· 临床实践 ·

毒蕈中毒致肝损害 6 例临床分析

Clinical analysis on six cases of liver damage caused by toxic mushroom poisoning

宋玲莉[1,2]，菅向东[1]，李海[1,3]，于光彩[1]

（1. 山东大学齐鲁医院急诊科中毒与职业病科，山东 济南 250012；2. 威海市立医院西院区，山东 威海 264200；3. 淄博市中心医院急诊科，山东 淄博 255036）

摘要：对 2014 年 7~10 月我科收治的 6 例毒蕈中毒导致肝损害患者进行回顾性分析，6 例均表现为肝功能损害，经过积极保肝等综合治疗，4 例临床治愈，1 例死于心功能衰竭，1 例死于多脏器功能衰竭。提示毒蕈中毒致肝损害不容忽视。

关键词：毒蕈；中毒；肝损害

中图分类号：R135. 1　　**文献标识码**：B

文章编号：1002-221X(2016)01-0047-02

DOI：10.13631/j.cnki.zggyyx.2016.01.015

毒蕈又称毒蘑菇，因其外观与无毒蕈相似，易被误采食用而引起中毒。不同毒蕈所含毒素不尽相同，多对热较稳定，部分毒性较强。毒蕈中毒后临床表现多样，对诊断和治疗带来一定困难。我们对 2014 年 7—10 月我科收治的 6 例毒蕈中毒导致肝损害患者进行回顾性分析，旨在提高对该类疾病的重视，及时采取有效的防治措施。

1　一般资料

6 例中毒患者中男性 1 例、女性 5 例，分别来自 3 个家庭，当地医院给予初步治疗后，24~96 h 内转入我科。所有患者既往无病毒性肝炎病史。

2　诊断依据

（1）有进食自采新鲜野生蕈史；（2）同食者有轻重不等的类似临床表现；（3）有脏器功能受损的实验室检查证据；（4）排除其他相关疾病。

3　病例介绍

【例 1、2】均为女性，婆媳关系，年龄 103 岁、75 岁，2 人食用毒蕈量相当，均因恶心呕吐于当地医院诊治后效果不佳，于发病后 48 h 入我科治疗。【例 1】彩超示胸腔积液和心包积液，2 例入院双肺 CT 未见异常，肾功正常，肝功明显异常。诊断：毒蕈中毒，中毒性肝功能损害。入院后给予保肝及支持对症处理，治疗过程中肝功能指标检测结果见表 1。【例 1】于治疗 20 d 死于急性心衰；【例 2】好转出院，出院后 1 个月复查肝功等指标正常。

【例 3、4】为母子关系，年龄为 31 岁、9 岁，2 例因食用毒蕈后腹痛不适，于当地医院治疗 24 h 后来我科治疗，均表现为黄疸和皮肤瘙痒，肝功能异常，给予保肝降胆治疗约 20 d后出院，治疗过程中肝功能指标变化情况见表 1。出院后 1 个月复查均正常。

表 1　4 例患者治疗过程中肝功能指标检测结果　U/L

住院时间	例 1		例 2		例 3		例 4	
	ALT	AST	ALT	AST	ALT	AST	ALT	AST
第 1 天	134	67	153	94	5790	4140	6048	2971
第 3 天	1326	2298	752	315	1339	140	1941	212
第 7 天	1130	324	162	30	867	78	931	138
第 14 天	187	34	32	19	134	86	140	42
第 20 天	38	20	16	25	77	55	62	35

【例 5、6】均为女性，婆媳关系，年龄 71 岁、45 岁。【例 5】食用毒蕈量较大，于当地诊所误诊为急性胃肠炎并给予治疗，12 h 后病情急剧恶化，于 18 h 后因黑便、呕吐转入我科。查体：意识恍惚，双肺呼吸音粗，可闻及干湿性啰音，心率 100 次/min，腹软，肝脾肋下未及，剑下压痛，无反跳痛，肠鸣音活跃，移动性浊音阴性。入院诊断：毒蕈中毒、肝功能衰竭、消化道出血、ARDS。心电监护示心室率 120 次/min，指尖氧饱和度约 65%，BP 90/60 mm Hg，血气分析 pH 7. 28，$PCO_2$86 mm Hg，PO_2 45mm Hg。肝功能检测 ALT 6188 U/L、AST 4186 U/L，肾功和电解质正常，凝血系列示血浆凝血酶原时间>120 s、凝血酶时间 21. 50 s、血浆 D-二聚体 2. 18 μg/L，血常规 WBC 7. 72×10^9/L、Plt 85×10^9/L，大便常规潜血（+++），双肺 CT 提示双肺渗出性炎症，双肺少许纤维化。入院后禁食水、止血抑酸保护胃黏膜和支持对症处理，入院后5 h患者死于多脏器功能衰竭。【例 6】因服用毒蕈量较少，无任何症状，查体正常，肝肾功和凝血等指标正常，1 周及 1 个月随访均正常。

