

盐酸戊乙奎醚对急性有机磷中毒的疗效分析

林莉

(浙江省永康市第一人民医院 永康 321300)

摘要:目的:比较盐酸戊乙奎醚与阿托品对救治急性有机磷农药中毒(AOPP)的疗效。方法:我科病房 2004 年 1 月~2006 年 8 月收治的 58 例救治成功的 AOPP 患者,其中使用盐酸戊乙奎醚治疗 33 例,用阿托品治疗 25 例,比较 2 组的疗效。结果:2 组患者在用药剂量、用药次数、住院天数和不良反应方面存在明显差异($P<0.01$)。结论:盐酸戊乙奎醚在多方面均明显优于阿托品,在 AOPP 的救治中可取代阿托品。

关键词:盐酸戊乙奎醚;阿托品;急性有机磷中毒;疗效分析

中图分类号:R 595.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)02-0050-02

有机磷农药是目前使用最广的农药,急性有机磷农药中毒(AOPP)是一种常见急诊内科疾病,我国有机磷中毒病人占中毒病人的 80%~90%,严重中毒者表现为中枢抑制、呼吸循环衰竭以致死亡。目前国内外救治有机磷中毒一般以应用阿托品为主,但阿托品半衰期短,不易维持阿托品化,给药间隔时间短,重复使用率高,用量大,病情易波动及反跳,阿托品过量及中毒亦时有发生。自从新型的抗胆碱药物盐酸戊乙奎醚被推广以来,临床上取得了良好的效果,并有逐渐取代阿托品的趋势。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 选择我院 2004 年 1 月~2006 年 8 月收治的 58 例 AOPP 患者,分 2 组:(1)盐酸戊乙奎醚(实验)组 33 例,男性 10 例,女性 23 例;年龄 16~72 年,平均 41 岁。其中 26 例为口服中毒,7 例为皮肤接触中毒;包括甲胺磷、对硫磷、甲基对硫磷、乐果等,口服毒量 5~450mL;中毒至抢救时间 20min~32h;参照《职业性 AOPP 诊断标准及处理原则》的诊断和分度标准,轻度中毒 6 例,中度中毒 19 例,重度中毒 8 例。(2)阿托品(对照)组 25 例中,男 8 例,女性 17 例;年龄 18~69 岁,平均年龄为 45 岁。其中 18 例为口服中毒,7 例为皮肤接触中毒;包括甲拌磷、对硫磷、甲基对硫磷等,口服量 10~250mL;中毒至抢救时间 15min~36h;轻度中毒 5 例,中度中毒 14 例,重度中毒 6 例。死亡病例不在入选之列。

1.2 方法 2 组患者均给予彻底洗胃、导泻、清洗全身、吸氧、输液等一般治疗,在此基础上分别给予盐酸戊乙奎醚配伍氯磷定和阿托品配伍氯磷定。用药情况见表 1。

2 组患者取得了良好的应用效果,达到了营养支持的目的。

鼻胃管饲是肠内营养支持方法之一。肠内营养支持具有符合生理状态、应用安全方便、费用低廉等优点,已越来越多地应用于临床。对需要长期禁食及手术后高分解代谢的患者,保证能量供给,纠正负氮平衡,保持肠黏膜细胞结构与功能的完整性,防止细菌易位所致的肠源性感染,起着重要作用^[4]。

匀浆膳的制作在技术和设备方面要求低;在应用上简单安全,易于管理;且由营养师现配现用,非常新鲜。还可根据患者的病情随时调整匀浆膳的能量密度与配方,以适应患者的耐受力 and 满足不同患者的营养需要。从费用方面来看,提供同等的热卡与氮量,匀浆膳的费用只有商品型肠内营养制剂的 1/4~1/8,降低了患者的医疗费用。因此,匀浆膳具有操

表 1 2 组患者抗胆碱能药物使用情况 mg

中毒程度	例数		首次用药剂量		用药总量		平均用药量	
	实验组	对照组	实验组	对照组	实验组	对照组	实验组	对照组
轻	6	5	1.0~2.0	2.0~4.0	1.5~2.5	6.0~14.0	2.2	11.8
中	19	14	2.0~4.0	4.0~10.0	3.5~5.0	20.0~60.0	4.5	34.5
重	8	6	4.0~6.0	10.0~20.0	7.5~20.0	88.0~176.0	14.0	152.0

