

而间接抑制白三烯的合成。利多卡因为酰胺类局麻药,血液吸收后对中枢神经系统有明显的兴奋和抑制双相作用,且可无先驱的兴奋,血药浓度较低时,有镇痛作用并使患者思睡,痛阈提高。在治疗肾绞痛时双氯芬酸钠利多卡因注射液通过抑制前列腺素合成与释放,发挥抗利尿作用,从而减轻输尿管压力,同时缓解输尿管平滑肌痉挛而起效^[4]。其最常见的临床副反应为胃肠道不适、上腹部疼痛、恶心呕吐等,但这些副作用一般轻微并比较少见。本研究结果显示双氯芬酸钠利多卡因注射液治疗肾绞痛的效果与哌替啶相当,但起效更快,且其副反应较少,更加安全,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 徐济民.临床实用新药手册[M].上海:上海科学技术出版社,1996:124.
- [2] 潘文海,黄文胜,李刚,等.双氯芬酸钠和盐酸屈他维林维持性用药治疗顽固性肾绞痛的疗效[J].广东医学,2009,30(6):984-985.
- [3] 江明性.药理学[M].北京:人民卫生出版社,2005:254.
- [4] 游浩元,黄亮.双氯芬酸钠栓剂加山莨菪碱对结石性肾绞痛效果分析[J].江西医药,2010,45(5):453-454.

(收稿日期:2012-06-30)

大剂量氯氟氰菊酯农药中毒的抢救体会

曲晓东

(濮阳市油田总医院,河南 濮阳 457000)

【摘要】目的 探讨大剂量氯氟氰菊酯农药中毒的有效抢救措施。**方法** 回顾性分析15例大剂量氯氟氰菊酯农药中毒患者的临床救治情况。**结果** 15例患者经积极抢救,有效改善了中毒症状,治疗前后临床症状差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 对氯氟氰菊酯农药中毒患者进行有效的预防和及时准确的治疗是抢救成功的关键。

【关键词】 氯氟氰菊酯 中毒 抢救 体会

在基层医院中,农药中毒属于比较常见的一种急诊疾病,过去有机磷农药中毒最为多见,但是近几年新型农药中毒现象逐渐增多。氯氟氰菊酯便是一种新型农药,属拟除虫菊酯类农药,具有低残留、广谱、高效的优点,对哺乳动物和禽类安全、易生物降解等特性^[1]。我院对15例大剂量氯氟氰菊酯农药中毒患者进行抢救,取得了较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 15例大剂量氯氟氰菊酯农药中毒患者中男8例,女7例,年龄20岁~68岁。其中13例患者为自杀口服农药,2例为其他途径误食或接触。15例患者均出现呼吸逐渐增快、呼吸困难的症状,其中12例患者的血压急剧下降,14例患者出现阵发性的惊厥或抽搐,13例患者处于昏迷中,部分患者有发绀现象,脉率极度增快,心悸,出现肺水肿等症状。

1.2 治疗方法 对患者的生命体征进行常规检测,判定患者的中毒程度,制订下一步治疗方案。患者入院后立即利用洗胃机进行温开水洗胃,直到洗出的液体无农药味为止,一般情况下洗胃量在5 000~10 000 mL。为患者建立有效的静脉通道,以方便抢救措施的顺利实施。目前尚未有治疗大剂量氯氟氰菊酯农药中毒的特效解毒药,本组患者均给予20 mL丹参注射液进行静脉滴注,每天1次,并对其进行大量的利尿、补液、对症治疗。对于出现昏迷和呕吐的患者,早期应进行气管插管,避免

