

• 病例报告 •

## 一次同时成功抢救重症急性乌头碱中毒 3 例救治体会

龙承钧, 张 侨, 高碧秀, 蔡祖贵, 王 毅, 张 伟

(贵阳医学院第二附属医院急诊科, 贵州 凯里 556000)

【关键词】 乌头碱; 中毒; 重症; 心搏骤停

中图分类号: R595.4 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.06.023

本院同时成功抢救 3 例重症乌头碱中毒患者, 患者来院时均处于休克状态, 其中 1 例入院 20 min 后即出现心搏骤停 30 min。现将救治体会报告如下。

### 1 病历介绍

**1.1 例 1:** 患者男性, 34 岁, 因服用药酒约 20 ml 后, 出现恶心、呕吐、腹痛, 伴大汗淋漓、胸闷入院。患者意识恍惚, 频繁呕吐, 大汗淋漓, 呼吸困难, 口唇重度发绀, 口腔内痰液较多, 四肢湿冷; 血压 60/20 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 心率 56 次/min, 血氧饱和度 0.50 ~ 0.70; 双肺布满湿啰音, 未闻及哮鸣音; 心音弱, 心前区可闻及频发期前收缩 (早搏) 音, 各瓣膜听诊区未闻及杂音; 腹部检查无阳性发现; 双下肢无水肿, 神经系统检查呈阴性。心电图示: 频发多源性室性早搏, 心动过缓; 血常规: 血红蛋白 (Hb) 123 g/L, 白细胞计数 (WBC)  $14.5 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞比例 (N) 0.82, 血小板计数 (PLT)  $155 \times 10^9/L$ 。

**1.2 例 2:** 患者男性, 29 岁, 因服用药酒约 15 ml 后, 出现头昏、四肢无力、心悸, 伴腹痛、恶心、呕吐 20 min 急诊入院。入院时患者血压 80/40 mm Hg, 心率 92 次/min; 汗多, 四肢稍湿冷; 双肺可闻及少许细湿啰音, 未闻及干啰音; 心界不大, 心前区可闻及频发早搏, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音; 腹部检查无阳性发现; 神经系统检查呈阴性。心电图示: 频发多源性室性早搏; 血常规: Hb 129 g/L, WBC  $16.3 \times 10^9/L$ , N 0.82, PLT  $213 \times 10^9/L$ 。

**1.3 例 3:** 患者男性, 60 岁, 因服药酒约 10 ml 后, 出现四肢无力、胸闷、心悸, 伴腹痛、恶心、呕吐 20 min 入院。入院前患者曾自行用针刺刺激咽部, 呕吐出部分食物。入院时血压 85/55 mm Hg, 心率 67 次/min; 双肺呼吸音清晰, 未闻及干、

湿啰音; 心界不大, 心前区可闻及频发早搏, 心尖区可闻及 I 级收缩期吹风样杂音; 腹部检查无阳性发现; 神经系统检查呈阴性。心电图示: 频发多源性室性早搏; 血常规: WBC  $11.7 \times 10^9/L$ , N 0.72, Hb 137 g/L, PLT  $136 \times 10^9/L$ 。

**1.4 治疗:** 3 例患者均为饮用同一瓶由 1 kg 草药 (含乌头、草乌头、落地金钱) 泡制成药酒后数分钟即出现中毒症状, 由救护车同时送入本院急诊科。按 3 例患者中毒症状初步诊断为重症急性乌头碱中毒。根据患者的病情, 考虑暂不予洗胃处理, 同时给予 3 例患者扩容、抗休克、给氧、迅速阿托品化及抗心律失常治疗。3 例患者以例 1 病情最重、发展最快, 入院后即对该患者进行吸氧、扩容、抗休克、阿托品化及对症抢救治疗。约 20 min 时, 该患者突发叹息样呼吸、呼之不应, 大动脉搏动触不到, 心电图示心室纤颤 (室颤) 波, 心搏骤停。给予患者非同步电除颤及持续胸外按压, 除颤后患者心律由室颤转为室性心动过速 (室速) 再转为室颤达 8 次, 在抢救中, 静脉注射利多卡因 100 mg 后 250 mg 静脉维持, 并用肾上腺素、地塞米松、多巴胺维持血压, 5% 碳酸氢钠纠正酸中毒, 输注高渗晶体和胶体液纠正电解质紊乱。反复静脉注射肾上腺素、利多卡因、阿托品, 施行电除颤 9 次后患者恢复窦性心律、意识恢复。该患者首次心搏骤停至窦性心律恢复历时 30 min。窦性心律恢复后患者一度烦躁不安, 四肢冰冷, 考虑缺血性脑水肿, 机体有效血容量不足, 微循环差, 静脉快速加压滴注 20% 甘露醇的同时继续用多巴胺维持血压, 利多卡因维持控制室性心律失常, 阿托品化与山莨菪碱联合应用改善微循环, 根据血气分析结果 (pH 值 7.24、 $K^+$  3.0 mmol/L、 $Na^+$  127 mmol/L、 $Ca^{2+}$  1.7 mmol/L) 继续纠正酸中毒和电解质紊乱。经过 2 h 抢救, 该患者循环、呼吸逐渐平稳, 尿量从无到有并逐渐增多, 颜面、口唇

