

乌头碱中毒 12 例抢救体会

殷开军 吴勇

(湖北省武汉市江夏区第一人民医院 武汉 430200)

关键词:乌头;乌头碱中毒;抢救

中图分类号:R 155.32

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0074-02

乌头为毛茛科多年生草本植物,有祛风除寒、温经止痛的功效,常用来治疗风湿性关节炎、腰痛等。其主要成分为乌头碱,药性热味辛苦,有大毒,服用不当极易中毒,临床常可遇到此类中毒患者。我院近 2 年来共接诊了 12 例乌头碱中毒患者,均救治成功,现就这浅谈一下救治体会。

1 临床资料

本组 12 例乌头碱中毒患者,男性 7 例,女性 5 例,年龄 33~70 岁,平均 50 岁。其中生食中毒 4 例,饮用乌头泡酒中毒 8 例,除 1 例系误饮药酒致中毒外,其他均为治疗骨关节疼痛时服药过量。12 例患者均在 1~3h 内发病,均有不同程度的口舌及四肢发麻、头昏、恶心、呕吐、心悸、胸闷、呼吸困难等症状,其中有 2 例出现阵发性抽搐、短暂意识障碍,2 例出现血压下降,均为生食中毒者。所有患者心电图检查均有心律失常,其中窦性心动过缓偶发室早 3 例,心房纤颤 1 例,频发室早及室早二联律 5 例,多源室早 3 例(其中伴发短阵室速 1 例)。

2 治疗及结果

12 例患者均给予催吐、洗胃、输液、利尿、吸氧等处理,并予阿托品 0.5~1mg 静脉注射,4~6h 1 次,总量 2~6mg。同时行心电图检查及心电监护,在阿托品应用后仍有心律失常者(2 例室早二联律,1 例多源室早伴短阵室速)给予抗心律失常治疗。发生抽搐者予安定 10~20mg 静脉注射,血压下降者予升压药维持。上述症状多在 12~48h 消失。本组 12 例患者均治愈,未遗留后遗症。

3 讨论

3.1 乌头碱的特点、中毒机制和临床表现 乌头碱为一植物毒素,微溶于水,在消化道和皮肤破损处易吸收,主要从唾液和尿中排泄,其吸收和排泄均很迅速。口服 0.2mg 即可中毒,2~4mg 可致死,中毒表现主要为神经系统和心血管系统两方面,乌头碱首先兴奋和麻痹感觉神经和中枢神经,其次是兴奋和麻痹胆碱能神经和呼吸中枢,最后使血压下降,呼吸麻痹。其对迷走神经有强烈兴奋作用,使节后纤维释放大乙酰胆碱,从而降低和抑制窦房结的兴奋性,产生快速异位节律,如尖端扭转室速或室颤,严重心律失常是乌头碱中毒死亡的主要原因^[1]。心律失常的发生主要与激活 Na⁺ 通道,促进

5 体会

梅尼埃病乃由于自主神经功能失调引起迷路动脉痉挛,局部缺血、缺氧,血管通透性增高,内淋巴产生过盛并吸收障碍导致迷路水肿,内耳末梢器缺氧、变性,导致平衡失调,而出现眩晕、耳鸣、耳聋。中医学认为是由于肝脾肾功能失调,精气血亏少或风痰阻滞,蒙蔽清窍所致。在治疗时运用西药调节自主神经、扩张血管及应用少量利尿脱水剂,尽快缓解

Na⁺ 内流,加强细胞膜去极化有关。并且在大剂量情况下,兼有激活交感神经,促进内源性儿茶酚胺释放的作用^[2]。中毒后患者常表现为头昏、恶心、呕吐、胸闷、心悸、呼吸困难、手足发麻等症状。本组病例临床表现与此相符,且生食者症状较严重,可能与毒素含量较高有关。

3.2 诊断与治疗 根据患者确切的服药或饮用药酒病史及相关临床表现常可作出诊断。早期病人可行催吐、洗胃、导泻、补液、利尿、纠正水电解质和酸碱平衡失调等处理。使用阿托品能解除迷走神经对心脏的抑制作用,提高心脏正常起搏点的自律性,抑制异位起搏点,从而发挥抗心律失常作用。一般使用 0.5~1mg 静脉注射,4~6h 1 次,重者可适当增加剂量或缩短用药间隔时间。对于严重心律失常阿托品可能效果不佳,常需采用其他抗心律失常的方法,如使用利多卡因或胺碘酮,必要时电复律。此外,休克者可予升压药,同时还应加强呼吸方面的管理,呼吸抑制者可给予呼吸兴奋剂,必要时气管插管机械通气。我科 12 例均予阿托品静脉注射,9 例患者在治疗 2h 左右早搏明显减少并逐渐消失。2 例室早二联律和 1 例多源室早伴发短阵室速效果不佳,予利多卡因治疗后消失。本组病例未出现死亡者,可能与治疗较为及时以及病例数量有限有关。

