

邓氏温胆汤治疗乌头碱中毒后毒热症状

左强¹ 邹国蓉¹ 褚庆民² 叶桃春² 方俊锋²

(1. 广州中医药大学, 广东 广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405)

乌头碱中毒临床屡见不鲜,随着抢救经验的积累和抢救技术的提高,临床病死率已明显降低。然而纵观文献,治疗多着眼于中毒的早期救治,却忽视了乌头类植物大辛大热的特点,过量则属热毒之邪,患者中毒经抢救后仍可表现为一派气阴两虚或痰瘀互结之证候,临床鲜有针对此类中毒后症状的理论探讨及治疗报道,故亟待提出新见解以臻同道。

1 案例

患者男性,59岁,2014年7月9日服用川乌30min后出现心悸,伴乏力、头晕、恶心、呕吐,遂至当地医院急诊,给予洗胃、导泻、补液,维持电解质和酸碱平衡的治疗;动态观察心电图示缓慢型心律失常并反复出现室性心动过速(室速)、心室纤颤(室颤),予以电复律,电除颤共16次;并予阿托品、胺碘酮、利多卡因等抗心律失常。7月12日患者心悸症状好转后强行出院,当晚再次出现心悸等不适症状而入本院,入院时面色苍白,心悸,大汗,头晕,乏力,3日未解大便,纳差,呕吐痰涎,四肢末端麻木,舌质暗淡,苔黄厚,脉弦缓;体温36.4℃,脉搏51次/min,呼吸频率23次/min,血压98/60 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。实验室检查:天冬氨酸转氨酶(AST)133 U/L,丙氨酸转氨酶(ALT)118 U/L,肌酐(Cr)180 μmol/L,肌酸激酶(CK)3.09 kU/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)26 U/L,肌钙蛋白I(TnI)0.053 μg/L,肌红蛋白(Mb)273.3 μg/L。心电图示:窦性心动过缓(心率51次/min),偶发室性期前收缩(室早)。西医诊断:乌头碱中毒;中医诊断:乌头类中毒,气虚痰瘀互结。中医治疗给予邓氏温胆汤加味:茯苓15g,白术15g,法半夏12g,胆南星10g,橘红6g,枳壳6g,竹茹15g,太子参18g,丹参30g,三七沫1.5g(冲服),佐以双黄连注射液。西药给予门冬氨酸钾镁注射液、曲美他嗪。7月15日二诊,患者心悸、头晕、呕吐等症明显缓解,但仍觉乏力,口渴咽干,盗汗。加北沙参15g,麦冬15g,五味子10g,五爪龙30g,黄芪30g,再服3剂后诸症好转出院,停药西药,继续服用二诊方药2周,门诊及电话随访半年,未诉明显不适。

2 讨论

乌头碱是川乌、草乌等乌头类植物所含的成分,民间常用来泡酒或炖食以治疗风湿骨痛,随着近来扶阳派学说的盛行,乌头类植物的食用愈发普遍。但需注意乌头碱的治疗剂量与中毒剂量接近,且存在未经煎煮、煎煮时间不足、个体耐药差异等因素,中毒后主要侵害神经、心血管等系统^[1]。西

医治疗常规给予洗胃、导泻、补液,维持电解质和酸碱平衡,纠正恶性心律失常,保护器官功能等^[2]。中医也有报道早期给予大承气汤,或仅用大黄灌服导泻^[3],或用大剂量甘草、绿豆等解毒^[4]。然而这些治疗多着眼于中毒的早期救治,却忽视了乌头碱药性辛温大热,用之过量则属“热毒”。“毒”一般指损害机体且作用迅猛的物质,如《金匱要略·心典》云:“毒者,邪气蕴结不解之谓。”热毒者,一言其热盛,二言毒性强,以区别六淫热邪。毒邪发病具有暴烈性、危重性、兼夹性等特点。热毒炽盛,伤津耗气,炼液为痰;伤及血分,耗血动血,血瘀脉外而成瘀血;津液耗损,机体失养,五脏皆衰。国医大师邓铁涛教授早年即倡导痰瘀相关理论:以津血同源为理论根据,痰瘀互患广泛见于疑难杂症。痰、瘀互为因果,可随气机升降,困阻周身。总之,毒、痰、瘀、虚4种致病因素关系密切,相互影响,使疾病缠绵难愈,症状复杂。