红润, 四肢变暖, 血压控制在 115 ~ 125/70 ~ 85 mm Hg, 双肺湿啰音消失, 心尖区早搏音亦明显减少, 意识清醒, 心电图转为窦性心律、偶发室性早搏, 病情逐渐平稳。其余 2 例中毒患者亦经过及时抗休克、补液、阿托品化、抗心律失常、保护心肌、纠正电解质紊乱等抢救 30 min 后症状逐渐减轻, 血压恢复至正常范围, 心电图示早搏较前减少, 病情逐渐平稳。

住院期间 3 例患者均出现不同程度肝功能、心肌损伤; 丙氨酸转氨酶、天冬氨酸转氨酶、肌酸激酶同工酶、乳酸脱氢酶及肌钙蛋白有不同程度增高, 出现低钾、低钠、低钙等电解质紊乱; 经及时对症处理, 3 例患者各项指标逐渐恢复正常, 病情进一步缓解。3 例患者病情平稳后, 继续给予抗感染、营养、支持治疗, 同时进行床旁血液透析各 3 次, 经治疗 2 周, 患者均治愈出院。

### 2 讨论

乌头中毒的毒性主要有: ①直接损伤心肌而出现心力衰竭、心搏骤停。②兴奋迷走神经而导致腺体分泌功能增加, 出现类似急性有机磷农药中毒的毒蕈碱样症状 (恶心、呕吐、流涎、大汗淋漓、咯痰、急性肺水肿); 由于迷走神经兴奋, 降低窦房结自律性和传导性, 使窦房结功能抑制, 产生窦性心动过缓, 传导和不应期不一致, 复极不同步而形成折返导致多源性和频发室性早搏、心房颤动、室颤或阿斯综合征等多种心律失常, 甚至室颤死亡<sup>[1]</sup>。有研究报道, 急性乌头碱中毒患者心律失常发生率为 69.6%, 室性心律失常为 55.6%<sup>[2]</sup>; 心电图异常率较高<sup>[3]</sup>; 且心电图异常与病情严重程度成正比<sup>[4]</sup>。

病例 1 病情最重, 其心肺脑复苏的成功原因, 我们认为: ①急救医师对该患者病情的变化判断准确、反应迅速、抢救得力, 并给予持续有效的胸外心脏按压和及时多次电除颤。②未机械地按药物

作者简介: 龙承钧 (1971 -), 男 (侗族), 贵州省人, 副教授, 副主任医师, Email: lcj418818@163.com.

中毒先洗胃的程序,因该例中毒患者入院时先饮白酒,乙醇能扩张血管,加速血液循环,促进毒物吸收,且患者已有明显呕吐症状,心率减慢,生命体征不平稳,处于休克状态,如先洗胃反而加重病情,延误抢救。③除迅速扩容维持有效血容量外,反复使用肾上腺素维持血压,应用血管活性药物维持血压平稳,保证了机体充足的有效血容量及冠状动脉供血。④合理使用糖皮质激素,及时纠正酸中毒,稳定细胞膜及溶酶体,减轻机体炎症反应,保护脑细胞。⑤阿托品、利多卡因应用及时、正确,对防止恶性心律失常进一步发展有明显作用。其他 2 例患者抢救成功亦是因为诊断及对病情的评估准确,抗休克、阿托品化、抗心律失常、保护心肌治疗及时、到位。

3 例中毒患者休克的原因主要有:腺体分泌功能增加,致体液排出增加,有效血容量不足;心肌损害致心功能受损,

心脏泵血锐减;急性肺水肿致缺氧,酸中毒,外周小血管扩张,有效血容量不足,重要器官缺血、缺氧。救治中除抗休克综合治疗及时、到位外,阿托品、利多卡因应用及时、用量足亦是抢救乌头碱中毒的关键之一。尤其是阿托品的使用应迅速达到阿托品化,能迅速抑制腺体分泌,拮抗迷走神经兴奋症状,兴奋窦房结自律性,减少恶性心律失常发生,并解除血管痉挛、舒张外周血管,改善微循环,抗休克。王荣忠等<sup>[5]</sup>研究表明,乌头碱中毒致心律失常有先兴奋后抑制的病理特点,故应用抗心律失常药物要谨慎。利多卡因对维持心电图稳定,对抗及防止恶性心律失常进一步发展具有明显作用,及时有效纠正心律失常是提高抢救成功率的关键<sup>[6]</sup>。

