

• 经验交流 •

血必净注射液治疗百草枯中毒的临床观察

李铁刚, 张静萍, 赵敏, 梁媛媛

(中国医科大学盛京医院急诊科, 辽宁 沈阳 110004)

【关键词】 中毒, 百草枯; 血必净注射液; 疗效观察

中图分类号: R595.4; R242 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2007)02-0122-02

百草枯是目前世界上使用广泛的农用除草剂, 其中毒途径多为口服, 且至今尚无特效解毒办法。血液净化疗法虽不能降低中毒患者的病死率, 但可以减轻中毒的严重程度, 延长患者生存时限, 为进一步治疗争取时间。回顾性分析我院 2003 年以来采用血必净注射液治疗百草枯中毒患者的临床经验, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 10 例患者中男 4 例, 女 6 例; 年龄 15~40 岁; 既往均体健。按随机原则分为血必净治疗组和常规治疗对照组, 每组 5 例。所有患者均口服质量分数为 20% 的百草枯溶液中, 且超过致死剂量 (5~15 ml)。入院后患者均出现局部黏膜烧灼及消化道症状, 3~7 d 后逐渐出现肝、肾功能及循环、呼吸等系统受损表现, 出现急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 9 例。两组一般情况比较 (表 1) 差异无显著性 (P 均 >0.05), 有可比性。

1.2 治疗情况: 两组均在入院后 6 h 内洗胃, 给予活性炭、硫酸镁导泻, 血液灌流 (HP) 及常规支持等对症处理; 血必净组在上述治疗基础上给予血必净注射液 100 ml 静脉滴注 (静滴), 每日 2 次。

1.3 统计学处理: 计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 检验; 计数资料用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者动脉血氧饱和度 (SaO_2)、血生化指标、器官功能衰竭数和生存时间比较 (表 1~3): 血必净治疗组 SaO_2 及血生化各指标改善程度均明显好于常规治疗对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。血必净治疗组发生器官功能衰竭总数较常规治疗对照组明显减少, 生存时间明

通讯作者: 赵敏, 硕士生导师, 教授 (Email: zhaom@cmurh.com)

作者简介: 李铁刚 (1978-), 男 (汉族), 辽宁省人, 硕士研究生, 医师。

表 1 两组患者一般情况比较

组别	例数 (例)	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	中毒剂量 ($\bar{x} \pm s$, ml)	器官衰竭种类 (例)			
				呼吸	肝脏	肾脏	心脏
血必净治疗组	5	30.0 \pm 2.8	31.0 \pm 6.5	4	1	2	1
常规治疗对照组	5	35.0 \pm 3.2	38.0 \pm 7.2	5	3	4	2

表 2 两组患者 SaO_2 的动态变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	1 d	7 d	14 d	21 d
血必净治疗组	5	0.96 \pm 0.02	0.64 \pm 0.10 [△]	0.57 \pm 0.14 [△]	0.57 \pm 0.17 [△]
常规治疗对照组	5	0.97 \pm 0.02	0.35 \pm 0.03		

注: 与本组 1 d 时比较: 常规治疗对照组 7 d 比较: $\Delta P < 0.01$ 表 3 两组患者血生化指标检测结果及预后比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	ALT (U/L)	Cr ($\mu\text{mol/L}$)	白细胞计数 ($\times 10^9/\text{L}$)	生存时间 (d)		
					<7	7~14	15~21
血必净治疗组	5	55.8 \pm 12.7*	197.4 \pm 76.9*	10.6 \pm 3.1*	5	3	2*
常规治疗对照组	5	132.8 \pm 40.2	550.4 \pm 123.3	17.8 \pm 2.3	3	2	0

注: 与常规治疗对照组比较: * $P < 0.05$; ALT 为天氨酸转氨酶, Cr 为肌酐

显延长, 血必净治疗组到 21 d 时仅有 2 例存活; 常规治疗对照组 2 周内均死亡, 两组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。

