

126 例中毒患者的院前急救

应惠玲

(甘肃省定西市人民医院急救中心,甘肃 定西 743000)

【关键词】 中毒; 院前急救

中图分类号: R595 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.01.025

2006 年 1 月至 2008 年 12 月本院救治急性有机磷农药中毒(AOPP)、一氧化碳(CO)中毒、镇静催眠药中毒、酒精中毒、鼠药中毒患者 126 例,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:126 例患者中男 45 例,女 81 例;年龄 14~81 岁,平均 29 岁。患者均有明确的中毒接触史,其中 AOPP 36 例,CO 中毒 28 例,酒精中毒 25 例,鼠药中毒 11 例,药物中毒 26 例;中毒时间 4~16 h,中毒程度不等。患者均伴有不同程度的头晕、头痛、心悸、恶心、呕吐、嗜睡、烦躁不安、惊厥、意识模糊、昏迷、血压不稳等症状,不同毒物中毒者同时伴有特征性表现。

1.2 急救措施:迅速问明病史,辨清中毒类型,立即撤离中毒现场,对经皮肤中毒者清洗污染皮肤;口服中毒者洗胃、导泻。维持患者呼吸道通畅,严密观察生命体征的变化,常规补充液体和维生素类,利尿加速毒物排泄,保护主要器官功能,对呼吸、心跳停止者立即采取气管插管,胸外按压等心肺复苏抢救技术。①有机磷农药中毒者在洗胃同时迅速给予阿托品和氯磷定等解毒剂。②CO 中毒者给予吸氧、静脉滴注能量合剂 ATP 和辅酶 A、维生素 C、甘露醇、利尿剂、纳洛酮及肾上腺糖皮质激素,防治肺水肿、脑水肿;心动过缓者肌肉注射(肌注)阿托品、呕吐频繁者肌注胃复安。③对药物中毒昏迷患者静脉注射(静注)纳洛酮;低血压或休克者纠正低血容量,血压回升不满意静注多巴胺。苯二氮革类中毒给予特异性拮抗剂氟马西尼。④酒精中毒昏睡及意识不清者给予纳洛酮,视患者病情应用血管活性药物。⑤鼠药中毒时防止窒息和控制惊厥是急救的重点,通常使用鲁米那。癫痫样大发作给予安定;氯乙酰胺中毒者要注意低血钙症和低血糖,常规应用钙剂和纠正低血糖可使惊

厥容易控制;对抽搐频繁者,院前抢救中即给予气管插管,以便在反复抽搐导致呼吸衰竭的情况下能有效给氧或人工通气,避免发生突然死亡。

1.3 结果:院前急救成功率 98.7%,病死率 1.3%。各类型急救成功率见表 1。

表 1 各型中毒患者急救成功率及病死率比较

中毒类型	例数	急救成功率 [% (例)]	病死率 [% (例)]
有机磷农药	36	94.4 (34)	5.6 (2)
CO	28	96.4 (27)	3.6 (1)
镇静催眠药	26	100.0 (26)	0 (0)
酒精	25	100.0 (25)	0 (0)
鼠药	11	81.8 (9)	18.2 (2)
合计	126	98.7 (121)	1.3 (5)

2 讨论

急性中毒发生率近年来在逐年上升,尽管治疗方法上有了明显的进步,但病死率仍较高。因此,要重视院前急救。首先高度重视患者的病史,明确中毒物接触史,包括毒物名称,接触时间及吸收量,不能明确者及时留取洗出的胃内容物、呕吐物及排泄物送检。许多患者在中毒早期无特异性表现,易被忽略,导致严重甚至致命后果。迅速切断毒源,注意对深昏迷、腐蚀性中毒、挥发性烃类化合物等不宜催吐洗胃,孕妇慎用。清醒者用 500 ml 凉开水加食盐灌服,服后用筷子刺激患者咽后壁呕吐,反复多次。番泻叶泡水冲服,也可用芒硝或硫酸镁溶于温开水中顿服,或洗胃后胃管灌入。抑制中枢神经系统的药物中毒时不宜用硫酸镁。重视临床表现,密切注意患者生命体征、呼吸、瞳孔、神态、心率、气味、尿色、皮肤变化和异常神经反射,有助于中毒诊断及判断毒物种类。迅速有效消除威胁生命的毒效应。对心跳、呼吸停止者迅速进行心肺复苏;呼吸衰竭者紧急开放气道,进行气管插管和呼吸支持;对严重心律失常、中毒性肺水肿、中毒性脑病、脑水肿应及时对症救治。

