

# 口服药物中毒 110 例临床分析

## Analysis on 110 cases of drug poisoning by oral

杜 军<sup>1</sup>, 魏 荣<sup>2</sup>, 林少宾<sup>1</sup>, 王二丁<sup>1</sup>, 刘卫民<sup>1</sup>

DU Jun<sup>1</sup>, WEI Rong<sup>2</sup>, LIN Shao-bin<sup>1</sup>, Wang Er-ding<sup>1</sup>, LIU Wei-min<sup>1</sup>

(1. 沈阳军区总医院急诊科, 辽宁 沈阳 110016; 2 沈阳医学院附属中心医院, 辽宁 沈阳 110024)

**摘要:** 本文就我科 2001 年度接诊的 110 例口服药物中毒者的抢救处置及转归做了分析总结。本组病例以口服镇静催眠药物中毒为主, 特别以服用安定等苯二氮革类镇静剂最多。经救治患者无一例死亡, 作者认为彻底洗胃、导泻、利尿及保护肝、肾功能是抢救成功的关键。

**关键词:** 药物; 口服中毒; 急诊

**中图分类号:** R595. 4 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1002-221X(2003)05-0285-02

口服药物中毒是临床常见的急重症。现将我科 2001 年救治的 110 例口服中毒者的临床情况分析如下。

### 1 临床资料

以沈阳军区总医院急诊科 2001 年度就诊的 110 例经口服药物中毒者为对象, 其中男 24 例, 女 86 例, 年龄 16~64 岁, 平均 (25.4±12.3) 岁。就诊时由医师填写制式表格, 主要内容包括口服药物时间、种类、数量、原因、症状体征及主要抢救措施及转归等。

### 2 结果

#### 2.1 口服药物种类 见表 1。

表 1 110 例口服中毒的药物种类

种类	例数	剂量	种类	例数	剂量
镇静安眠药物	82		牛黄解毒片	1	50 粒
安定类	75	25~250 片	其他	14	
三唑仑	7	50~150 片	芬那露	1	100 片
外用药物	2		他巴唑	1	55 片
高锰酸钾	1	10 g	茶碱片	1	100 片
来苏儿	1	25 ml	甲硝唑	1	85 片
解热镇痛药	8		扑尔敏	1	50 片
去痛片	3	35~80 片	氯丙嗪	1	200 片
双氯灭痛	2	40~90 片	咳必清	1	100 片
扑热息痛	1	20 片	颠茄片	1	25 片
康泰克	1	20 片	吗叮啉	1	50 片
速效伤风胶囊	1	25 粒	复方降压片	1	100 片
抗生素	2		潘生丁	1	60 片
利菌沙	1	24 片	克敌	1	12 片
严迪	1	24 片	乐坦	1	100 片
中药	2		摇头丸	1	3 粒
汉桃叶片	1	32 片			

#### 2.2 口服药物中毒的原因

服药者多数出于恫吓或威胁他人的目的, 共 59 例, 占 53.64%; 因婚姻、生活不幸及长期疾病折磨而厌世者 48 例,

占 43.64%, 误服 3 例, 占 2.32%。

### 2.3 临床表现

意识清楚者 92 例, 嗜睡 8 例, 烦躁不安、躁动者 4 例, 昏迷 9 例 (三唑仑 5 例, 安定类 3 例, 氯丙嗪 1 例), 休克 1 例 (氯丙嗪)。有 8 例 2 次服毒, 2 例为 3 次服毒 (均为安定类)。有 5 例同时口服 2 种药物, 3 例同时口服 4 种药物 (安定类 4 例, 氨茶碱、咳必清、去痛片、三唑仑各 1 例)。

### 2.4 治疗方法

接受全自动洗胃机洗胃者 106 例, 其中以清水洗胃 92 例, 高锰酸钾洗胃 11 例, 碳酸氢钠洗胃 3 例, 洗胃液量 10~45 L; 活性炭吸附 96 例 (1~2 g/kg); 导泻 61 例, 其中质量分数 20% 甘露醇 250 ml 导泻 56 例, 硫酸镁导泻 5 例。使用美解眠 35 例, 纳洛酮 31 例, 醒脑静 6 例, 速尿 84 例。103 例采用静脉给药, 输注葡萄糖、保肝药、大量 VitC、VitB<sub>1</sub>、VitB<sub>6</sub>、营养脑细胞等药物。