1.3 统计学处理 采用 SPSS10.0 统计软件包分析数据,计量资料用 $(\bar{X} \pm S)$ 表示,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 分析,以 $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2 组用药剂量比较差异非常显著 ($P<0.01$),盐酸戊乙奎醚明显低于阿托品组,且平均用药次数、不良反应发生率、平均住院时间,盐酸戊乙奎醚组明显少于阿托品组 ($P<0.01$)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗情况比较 $(\bar{X} \pm S)$

组别	抗胆碱能药总量/mg	用药次数/次	不良反应发生率/%	平均住院时间/d
实验组	7.2± 5.8*	3~16*	24.2*	9.6± 5.2*
对照组	78.4± 62.8	8~86	64.0	13.8± 12.1

注:2 组比较,* $P<0.01$ 。

3 讨论

盐酸戊乙奎醚为新型具有高选择性、高效、低毒的抗胆碱能药物,能够通过血脑屏障进入脑内,它能阻断乙酰胆碱对脑内毒素蕈碱受体(M 受体)和烟碱受体(N 受体)的激动作用。因此能较好地拮抗有机磷毒物(农药)中毒引起的中枢中毒症状,如惊厥、中枢呼吸循环衰竭、烦躁不安等。该药主要对 M 受体中 2 个亚型 M_1 、 M_3 受体作用,能和乙酰胆碱争夺 CHR,对抗 Ach 的作用,其主要作用部位是脑、腺体和平滑肌等,而对心脏或神经元突触前膜 M_2 受体无明显作用。而作简单与灵活、费用节省等优点。

总之,从本组管饲匀浆膳 24 例喉癌术后患者的应用效果来看,达到了营养支持的目的,且经济、安全、方便,值得在临床工作中推广应用。

参考文献

[1] 顾景范,杜寿珍,查良锭,等.现代临床营养学[M].北京:科学出版社,2003.478
 [2] 蔡东联.实用营养师手册[M].上海:第二军医大学出版社,1998.326
 [3] 吴肇汉.实用临床营养治疗学[M].上海:上海科学技术出版社,2001.305
 [4] 李宁,黎介寿.肠道营养重要性的认识[J].肠外与肠内营养,1998,5(1):1~2

(收稿日期:2006-10-23)

小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的疗效观察

张峰 李兴洲

(陕西省西安市第四医院 西安 710004)

摘要:目的:观察小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床疗效。方法:将 180 例屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的患者随机分为 2 组:治疗组 94 例采用小针刀治疗,对照组 86 例采用局部注射药物治疗,治疗 1 月后比较疗效并随访。结果:治疗组总有效率 97.87%,明显高于对照组总有效率 66.77%,2 组疗效比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论:小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的疗效更佳,一次性治愈率和显效率更高,方法简单安全,值得大力推广。

关键词:屈指肌腱狭窄性腱鞘炎;针刀疗法;疗效观察

中图分类号:R 686.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)02-0051-02

屈指肌腱狭窄性腱鞘炎是一种骨科常见病,多见于女性和手工劳动者,初期表现为掌指关节疼痛,掌侧局部压痛或可触及结节,余指屈伸困难,至严重阶段有弹响或绞锁出现。我院骨科自 2003 年 3 月~2006 年 3 月采用小针刀及局部注射药物治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎共 180 例,2 组比较小针刀的疗效更佳,复发率低。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2003 年 3 月~2006 年 3 月 180 例均为骨科门诊病人。随机将其分为 2 组,其中治疗组 94 例:男性 38 例,女性 56 例,年龄 30~72 岁,平均年龄 51 岁,病程最长 1 年 5 月,最短 1 周;对照组 86 例:男性 28 例,女性 58 例,年龄 32~75 岁,平均年龄 53.5 岁,病程最长 1 年 8 月,最短 10d。X 线结果均无骨质异常。治疗组和对照组在性别、年龄和病程、病情的轻重等方面具有可比性,差异均无显著性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《中医病症诊断疗效标准》^[1]对屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的诊断标准制定。(1)发生明显的绞锁征,手指不能自主屈伸活动;(2)掌指关节出现疼痛,屈伸活动困难,手指屈伸活动弹响及“扳机指”现象,近掌指关节掌侧有局限性压痛,并可触及较大硬结。

