

中西医结合抢救马钱子中毒致惊厥 1 例

周英 段莉

(内蒙古自治区包头市中心血站 包头 014010)

关键词:马钱子中毒;惊厥;急救;中西医结合疗法;五虎追风散;苯巴比妥;病例报告

中图分类号:R996.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0052-01

马钱子是一味毒性较大, 治疗量与中毒量相接近的中药。味苦寒,有毒,入肝、脾经,具有通络散结、消肿定痛的功效。常用于痈疮肿毒、跌打损伤、风湿痹痛、拘挛麻木。本品误食或用量过大,可致中毒,甚至致病。现将本人收治的 1 例马钱子中毒病例报告如下:

1 病例简介

患者,女,54 岁,以四肢麻木、痉挛、惊厥 1 次于 2003 年 3 月 7 日上午 9 时来我院治疗。患者自述因患腰椎间盘突出症,于入院前 1h 服用含马钱子 10g 的中药半付。药后 10min,出现口唇麻木、四肢及面肌僵直、自主活动困难、恶心欲吐、自觉胸闷、气短、呼吸困难、舌强、惊厥 1 次,角弓反张,被家人送来急救。查体:T:37.2℃,P:88 次/min,R:29 次/min,BP18/13 kPa,意识清晰,颜面、肌肉痉挛,牙关紧闭,语言困难,双手握拳,四肢腰背肌痉挛,双瞳孔等大等圆、约 3mm、对光反射尚可,双肺呼吸音正常,未闻及病理性杂音,腹平软,肝脾肋下未触及,肠鸣音正常,神经系统病理体征未引出。实验室检查,血常规 WBC 9.4×10⁹/L,N 为 0.83,L:0.11,M:0.02;尿常规(-)。诊断:急性马钱子中毒。

2 治疗经过

(1)洗胃导泻:立即用 1:5 000 高锰酸钾溶液洗胃,随后用 50%硫酸镁导泻;(2)惊厥处理:苯巴比妥 0.1g 肌肉注射,每 8 小时 1 次,及水合氯醛 30mL 灌肠。导泻洗胃后,稍停片

刻,口服五虎追风散加减:白僵蚕 150g,白附子 5g,制南星 5g,蜈蚣 1 条,全蝎 5g,炙甘草 30g,煎汤,4 h 1 次,连服 2 剂。(3)吸氧,保持呼吸道通畅。(4)补液,加速毒物排泄,补充维生素及使用利尿剂。(5)预防水电解质紊乱。经上述治疗 3d 后,患者痊愈出院。

3 讨论

马钱子是马钱科常绿乔木植物马钱子的成熟种子,又称番木鳖,其所含主要有毒成分马钱子碱(土的宁)对神经系统有强烈兴奋作用,表现为骨骼肌、内脏平滑肌紧张度增高,并可兴奋呼吸及血管运动中枢,严重者延髓麻痹,心肌、呼吸肌均被抑制,使呼吸加深,血压增高,或心衰、心室纤颤而死亡。中毒引起四肢轻微抽搐,嚼肌及颈部肌肉有抽筋感,咽下困难,精神不安或失常。然后,伸肌与屈肌极度收缩而出现强直性惊厥。常用剂量不应大于 1g/d,入丸散,一般不入汤剂使用。抢救处理贵在使用白僵蚕,其性平,入肝、肺经,功用熄风止痉,祛风止痛,用于治疗抽搐、惊厥。因本品无毒,故可大量使用,100~300g 都可以。配以五虎追风散,则效力更强,以对抗马钱子引起的惊厥。此外,炙甘草主要成分为甘草甜素,分解产生葡萄糖醛酸,可增强肝脏解毒功能^[1]。

参考文献

[1]朱亚峰.中医成药解毒手册[M].第 2 版,北京:人民卫生出版社,1998.93

(收稿日期: 2004 -10 -29)

并覆盖创面,外盖塔形纱布加压包扎。术后给予有效抗生素 4~5d,控制排便 1~2d,每日便后中药坐浴,并用红油膏换药,如大便干燥可服麻仁丸等润肠缓泻剂。

1.3 疗效评定 本组 100 例中,96 例术后第 1 次排便时肛门疼痛明显减轻,无滴血,周期性疼痛消失,肛裂创面一般为 14~16d 愈合。随诊 0.5~2 年,无 1 例复发及肛门功能障碍。治愈率 100%。

2 讨论

肛裂是齿状线以下肛管皮肤层慢性感染性小溃疡,经久不愈,常并发裂痔、肛乳头肥大等病理改变。发病原因很多,常见于便秘、肛窦和肛管慢性炎症刺激。肛门前正中位皮肤相对固定,容易受损,因而成为肛裂的好发部位。肛裂反复发作导致肛管皮肤深层的肌肉纤维组织弹性降低,加上肛裂的慢性炎症和疼痛刺激,使内括约肌张力增高,出现反射性痉挛,使肛管压力升高。久之可使该肌肥厚,致肛管内层和皮下血液、淋巴液回流受阻,使局部组织营养不良,难以愈合^[1]。临床上治疗方法很多,如纵切横缝术、闭式内括约肌侧切术、指扩术等。但对合并症不能一次彻底治疗,且闭式内括约肌侧切术可出现皮下血肿、纵切横缝术易致伤口感染、指扩术远期疗效较差等,本术式切断了内括约肌及其哨状痔、肥大

肛乳头,解除了内括约肌痉挛,使其恢复良好的血液,淋巴回流,并使陈旧性肛裂创面成为新鲜引流通畅创面,便于创面修复愈合。本术式有如下优点:(1)该手术切口偏离了肛管前、后正中位,避开了术后排便时张力着力点,可减轻患者术后排便痛苦,使创面愈合快,缩短疗程。(2)该术式直观,且一次性切除肛裂并发症,如哨状痔、肥大肛乳头,故手术彻底。术中术后注意事项:(1)创面一定要平坦,不能有“坎”,这样创面引流通畅,可避免积血、积液及导致创面感染,延迟愈合。(2)内括约肌下缘部分及外括约肌皮下部一定要切开到位,使肛门扩大,解除内括约肌痉挛,有利肛门血液、淋巴回流,便于创面愈合。(3)术后换药纱条要从创面基底部填起,防止假性愈合,或形成皮下瘘。

本术式操作简便,治疗彻底,远期效果好,且疗程短无复发及后遗症,是目前治疗陈旧性肛裂较理想的方法,值得采纳、推广。

参考文献

[1]闫如好.内括约肌切断术在肛肠科的应用[J].中国肛肠病杂志,1999,9 (1): 17~18

(收稿日期: 2004 -07 -29)