2.2 CT 结果 (彩色插页图 1): 血必净治疗组入院 7 d 时肺 CT 示有散在小结节; 常规治疗对照组 3 d 示双肺多发渗出, 到 7 d 双肺呈磨玻璃样改变, 表现为肺纤维化、肺水肿。

3 讨论

呼吸衰竭 (呼衰) 是百草枯中毒最主要的死亡原因, 目前尚无特效解毒剂, 也没有适合的螯合剂能与组织或血液中的百草枯结合来清除毒物, 故有人根据毒物代谢动力学特点, 通过促进毒物的排出及减少毒物吸收来治疗百草枯中毒, 如导泻、洗胃、口服吸附剂及 HP 等^[1]。HP 虽能对血液中的百草枯起到一定的清除作用, 但并不能有效改善患者预后。Hampson 等^[2]就发现, 如果患者血中百草枯浓度超过 30 mg/L, 无论服毒多长时间, 何时进行血液透析 (HD) 或 HP, 也无论是单次或重复 HD 或 HP, 均不能改善患者的预后。Koo 等^[3]也已证实, 早期行 HP 可降低病死率, 但仍不能改善最

终结果, 多数患者仍死于晚期肺纤维化致呼衰并发多器官功能障碍综合征 (MODS)。

在本研究中, 我们所选的患者服药剂量较大 (30~80 ml), 患者最终出现了急性肾功能衰竭、肺纤维化及中毒性肝炎, 导致 MODS, 并多在中毒后 2~3 周死亡。分析治疗结果发现, 血必净治疗组患者呼衰出现的时间较常规治疗对照组延迟, 肝、肾功能损害程度均较轻, 白细胞计数也较低, 且生存时间有明显延长趋势。说明血必净注射液对治疗百草枯中毒有一定作用, 可能与其有效成分有关。血必净注射液是王今达教授经过 30 多年的临床实践, 从 32 组中药处方中筛选出来, 研制出的国家二类新药。研究显示其主要成分具有对抗细菌和毒素、降低内毒素水平、调节免疫及炎症介质、改善微循环、保护血管内皮细胞的作用, 从而在发病的病理环节上起到了对 MODS 的预防和治疗作用^[4-8]。

参考文献:

[1] Bismuth C, Garnier R, Dally S, et al. Prognosis and treatment of paraquat

- poisoning; a review of 28 cases [J]. J Toxicol Clin Toxicol, 1982, 19 (5): 461-474.
- [2] Hampson E C, Pond S M. Failure of haemoperfusion and haemodialysis to prevent death in paraquat poisoning, a retrospective review of 42 patients [J]. Med Toxicol Adverse Drug Exp, 1988, 3 (1): 64-71.
- [3] Koo J R, Kim J C, Yoon J W, et al. Failure of continuous venovenous hemofiltration to prevent death in paraquat poisoning [J]. Am J Kidney Dis, 2002, 39 (1): 55-59.
- [4] 王今达, 雪琳. 细菌、内毒素、炎性介质并治——治疗重症脓毒病的新对策 [J]. 中国危重病急救医学, 1998, 10 (6): 323-325.
- [5] 雪琳. SIRS 和 MODS 防治新对策的实验研究——血必净的药效学观察 [J]. 中国危重病急救医学, 1997, 9 (12): 720-722.
- [6] 曹书华, 王今达. 血必净对感染性多器官功能障碍综合征大鼠组织及内皮损伤保护作用的研究 [J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14 (8): 489-491.
- [7] 张淑文, 孙成栋, 文艳, 等. 血必净注射液对脓毒症大鼠血清炎症介质及 Th1/Th2 的影响 [J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18 (11): 673-676.
- [8] 梁显泉, 李志军, 刘红栓, 等. 血必净注射液治疗脓毒症 42 例 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12 (4): 251-252.

