

急性乙醇中毒 23 例临床分析

朱贤呈

(浙江省台州市路桥区峰江街道卫生院 台州 318054)

摘要:目的:观察综合性治疗急性乙醇中毒的临床疗效。方法:将 23 例急性乙醇中毒病例进行平均清醒时间、治愈率、死亡率的分析。结果:平均清醒时间为 1.05h,无 1 例死亡,全部治愈。结论:综合治疗急性乙醇中毒具有见效快、疗效佳的特点,值得临床尤其是基层卫生院推广。

关键词:乙醇中毒;综合治疗;急性

中图分类号:R 595.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0053-02

急性乙醇中毒是常见病、多发病,在节假日尤其在春节多见,是内科急症之一,此病发病急,变化快,病因一般较明确,诊断不难,故重在治疗。我院应用综合性方法治疗急性乙醇中毒取得良好疗效。现就我院诊治的急性乙醇中毒 23 例临床分析报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 23 例,男 19 例(占 82.6%),女 4 例(占 17.4%);年龄 21~56 岁,平均 29.7 岁;饮酒量 250~1 000mL,平均为 380mL;饮酒到就诊的时间 1.4~6h,平均 2.7h。

1.2 临床表现 23 例都有面色潮红或苍白、呕吐的表现,其中意识欠清伴头痛、呕吐 3 例(占 13.0%),嗜睡 13 例(占 56.5%),躁动不安、语无伦次 4 例(占 17.4%),昏迷、小便失禁 3 例(占 13.0%)。

1.3 诊断和分度 急性乙醇中毒诊断标准^[1]:(1)发病前有过量饮酒史;(2)呼吸、呕吐物中有乙醇的气味;(3)中枢神经系统兴奋,共济失调或昏睡,重度者呈昏迷状态;(4)排除药物、化学性气体及其他原因所致的昏睡、昏迷。本组 23 例均符合急性乙醇中毒的诊断标准。根据患者的中毒程度分为:(1)轻度中毒,饮酒量 200~400mL,有兴奋或共济失调表现,占 87.0%;(2)重度中毒,饮酒量 450mL 以上,患者昏睡或昏迷,有呼吸抑制、紫绀、血压下降、大小便失禁,占 13.0%。

1.4 综合治疗 轻度急性乙醇中毒者常有头痛和剧烈的呕吐,通常以对症治疗为主,可用胃复安或枢丹止吐,同时加用西咪替丁、VitC、VitB₆、ATP 等保护胃黏膜,减轻脑水肿及支持治疗。中度中毒者,在上述对症支持治疗的同时,还应用醒脑静或麝香注射液及纳洛酮、回苏灵等催醒。重度中毒者可给予洗胃、流置导尿和 20%甘露醇降颅压,维持水、电解质平衡等治疗。

1.5 结果 通过上述综合治疗,23 例患者都治愈,无 1 例死亡。病人清醒时间为 20min~4.5h,平均清醒时间为 1.05h。优于周涛等报道的 1.2h^[2],缩短了病人的清醒时间,见效快,疗效确切。

2 讨论

急性乙醇中毒是内科常见急、重症,常规治疗疗效欠佳,综合性治疗见效快、疗效佳、可缩短疗程。通常口服乙醇 80%以上由上消化道迅速吸收,空腹饮酒则吸收更快,90%以上于饮酒后 1.5h 内吸收入血液循环,绝大部分在肝脏经过一系列酶的作用被氧化成乙酰辅酶 A、二氧化碳、水,同时产生热量,仅小部分由肺和肾脏排出^[3]。过量饮酒主要表现为中枢神经系统方面受抑制,乙醇是脂溶性的物质,可迅速地透过大脑中枢神经细胞膜,作用于细胞膜上的酶,使皮质功能受抑制,表现为先兴奋后抑制,最后抑制延脑血管运动和呼吸中枢,呼吸中枢麻痹是重症致死的主要原因。急性酒精中毒时机体处于应激状态,可促使内源性阿片肽的释放,同时乙醇的代谢产物乙醛在体内与多巴胺缩合成阿片肽,直接或间接作用于脑内阿片受体而引起急性中毒症状,表现为中枢神经兴奋或抑制状态,严重者可导致呼吸、循环及肝功能障碍,甚至因中枢神经麻痹而死亡。乙醇中毒可使脑组织缺血甚至引起脑水肿,其发生机制可能是:(1)血小板功能亢进和血液高凝状态。乙醇中毒可使血小板反跳性成倍增高,也可使纤维蛋白溶解性降低,纤维蛋白自发溶解时间明显延长。大量饮酒可诱发血小板聚集和血栓素 A₂ 增加,该物质是强烈的血小板聚集和脑血管收缩剂。因此,乙醇中毒可通过多种因素使患者的血液处于一种高凝状态,同时脑血管收缩,脑血流量下降,使脑组织缺血、缺氧,甚至引起脑水肿。(2)大量饮酒中毒后常深睡或昏迷,身体处于多种异常姿势和体位,引起颅外血管的压迫,导致脑循环供

参考文献

2007.345,381

[1]沈鱼邨.精神病学[M].北京:人民卫生出版社,2007.412

(收稿日期:2008-12-25)