4　讨论

毒蕈含有多种毒素，目前已知的毒蕈毒素为 150 余种[1,2]，主要包括胃肠毒素、神经毒素、溶血毒素、肝毒素等。根据毒素对人体造成的损害，毒蕈中毒临床上常分为四种类型[3]：（1）胃肠炎型，为最常见的类型，潜伏期短，多于进食 10 min 至 6 h 发病，主要表现为恶心、呕吐、腹痛和水样腹泻等，一般病程短，预后较好，死亡较少；（2）神经精神型，此类型毒素多种，可引起类似吸毒的致幻作用，从中毒症状可分为神经兴奋、抑制和精神错乱以及各种幻觉反应；（3）溶血型，该类型潜伏期比较长，可在 1~2 d 后由于毒素大量破坏红细胞而迅速出现溶血症状，主要表现为贫血、黄疸和血红蛋白尿及肝脾大等，严重可因肝肾严重受损及心

收稿日期：2015-08-03；**修回日期**：2015-09-23

基金项目：国家临床重点专科建设项目（编号：2012650）；泰山学者建设工程专项经费项目（编号：ts20130911）

作者简介：宋玲莉（1981—），女，主治医师，急诊医学博士研究生，主要从事中毒与内科急危重症临床与基础研究。

通讯作者：菅向东，教授，急诊医学博士生导师，主要从事内科急危重症及中毒救治基础与临床研究，E-mail：jianxiangdongvip@163. com。

力衰竭而死亡；（4）肝脏损害型，潜伏期数小时至 1~2 d，这是毒蕈引起死亡的主要类型，白毒伞中毒就属于此类型。毒伞肽直接作用于肝细胞核，使细胞迅速坏死，为中毒死亡的重要原因之一。本组病例全部发病于 7~10 月份，转入我科前于当地均未洗胃，对在 24 h 内入本院的 2 例患者给予了洗胃，其中【例 5】因凝血功能异常及出现肝性脑病有血液灌流禁忌证；4 例 72~96 h 入院患者，因发病时间>48 h 故未给予血液灌流处理。6 例患者早期以消化道症状为主要表现，均进展为肝损害，同一家庭患者因进食量、体质等差异病情轻重不一，因当地医师采集病史不详细或临床经验不足，误诊为急性胃肠炎、菌痢或一般食物中毒而延误诊治。本组中 6 例患者早期在当地按胃肠炎治疗，未予及时洗胃、导泻，仅予抗感染、对症治疗，以致失去了最佳治疗时机，使病情加重，故造成迅速的肝损害。毒蕈中毒目前尚无特效解毒药，早期使用催吐、洗胃、导泻、灌肠清除尚未吸收的毒物，联合应用血液灌流清除入血的毒素及其他代谢产物是影响预后的关键环节。因毒蕈毒素在肠道吸收缓慢且存在肝肠循环，所以洗胃时间不受生理排空时间限制，在误食后 10 h 或更长的时间仍应进行彻底洗胃及有效的导泻，以清除消化道中的残留毒素[4]。毒蕈中的有毒物质相对分子质量较大，易与蛋白质结合，可被树脂或活性炭所吸附，血液灌流被认为是早期治疗毒蕈中毒的有效手段，同时血液灌流可清除炎性因子及部分肝脏酶类阻断炎性反应。有学者认为毒蕈中毒 36 h 后其毒素已被廓清[4,5]，因此血液灌流应尽早进行。

通过本组病例的诊治，笔者认为对毒蕈中毒所致的肝损害应采取以下防治措施：（1）详细询问病史，尤其是夏秋季出现群体同时发病的情况时，应考虑有无进食毒蕈的可能；（2）确诊为毒蕈中毒后，应尽早彻底催吐、洗胃、导泻和常规对症支持治疗，严密观察病情变化，随时复查肝肾功能，避免多脏器功能衰竭，以提高就诊生存率；（3）重症患者尽早采用血液灌流治疗；（4）加强宣传教育，不要采集、食用野生毒蕈，堵住中毒的源头。

参考文献：

[1] 张文武. 急诊内科学［M］. 北京：人民卫生出版社，2000：566-568.