误吸现象发生。对于出现抽搐或舞蹈样动作的患者,可先静脉注射10 mg的地西泮或10 mg的咪达唑仑,以及肌内注射0.1 g的鲁米那,若经过以上治疗后患者的抽搐症状仍未解除,可改为每小时泵入5~6 mg咪达唑仑,同时每小时可加用0.4~0.6 mg阿曲库铵泵入,进行气管插管以及机械通气,直至患者抽搐动作或舞蹈样动作消失为止,可逐渐减轻阿曲库铵的使用剂量直至症状完全消失,治疗过程多为3 d左右。根据患者症状逐渐减少咪达唑仑用量,待患者意识逐渐清醒后可停止使用呼吸机及拔除患者气管插管。

1.3 统计学方法 计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

15例患者经积极抢救,有效改善了中毒症状,治疗前后临床症状改善情况比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表1。

表1 抢救前后临床症状改善情况比较 例(%)

	例数	血压下降	阵发性抽搐	呼吸困难	昏迷
抢救前	15	12(80.0)	14(93.3)	15(100.0)	13(86.7)
抢救后	15	1(6.7)	0(0.0)	2(13.3)	2(13.3)
χ^2		24.52	50.68	32.24	19.75
P		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

通常农药中毒多是通过呼吸道黏膜、皮肤、口等途径吸收的,所以采取有效的预防措施是减少农药中毒发生的关键^[2]。对于有悲观厌世观念的人群应该加强健康人生观的宣教,对其进行开导,本组共有13例患者因自杀而服毒。口服农药患者多在现场进行了催吐,吐出了部分农药液体,但其并不能保证胃中所有农药都被清除,所以患者入院后必须立即进行洗胃。患者中毒后会出现极度烦躁或昏迷的状态,因此可能会导致其在洗胃进行胃插管的时候出现误吸现象,所以应该先进行气管插管,待对气道起到保护作用后再进行胃插管,对患者进行洗胃

作者简介:曲晓东,男,本科,主治医师。

治疗。需要注意的是在对患者进行洗胃后,不要急于拔除胃管,可将胃管保留,每30 min左右抽取1次胃液或者是进行持续胃肠减压,以便将胃内所有残余农药抽出。目前此类农药中毒没有特效的解毒剂,所以多根据患者症状进行治疗,通常可使用丹参注射液进行静脉滴注,或使用0.5~1 mg的阿托品进行肌肉注射或皮下注射,但是切勿使患者“阿托品化”,以避免加重抽搐症状,导致患者出现阿托品中毒现象,严重者甚至可以死亡。

该类农药的毒性主要作用于患者的中枢神经系统如脊髓、小脑、锥体外系及外周神经,所以患者多会发生抽搐以及舞蹈样动作,此时可静脉注射5~10 mg的地西洋或肌肉注射0.1 g的鲁米那,患者有呼吸抑制现象时及时给予吸氧,必要时还可使用呼吸机进行辅助呼吸。若患者有较为频繁的抽搐或舞蹈样动作,使用上述药物难以控制,可每小时泵入0.4~0.6 mg阿曲库铵,并同时机械通气和气管插管,以确保患者呼吸通畅。氯氟氰菊酯农药中毒会导致多器官出现衰竭,其中包括心功能衰竭、呼吸衰竭、周围循环衰竭等。本组15例患者均出现了呼吸困难的征象,经过积极治疗均得到缓解。若患者发生腹泻及大量呕吐,导致有效循环血量不足时,应及时采取补液措施,以

避免患者出现肾功能衰竭或微循环衰竭。需要注意的是老年患者在进行补液时,应该控制补液速度,避免患者因补液速度过快出现心力衰竭的症状。目前常使用心肌营养药物对心功能衰竭进行预防,已出现心功能衰竭患者可使用强心药进行治疗,如西地兰。患者由于需要多次洗胃,所以会对胃黏膜造成一定程度的损伤^[3],可根据患者具体情况应用西米替丁或奥美拉唑对胃黏膜进行保护,本组15例患者无1例发生消化道出血。总之,对氯氟氰菊酯农药中毒患者进行有效的预防和及时准确的治疗是抢救成功的关键。

参考文献

- [1] 严婷,程健,曹廷霞.不同浓度和剂型的高效氯氟氰菊酯的急性毒性研究[J].江苏预防医学,2008,19(3):64-66.
- [2] 林铮,黄金祥,朱秋鸿.11家医院收治急性农药中毒患者的调查[J].中国工业医学杂志,2006,19(3):132-135.
- [3] 李福玲,王美英,冀玲,等.药物中毒洗胃造成胃黏膜损伤的相关因素分析[J].齐鲁护理杂志,2007,13(12):9-10.