[2]苏珊-诺伦.变态心理学与心理治疗[M].北京:世界图书出版公司,

血进一步障碍^[4]。

纳洛酮为内源性阿片样物质特异性拮抗剂,能选择性阻止并取代吗啡样物质与受体结合,解除 β-内啡肽对呼吸、循环系统功能抑制作用,使中枢性呼吸衰得到改善,心输出量增加,全身血液循环得到改善,增加脑部血氧供应,从而加快意识的恢复。醒脑静注射液由安宫牛黄丸改制而成,主要成分为麝香、冰片、郁金、栀子;麝香注射液是在醒脑静配方的基础上研制而成,主要成分为麝香、郁金、冰片、石菖蒲、藿香、薄荷脑等;两药均具有开窍醒脑、安神定志、清热解毒、镇静止痛、凉血行气之功,静脉给药可通过血脑屏障,直接作用于中枢神经系统,并能减少血管通透性,改善缺氧脑细胞代谢,有利于中毒患者意识转清。回苏灵是中枢兴奋药,当中枢神经受抑制时,兴奋作用更明显,特别是对呼吸功能的兴奋,回苏灵还具有一定的苏醒和兴奋血管中枢的作用,适用于各种原因引起的中枢性呼吸衰竭,苏醒率可达 90%~95%^[5]。乙醇有抑制呼吸的作

(上接第 48 页)后病情无好转或者加重。

2 结果

2.1 症状、体征恢复时间 体温恢复正常(2.31±1.85)d,喘息消失(7.30±2.51)d,肺部体征消失(7.00±2.29)d。

2.2 不良反应 本组未见严重不良反应,有 8 例出现恶心、腹泻等消化道反应,经对症处理后消失,未影响治疗。

2.3 疗效评定 显效 20 例(48.8%),有效 20 例(48.8%),无效 1 例(2.4%),总有效率 97.6%。

3 讨论

肺炎支原体是介于病毒与细菌之间的没有细胞壁的病原体,因此,对于干扰细胞壁合成的抗菌药物如 β-内酰胺类、万古霉素等均不敏感,对干扰蛋白质合成的药物如四环素、红霉素、阿奇霉素等敏感,故临床上通常采用大环内酯类药物治疗。阿奇霉素是新一代大环内酯类抗生素,进入细胞及组织的浓度较红霉素高,不良反应少,因而受到临床医生的欢迎。抗菌药物治疗细菌感染的有效性取决于抗菌药物抗菌活性、在炎症部位的浓度及在最低抑菌浓度(MIC)以上维持的时间。阿奇霉素对肺炎支原体的 MIC 在大环内酯类药物中最小,为 0.00024μg/mL,在组织内药物浓度较高,细胞内外浓度比为 79:1,阿奇霉素在组织中半衰期长达 68h,用量 10mg/(kg·d),每天 1 次,用药 3d 后有效组织浓度可维持 10d^[1,2]。故我们对婴儿支原体肺炎采用

用,回苏灵能兴奋呼吸功能,有效地拮抗了乙醇的抑制作用,尤其适用于重症患者。甘露醇是渗透性利尿剂,可有效地减轻脑水肿。重症患者在呕吐的同时常发生误吸情况,所以洗胃就显得相当重要,它能有效地减少误吸的发生。大量的饮酒及剧烈的呕吐会损伤胃黏膜,西咪替丁是有效的 H₂ 受体拮抗剂,对胃黏膜有保护作用,能有效地防止胃出血。通过上述综合治疗,临床效果满意,无不良反应,值得临床推广应用。

参考文献

[1]张心中.实用急诊手册[M].天津:天津科学技术出版社,1994. 458-459
[2]周涛,郝强.纳洛酮治疗急性酒精中毒疗效观察[J].中华现代临床医学杂志,2004,2(9A):1 560
[3]冯新,张珉,李伟.纳洛酮治疗急性酒精中毒的疗效观察[J].中华实用医药杂志,2003,3(4):612
[4]乔治河德尔曼.神经科学百科全书[M].上海:上海科学技术出版社,1992.669
[5]周自永,王永祥.新编常用药物手册[M].第 3 版.北京:金盾出版社,1998.168-171

(收稿日期:2009-02-04)

阿奇霉素序贯疗法取得满意效果,本组 41 例总有效率达 97.6%。近年来序贯疗法用于社区获得性肺炎已有较多的文献报道,并已获得满意的临床疗效。序贯疗法的依据是:在感染早期,感染部位的细菌大量繁殖,细菌数量多,炎症反应也剧烈,因此用静脉给药,能使药物迅速达到感染部位,并在感染部位达到最低抑菌浓度(MIC),以控制细菌生长,有效地杀菌,当病情改善及稳定后,给口服治疗量的药物可维持血药浓度大于 MIC,维持炎症部位的药物浓度,继续起到杀菌作用。由静脉给药改为口服给药的临床标准为:(1)经静脉用药后病情好转或稳定,体温恢复正常。(2)口服能耐受,无胃肠道功能紊乱或吸收障碍。(3)未同时口服其它能引起药物互相作用而影响吸收的药物。(4)对口服药物无过敏史。序贯疗法有下列优点:(1)早停静脉注射可减少局部感染。(2)早日出院,可减少院内感染。(3)减轻痛苦及家庭负担。(4)节省医疗资源^[3]。我们认为采用序贯治疗方法简便易行,可增强疗效,减少静脉穿刺,加大患儿依从性,缩短住院日,降低医疗费用,深受患儿及家长的欢迎。

参考文献

[1]宫道华,吴升华.小儿感染病学[M].北京:人民卫生出版社,2002. 719-729
[2]王岱明.门冬氨酸阿奇霉素治疗儿童肺炎的临床疗效及安全性[J].中国实用儿科杂志,2003,18(12):750
[3]王岱明.抗生素的药理特点与序贯疗法[J].中国实用儿科杂志,2003,18(4):195-196

(收稿日期:2008-12-17)