

的基础上加用血疗,疗效显著。应用时须注意有右心衰竭时,血液回输时速度不太快,以免使心脏前负荷过重。

参 考 文 献

1 杜固彬·量子血疗治疗脑血栓形成 134 例疗效分析·微循环杂志,

1993,1(3),15
2 季庆云·自血光量子疗法对微循环作用的观察·微循环技术杂志, 1993,1(2),100
(收稿,1998-01-12 修回,1998-04-23)
(本文编辑,吴 进)

88 例口服有机磷农药中毒治疗体会

丁前山

(泗阳县洋河医院内科 223725)

我科自 1992 年 1 月至 1996 年 1 月共收治口服有机磷农药中毒 88 患者例。现将治疗体会分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 男 23 例,女 65 例,年龄 14~76 岁,平均 32 岁。均为自杀。中毒至就诊时间为 1~3.5 h。毒物种类,对硫磷 15 例,甲拌磷 10 例,甲胺磷 21 例,氧化乐果 42 例。
1.2 临床表现 88 例均为中度以上中毒。呼吸困难 32 例,肌肉颤动 18 例,瞳孔缩小 74 例,肺部啰音 58 例,心动过速 17 例,心动过缓 29 例。
1.3 实验室检查 血清胆碱酯酶活性 0~10% 54 例,11%~30% 22 例,31%~40% 8 例,>40% 4 例。外周血白细胞数 $>10\times10^9/L$ 者 43 例。
1.4 治疗方法 就诊后立即插胃管行洗胃机生理盐水或清水洗胃,其中 4 例行外科手术剖腹洗胃。一次性洗胃 65 例,19 例留置胃管 24~48 h 反复多次洗胃。同时静脉注射阿托品,中度中毒 5~10 mg,10~15 min 1 次;重度中毒 10~30 mg,5~10 min 1 次。达阿托品化后酌情延长间隔时间或减量维持治疗。非氧化乐果中毒者给予解磷定 2~4 g/d 静脉滴注,使用 3 d。均静脉注射甘露醇、速尿并用抗生素防治感染,维持水电解质平衡。
1.5 治疗转归 痊愈 69 例,住院时间 8~22 d,平均 14 d。自动出院 4 例,死亡 15 例,入院至死亡时间最短 45 min,最长 11 d。

2 讨 论

2.1 彻底洗胃标准 应以洗胃液与注入液的颜色

相一致且无异味为标准。一次洗胃不彻底者,应留置胃管反复洗胃。注意进出胃液应保持平衡,防止清水洗胃发生低渗综合征。对有喉头水肿、插管困难或饮食后服药者应行剖腹洗胃。
2.2 解毒剂的合理应用 使用阿托品应遵循早期、足量、反复、持续和快速阿托品化的原则。其用量不能按书本死搬硬套,应强调个体化治疗。维持时间应适当延长。本组最长维持 16 d,总量达 5460 mg;最短维持 4 d,总量 230 mg。胆碱酯酶复能剂对非氧化乐果中毒者应根据胆碱酯酶活性测定结果早期反复使用,尽早恢复其活性。
2.3 积极防治呼吸衰竭 呼吸衰竭是有机磷农药中毒的直接死因,脑水肿、肺水肿与其关系密切。甘露醇可防治脑水肿和肺水肿,加速毒物排出,而且甘露醇可缩短阿托品化时间,从而减少阿托品用量。故目前认为对中重度有机磷中毒者,可常规甘露醇治疗 2~3 d。有机磷农药中杂质如三烷基硫代磷酸酯类,可引起迟发性损害致呼吸肌麻痹。本组有 6 例死亡患者均于入院 7 d 后突然出现呼吸困难,紫绀进行性加重,肺部啰音渐增,一般氧疗及阿托品复能剂治疗无效。故应高度警惕这种情况,一旦出现,应行呼吸支持治疗。
2.4 氧化乐果中毒的处理 本组氧化乐果中毒 42 例,死亡 11 例。提示该药中毒抢救成功率低。近期研究认为氧化乐果对胆碱酯酶抑制不可逆,因此复能剂治疗无效。而换血疗法可及时补充有活性的胆碱酯酶,清除体内积聚的乙酰胆碱,提高抢救成功率。故有必要在基层医院积极开展此项疗法。

(收稿,1997-11-10 修回,1997-12-30)
(本文编辑,吴 进)