明确诊断后应尽早使用特异性解毒剂,但目前只有小部分毒物有特异性解毒剂^[1]。AOPP 患者在及时、彻底洗胃的前提下,于中毒后 2 h 内,即胆碱酯酶(ChE)重活化的“黄金时间”内尽早足量使用 ChE 复能剂,并早期、足量、反复阿托品化,已是目前公认治疗 AOPP 的原则^[2]。对无有效解毒剂的毒物中毒者急救措施主要依靠及早排毒及有效的对症支持治疗,帮助患者渡过危险阶段。所以说,早期进行对症和支持疗法是救治急性中毒的主要手段之一。

纳洛酮是吗啡受体拮抗剂,是阿片类麻醉药的解毒药,对麻醉镇静药引起的呼吸抑制有特异的拮抗作用。纳洛酮和氟马西尼两种药物的应用明显改善苯二氮革类镇静药物中毒患者呼吸抑制的表现,还被用于急性酒精中毒、休克、昏迷等^[3]。在有机磷农药中毒的临床治疗中,应避免使用麻醉剂,因为麻醉剂可进一步降低 ChE 活性,其中一些药物还可抑制呼吸。

对各种中毒患者常规给氧、补充液体和维生素类治疗很有必要。氧不仅可有效对抗中毒对组织最普遍的缺氧损伤,对窒息性毒物如 CO、氰化物还是有效的解毒剂。维生素 C 是还原剂,能提供电子消除自由基,大剂量维生素 C 能使心肌 Na⁺-K⁺-ATP 酶和 Ca²⁺-ATP 酶的活性明显提高^[4],减轻中毒情况下对心肌活性的损伤,减少细胞死亡。因此,对所有中毒患者静脉补充较大剂量的维生素 C,促进并保护了组织细胞的生物活性,防止毒物对组织的损伤。

重视判断病情危重程度,及早发现,及时救治,出现下列情况均表示病情危重:①中枢神经系统抑制:出现昏迷、呼吸抑制、血压下降、抽搐、惊厥。②中毒性肺水肿。③严重心律失常。④休克。⑤急性溶血性贫血、血红蛋白尿。⑥急性肾功能衰竭、少尿、尿毒症。⑦中毒性肝病^[5]。

急性中毒的院前急救,使患者在第

作者简介:应惠玲(1962-),女(汉族),甘肃省人,副主任医师。

一现场得到及时有效的抢救治疗,争取了宝贵的抢救时机,并为院后的治疗提供了良好的基础,降低了院后处理的难度,缓解了临床症状,阻止了病情发展,对降低急性中毒患者昏迷率、病死率,提高治愈率具有重要意义^[6]。

参考文献

[1] 简相杰,余世英.急性氟乙酰胺中毒 38

例急救体会.中国危重病急救医学,2004,16(5):270.

[2] 陈洪云,孙亚丽,刘玲.重度急性有机磷农药中毒抢救成功 12 例临床分析.中国危重病急救医学,2005,17(6):334.
[3] 周明华,赖海波.纳洛酮治疗急性乙醇中毒 120 例治疗体会.中国危重病急救医学,2004,16(4):238.
[4] 刘琼,陈建斌,饶复,等.大剂量维生素 C 对病毒性心肌炎心肌腺苷酸酶活

性和钠钙代谢的影响.中国危重病急救医学,2002,14(10):612-614.

[5] 周明华.100 例急性药物中毒患者的治疗体会.中国中西医结合急救杂志,2005,12(6):354.
[6] 武秀昆.院前急救中的危重病患者抢救.中国危重病急救医学,2007,19(7):448.

(收稿日期:2009-12-28)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

早期腹腔灌洗治疗老年重症急性胰腺炎的临床探讨

马慧发,顾俊平,焦秋明

(天津市天和医院,天津 300050)

【关键词】 胰腺炎,急性,重症;老年;腹腔灌洗

中图分类号:R576 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2010.01.026

重症急性胰腺炎(SAP)是一种并发症多、病死率高、治疗棘手的外科急腹症。尤其老年患者多合并全身重要器官的损害,发生多器官功能衰竭(MOF)或急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的机会高,风险极大^[1]。随着近年来对 SAP 发病机制及病理演变过程进一步深入了解,使 SAP 的治疗有了概念上的更新,对于腹腔内有大量积液者行腹腔灌洗治疗可有效缓解症状、减轻全身反应、减少 MOF 发生,降低病死率,促进早期恢复。本院 1995 年 6 月至 2009 年 10 月共对 22 例老年 SAP 患者行手术治疗,其中 16 例进行腹腔灌洗治疗,现对其临床资料进行回顾性分析。

