

以急性发作型各指标降幅最为显著。由此可见,尿SA、NAG的动态变化与慢性肾炎湿热证,尤其是急性发作型的转归呈一致性,可作为判断疗效的参考指标。

值得注意的是,肾炎非湿热证组尿SA、NAG平均含量都明显高于正常(本院正常值分别为 22.0 ± 6.5 mg/L, 13.7 ± 4.1 u/L),经清热利湿治疗后均显著下降,尿蛋白定量治疗后亦呈下降趋势,我们认为这可能是湿热深蕴于肾,而外在表象不显,此乃肾病湿热病理的重要特点之一。

参 考 文 献

1. Tomris Saban. Elevated serum and urine sialic acid levels in renal diseases. *Ann Clin Biochem* 1991; 29: 44.
2. 黎磊石. 修订肾小球疾病临床分型的意见. *中华内科杂志* 1986; (4): 236.
3. 钱桐荪主编. 肾脏病学. 第1版. 南京: 江苏科技出版社, 1990: 95—96.
4. Dnistrian AM, et al. Lipid-bound sialic acid levels as a tumor marker. *Ann Clin Lab Sci* 1983; 13: 27.
5. 余江毅, 等. 肾病湿热病理的临床分析和实验研究. *中国中西医结合杂志* 1992; 12(8): 488.

· 病例报告 ·

高浓度丹参液致心动过缓及低血压休克1例

四川省汶川县人民医院(四川 623000) 谢孝泉 蒋术侠

丹参注射液是由中药丹参提取制成的灭菌溶液,因毒性低及副作用小,临床常用于治疗冠心病、心绞痛、脑血栓形成及慢性肝炎等。我们遇到1例因丹参输入浓度过高致心动过缓及低血压休克,临床较少见。现报告如下。

病历简介 患者王某某,女,65岁。因左侧肢体麻木2天,加重伴左侧偏瘫1天入院。患者无大、小便失禁,既往有高血压病史2年,否认心脏病史。查体: T 37°C, R 24次/min, P 90次/min, BP 21.3/13.3 kPa。神志清楚,对答切题,左侧半身肌力减退,左上、下肢肌力Ⅲ级,肌张力增高,反射增强,感觉降低。右侧半身肌力、肌张力及感觉正常。临床诊断: 原发性高血压,脑血栓形成伴左侧偏瘫。给予丹参20g(丹参注射液10ml)加入5%葡萄糖250ml静脉滴注,1次/d; 能量合剂及多种维生素等治疗。当丹参组织液进入4/5时,患者突发心慌、心悸、胸闷、大汗等。查体: 见面色苍白、全身出汗、四肢湿冷、脉搏细弱,脉率由90次/min降为50次/min, BP由21.3/13.3 kPa降为11.5/7.7 kPa,心电图显示: 窦性心动过缓。考虑低血压休克、心动过缓,立即停用丹参,给予地塞米松10mg静脉推注,50%葡萄糖加维生素C,扩容,纠正酸中毒等治疗; 20min后患者上述症状逐渐好转,脉搏

回升到80次/min,血压回升到20/13.3 kPa。第2和第3天停用丹参,单用能量合剂及维生素治疗,患者无特殊不适。第4天再次给予丹参20g加入5%葡萄糖液250ml静脉滴注,并放慢输液速度为25~30滴/min。当进入4/5量时,患者再次出现心慌、心悸、大汗、血压下降、心动过缓等症状,经抗休克、抗心动过缓等治疗,15min后恢复。第7天将丹参减为10g经5%葡萄糖液500ml稀释后静脉滴注,1次/d。治疗15天患者无不适反应,1个月后痊愈出院。

讨 论 本例2次用丹参20g经5%葡萄糖250ml稀释后静脉滴注,均发生心动过缓及低血压休克,将丹参输入浓度降低后未再出现不适反应。所以,本例所出现的严重反应是丹参输入浓度过高所致。由于丹参具有轻度扩张血管的作用,输入浓度过高,剂量过大或速度过快,短时间内血药浓度急剧升高,使全身细小血管扩张,而致血压下降及心动过缓。所以,临床使用丹参注射液(包括复方丹参注射液)时,一定要控制输入浓度及速度,且剂量不宜太大。笔者体会,输入浓度在2~4%(即10~20g加入5%葡萄糖500ml)为宜,最大剂量不宜超过20g,输入速度40滴/min以内较安全。心动过缓患者应慎用,以免发生严重反应。