(收稿日期:2012-06-28)

不同剂量质子泵抑制剂治疗消化性溃疡出血临床观察

张 纲

(新蔡县人民医院,河南 新蔡 463500)

【摘要】目的 探讨不同剂量质子泵抑制剂治疗消化性溃疡出血的临床效果及其安全性。**方法** 100例患者随机分为4组各25例,观察组患者只采用常规治疗方法,甲、乙、丙组分别加用低、中、高剂量的奥美拉唑,观察比较临床效果。**结果** 观察组总有效率为60.0%,甲组总有效率为84.0%,乙组总有效率为92.0%,丙组总有效率为96.0%。甲组、乙组和丙组较观察组效果明显,差异有统计学意义($P<0.01$);乙组和丙组效果均高于甲组,差异有统计学意义($P<0.05$);乙组和丙组组间对比,差异无统计学意义。**结论** 奥美拉唑治疗消化性溃疡出血安全有效,且其给药量和效果呈正相关。

【关键词】 消化性溃疡出血 质子泵抑制剂 奥美拉唑 不同剂量疗效

消化性溃疡是十二指肠溃疡和胃溃疡的总称,为临床常见的消化内科急重病,是引发消化道出血的主要因素之一。消化性溃疡出血是在消化性溃疡的病情基础上发展而来,若不采取积极有效的措施则会影响到患者的生命安全。而质子泵抑制剂具有抑制胃酸的作用,临床广泛应用于消化性溃疡出血的治疗中。为进一步研究不同剂量的质子泵抑制剂对消化性溃疡出血的效果,笔者选择我院收治的100例患者进行了研究,现报告如下。

作者简介:张纲,男,本科,主治医师。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院2010年3月—2012年3月收治的100例消化性溃疡患者随机分为观察组、甲、乙、丙4组各25例。观察组男13例,女12例,年龄15岁~71岁,平均年龄 (35 ± 3.1) 岁,复合溃疡3例,胃溃疡12例,十二指肠溃疡10例;甲组男15例,女10例,年龄19岁~65岁,平均年龄 (34 ± 5.3) 岁,复合溃疡5例,胃溃疡10例,十二指肠溃疡10例;乙组患者男11例,女14例,年龄21岁~74岁,平均年龄 (40 ± 3.4) 岁,复合溃疡4例,胃溃疡9例,十二指肠溃疡12例;丙组患者男16例,女9例,年龄17岁~78岁,平均年龄 (42 ± 4.7) 岁,复合溃疡2例,胃溃疡11例,十二指肠溃疡12例。4组患者一般资料(年龄、性别、病情)对比差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 基础治疗:补充血容量、禁食、抗休克、纠正贫血、吸氧等。观察组只进行基础治疗,甲组患者在基础治疗上给予患者40 mg奥美拉唑治疗,乙组给予患者80 mg奥美拉唑治疗,丙组给予患者120 mg奥美拉唑治疗。甲、乙、丙组患者均将奥美拉唑与100 mL的生理盐水溶合静脉滴注,每12 h 1次,连续用药4 d,病情得到控制后改口服奥美拉唑,用药量根据患者实际情况决定。

1.3 疗效判定标准 患者在用药后临床症状消失,无黑便和呕血情况,大便隐血转阴,血红蛋白稳定,经胃镜检查无明显出血情况,生命体征稳定为止血成功。患者用药24 h内止血