

分及预后评估系统和中西医结合证型诊断. 中国危重病急救医学, 2008, 20(1):1-3.

[2] 田素华. 血液透析抢救治疗 12 例毒蕈中毒的临床观察. 四川医学, 2004, 25(5):572.

[3] Dremsizov T, Clermont G, Kellum JA, et al. Severe sepsis in community-

acquired pneumonia; when does it happen, and do systemic inflammatory response syndrome criteria help predict course? Chest, 2006, 129(4):968-978.

[4] Walsh CR. Multiple organ dysfunction syndrome after multiple trauma. Orthop Nurs, 2005, 24(5):334-335.

[5] Cariou A, Vinsonneau C, Dhainaut JF.

Adjunctive therapies in sepsis: an evidence-based review. Crit Care Med, 2004, 32(11 Suppl):S562-570.

[6] 李俊山, 周荣, 徐鸿达, 等. 29 例急性毒蕈中毒中西医结合抢救疗效分析. 中国中西医结合急救杂志, 1997, 4(2):56-57.

(收稿日期: 2009-11-24)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

重度急性有机磷农药中毒的救治体会

李水刚

(陕西合阳县中医医院急诊科, 陕西 合阳 715300)

【关键词】 中毒, 急性; 有机磷农药; 急救

中图分类号: R595.4 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.01.024

重度急性有机磷农药中毒(AOPP)病情凶险, 病死率高. 本院通过综合治疗收到满意效果, 现将救治体会报告如下.

1 临床资料

1.1 病例: 选择 2006 年 7 月至 2009 年 5 月收治的重度 AOPP 患者 97 例, 诊断分级符合诊断标准^[1]; 其中男 42 例, 女 55 例; 年龄 18~65 岁, 平均 37.8 岁; 均为口服中毒, 药物有对硫磷、甲胺磷、甲拌磷及内吸磷; 服毒量 50~250 ml; 中毒至治疗开始时间 0.5~3.0 h; 入院查血胆碱酯酶活性 0~460 U/L.

1.2 方法: 入院后均给予常规洗胃、导泻, 吸氧, 应用阿托品、氯解磷定、纳洛酮等补液、利尿、支持治疗, 意识障碍者给予甘露醇脱水降颅压; 有中间综合征者早期行气管插管、呼吸机辅助呼吸.

1.3 疗效判定标准: ①痊愈: 无中毒症状, 血胆碱酯酶活性达 10 000 U/L 以上; ②显效: 无明显中毒症状, 血胆碱酯酶活性达 7 000 U/L; ③有效: 患者有头痛、头晕、乏力等症状, 血胆碱酯酶活性达 3 000 U/L; ④无效: 患者因服药量过大或延误治疗, 合并严重并发症致死.

1.4 治疗结果: 97 例重度 AOPP 患者中, 痊愈 68 例(占 70.1%), 显效 14 例(占 14.4%), 有效 10 例(占 10.3%), 无效 5 例(占 5.2%).

2 治疗体会

2.1 迅速清除毒物: 通过清理患者体表毒物、洗胃与导泻减少毒物的继续吸收. 洗胃是抢救的关键, 尤其中毒量较大的

患者, 应做到及时、适量、持续、充分洗胃^[2], 依中毒程度经胃管内注射氯解磷定, 并进行胃部按摩及改变体位, 胃肠负压吸引以持续排出毒物, 并减少肝肠毒素再吸收^[3], 重复洗胃 1 次, 洗胃液温度约达 32~36 ℃, 过冷可致患者寒战, 影响阿托品用量的观察致阿托品过量; 过热则加速毒物吸收. 在首次洗胃结束后, 常规胃管注入大黄导泻, 可以明显提高 AOPP 患者的抢救成功率^[4].

2.2 阿托品的使用: 阿托品使用原则是在洗胃时同时给予, 视患者情况调整剂量, 做到早期、足量、反复、持续, 快速达到阿托品化. 通常口干、皮肤干燥、面色潮红、心率加快、瞳孔散大、肺部湿啰音消失为阿托品化的指标^[5]. 但我们体会应以出现轻度烦躁为佳, 并注意观察体温和心率的变化^[6], 以体温 38.5 ℃以下、心率 120 次/min 左右为好.

阿托品使用方法强调个体化原则, 治疗基本分快速阿托品化、减量维持阿托品化、恢复 3 个阶段. 依中毒程度选择高剂型、小剂量阿托品. 对达到阿托品化的患者, 减量不宜过快、过大, 要根据患者胆碱酯酶的变化, 逐渐减量至停药^[7]. 减量方法有两种: ①减少每次给药剂量时不能低于前剂量的 1/2, 给药时间不变; ②延长给药时间间隔, 其时间每次延长 1/2, 但给药量不变, 患者清醒后持续用药不少于 1 周, 以免反跳.

2.3 复能剂的使用: 复能剂使用原则为早期、足量、反复、佐用阿托品, 待胆碱酯酶恢复达 50%~60% 以上时, 应减量或停药. 复能剂常用氯解磷定 1.0 g 每日

4 次. 依中毒程度使用纳洛酮可使患者阿托品化时间缩短, 对中枢神经抑制者有催醒及兴奋呼吸的作用, 对有烦躁、谵妄精神症状者有镇静作用^[8-9], 因此纳洛酮是在 AOPP 治疗中有双重调节作用的药物.

总之, 在综合抢救重度 AOPP 时, 应做到早发现, 及时、彻底清除毒物, 合理、适当用药, 保持呼吸道通畅, 预防各种并发症, 从而提高抢救成功率.

参考文献

[1] 陈灏珠. 实用内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 7601.

[2] 林国棣, 杨贵美, 吴爱英. 急性有机磷农药中毒的治疗体会. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(5): 316.

[3] 袁油仙. 急性重度有机磷中毒患者的抢救与护理. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(6): 932-933.

[4] 李雪琴. 大黄救治急性有机磷药物中毒疗效观察. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12(4): 241.

[5] 单沙林, 王汉斌. 急性有机磷农药中毒的正确救治. 中国危重病急救医学, 1999, 11(5): 314-316.

[6] 张卫红. 有机磷农药中毒抢救中阿托品化的指标探讨. 中国危重病急救医学, 2009, 21(11): 684.

[7] 田阳涛, 崔云亮, 冯慧远, 等. 抢救急性有机磷农药中毒时减少阿托品用量的做法. 中国危重病急救医学, 2008, 20(10): 620.

[8] 万进, 林翔, 张毅, 等. 急性有机磷农药中毒纳洛酮治疗的作用探讨. 中国危重病急救医学, 2003, 15(5): 291.

[9] 孔庆滨, 王荔. 纳络酮在临床及急重症病人的应用. 中国医师进修杂志, 1999, 22(7): 64-65.

(收稿日期: 2009-11-28)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 李水刚(1971-), 男(汉族), 陕西省人, 主治医师.