### 2.5 转归

93 例患者在急诊科经洗胃、导泻和对症治疗痊愈出院, 17 例收住院治疗, 平均住院 16 d 后治愈。

### 3 讨论

本组病例具有以下特点: (1) 以女性为主, 占 78.18%; (2) 青年居多, 平均年龄 31.3 岁; (3) 以镇静安眠药物中毒最多, 占 74.5%; (4) 城市人口居多, 占 89.6%。本组病例抢救成功率高, 无一例死亡。结合文献<sup>[1,2]</sup>笔者有如下体会: (1) 对有意识障碍等重症患者首先应迅速判断病情, 通过简明扼要问、触、叩、听等检查初步判断是否为急性药物中毒。(2) 迅速建立 1~2 条静脉通道, 并根据口服药物种类、数量给予相应治疗。(3) 洗胃是迅速清除毒物、减少吸收的重要方法。近几年来我们采用电脑自动洗胃机明显提高了洗胃的效率, 减轻了医护人员的负担, 也提高了洗胃的安全性, 效果明显。但是, 在使用自动洗胃机时要注意必须有医护人员看护; 操作人员应随时调整洗胃管的位置, 以保证洗胃效果; 有意识障碍者, 要防止误吸或窒息; 严格掌握洗胃液量, 注意观察上腹部膨胀情况。(4) 我们对成年人在洗胃后采用 20% 甘露醇 250 ml 导泻 (由胃管注入或自行口服), 同时口服清水 1 000~1 500 ml, 效果优于硫酸镁导泻。(5) 活性炭为非特异性“万能解毒剂”, 通常国内使用剂量偏小, 甚至因其物理特性原因而不作为常规使用。我们体会是: 在洗胃结束后暂时不要拔除胃管, 将活性炭稀释搅拌后由胃管一次性灌入, 每次剂量为 1~2 g/kg, 必要时隔 2~3 h 可重复给予; 活性炭

收稿日期: 2003-03-26; 修回日期: 2003-04-17

作者简介: 杜军 (1955-), 男, 副主任医师 从事急诊内科工

还可与泻剂如甘露醇、盐类等伍用, 效果较佳, 我们常采用 20% 甘露醇 + 活性炭稀释后由胃管灌入。(6) 纳洛酮在救治口服药物中毒伴意识障碍时具有用药简单、起效快、疗程短、副作用少等优点, 目前已广泛应用于临床, 我科已将其作为救治昏迷者的首选药, 并有取代美解眠和醒脑静的趋势。在使用纳洛酮时应注意: 由于该药在人体血清中半衰期短(30~40 min), 作用持续 45~90 min, 所以需要反复多次给药; 高血压和心衰者应慎用, 并注意对血压和心功能的监测; 对老年人和小儿要酌情掌握使用剂量。(7) 对心、脑、肾等重要脏

器的保护和监测是抢救成功的关键。在临床抢救中应根据病情掌握血液净化的指征和时机。我们认为血液净化技术适用于无特效解毒药物的药物中毒, 有特效解毒药、但血液药物浓度较高者及不明原因中毒等, 该治疗措施对提高抢救成功率起到了举足轻重的作用。

#### 参考文献:

- [1] 芮庆林. 心肺复苏、切开洗胃抢救重度口服毒物中毒 16 例 [J]. 中华急诊医学杂志, 2001, 10 (6): 401.
- [2] 黄绍清, 邱泽武. 我国的中毒与救治现状 [J]. 中国实用医药杂志, 2002, 2 (10): 11.

## 急性扑尔敏中毒 2 例临床分析

### Clinical analysis on two cases of acute Chlorphenamine Maleate poisoning

郭宝科, 张黎, 熊健, 刘媛

GUO Bao-ke, ZHANG Li, XIONG Jian, LIU Yuan

(西安市中心医院职业病科, 陕西 西安 710003)

**摘要:** 对 2 例急性扑尔敏中毒的临床资料进行分析, 指出其临床特点并总结抢救成功经验。

**关键词:** 扑尔敏; 急性中毒

**中图分类号:** R595.4 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1002-221X(2003)05-0286-02

近来我院收治 2 例急性扑尔敏中毒患者, 均为年轻女性, 因家庭生活矛盾, 心情烦躁, 自服扑尔敏 200~400 片发病。现报道如下。

#### 1 临床资料

**【病例 1】** 24 岁, 自服扑尔敏 300~400 片 7 h, 烦躁、意识不清, 被他人送往当地医院, 经洗胃、抢救后, 意识渐恢复, 检验血钾、钠、镁偏低, 心电图示多型性室性心动过速, 有时呈扭转型, 遂转来我院急诊, 以急性扑尔敏中毒收住院。既往体健。