2 治疗方法

2.1 治疗组 患者采取坐位或平卧位,术前检查触摸术部位,定位后用龙胆紫定点,标记,消毒整个患手,铺无菌洞巾,术者戴无菌手套,触及肌腱结节形成处,向其内及周围注射 2%利多卡因 2mL 做局部浸润麻醉,麻醉 5min,术者持“汉章牌”1 型 4 号针刀垂直压在针孔处,刀口线与腱鞘方向一致,加压,待出现一定凹陷后加大指力,快速刺入皮肤,直抵骨

面,再提针至皮下,向两端排刺切割,每切 2~3 刀后纵行疏通,横行剥离,剥离范围根据病情轻重、硬结大小、绞锁情况作决定,一般在 0.5~1cm 左右。若结节较大较硬,针刀感觉紧涩,可多切几刀,也可持针刀刺至骨面,刀口转向 90° 贴紧骨面纵向铲剥几下,以使结节和骨面的粘连解除,当针刀下紧、硬、涩感消失后出针刀,压迫针孔,待不出血为止,外敷创可贴,术毕可过度掌屈背伸手指二、三下,能使腱鞘松懈得更加彻底。

2.2 对照组 采用局部注射药物治疗,寻找治疗点,皮肤常规消毒,持 5mL 一次性注射器,抽取 2%利多卡因 2mL 及强的松龙注射液 25mg,混合后在压痛点处注射药共 3mL,一定要注入肌腱韧带周围、腱鞘内部,注意不要注入皮下,每周 1 次,不超过 3 次。

3 疗效观察

3.1 疗效评价 按国家中医管理局制定的统一标准评定^[1]:治愈:患指掌侧无肿痛,无压痛,自主伸屈活动正常,无弹响声及绞锁现象;好转:局部肿痛减轻,患指活动时时有轻微疼痛,或有弹响声,但无绞锁现象;无效:临床症状无改善。

3.2 疗效结果 见表 1。

表 1 2 组疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率
治疗组	94	87(92.55)	5(5.32)	2(2.13)	92(97.87)
对照组	86	24(27.91)	36(41.86)	26(30.23)	60(69.77)

注:2 组总有效率经统计学处理, $P < 0.05$,有显著性差异。

4 讨论

狭窄性腱鞘炎,又称“扳机指”或“弹响指”,本病多发生于屈指肌腱鞘,又以拇指、示指的掌指关节多见,其他掌指关节也可发生。发病机理主要是肌腱和腱鞘组织出现退行性病全面,中毒症状消失快,血 CHE 活力恢复快。(3)毒副作用小,“反跳”现象少,用药过量与中毒反应少。(4)不良反应轻,毒性低,安全可靠,提高抢救成功率。(5)治愈时间短,减轻患者的痛苦及家属的心理负担和经济负担。总之,盐酸戊乙奎醚治疗 AOPP 在多方面优于阿托品,值得临床大力推广。

参考文献

- [1]赵二鹏,申玉良,王平,等.盐酸戊乙奎醚治疗有机磷中毒的临床研究[J].中国急救医学,2004,24(9):651
- [2]曾繁忠.急性中毒的现代救治[M].北京:中国科学技术出版社,1996.109~113

(收稿日期:2006-10-30)

突触前膜 M_2 受体在正常生理功能中发挥了调节 Ach 释放的重要功能,即当 Ach 释放过多时,可抑制 Ach 的释放^[1]。此外,盐酸戊乙奎醚对 N_1 、 N_2 受体亦有作用,故能较好、较全面地对抗有机磷中毒导致的胆碱能功能亢进引起的一系列中毒症状,同时不良反应较少或较轻。而阿托品对 M_1 、 M_2 、 M_3 受体均有作用,而对 N_1 、 N_2 无明显作用,故不但疗效较盐酸戊乙奎醚差,而且不良反应较大、较多,剂量大时易出现一系列有害作用^[2]。

在临床上我们采用盐酸戊乙奎醚治疗急性有机磷农药中毒疗效满意,众多方面明显优于阿托品:(1)起效快,持续作用时间长,用药次数少。(2)起效剂量小,抗胆碱作用强而