

解毒洗胃液救治急性中毒临床疗效观察

马芳

(山东省淄博市中医院 淄博 255300)

关键词:急性中毒;解毒洗胃液;抢救

中图分类号:R 595.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0024-02

急性中毒的抢救与治疗目前缺乏行之有效的洗胃介质,影响了急性中毒的抢救成功率和临床疗效。为此,我科成立了科研攻关小组,利用中医药的独特优势,创立了“解毒洗胃液”,作为洗胃的主要介质,于 2004 年 6 月~2007 年 8 月对 106 例急性中毒,采用解毒洗胃液洗胃,疗效满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 166 例均为我院急性中毒患者,有明确毒物接触史,就诊距发病时间 15min~7h,临床表现为昏迷、头晕、恶心、呕吐、胸闷、乏力等。将 166 例急性中毒病例随机分为两组。治疗组 106 例,男性 58 例,女性 48 例;年龄 17~59 岁,平均 42.22 岁;其中急性有机磷农药中毒(口服)21 例,占 19.8%,安定中毒 58 例,占 54.7%,急性亚硝酸盐中毒 8 例,占 7.5%,其它中毒 19 例,占 17.9%。对照组 60 例,男性 34 例,女性 26 例;年龄 19~57 岁,平均 43.15 岁;其中急性有机磷农药中毒(口服)12 例,占 20.0%,安定中毒 33 例,占 55.0%,急性亚硝酸盐中毒 5 例,占 8.3%,其它中毒 10 例,占 16.7%。两组以上资料差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组给予常规洗胃,常规西药治疗。治疗组用解毒洗胃液洗胃(大黄 15g、人工牛黄 3g、丁香 10g、柿蒂 10g、枳实 15g、厚朴 15g、沙参 20g、麦冬 20g、黄连 9g、吴茱萸 12g、炙甘草 10g,水煎 500mL,防腐装瓶、备用,使用时用温水按 1:10 稀释后洗胃),常规药物治疗。

1.3 观察方法 根据国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》拟定,分为治愈(症状基本消失)、好转(症状缓解,部分消失)、无效(症状无明显改善或)三级。对比观察两组患者的清醒时间、治愈好转率、病死率等。

1.4 统计学处理 采用 χ^2 检验和 t 检验。

2 结果

平均清醒时间:治疗组 3.25h,对照组 4.40h;治愈好转率:治疗组 98.1%,对照组 91.7%;病死率:治疗组 1.9%,对照组 8.3%,均有明显差异($P<0.05$)。

3 讨论

3.1 急性中毒近年研究进展 急性中毒的抢救治疗,目前多以西药为主,在洗胃这一关键环节上,常用的洗胃介质为 1%~5%碳酸氢钠溶液、2%~4%鞣酸溶液、0.02%~0.05%高锰酸钾溶液,利用上述溶液洗胃具有严格的禁忌证。临床实践中,很多患者的中毒物质并不明确,因此,在洗胃时,常使用清水(温),这在某种程度上影响了急性中毒的抢救成功率。至于利用中药汤剂洗胃,目前临床鲜有报道。王其新^[1]等认为大黄具有下瘀血破癥瘕积聚、荡涤肠胃推陈致新的功能,利用大

黄浸泡液(大黄 30g 用 80℃水 150mL 浸泡 20min)经胃管注入治疗急性有机磷中毒,治愈好转率 80%。葛淑芬^[2]主张急性中毒应以中医辨证施治,分为毒邪入胃、毒邪上攻头目、毒邪闭阻肺气、毒邪内陷厥阴、毒邪上攻于心,方药分别用枳实导滞丸、黄连上清丸、定喘汤、羚角钩藤汤和生脉饮治疗。徐晓阳^[3]等在抢救急性中毒症中,用大承气汤胃管灌服以通里攻下排毒,取得了较好的效果。胡秀苇^[4]等加用复方麝香注射液治疗急性中毒 55 例,疗效满意。

3.2 单味中药治疗急性中毒的研究 常用中药有大黄、牛黄、芒硝等,大黄富含蒽甙,其作用部位主要在大肠,能增加肠蠕动,抑制肠内水分吸收,促进排便,故具有排泄胃肠有毒物质的作用;芒硝的主要成分为碳酸钠,不易被肠壁吸收,存留肠内成为高渗溶液,阻止肠内水分吸收,使肠内容积增大,引起机械刺激,促进肠蠕动而排出稀便;牛黄能与多种有机物结合成稳定的饱和物而起到解毒作用。