(收稿日期: 2006-08-25)

修回日期: 2007-01-10

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎 60 例

马孝义

(天津市南开医院, 天津 300100)

【关键词】 中西医结合疗法; 胃炎, 萎缩性, 慢性; 辨证论治

中图分类号: R242; R573.32 **文献标识码:** B **文章编号:** 1008-9691(2007)02-0123-01

慢性萎缩性胃炎 (CAG) 是消化系统常见疾病, 目前尚无特效治疗药物。我们采用中西医结合疗法治疗 CAG 收到了满意效果, 报告如下。

1 临床资料

1.1 病例: 将 116 例符合诊断标准的 CAG 患者按随机原则分成中西医结合组 (60 例) 和对照组 (56 例)。两组患者性别、年龄、病变部位等一般资料比较差异均无显著性 (P 均 > 0.05), 有可比性。

1.2 治疗方法: 中西医结合组以治疗脾胃虚为主, 服用协定处方 (党参 10 g, 黄芪 15 g, 桂枝 10 g, 枳壳 15 g, 乌梅 10 g, 香附 12 g, 白术 10 g, 芍药 10 g, 甘草 10 g, 黄精 10 g 和石斛等)。随证加减: 兼肝瘀气滞者加四逆散; 兼脾湿胃热者加藿香、厚朴、苍术等; 兼痰浊中阻者加陈皮、姜半夏、茯苓; 湿热偏里者加良姜、黄连、苍术; 偏气滞者加柴胡、蒲黄、五灵脂; 胃气上逆者加代赭石、旋覆花等。每日 1 剂, 水煎 400 ml, 早晚分服。多酶片, 每次 2 片, 每日 3 次; 胸腺肽, 每次 2 片, 每日 3 次。对照组服用多酶片、胸腺肽、雷尼替丁、维生素 B₆ 和颠茄等。2 个月为 1 个疗程, 两组均观察 2~3 个疗程。

1.3 疗效判断标准: 临床疗效、中医症

表 1 两组患者治疗转归

例 (%)

组别	例数 (例)	治愈	显效	有效	无效	总有效
中西医结合组	60	10 (16.7)	20 (33.3)	23 (38.3)	7 (11.6)	53 (88.3)*
对照组	56	5 (8.9)	17 (30.4)	21 (37.5)	13 (23.2)	43 (76.8)

注: 与对照组比较: * $P < 0.05$

状分级量化疗效、内镜、病理疗效标准参照 2002 年 5 月发布的《中药新药临床研究指导原则》(第 1 版) 标准^[1]; 幽门螺旋杆菌 (HP) 疗效标准参照中华医学会消化病学分会 2000 年制定的标准^[2]。

1.4 结果: 两组患者治疗转归见表 1。

2 讨论

CAG 属中医“胃脘痛”、“腹胀”、“嘈杂”、“心下痞满”等范畴; 多属本虚标实、虚实夹杂, 脾虚、阳虚为本, 瘀滞为标, 因此治疗的关键应在于益气温中, 活血化瘀。现代医学认为 CAG 是由 HP 感染、免疫功能低下、物理和化学刺激、饮食不调等因素导致的胃黏膜病变。我们以健脾温阳、调畅气机、和胃止痛、消痞散结^[3]的方法治疗 CAG, 方中党参、黄芪、白术益气健脾, 行滞和胃, 扶正固本, 具有调节胃肠蠕动, 缓解平滑肌痉挛, 促进胃排空, 有利于治疗胀满、嗝气及胆汁反流引起的上腹烧灼性疼痛、恶心、呕吐等症状; 柴胡、蒲黄、五灵脂能行瘀祛阻、通络止痛; 而活血化瘀药可改善血流动力学异常^[4]和微循环障碍; 黄芪、白芍等能

增强网状内皮系统的吞噬功能, 提高淋巴细胞转化率, 还能促进蛋白质合成和能量代谢, 营养胃黏膜, 保护胃腺体^[5], 辅以西药治疗取得较满意疗效, 总有效率优于对照组。

