫绀不消失, 用上述剂量重复 1 次。病人紫绀消失后用能量合剂以保护心脑, 血象高者用抗生素防治感染。

2 结果

7 例患者住院 4 d, 均无后遗症, 全部痊愈出院。

3 讨论

亚硝酸盐中毒过去常见于日常生活中食用过量的腌制咸菜、变质腐败的蔬菜或饮用亚硝酸盐含量过高的水而引起中毒, 又称为肠源性青紫症^[1,2]。亚硝酸盐误当食盐食用而发生集体中毒事件时有发生, 由于诊断和治疗条件所

限而造成死亡的病例也时有发生。可见对工业用亚硝酸盐妥善严密保管, 应引起高度重视。

误食亚硝酸盐后, 亚硝酸离子使血红蛋白氧化成高铁血红蛋白, 使之失去携氧能力, 造成组织缺氧。同时又是心脏和平滑肌的抑制剂, 可使小血管平滑肌松弛, 血管扩张, 血压下降, 导致循环衰竭。体内高铁血红蛋白达到血红蛋白总量的 10% ~ 15% 时病人出现紫绀, 当增加到 30% 时就出现神志模糊、头痛、全身无力等神经症状, 当增加到 50% 时, 患者出现嗜睡、惊厥、心律失常、昏迷、休克, 如不及时有效的救治, 可在 1 ~ 2 h 内死亡。亚硝酸盐的最小致死量为 1 ~ 5 g^[1,2]。

亚甲兰是亚硝酸盐中毒的特效解毒剂, 它具有氧化还原高铁血红蛋白的能力。低浓度 (1 ~ 2 mg/kg 体重) 亚甲兰在还原型脱氢辅酶催化下使高铁血红蛋白还原成血红蛋白^[3]。高浓度 (5 ~ 10 mg/kg 体重) 亚甲兰时, 还原脱氢辅酶不能起到还原作用, 过多的亚甲兰使血红蛋白氧化为高铁血红蛋白而加重中毒^[3], 故在临床抢救用药中要严格掌握亚甲兰用量。维生素 C 可直接将 3 价铁还原成 2 价铁, 脱氢的维生素 C 可被麦胱甘肽还原后再作用于 3 价铁, 如此反复, 逐步降低高铁血红蛋白的含量^[4]。达到治疗的目的。

我们采用小剂量亚甲兰 (1 mg/kg 体重) 与大剂量维生素 C 联合应用, 同时采取对症治疗取得了满意的疗效。

4 参考文献

1 李宗浩. 现代急救学. 杭州: 浙江科学出版社, 1993. 403
2 戴自英. 实用内科学. 第 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 481
3 包子庭. 抢救 74 例亚硝酸盐中毒病人体会. 实用医学杂志, 1995, 11(3): 164 ~ 165

(199 - 05 - 08 收稿, 责任编辑 徐 焯)