1 临床资料

1.1 一般资料:22 例患者中男 16 例,女 6 例;年龄 56~74 岁,平均(65±2)岁。病因:酒精性 2 例,暴饮暴食及高脂饮食 3 例,胆源性 15 例,不明原因 2 例。伴发病:慢性肺疾病 11 例,肾功能不全 5 例,高血压 8 例,糖尿病 5 例。入院时发生感染性休克 6 例,心功能不全 8 例。患者均根据临床表现、生化检查、腹腔穿刺、B 超、CT 检查等,符合中国中西医结合学会普通外科专业委员会制定的 SAP 诊断标准^[2]。

1.2 治疗方式

1.2.1 一般治疗:①禁食水、胃肠减压;②补充血容量,防治休克,纠正水、电解质及酸碱失衡,改善微循环,使用利尿

作者简介:马慧发(1973-),男(汉族),天津市人,主治医师。

剂,控制血糖;③抑制胰液分泌,给予生长抑素(如奥曲肽、施他宁)、抑胰酶制剂及莨菪碱类药物等;④营养支持;⑤足量联合应用广谱抗生素,以防止继发感染;⑥抑酸治疗,保护胃肠道黏膜,减少对胰腺的刺激,给予泮托拉唑或奥美拉唑;口服 50%硫酸镁 30~40 ml/d,除可利胆外,还可促进胃肠道功能早期恢复排气、排便,减少肠内源性细菌移位;⑦加强胰外器官监测,及时保护和治疗。

1.2.2 手术治疗:本组病例均行胰腺被膜切开,胰床松解腹腔引流,胆源性的行胆道减压,T 管引流。其中 16 例行腹腔灌洗,在小网膜腔放置细黄胶管做灌注用,胰腺上下缘及双侧盆腔放置双腔引流管。术后用输液器持续灌注生理盐水,10~20 L/d,视患者情况和引流液性状,一般连续灌注 5~7 d。

1.3 结果:22 例患者中,6 例常规手术后未用灌洗,其中 3 例出现 MOF 而死亡;16 例术后同时应用腹腔灌洗的患者中,仅 1 例发生 MOF 死亡,其余均治愈。

2 讨论

从我们的治疗经验来看,SAP 早期治疗非常重要,特别在纠正休克、营养支持及预防感染方面,要做到早期、及时、有效。目前对 SAP 的手术时机仍有争论。以前多主张早期手术,而且手术范围不断扩大,直至全胰切除,随着时间的推移,发现早期手术疗效并不理想,并未降低并发症和病死率^[3]。随着对 SAP 病理生理变化的进一步认识,新抑制胰酶药物的诞生以及广泛应用,现多主张延期

手术和非手术治疗,目前更多的倾向个体化原则^[4]。如果腹腔有大量积液,其中含有大量的毒素或血管活性物质,吸收后会增加发生 MOF 的风险,尤其是老年患者。此时通过手术行胰床减压松解,腹腔充分引流就显得十分必要。手术以简单、实用、时间短为原则,胰床松解可避免胰腺病变进一步加重,腹腔灌洗引流可以避免大量毒素的吸收,同时也有部分腹膜透析作用,有助于体内毒素的排出,减少了 MOF。本组 16 例应用腹腔灌洗后仅 1 例出现 MOF。总之,对合并大量腹腔积液的 SAP 患者,特别是老年患者,一经明确诊断,应及早处理,腹腔灌洗为一种简单有效的手术方法,可减少 MOF 的发生,降低病死率^[5]。

参考文献

[1] 张继红,戴丽华,古立诚,等.老年人重症急性胰腺炎的临床特点与治疗对策探讨.中国普通外科杂志,2002,11(3):180-181.
[2] 中国中西医结合学会普通外科专业委员会.重症急性胰腺炎中西医结合诊治常规(草案).中国危重病急救医学,2007,19(8):448-451.
[3] 时书库,林勇,宋修爱.急性重症胰腺炎的手术治疗(附 93 例报告).中国现代普通外科进展,2007,10(5):448-449.
[4] 刘宝,潘爱军,周树生,等.重症急性胰腺炎的早期个体化综合治疗——附 110 例分析.中国危重病急救医学,2006,16(3):169-171.
[5] 黄付春,孔秀敏,李惠清.腹腔灌洗治疗急性重症胰腺炎的体会.中国实用医药,2008,3(14):68-69.

(收稿日期:2009-12-30)

(本文编辑:李银平)