参考文献:

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.
- [2] 中华医学会消化病学分会. 全国慢性胃炎研讨会共识意见 [J]. 胃肠病学, 2000, 5 (2): 77-79.
- [3] 马山, 梁方信. 胃友治疗 CAG 910 例临床报告 [J]. 中医杂志, 1989, 30 (9): 32-33.
- [4] 祁宏, 耿曙光, 许定仁, 等. 萎胃康治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对血液流变学的影响 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11 (1): 42-44.
- [5] 田代华, 谢宗万. 实用中药辞典 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1706.

(收稿日期: 2006-07-24)

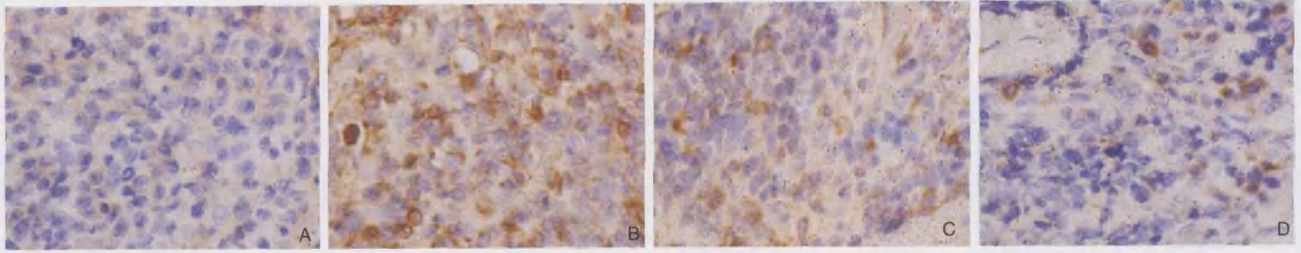
修回日期: 2007-01-10

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 马孝义 (1960-), 男 (汉族), 天津市人, 副主任医师。

血必净注射液对脓毒症大鼠血清内毒素及脾脏特异性免疫功能的影响

(正文见91页)



A:假手术组;B:模型组;C:左氧氟沙星组;D:血必净组

图1 24 h各组脾淋巴细胞caspase-3表达情况(DAB, × 400)

Figure 1 Expression of caspase-3 in spleen lymphocyte at 24 hours in each group (DAB, × 400)

黄芩甙和奥曲肽对重症急性胰腺炎大鼠心脏损伤保护作用的比较

(正文见114页)

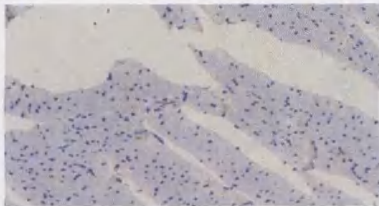


图1 黄芩甙治疗组12 h NF-κB 阴性表达
Figure 1 Negative expression of NF-κB at 12 hours in baicalin treatment group

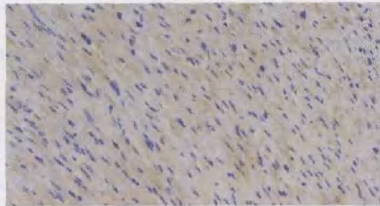


图2 模型组6 h Bax 阳性表达
Figure 2 Positive expression of Bax at 6 hours in model group

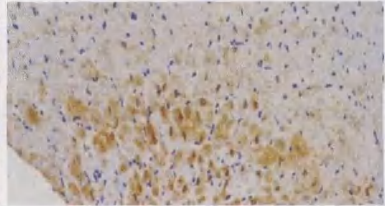


图3 黄芩甙治疗组3 h Bax 阳性表达
Figure 3 Positive expression of Bax at 3 hours in baicalin treatment group

