

· 临床实践 ·

慢性酒精中毒的戒断治疗

Withdrawal treatment of chronic alcoholism

孙培云¹, 刘春颖², 刘世丽²SUN Pei-yun¹, LIU Chun-ying², LIU Shi-li²

(1. 北京市丰台铁营医院 北京 100078; 2. 吉化集团总公司医院)

摘要: 目的 研究慢性酒精中毒戒断的治疗方法。方法 采用综合的治疗方法即除常规用镇静药等外, 应用改善血液动力学药物、抗抑郁药、 β -受体拮抗药及叶酸和维生素 B₁₂。**结果** 治疗组死亡率明显低于对照组 (分别为 5.88% 和 30%, $P < 0.05$); 其戒断率明显高于对照组 (分别为 75% 和 42.86%, $P < 0.05$)。**结论** 慢性酒精中毒戒断的治疗应采用综合的治疗方法以提高戒断率, 降低死亡率。

关键词: 慢性酒精中毒; 戒断治疗; 戒断率; 死亡率

中图分类号: R595 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2002)02-0088-02

酒精中毒及滥用酒精已成为最严重的社会问题之一, 它累及社会各阶层。据统计, 1990 年美国由酒精中毒和滥用酒精所引起的社会经济和医学并发症共耗资 1 360 亿美元^[1]。我国尚无这方面的统计资料, 但滥用酒精现象也不容忽视。我院于 1997 年开始采用综合方法研究慢性酒精中毒的戒断治疗, 观察其戒断率和死亡率, 现报告如下。

1 临床资料

收集 1980~2000 年住院的慢性酒精中毒戒断治疗患者 64 例, 1980~1997 年期间未采用综合治疗的 30 例为对照组, 单用镇静剂和咪唑啉酮等治疗; 1997 年后采用综合治疗的 34 例为治疗组。64 例均为男性患者, 年龄 31~69 岁, 饮酒时间 12~37 年, 饮酒量 150~750 ml/d, 戒酒时间 1~14 天。两组病人均有脑血管病, 癫痫、幻视、幻听、焦虑、颤抖等合并症。

2 方法

治疗组采用综合的治疗方法: 除常规应用镇静剂、维生素 B₁、维生素 B₆ 及维生素 C 外, 尚加用 (1) 叶酸 30 mg/d, 维生素 B₁₂ 250 μ g/d; (2) 静脉滴注改善血液动力学药物, 如低分子右旋糖苷 250 ml/d, 阿司匹林 75~100 mg/d, 血塞通 300 mg, 入 250 ml 盐水静滴; (3) β -受体拮抗剂, 如氨酰心安 12.5 mg; (4) 抗抑郁药, 如多虑平 25~75 mg/d。对照组按常规应用镇静剂 (安定 10~30 mg/d 或鲁米那 400~600 mg/d)、维生素 B₁ (100~200 mg/d)、维生素 B₆ (30 mg/d)、咪唑啉酮 (0.6 mg/d) 治疗。以上药物除多虑平半年以上、低分子右

旋糖苷和血塞通 14 天以外治疗时间均为 1 个月。完全戒酒: 是指戒酒 1 年以上未再复饮者。由于本课题研究的终点是戒断率和死亡率, 戒酒过程中出现的症状未详细记录。

3 结果

治疗组死亡 2 例, 2 例均为多脏器功能衰竭, 死亡率为 5.88% (2/34); 完全戒酒 24 例, 除去死亡病例, 戒断率为 75% (24/32)。对照组 30 例, 死亡 9 例, 死亡率 30% (9/30); 死亡病例中 2 例为肝昏迷, 2 例为癫痫持续状态, 1 例脑外伤, 1 例自杀, 3 例多脏器功能衰竭; 完全戒酒 9 例, 除去死亡病例外, 戒断率 42.86% (9/21)。