3.3 预防 通常人们对中药的毒副作用认识不足,常常认为其毒副作用小,发生率和严重程度均低于西药,因而常有人为提高疗效,擅自加大药量,中毒后往往又由于缺乏认识而延误诊治,极易造成中毒死亡,因此应重视中药中毒。特别是对乌头碱中毒的患者,不论中毒程度轻重,不仅要采取常规的解毒治疗措施,而且必须进行心电监护,有条件者可进行血液过滤或血液透析治疗,加快毒素排泄。乌头碱中毒致心律失常发病后,病情变化快,即使用药也不一定能立即奏效,必须做好直流电除颤以及心、肺、脑复苏的准备,直至药物能控制心律失常。同时要加强对乌头类毒性中药的用药宣传教育,要严格掌握适应证。内服药一定要用炮制品,禁用生药,严格防止超量使用,防止滥用,如发生中毒一定要及时就医。

参考文献

[1]陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2005.临床症状,配合中医辨证施治,调整机体阴阳气血,调节自主神经功能,从而达到治疗效果。

参考文献

[1]段雪萍.中医药治疗梅尼埃病 14 例[J].中国临床医生,2005,33(12):42~43
[2]侯宗德.中西医结合方法与疑难病症治疗[M].北京:人民卫生出版社,2002.426~429
[3]李立荣.半夏白术天麻汤治疗梅尼埃病 60 例[J].中华中西医杂志,2004,5(8):67~68

(收稿日期: 2007-01-09)

硫氮磺吡啶保留灌肠方法操作体会

任莲崔

(浙江省金华市中心医院 金华 321000)

关键词: 硫氮磺吡啶; 灌肠疗法; 外科护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0075-02

硫氮磺吡啶 (sulfasalazine, SASP), 因其价廉、疗效肯定是治疗轻中度溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 的常用药物^[1]。临床上常用 SASP 每晚保留灌肠来达到治疗目的。过去实际操作中, 因 SASP 药物的特殊性 & 病人或操作者等因素造成一定的困难, 易产生堵管、漏液、病人不适感等问题。近 2 年来, 本人对 20 例 UC 病人进行 SASP 保留灌肠共 46 次, 病人均无不适感, 满意率 100%, 无堵管及漏液发生, 操作过程顺利。现将操作方法及体会报告如下:

1 操作前准备

- 1.1 病室环境准备 避免对流风, 尤其冬天注意保暖, 防受凉; 保证私密性。
- 1.2 护士准备 洗手, 戴口罩帽子; 了解病情, 根据肠镜检查结果, 明确 UC 病变部位; 核对医嘱, 确定执行保留灌肠医嘱无误。
- 1.3 用物准备 经石蜡油润滑的一次性 12# 吸痰管 1 条 (吸痰管连接部侧孔盖好), 一次性 PE 手套 1 副, 一次性压舌板 1 条, 消毒剪刀 1 把, 一次性 50mL 针筒 2 副, 加温容器 1 只 (内盛热水), 药物袋或筒 1 只。
- 1.4 药物准备 根据医嘱准备药品, 碾成粉的 SASP 1.0g, 塑料瓶装 NS 100mL, 用消毒剪刀剪去瓶塞与瓶颈大部分, 将 SASP 粉倒入 NS 中, 将其连瓶置于加温容器中, 取一次性压舌板当搅拌器, 边加温边搅拌直至 SASP 粉溶解呈金黄色。药液温度 37~38℃ 最佳 (用手腕感觉温暖不烫手), 用 2 副 50mL 针筒抽取加温好的药液, 置于铺好的治疗巾内。
- 1.5 病人准备 充分心理准备, 避免紧张情绪, 评估其有关灌肠配合知识掌握程度, 告知灌肠过程中配合方法及放松技巧, 如深呼吸、灌肠时及灌肠后应采取的体位、若有不适及时告知等。备卫生纸, 灌肠前排空二便。