本例患者发病后以恶性心律失常为致命表现,经早期积极救治得以生还,但其中毒后症状并未得到及时、有效的缓解。入本院后,患者生命体征基本平稳,然而一派气虚痰瘀互结之证候却仍突显,遂审证求因,从热毒之邪致病的根源出发,灵活运用邓老提倡的“痰瘀相关”理论。邓老根据此理论基础,临证以益气除痰祛瘀为法,擅用温胆汤加丹参、党参,学术界尊称为邓氏温胆汤^[5],临床加减灵活,应用广泛。较温胆汤之原方,邓老喜欢用橘红代替陈皮以加强宽胸之力;枳壳易枳实宽中而不破气;加胆南星助法半夏涤痰化浊;易党参为太子参益气且养阴生津;丹参活血化瘀,功同四物;血瘀较重加三七1.5g打碎冲服。除药味加减,邓老在药量上亦颇有斟酌,法半夏用量增至12g,增强涤痰化浊之力;竹茹增至15g则可宁神开郁,且避免全方性温;太子参以15~18g最佳,多用反而壅阻中焦;另治病求本,加双黄连注射液以清余热毒邪。研究报道称双黄连所含黄芩苷可保护神经细胞,改善乌头碱中毒症状^[6]。二诊时标实之证已缓解,遂予扶正固本,益气化阴,阴生阳长,使紊乱之气机得到纠正,阴阳气血得以顺调^[7]。加沙参、麦冬滋阴润燥;五味子敛阴,黄芪、五爪龙增强益气扶正的功效;亦可予参麦注射液,研究证实其可保护心、脑细胞,调节免疫功能^[8]。全方紧抓毒、痰、瘀、虚的致病因素,分清轻重缓解、标本兼顾,共奏解毒涤痰破瘀、益气养阴之功效。纵观整个病案,西医紧急解毒、抢救生命,中医以人为本、改善症状,体现了中西医结合在急危重症中的优势,诸症告愈。

参考文献

- [1] 王磊,赵光举,李萌芽,等.急性乌头碱中毒脑损伤机制及黄芩苷的干预作用[J].中国中西医结合急救杂志,2014,21(4):289-293.
- [2] 谢媛,杨亚非,许宗明.成功救治重度乌头碱中毒的病例分

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2015.04.021

基金项目: 国家中医药管理局项目(A2100015); 广东省科技计划项目(2013B032500002)

通讯作者: 左强, Email: zuoqiang16815@qq.com

析[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(6): 369.
 [3] 梁伟波, 张颖, 谢平畅, 等. 11 例急性乌头碱中毒的临床分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(6): 384.
 [4] 武明东, 都广礼. 乌头碱中毒致室性心律失常 1 例救治体会[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(6): 377.
 [5] 刘小斌. 邓氏温胆汤治疗“痰证”临床解读[J]. 湖北民族学院学报(医学版), 2011, 28(4): 46-48.
 [6] 王磊, 赵光举, 洪广亮, 等. 双黄连对乌头碱所致 PC12 细胞损

伤的干预作用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(6): 408-411.
 [7] 张建平, 张森, 张红霞, 等. 田芬兰教授用中药治疗疑难病经验总结[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(1): 68-69.
 [8] 刘忠民, 李南, 于贺, 等. 参麦注射液对家兔心脏骤停后综合征影响的实验研究[J]. 中华危重病急救医学, 2013, 25(11): 664-668.

(收稿日期: 2015-04-03)(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

肝性脊髓病 1 例报告

李红峰¹ 武子霞²

(1. 宁夏回族自治区人民医院, 宁夏 银川 750021; 2. 天津市天津医院外科 ICU, 天津 300211)

1 病例简介

患者男性, 53 岁。主因“小便失禁, 意识障碍 1 周”入院, 既往有酒精性肝病史, 因肝病脑病多次住院治疗。1 周前无明显诱因出现小便失禁, 伴四肢不自主抽动和短暂性意识丧失, 每次持续约 1 min, 可自行缓解, 无失语及定向力障碍, 无牙关紧闭, 无双眼上翻, 大便正常, 以“慢性酒精性中毒性肝病、酒精性肝病”入院。入院查体: 体温 36.8℃, 呼吸频率 20 次/min, 血压 120/80 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 脉搏 80 次/min, 意识清楚, 呼吸平稳, 除双下肢肌力下降、肌张力增高、腱反射亢进外, 其余检查均无异常。追问病史, 患者近 2 年出现双下肢肌力下降, 开始为双下肢无力, 沉重感并进行性加重, 目前走路不稳。头颅 CT 诊断为双侧大脑半球多发腔隙性脑梗死。