3.3 体会 急性中毒属中医“厥证”范畴,由服食有毒物质导致阴阳失调、气机逆乱所引起,因此抢救治疗上首先要排出毒物,其次辅以解毒开窍。解毒洗胃液以大黄苦寒降泄,通便排毒为君药;枳实、厚朴疏通气机,行气降逆为臣药;丁香、柿蒂温中散寒、降逆为佐药;黄连苦寒泻火,佐以吴茱萸以制黄连之寒,共为使药;外毒入胃,多致胃阴不足,故以沙参、麦冬益养胃阴;邪毒上蒙清窍,以致神昏谵语,烦躁不安,故以牛黄解毒开窍。诸药配伍,共奏排毒通下、养胃益阴、醒脑开窍之功效。现代药理研究表明大黄所含的蒽醌类化合物具有很强的致泻作用,能够迅速排出胃肠道的有毒物质,又因含有鞣酸,具有收敛作用,泻后不易引起脱水,同时,所含大黄酸、大黄素和芦荟大黄素对大肠杆菌有很强的抑制作用。枳实对胃肠道平滑肌有兴奋作用,动物实验证明其能使胃肠运动收缩节律增强而有力,丁香所含丁香油酚,能缓解胃肠气胀,与枳实合用,能够明显减轻大剂量应用阿托品所致的胃肠蠕动缓慢、胃肠胀气等副作用。沙参能刺激胃黏膜,使分泌增多,故对胃黏膜有一定的保护作用,减轻洗胃和有毒物质对胃黏膜的损伤。牛黄富含胆红素钙盐、胆酸、麦角固醇、维生素 D、铜、铁、锌、镁等,动物实验证实其有强心、镇静、抗惊厥等作用,并可与多种有机物结合成为稳定的化合物,而起到解毒作用。本方治疗作用的机理,主要是在洗胃排毒的同时,通过导泻,增强胃肠平滑肌蠕动,使进入肠道的有毒物质迅速经大便排出,同时通过与有毒物质结合成稳定的化合物,降低其毒性,并保护胃黏膜。该方疗效显著,具有广阔的市场前景,值得临床推广应用,今后的研究应进一步完善剂型,提高解毒洗胃液的疗效。

B 超引导下穿刺抽吸硬化治疗肝肾囊肿 45 例报道

黄德益 郑俊斌

(浙江省玉环县人民医院 玉环 317600)

关键词:肝肾囊肿;B 超引导;穿刺;无水乙醇硬化

中图分类号:R 575.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0025-01

超声显像诊断肝肾囊肿极为敏感。近年来,随着超声介入技术的发展,介入治疗肝肾囊肿已取代以往手术切除治疗,目前最佳治疗方法是在超声引导下经皮穿刺抽液并硬化治疗。我院自 2002 年 1 月~2007 年 8 月对 45 例肝肾囊肿患者进行 B 超引导下经皮穿刺抽液注射酒精硬化治疗,取得良好的疗效。现回顾报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组肝囊肿 7 例,男性 5 例,女性 2 例;囊肿直径 8.3~17.0 cm,平均 10.5cm。肾囊肿 38 例,男性 27 例,女性 11 例;囊肿位于左肾 22 例,右肾 16 例;囊肿直径 4.5~15.0 cm,平均 7.2 cm。均经 B 超或 CT 检查证实为单纯性肾囊肿或肝囊肿。其中 20 例无症状,体检时发现。

1.2 方法 根据 B 超探及囊肿部位及大小,设计穿刺部位和进针角度,穿刺选择点为囊肿和皮肤距离最近点,尽量避开胸膜、脾等脏器。皮肤以 0.5%碘伏消毒,铺无菌洞巾,穿刺点用 1%利多卡因局部浸润麻醉,20G 穿刺针刺入,沿探头指点方向进针达在囊肿后方的 1/2~1/3 处,B 超图像囊肿液性暗区可见针尖强回声点,抽取囊液,可见囊腔明显缩小,记录囊液量,囊液常规行细胞学检查。如囊腔疑有感染时,用 0.5%甲硝唑冲洗直至冲洗液清亮,然后注入无水乙醇,注入量视囊肿大小而定,一般为囊液量的 1/4,5~10 min 后抽出乙醇,最后保留 5~10mL 于囊内,必要时重复 2~3 次,拔出穿刺针,平卧观察 10 min,如无异常反应即结束治疗。