[2] 方克美，杨大明，常俊. 急性中毒治疗学［M］. 南京：江苏科学技术出版社，2002：311.

[3] 任成山，高全杰，陆海华，等. 毒蕈中毒临床类型及特征分析［J］. 中国急救医学，2005，25（11）：781-784.

[4] 宋喜焕，胡志林，柳盈竹，等. 血液净化技术在急性毒蕈中毒治疗中的应用［J］. 中国医学创新，2008，5（6）：11-12.

[5] 张建民，张学武，彭洪菊，等. 血浆置换治疗重度毒蕈中毒的疗效观察［J］大连医科大学学报，2001，23（2）：108-109.

中药穴位贴敷对尘肺病患者免疫功能的影响

Effect of acupoint application with Chinese herbal medicine on immune function of patients with peumoconiosis

谷晓新，宁琼，李爱华

（济南医院，山东 济南　250013）

摘要：将 74 例尘肺病患者随机分为穴位贴敷组和对照组。对照组采用止咳化痰、平喘等常规治疗；穴位贴敷组在对照组治疗基础上于每年初伏、中伏、末伏首日加用中药穴位贴敷治疗，连续贴敷 3 年。观察对照组与穴位贴敷组治疗前后血清学指标的变化。结果显示，穴位贴敷组尘肺病患者的免疫球蛋白 A（IgA）、免疫球蛋白 G（IgG）、免疫球蛋白 M（IgM）及肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、可溶性白细胞介素 2 受体（IL-2R）、白细胞介素 8（IL-8）水平均较治疗前明显降低（$P<0.05$），且降低水平优于对照组（$P<0.05$）。提示穴位贴敷对改善尘肺病患者的细胞免疫和体液免疫有一定作用。

关键词：尘肺；穴位贴敷；免疫球蛋白；TNF-α；IL-2R；IL-8

中图分类号：R135.2　　**文献标识码：**B

文章编号：1002-211X(2016)01-0048-03

DOI：10.13631/j.cnki.zggyyx.2016.01.016

尘肺病在我国是较为常见的呼吸系统疾病，而目前现代医学尚无法阻止此病的病程进展，只能针对其并发症进行有效治疗。研究证实，冬病夏治穴位贴敷能够改善机体血液循环、兴奋受体活性、促进和调整机体免疫功能、调动人体内在的抗病能力，从而达到内病外治的目的[1]。国内学者对中药穴位给药的机制进行了初步研究，一般认为是药物的透皮吸收与经络系统对人体调节的双重效应[2]，但目前中药的药效成分及经络调节机制尚不清楚。为寻找中药穴位贴敷给药机制，我们将中药穴位贴敷对尘肺病患者免疫功能的影响进行了临床观察，现报告如下。

1　临床资料

1.1　一般资料

将我院确诊的 74 例住院尘肺病患者按数字表法随机分为两组。对照组：37 例，均为男性（由于尘肺形成的特定工种决定），年龄 42~76（56.44±8.58）岁，接尘工龄 8~36（16.85±7.32）年。穴位贴敷组：37 例，均为男性，年龄 44~86（60.63±11.87）岁，接尘工龄 6~34（21.37±8.75）年。组间性别、年龄、接尘工龄、病程、合并症以及疾病分期等一般资料具有均衡可比性，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

1.2　纳入及排除标准

所选尘肺病研究对象分期在壹期及以上，并由至少 3 名具有尘肺病诊断资质的执业医师集体诊断。1986—2001 年的

收稿日期：2015-09-08；**修回日期：**2015-11-05

基金项目：济南市科技局项目（201201058）

作者简介：谷晓新（1972—），女，硕士，副主任医师，主要从事职业病临床工作。

通讯作者：宁琼，主治医师，E-mail：ningqionghn@163.com。