2 操作方法

病人取左侧卧位, 暴露肛门, 臀下垫卫生纸。操作者戴一次性手套, 左手提起吸痰管连接部, 右手顺势捏住吸痰管松松缠绕一圈半于手上, 然后左手放开连接部。取装满 SASP 灌肠液的 50mL 针筒, 先水平摇晃针筒几次, 使沉淀药物重新混匀散开, 再迅速将针筒乳头对准吸痰管连接部旋紧, 右手松开缠绕的吸痰管并捏住头端部分, 左手推活塞将吸痰管内空气驱出, 嘱病人慢慢深呼吸, 右手采取抓笔式持吸痰管头部轻轻插入肛门, 此时病人肛门会有一张一弛动作反应, 应顺着病人插, 当有肛门括约肌收缩继而舒张动作时, 插管者右手能感觉到一股向外推动力, 此时暂停插管动作, 只须捏住吸痰管即可, 待向外推动力即将消失, 肛门括约肌收缩前, 立即将管向里推进, 如此反复直至达到所需插管深度。右

手继续持管不动, 左手握针筒再轻轻水平摇晃几下后推动活塞, 脉冲式推注。每次推药前均摇晃几下 (看针筒内沉淀情况决定), 一管推完后, 取另一管同样动作注入。推药中询问病人有无不适感, 推药完毕, 再注入 3mL 空气, 将吸痰管内药液全部注入。取卫生纸包住吸痰管近肛门处, 并折返吸痰管慢慢拔出。拔出后顺势拉下手套包住吸痰管置污物袋内按规定处理。指导病人臀部抬高 10cm, 卧床休息至少 1h, 若为全结肠炎, 臀部抬高并左右交替侧卧, 每次 15min 各 2 次。

3 操作体会

采用上述方法行 SASP 保留灌肠, 病人无不适感, 操作时无堵管及漏液, 且保留灌肠时间^[2]达 6h 以上, 病人满意, 操作者省心 (避免了重复插管动作)。虽然该操作简单, 但要做到百分之百满意, 尚需注意以下几点:

3.1 操作前各项准备必须充分 寒冷刺激及无私密性操作环境会造成紧张, 使肛门括约肌收缩时间延长, 产生进管时困难及插管时间延长。明确 UC 部位及肠段病变, 可事先设置合适的插管深度, 盲目插管太浅或太深会造成不适或达不到治疗效果, 一般直肠炎插管深度取 15cm 左右, 乙状结肠炎取 30~35 cm^[2-3]。药液温度要适宜, 正常健康成人直肠的平均温度是 37.5℃^[4], 故药液温度取 37~38℃, 太凉 (低于 34℃) 时肠蠕动减弱, 功能降低, 不利于药物充分吸收^[5] 且不适感增加, 太热会损伤肠黏膜使溃疡加重, 也加重不适感^[6]。药液容量不宜超过 150mL, 当药液在直肠内积聚 150~200mL, 直肠内压力大于 7.3kPa, 直肠壁感受器即产生强烈兴奋^[7], 引起排便反应, 不利于保留目的。灌肠用管子选择很重要, 太粗太短且侧孔多, 管壁较厚, 最小型号的管腔内径为 0.5cm, 长度只有 30.5cm, 易造成漏液、操作不灵活、病人不适感增加。而一次性吸痰管, 管子较长且型号多易选择, 本人认为选取 12# 一次性吸痰管最佳, 软硬适中, 其长度 40cm (包括连接部), 管腔内径为 0.2cm, 管壁相对较薄, 既不易堵管又不会漏液, 操作方便。

3.2 操作时应注意插管及注药 有外痔者, 管子进肛门口应避免外痔, 仔细看清肛门口, 避免向痔疮处插造成插管不进及病人不适。进入肛门后一定要顺着病人插。实际上, 机体是敏感的, 当有管子或其他物体进入肛门时会有反射性肛门括约肌收缩动作发生, 进管就会受阻, 停止不动就会松弛 (即感有向外推动力), 当向外推动力即将消失, 括约肌再次收缩前, 立即将管向里推进, 而进管时又会引起收缩动作, 故应顺着插, 把握一张一弛间歇时机, 直至达到插管深度。因 SASP 药物分子量 MW=398.4^[8], 相对较大, 颗粒粗, 溶解后易沉淀, 若不摇匀推活塞会导致沉淀物堵塞管子及针筒乳头现象。故

[2]陈国伟, 郑宗镔. 现代心脏内科学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社,