2 结果

所有患者均一次穿刺成功,术后患者均有不同程度肾区胀痛不适和灼热感,3 例出现醉酒反应,未发生严重并发症。45 例囊肿中,12 例为咖啡色陈旧性液体,2 例合并有感染,经冲洗、硬化、抗感染治疗后痊愈。细胞学检查均为阴性。分别于术后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月复查 B 超,36 例囊肿消失(80.0%),9 例囊肿明显变小。

3 讨论

肝肾囊肿为临床常见病、多发病,以老年人居多,较大者可引起上腹部不适,腹胀,腹痛,肾囊肿还可引起血尿,腰背酸痛,严重者可引起继发性高血压或肾积水,临床无特效药物。体积较小的无症状的肝肾囊肿可以不予治疗,但囊肿较大或存在临床症状时,应积极治疗^[1]。肝肾囊肿手术治疗损伤大、出血多,而且容易出现并发症。细针穿刺硬化治疗损伤

小,操作灵活简便,并发症少,并且疗效明显。B 超能连续动态观察穿刺过程,对囊肿穿刺精确度高,并发症少,同时还能动态观察抽吸囊液及注入硬化剂的情况,可使治疗达到最佳效果。

穿刺硬化治疗的目的是去除囊肿对肝肾组织的压迫损害。肝肾囊肿的介入穿刺治疗指征目前尚无统一标准,若囊肿逐渐增大将对周围组织产生不可逆的损害,应尽早解除压迫、保护肾功能。但文献报道单纯穿刺疗效并不肯定,需向囊腔内注射药物,常用药物有无水酒精、1%硝酸银、红霉素、四环素、3%硫酸铝钾等,治疗机制尚未完全明确。临床使用较多的为无水酒精,其治疗机理是:囊肿内壁由上皮组织组成,无水酒精可使上皮细胞蛋白凝固变性,细胞破坏,使囊腔凝固、硬化、粘连、闭合,最后吸收消失。囊内注入无水酒精后因囊壁凝固硬化,对酒精的通透性反而降低,酒精只能逐步向外渗透,故对周围肾组织无不良影响。囊壁上的分泌细胞遭酒精破坏失去分泌囊液功能,故可预防复发^[2,3]。本组资料统计结果显示,B 超介入治疗肝肾囊肿的治愈率达 80.0%,有效率达 100%。说明 B 超引导下无水酒精治疗肝肾囊肿确实有效。

在进行肝肾囊肿穿刺时,应注意以下几点:(1)无水酒精作为硬化剂具有显效迅速的特点,注入无水酒精的量应为抽出囊液量的 1/4。但即使囊液量超过 150mL,无水酒精的注入量也尽量不要超过 40mL,以免发生腰痛、恶心等不适反应。(2)在向囊腔内注入硬化剂前必须抽尽囊液,以免使硬化剂稀释,不能达到硬化的目的,导致术后囊肿复发^[4]。(3)为确保疗效,可在抽净无水酒精后,再向囊腔内注入无水酒精 5~10mL 作为保留,患者一般无不适症状。(4)抽吸囊液时务必要使空气因负压吸入囊腔,否则会使硬化剂接触不到气泡所在处的囊壁,影响疗效。

参考文献

[1]徐颖,刘修恒,吴爱顺,等.经皮穿刺肾囊肿内注射复方铝溶液远期疗效观察[J].中华泌尿外科杂志,2003,24(12): 813-814
[2]韩宇强,王进,平杰.经皮穿刺注射酒精治疗肾囊肿 20 例报告[J].临床泌尿外科杂志,1996,11(2): 58
[3]夏克良,吴晓艳,李霞.超声引导下经皮穿刺无水酒精注射治疗卵巢囊肿[J].临床超声医学杂志,2000,2(S): 161-163
[4]何青,贺文.CT 导向下肾囊肿穿刺硬化治疗[J].CT 理论与应用研究,1998,7(2): 28-31

(收稿日期: 2008-03-28)

参考文献

[1]王其新,段鲁勤,马辉,等.大黄对有机磷农药中毒并发胃肠功能衰竭的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2000,7(1): 24-25
[2]葛淑芬.急性中毒症辨治探讨[J].浙江中医杂志,2003,38(9): 394
[3]徐晓阳,刘纳文.大承气汤在抢救急性中毒证中的应用初探[J].天

津中医,2000,17(3): 44

[4]胡秀苇,胡德豹.复方麝香注射液治疗急性中毒临床观察[J].中国中医急症,2006,15(1): 27

(收稿日期: 2008-04-03)