补充诊断: ① 肝性脑病; ② 酒精性肝病; ③ 肝性脊髓病(HM); ④ 腔隙性脑梗死。

治疗方案: 治疗原发病, 改善肝功能, 限制高蛋白饮食, 口服乳果糖, 减少血氨生成、吸收, 降血氨, 补充 B 族维生素、神经生长因子等药物促进神经功能恢复和神经再生。

结果: 治疗后患者肝功能有一定程度改善, 肝性脑病得以纠正, 但 HM 症状无明显改善。

2 讨论

HM 是慢性肝病晚期的一种罕见并发症, 好发于男性, 病因主要为肝硬化, 病理生理改变为皮质脊髓束的髓鞘脱失和轴突变性, 因其发病率低, 无统一的诊断标准, 易发生误诊漏诊, 延误治疗。HM 发病机制尚不明确, 目前认为系直接到达大脑和脊髓的氨、吲哚、硫醇等毒性物质损伤轴突、神经元细胞及髓磷脂, 导致轴突变性和髓鞘脱失; 肝硬化患者神经营养缺乏, 干扰脊髓神经的营养代谢; 脊髓细胞免疫损伤等^[1-2]。该患者有明确的慢性肝病史, 实验室检查提示存在肝功能异常, 且多次发作肝性脑病, 血氨增高。HM 临床表现为进行性不可逆的双下肢瘫痪, 典型表现为双下肢无感觉障碍以及肌肉萎缩的进行性痉挛性瘫痪, 无尿道或肛门

括约肌障碍, 常有下肢肌力下降、肌张力增高、腱反射亢进、病理反射及踝阵挛阳性, 对上肢影响较小; 同时可伴有乏力、纳差、黄疸、肝性脑病、门静脉高压等肝病表现。肝性脑病的性格改变、行为异常和意识障碍在经过常规治疗后是可逆的, 但下肢痉挛性轻瘫在经过降氨等治疗后大多数不可逆。该例患者存在下肢肌力下降, 且进行性加重, 上肢肌力未见异常, 查体支持 HM 诊断。本次入院以反复发作的一过性意识障碍和精神症状的肝性脑病期为主, 伴转氨酶升高、乏力、纳差等肝功能损害和门静脉高压表现, 同时伴有小便失禁, 经改善肝功能、治疗肝性脑病后, 小便失禁好转, 考虑与肝性脑病相关。脑和脊髓症状的不平衡, 大脑症状是重复和瞬间出现, 而脊髓症状出现缓慢且逐渐恶化。HM 的实验室检查无特异性, 多数为转氨酶升高、胆红素升高、血小板减低、白蛋白降低、血氨增高等慢性肝病的常见表现; 其影像学检查如头颅 CT 或 MRI、脊髓 MRI 可无异常表现; 肌电图改变为双下肢神经源性损害^[3]。

目前对 HM 的内科治疗能在一定程度上改善患者的肝功能, 但对脊髓病症状无明显作用, 肝移植是目前认可的较有效的治疗方法。但该病发病隐匿, 早期出现脊髓脱髓鞘病变, 中晚期出现轴突损害^[3], 早期进行肝移植可有效改善肝性脊髓病患者神经传导障碍^[4], 但多数患者确诊时已处于脊髓病期, 延误了最佳治疗时机, 最后发展为截瘫甚至死亡。

参考文献

[1] Wang MQ, Liu FY, Duan F. Management of surgical splenorenal shunt-related hepatic myelopathy with endovascular interventional techniques [J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(47): 7104-7108.
 [2] 李向林. 肝硬化并发肝性脊髓病的诊治[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(15): 3559-3560.
 [3] Utku U, Asil T, Balci K, et al. Hepatic myelopathy with spastic paraparesis [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2005, 107(6): 514-516.
 [4] Baccarani U, Zola E, Adani GL, et al. Reversal of hepatic myelopathy after liver transplantation: fifteen plus one [J]. Liver Transpl, 2010, 16(11): 1336-1337.

(收稿日期: 2014-08-06)

(本文编辑: 李银平)