

药,需氧菌与厌氧菌以及各种条件致病菌参与感染的特点^[3]。故白血病患者在化疗后出现的医院感染应该早期应用广谱抗菌药物,以防重症感染的发生^[10]。

3.4 预防感染及提高机体自身抗感染能力 这一点亦很重要。在化疗过程中加强环境保护(如层流病床、层流病房),保持口腔、肛周会阴卫生,适时应用细胞因子缩短粒细胞恢复的时间,细胞因子(G/M-CSF)具有增强中性粒细胞和单核细胞的吞噬功能,特别是增强中性粒细胞中超氧化物的产生、吞噬功能和其抗真菌的活性^[11],尽快恢复白细胞的数量及功能,是预防、治疗感染的基础;改善全身营养状况,纠正贫血,维持代谢平衡和重要脏器功能,提高机体免疫力等营养支持治疗,能提高机体对化疗的耐受性和对抗感染的能力^[12]。

【参考文献】

- [1] 张之南,沈 彬. 血液病诊断及疗效标准[M]. 第 4 版. 北京:科学出版社,2007. 103-121.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志,2001,81(5):314-321.
- [3] 沈 洪. 急诊危重病合并感染的降阶梯治疗策略[S]. 中国危重病急救医学,2002,14(8):451-452.

- [4] 张春斐. 急性白血病房内感染 155 例分析[J]. 解放军护理杂志,2003,10(6):40-41.
- [5] 李佩文,罗劲华,赵淑敏,等. 415 例次血液病患者医院感染的临床分析[J]. 现代医院,2005,5(11):40-42.
- [6] Luna CM,Vujacich P,Niederman MS,et al. Impact of BAL data on the therapy and outcome of ventilator-associated pneumonia [J]. Chest,1997,111(6):676.
- [7] 杜香洲,钟巧玉,杨 红,等. 急性白血病合并感染临床分析及防治对策[J]. 中华医院感染学杂志,2011, 21(7):1337-1338.
- [8] 张红梅,李彦格,刘 炜. 伏立康唑治疗儿童白血病侵袭性肺部真菌感染疗效[J]. 河南医学研究,2011,20(1):101-102.
- [9] Kollee M H. Hospital-acquired pneumonia and de-escalation of antimicrobial treatment[J]. Care Med,2001,29(7):1473-1475.
- [10] Moon S,Williams S,Cullen M. Role of prophylactic antibiotics in the prevention of infections after chemotherapy:a literature review[J]. Support Cancer Ther,2006,3(4):207-216.
- [11] Garcia-Carbonero R,Mayordomo JI,Tornamira MV,et al. Granulocyte colony-stimulating factor in the treatment of high-risk febrile neutropenia:a multicenter randomized trial[J]. J Natl Cancer Inst,2001,93(1):31-38.
- [12] Chen CY,Chen YC. Hepatosplenic fungal infection in patients with acute leukemia in Taiwan: incidence,treatment,and prognosis[J]. Ann Hematol,2003,82(2):93-97.

[2014-02-12 收稿,2014-03-09 修回]

[本文编辑:韩仲琪]

个案短篇

大剂量奥氮平合并阿普唑仑中毒抢救成功 1 例

崔建斌,黄忠会,穆 伟

[中图分类号] R971.3

[文献标识码] B

患者,女,28 岁。因意识不清家属急送来笔者所在医院急诊就诊,通过追问家属了解其病史,初步诊断为奥氮平合并阿普唑仑中毒,量分别约为 70 片和 50 片,服用时间约为 4h 前。患者 2 年前曾因精神分裂症住院治疗,平日服用奥氮平 2 片维持治疗,每晚服用阿普唑仑 2~4 片,家属诉之前曾停药 1 个月,近日有疑似复发的症状。入院查体:HR 68 次/min,R 14 次/min,BP 100/70 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),昏迷状态,轻度刺激无反应,压眶反射无反应,口腔未闻及异常气味,无异常分泌物,双侧瞳孔尖样瞳孔,对光反射迟钝,双肺未闻及干湿性啰音,心律齐,四肢肌张力低,病理反射未引出。与家属简单介绍病情后,立即给予心电监护、吸氧,清水洗胃约 20 000 ml,呋塞米利尿、硫酸镁导泻,肥皂水灌肠,胃管内注入活性炭制剂以降低奥氮平的生物利用度,予以氟马西尼 1 mg 静脉注射,1 次/h,共 3 次,留置胃管,为后期肠内营养备用,扩容,密切观察意识状况,加强基础护理,定时翻身叩背,保证呼吸道通畅。5 h 后患者呈嗜睡状态,呼之可睁眼,问话不答,瞳孔仍呈尖样,对光反射迟钝。四肢肌张

力低,压眶及对外界轻刺激有反应,拔除胃管,再静脉注射氟马西尼 1 mg,1 次/h,共 3 次,4 h 后患者清醒,予以生理盐水 250 ml+氟马西尼 2 mg 维持静脉滴注,血生化提示胆红素轻度升高,予以护肝、营养心肌、保护胃黏膜,补充电解质,防治酸碱平衡紊乱。维持之前的治疗,观察 24 h,患者各项生命体征平稳,精神差,问诊及查体欠合作,双侧瞳孔直径约 2 mm,对光反射灵敏,四肢活动可,各生理反射正常,见患者精神症状较明显,考虑精神分裂症复发,与家属交代病情后,自愿转到地方精神病专科医院治疗。

本文患者服用奥氮平剂量大、中毒时间较长,其心率正常,未出现激越,昏迷程度反而较深,应为两种药物中毒后相互拮抗及相互允许的结果,其临床特点较单独的奥氮平或阿普唑仑中毒有所不同,要对其临床症状全面综合的进行分析,制定及时有效的治疗计划;洗胃、利尿、导泻仍然是早期清除体内毒物最行之有效的办法,所以应尽早实施;目前还没有特异的奥氮平解毒剂,血液透析和血液灌流也不能有效地去除,应当给予活性炭制剂,可使奥氮平的口服生物利用度降低,辅以对症支持治疗,积极补液,促使毒物尽早排除;氟马西尼作为苯二氮卓类药物过量时中枢作用的特效逆转剂在临床上已广泛应用,但因其半衰期仅为 53 min,维持中枢觉醒需根据临床表现循环给药,本文患者的应用经验是小剂量静脉注射至清醒,再予氟马西尼 0.2 mg/h 静脉滴注维持;本文患者虽然中毒剂量大,因前期处理及时,护理措施得当,并未出现肝脏、心肺的严重损害。该两种药物合并中毒在临床上较少见,临床表现缺乏相对特异性,故中毒程度的判断和急诊处理措施显得尤为重要。

[作者单位] 261021 山东潍坊,解放军 89 医院(崔建斌,黄忠会,穆伟)

[2014-01-18 收稿,2014-02-13 修回]

[本文编辑:李 青]