另外,同时抢救 3 例重症乌头碱中毒患者给医护人员带来了一定难度,稍有疏忽、医疗理论及技术不过硬、对病情

的判断和评估稍欠准确或无坚持不懈的耐心等,都会导致患者抢救无效死亡。

#### 参考文献

- [1] 李玲文,邱俏蒙,吴斌,等.乌头碱急性中毒患者心电图特点及意义.中国急救医学,2007,27(2):124-126.
- [2] 朱永福,钟林,刘浩,等.急性乌头碱中毒 398 例救治分析.中国中西医结合急救杂志,2009,16(2):102.
- [3] 马利川,韩启定.急性乌头碱中毒致心脏损害 60 例.中国危重病急救医学,2010,22(2):108.
- [4] 凌佩莹.乌头类药物中毒 53 例心电图分析.右江民族医学院报,2000,22(6):957.
- [5] 王荣忠,王润林,李守孝,等.乌头碱中毒致心律失常的时间和类型分析.中国中西医结合急救杂志,2006,13(6):375-376.
- [6] 郝晓萍.乌头碱中毒致反复室颤 1 例.中华现代内科学杂志,2006,3(11):1309.

(收稿日期:2010-10-19)

(本文编辑:李银平)

#### • 经验交流 •

## 产科子宫切除 9 例相关因素分析

朱莲萍

(上海嘉定区妇幼保健院,上海 201800)

【关键词】 产科出血;子宫切除;临床分析

中图分类号:R713.42 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2010.06.024

产科子宫切除是治疗产科大出血抢救孕产妇生命采取的一种措施和手段。现就本人的临床救治经验总结如下。

### 1 临床资料

1.1 病例资料:资料源自 2008 年 10 月至 2010 年 10 月摩洛哥王国拉西迪亚省医院妇产科 8 464 例分娩产妇,其中阴道分娩 6 900 例,剖宫产分娩 1 564 例。产科子宫切除 9 例,发生率 0.106%;其中阴道分娩后子宫切除 4 例,占阴道分娩总数的 0.058%;剖宫产术中及术后子宫切除 5 例,占剖宫产分娩总数的 0.320%。9 例患者年龄 27~46 岁,平均 35 岁;均为经产妇。

1.2 子宫切除指征:胎盘植入 2 例,胎盘早剥 2 例,子宫破裂 3 例,宫缩乏力 3 例,宫颈裂伤、子宫肌瘤各 1 例;9 例中同时具备 2 个手术指征者 3 例。

1.3 手术时间及方式:4 例于剖宫产术中  
作者简介:朱莲萍(1962-),女(汉族),上海市人,副主任医师。

中切除子宫;1 例于剖宫产术后 6 h 因较大子宫后壁肌壁间肌瘤致宫腔积血,宫缩乏力切除子宫;4 例于分娩后因宫缩乏力、胎盘植入、子宫破裂及宫颈裂伤行子宫切除。其中 5 例行子宫次全切除术,4 例行子宫全切除术。

1.4 预后:9 例患者中,7 例发生失血性休克,5 例出现继发性贫血,无其他并发症发生,全部治愈出院。新生儿存活 6 例,死亡 3 例。

### 2 讨论

拉西迪亚省接近撒哈拉沙漠,居民居住分散,发生难产时转院时间较长,故产程较长;孕期很少做产前检查;家庭分娩很普遍。这些因素导致子宫破裂发生率偏高。从本组患者的分娩情况来看,子宫切除与病理产科及妊娠并发症有密切关系。本组患者造成子宫切除的病因为:①胎盘早剥影响子宫正常收缩;②重度妊娠高血压综合征致胎盘早剥、死胎;③胎盘植入宫底,部分穿透子宫浆膜层

致子宫破裂;④巨大子宫肌瘤剖宫产术中未予挖除致术后 6 h 宫腔积血,导致宫缩乏力;⑤妊娠合并糖尿病、巨大儿致剖宫产术中宫缩乏力。本组 1 例因产程延长,行产钳助娩,宫颈裂伤缝合困难;1 例子宫破裂延至宫颈缝合困难,均行子宫全切除术。故要掌握好阴道助产指征。

必要时的产科子宫切除手术虽可挽救患者的生命,但同时也使患者失去了生育功能。因此,产科子宫切除应尽量选择次全子宫切除术,有利于产妇产后恢复,及康复后妇女内分泌调节。同时要预防在先,做好计划生育工作,重视过去不良分娩史,及时处理妊娠合并症和并发症,提高产科质量,减少和避免产科子宫切除的发生。在经保守治疗出血仍不能控制的情况下,要当机立断,切不可犹豫不决,失去抢救时机。循证医学的证据显示,早切除子宫比晚切除好。

(收稿日期:2010-10-29)

(本文编辑:李银平)