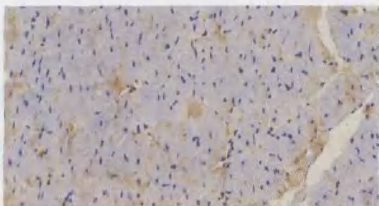


图4 黄芩甙治疗组3 h Bcl-2 阳性表达
Figure 4 Positive expression of Bcl-2 at 3 hours in baicalin treatment group

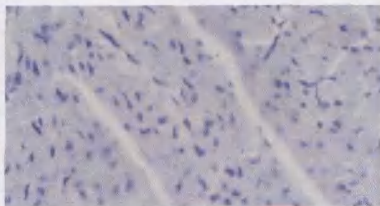


图5 黄芩甙治疗组3 h 无细胞凋亡
Figure 5 No apoptosis at 3 hours in baicalin treatment group

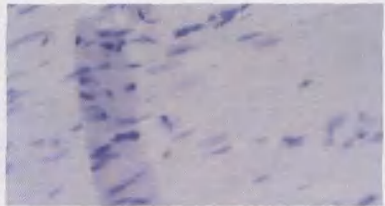


图6 奥曲肽治疗组6 h 见细胞凋亡
Figure 6 Apoptosis at 6 hours in octreotide treatment group

血必净注射液治疗百草枯中毒的临床观察

(正文见122页)

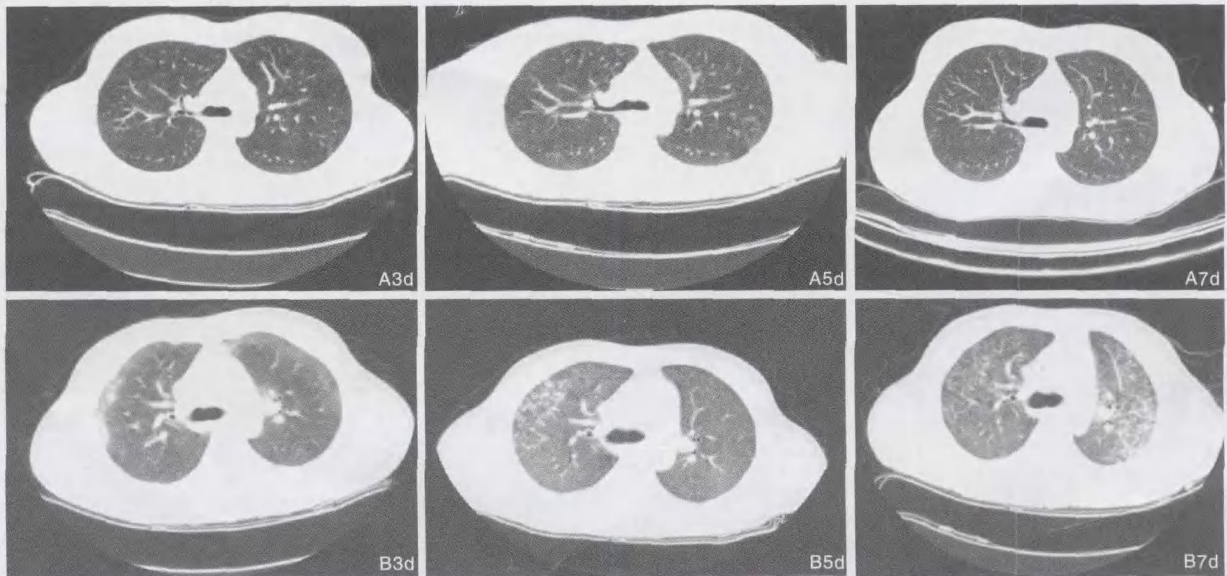


图1 血必净治疗组(A)与常规治疗对照组(B)不同时间点肺CT变化

Figure 1 Change of CT in lung at different time points in Xuebijing treatment group(A) and routine treatment group(B)