4 讨论

酒精中毒及成瘾是全球性问题, 我国北方尤为多见。酒精中毒可引起多系统、多脏器功能损害, 对神经系统损害更为突出。国内有报道应用针刺戒酒^[2-4]、气功戒酒^[5]、中药戒酒^[6]、咪唑啉酮及阿朴吗啡药物厌恶疗法戒酒^[7], 但均未能广泛推广, 分析其最主要的原因是疗效不佳, 复饮现象严重。慢性酒精中毒患者常合并同源半胱氨酸 (Homocysteine) 增高^[8], 而同源半胱氨酸增高已被证实是动脉硬化的原因之一^[9], 且同源半胱氨酸增高常常合并叶酸、维生素 B₁₂ 缺乏^[8,9]。很多慢性酒精中毒患者其临床症状是由于动脉硬化所致, 有一些患者是叶酸、维生素 B₁₂ 缺乏所致 (如慢性酒精中毒的患者多合并亚急性联合变性)。我们对 40 例患者进行叶酸、维生素 B₁₂ 测定, 结果是叶酸、维生素 B₁₂ 水平明显降低, 因此治疗中给叶酸及维生素 B₁₂ 同时应用改善血液动力学药物, 明显降低慢性酒精中毒患者心脑血管的发病率, 且慢性酒精中毒患者合并的肢体麻木、共济失调等症状也明显好转。Berglund 指出^[10] 酒精中毒患者自杀发生率较一般人群高 4 倍, 约 15% 的患者死于自杀。姜佐宁认为^[11] 酒精中毒的自杀与抑郁征的自杀有相似之处, 提示酒精中毒患者的自杀与抑郁征的自杀有某种意义的联系。慢性酒精中毒患者大多数由于工作不顺利、家庭生活不美满或精神空虚对生活失去信心而长期饮酒, 因此治疗慢性酒精中毒时加用抗抑郁药——多虑平, 大多数患者服用 14 天后, 精神情绪明显好转, 焦虑症状减轻, 对治疗有信心, 能积极配合治疗, 并有信心戒酒。有资料显示^[12] 单用镇静剂治疗慢性酒精中毒, 其震颤、幻觉等症状于 1 个月内消失, 我们加用 β -受体拮抗剂, 使震颤、幻觉等症多于 1 周内消失。以往采用咪唑啉酮、阿朴吗啡厌恶戒酒、镇静剂及一部分 B 族维生素的治疗, 戒断率有报道为

收稿日期: 2001-05-15; 修回日期: 2001-10-22

作者简介: 孙培云 (1962—), 女, 山东牟平人, 学士, 副主任医师, 主要从事脑血管病治疗及慢性酒精中毒的戒断治疗。

49.52%^[13], 我们采用以上综合的治疗措施, 治疗组戒断率为75% (24/32), 对照组戒断率42.86% (9/21), 经 χ^2 检验 $P < 0.05$ 。治疗组死亡率5.88% (2/34), 对照组死亡率30% (9/30), 经 χ^2 检验 $P < 0.05$ 。由此可见, 采用综合方法治疗慢性酒精中毒戒断病人可以提高戒断率, 降低死亡率。

参考文献:

- [1] Wyngaarden Smith Bennett. Cecil Textbook of medicine 19th edition [Z]. Copyright 1992 by W. B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania. 259-230.
- [2] 孙莉萍. 耳针戒酒40例[J]. 河南中医药学刊. 1998, 13; 228.
- [3] 崔蒙. 国内外针刺戒酒研究进展[J]. 中国中医药信息杂志. 1996, 3 (1): 9-12.
- [4] 王勇. 国外耳针治疗戒酒综合征的临床观察[J]. 中医药动态. 1996, 1: 34-35.
- [5] 张兆志. 谈气功戒酒[J]. 气功与科学. 1998, 12: 40.
- [6] 周国平, 王泽涛. 针刺与含化六神丸戒酒188例临床观察[J].

针灸临床杂志, 1997, 13 (12): 16

- [7] 钟勇, 唐宏宇. 咪唑啉酮与阿朴吗啡厌恶疗法戒酒的对照研究[J]. 中国心理卫生杂志, 1996, 10: 82-83.
- [8] Bleich S, Degner D, Wilfang J, et al. Elevated homocysteine levels in alcohol withdrawal [J]. Alcohol Alcohol 2000, 35(4): 351-354.
- [9] Rene M. Plasma homocysteine and arterial occlusive diseases: A Mini-Review [J]. Clin Chem, 1995, 41 (1): 173-176.
- [10] Berglund MD. Suicide in Alcoholism [J]. Arch Gen Psychiatry. 1984, 9: 888.
- [11] 姜佐宁. 药物滥用与成瘾精神病学[J]. 中华精神病学杂志. 1996, 29: 195.
- [12] 黄碧波, 李晴菲, 刘丽, 等. 慢性乙醇中毒引起中枢神经系统损害19例分析[J]. 首都医科大学学报, 1999, 20 (2): 140-141.
- [13] Mann K. The pharmacological treatment of alcohol dependence: need and possibilities [J]. Alcohol Alcohol 1996 Suppl 1: 55-58.