**查体:** T 36.8℃, P 138 次/分, R 20 次/分, BP 130/70 mmHg, 意识清, 皮肤可见多处铜钱大小紫斑, 浅表淋巴结不大, 头颅对称, 巩膜无黄染, 瞳孔 3.5 mm, 等大正圆, 对光反应存在, 鼻通气好, 外耳道无分泌物, 口唇轻度发绀, 颈软, 甲状腺不大, 气管居中, 胸廓对称, 两肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 心界无扩大, 心率 138 次/分, 心律不齐, 可闻及频发期外收缩, 但各瓣膜区未闻及病理性杂音, 腹平软, 肝、脾肋下未及, 双肾区叩痛(-), 四肢腱反射(+), 病理反射未引出。

**实验室及辅助检查:** Hb 100 g/L, WBC  $8.6 \times 10^9/L$ , N 0.78, L 0.20, PLT  $110 \times 10^9/L$ , 尿、大便常规正常, 电解质  $Na^+$  136 mmol/L,  $K^+$  2.99 mmol/L,  $Cl^-$  97 mmol/L,  $Ca^{2+}$  2.1 mmol/L, 肝

功 TBIl 23  $\mu$ mol/L, IBil 21  $\mu$ mol/L, ALT 43 U/L, AST 336 U/L, TBA 22  $\mu$ mol/L, 心肌酶谱 LDH 878 U/L, HBDH 355 U/L, CK 355 U/L, CK-MB 833 U/L, 肾功  $CO_2CP$  24 mmol/L, BUN 2.76 mmol/L, CRE 62  $\mu$ mol/L; 肌钙蛋白 I 阴性; 出凝血指标正常; 心电图示多型性室性早搏, 有时呈短阵室速, 低钾血症。

**治疗经过:** 入院后给以吸氧, 脱水、利尿, 抗感染, 抗心律失常, 保护心、肝、肾脏, 营养神经, 维持电解质平衡, 给予纳洛酮及对症治疗, 自觉症状好转, 入院第 3 天查电解质  $Na^+$  141 mmol/L,  $K^+$  3.91 mmol/L,  $Cl^-$  106 mmol/L,  $Ca^{2+}$  2.3 mmol/L, 入院第 4 天, 心电图示窦性心律, 低钾血症。入院第 6 天, 肝功、心肌酶 ALT 140 U/L, AST 220 U/L, LDH 287 U/L, HBDH 193 U/L, CK 5951 U/L, CK-MB 35 U/L。入院第 13 天, 自觉无特殊不适, 复查肝功、心肌酶、心电图正常, 痊愈出院。诊断: 急性扑尔敏中毒, 中毒性心脏病(重度)。

**【病例 2】** 25 岁, 自服扑尔敏 200 片, 半小时后出现恶心、呕吐 1 次, 呕吐物为胃内容物及所进部分药片, 后自觉头晕、全身无力、胸闷、气短, 继而意识朦胧, 14 h 后被他人送来我院, 经洗胃、导泻后, 以急性扑尔敏中毒收住院。既往体健。

**查体:** T 37.5℃, P 92 次/分, R 30 次/分, BP 100/70 mmHg, 意识尚清, 皮肤未见紫斑, 双瞳孔等大等圆, 直径约 3 mm, 对光反应灵敏, 口唇轻度发绀, 心率 92 次/分, 律齐, 杂音(-), 腹(-), 肝、脾肋下未及, 四肢腱反射亢进, 病理反射未引出。心电图示窦性心律, ST 段下移, T 波低平; 血、尿、大便三常规及肝功、心肌酶均正常。

**治疗经过:** 住院后给以吸氧, 脱水、利尿, 保护心肌, 营养神经及对症治疗, 病情很快缓解, 住院 1 周痊愈出院。诊断: 急性扑尔敏中毒, 中毒性心脏病(轻度)。

#### 2 讨论

扑尔敏又名氯苯吡胺, 属抗组胺类  $H_1$  受体阻断药, 过量

收稿日期: 2002-03-18; 修回日期: 2002-04-29

作者简介: 郭宝科(1946-), 男, 陕西合阳人, 主任医师, 从事职业病、化学物中毒防治研究。