急性有机磷中毒中间综合征5例临床分析

Clinical analysis on five cases of intermediate syndrome by acute organophosphates poisoning

李少朋

Li Shao-peng

(齐鲁石化中心医院, 山东 淄博 255400)

摘要: 对5例出现中间综合征的急性有机磷中毒病例的临床资料进行了分析, 结果提示: (1) 中间综合征的发生可能与胍类药物用量不足有关; (2) 阿托品减量过快可能会加重中间综合征呼吸衰竭; (3) 中间综合征与反跳有同时存在的可能性。

关键词: 有机磷中毒; 中间综合征; 呼吸衰竭

中图分类号: R595.4 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2002)02-0089-02

我院1990年至1999年诊治的急性有机磷中毒病例中有5例确诊为中间综合征, 现报告分析如下。

1 临床资料

本组男4例, 女1例, 年龄22~56岁, 均为生活中毒。接触农药: 敌敌畏2例, 甲胺磷1例, 氧乐果1例, 对硫磷1例。中毒途径及药量: 口服3例, 服药量20~30ml; 皮肤吸收2例, 接触量10~200ml。出现肌无力时间: 第1天2例, 第2天2例, 第3天1例。临床表现: 5例均有不同程度的神经麻痹, 如视物模糊、言语欠清晰、呛咳、吞咽困难及颈屈肌和四肢肌无力、四肢腱反射减弱或消失(其中1例尚出现一侧轻度中枢性面瘫), 重者出现呼吸困难、发绀等。实验室检查: 本组5例出现中间综合征时全血胆碱酯酶(ChE)活性均为0单位[试纸(广州越秀东方新科技研究所生产)半

定量法, 正常参考值: 30~80单位]。参照《职业性急性有机磷中毒的诊断及处理原则》(GB7794-1987)进行病情分级: 轻度中毒1例, 中度中毒2例, 重度中毒2例。

2 典型病例

例1, 男性, 45岁。31小时前被一瓶(500ml)甲胺磷农药砸在身上溅湿衣裤, 未清洗, 未更换衣物。3小时后出现头晕、头痛、恶心、频繁呕吐、腹痛伴周身频繁抖动, 有时抽搐。曾在村卫生室静推阿托品2次(用量不详), 呕吐、抖动减轻来诊。检验全血ChE活性为0单位, 血WBC $10.4 \times 10^9/L$, G 0.864, P 58次/分, R 18次/分, BP 12/8 kPa。意识清, 精神萎靡, 面色苍黄, 周身皮肤略潮湿, 双瞳孔1.5mm; 双肺呼吸音清, 心率58次/分, 律齐; 双上肢时有小抽动, 双膝腱反射活跃, 病理征未引出。诊断急性中度甲胺磷中毒。入院后彻底清洗皮肤, 更换衣裤。阿托品10ml/q 0.5h静推, 并予以碘解磷定1.0g/日, 地塞米松10~30mg/日, 静脉滴注(连用3日)。3小时后达阿托品化, 阿托品减量为3~5mg/q 0.5h静推, 维持阿托品化状态, 输新鲜全血补充ChE。入院8小时后, 病人先后出现抬头无力、伸舌不能至唇外、饮水吞咽费力、稍有气憋。入院第3天(63h), 病人因烦躁, 2pm时阿托品减为2mg/q 45min, 7pm后因病人躁动, 夜间影响睡眠, 阿托品减为2mg/q 1.5h, 且夜间延长用药时间。次日8am病人突然呼吸费力、稍有气憋, 查体: 呼吸表浅, 略快, 口唇无发绀, 面色略潮红, 双瞳孔5mm, 光反应迟钝, 屈颈头不能离枕, 胸廓呼吸动度差, 双肺呼吸音低, 四肢肌力4级, 四肢腱反射(+)。急查全血ChE活性0单位。立即给高

收稿日期: 2001-04-24; 修回日期: 2001-07-12

作者简介: 李少朋(1965-), 女, 河北保定人, 主治医师, 学士, 从事职业病临床工作。