

大承气汤胃管注入治疗急性药物中毒临床观察

黄育文, 杜宏进, 王严冬, 张景铭, 伍晓敏, 唐佳微, 范艳隆

广东省中医院珠海医院急诊科, 广东 珠海 519015

[摘要] 目的: 观察大承气汤胃管注入治疗急性药物中毒的临床疗效。方法: 将 92 例急性药物中毒患者随机分成 2 组, 对照组 50 例, 治疗组 42 例。对照组为常规治疗组, 治疗组在对照组基础上加大承气汤胃管注入。观察首次排便、患者意识状态转清醒和急诊留观等情况。结果: 2 组首次排便情况比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组意识状态转清醒情况比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组急诊留观情况比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 大承气汤胃管注入应用于急性药物中毒, 能缓解临床症状, 促进毒物排泄和患者苏醒, 缩短急诊留观时间, 治疗效果显著, 值得推广使用。

[关键词] 急性药物中毒; 大承气汤; 通腑泄浊

[中图分类号] R595.4 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0080-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.033

中毒是指某些物质进入人体后, 在一定的条件下与体液、组织相互作用, 进而损害组织、破坏组织及影响体液的调节功能, 使正常的生理功能发生严重障碍, 从而引起的功能性或器质性病变及一系列代谢紊乱。中毒有急性和慢性两大类。急性中毒是由于短时间内吸收大量毒物所致, 起病急骤, 症状严重, 病情变化迅速, 如不及时治疗常危及生命^[1]。急性药物中毒是急诊科的常见病, 病情危重。本院急诊科抢救急性药物中毒患者, 在常规治疗基础上使用大承气汤胃管注入, 取得了较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 选择本院急诊科 2009 年 1 月~2013 年 7 月抢救的急性药物中毒 92 例患者, 其中安眠药中毒 60 例, 其他药物中毒 32 例。按中毒程度分级, 轻度中毒(表现为嗜睡, 言语不清、眼球震颤、步态不稳、出现判断力和定向力障碍、各种反射存在, 生命体征正常)27 例; 中度中毒(表现为浅昏迷, 强刺激可唤醒, 但很快又进入昏迷, 生理反射存在, 呼吸浅而慢, 血压正常)56 例; 重度中毒(表现为深昏迷, 早期四肢肌张力增高, 腱反射亢进, 病理反射阳性, 后期各种反射消失, 瞳孔对光反应存在, 呼

吸浅而慢, 脉搏细速, 血压下降)9 例。

1.2 一般资料 将 92 例急性药物中毒患者随机分成 2 组, 治疗组 42 例, 对照组 50 例。治疗组男 19 例, 女 23 例; 年龄 19~54 岁, 平均(29.71±9.79)岁; 轻度 13 例, 中度 26 例, 重度 3 例。对照组男 23 例, 女 27 例; 年龄 17~67 岁, 平均(30.26±9.60)岁; 轻度 14 例, 中度 30 例, 重度 6 例。2 组治疗前性别、年龄、中毒程度方面经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 临床上常规给予吸氧、监测生命体征、观察神志情况、催吐、洗胃、解毒、补液等对症支持治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上加大承气汤治疗。处方: 大黄(颗粒)9 g, 芒硝(颗粒)10 g, 厚朴(颗粒)、枳实(颗粒)各 12 g。每剂经温水溶解后取 250 mL, 在彻底洗胃后经胃管注入; 2 h 后不排便者, 按上述剂量再注入 1 次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察首次排便、患者意识状态转清醒和急诊留观等情况。

[收稿日期] 2013-09-26

[作者简介] 黄育文 (1981-), 男, 住院医师, 主要从事急诊临床工作。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计学软件进行数据处理, 计数资料采用 χ^2 检验, 等级资料采用 Ridit 分析。

4 治疗结果

4.1 2 组首次排便情况比较 见表 1。2 组首次排便情况比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	0~3 h	3+~6 h	6+~12 h	>12 h	Z 值	P 值
治疗组	42	20	13	7	2	3.285	0.001
对照组	50	13	9	18	10		

4.2 2 组意识状态转清醒情况比较 见表 2。2 组意识状态转清醒情况比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	0~3 h	3+~6 h	6+~12 h	>12 h	Z 值	P 值
治疗组	42	20	12	7	3	2.927	0.003
对照组	50	13	9	18	10		

4.3 2 组急诊留观情况比较 见表 3。2 组急诊留观情况比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	1~4 h	4+~6 h	6+~12 h	>12 h	Z 值	P 值
治疗组	42	21	11	7	3	2.683	0.007
对照组	50	16	6	17	11		

5 讨论

多数毒物可经小肠及大肠吸收, 引起肠道刺激症状, 导泻可使肠道毒物尽快排出, 是临床上常用的排毒方法之一, 临床观察表明采用中药大承气汤治疗, 可以取得较好的疗效。

大承气汤见于张仲景的《伤寒杂病论》, 由大黄、芒硝、厚朴、枳实四味中药组成。方中以大黄为君药, 泻热通便; 芒硝为臣药, 软坚润燥, 助大黄泻热通便; 厚朴、枳实为佐药, 行气散结, 消痞除满。四药相合, 既有大黄、芒硝泻下通便, 以治燥实; 又有厚朴、枳实行气散结, 以治痞满, 泻下行气并重, 共奏峻下热结之功。对于发狂、神昏、谵语而有阳明实

证者, 可用此方苦寒泻下, 导热下行而神志可复^[2]。从现代医学角度分析认为, 大承气汤能兴奋肠管, 增加胃肠道的推进功能, 从而加速毒物的排出。现代药理研究证明: ①大黄中的番泻甙在肠道细菌酶的作用下分解产生大黄酸蒽酮, 大黄酸蒽酮可刺激大肠黏膜, 使肠蠕动增加而泻下; 还可抑制肠细胞膜上 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶, 阻碍 Na^+ 转运, 使肠内渗透压升高, 保留大量水分, 促进肠蠕动而泻下。芒硝所含硫酸钠中硫酸根离子不易被肠黏膜吸收, 在肠道内形成高渗盐溶液, 吸附大量水分, 使肠道扩张, 引起机械刺激, 促进肠蠕动, 从而发生排便效应^[3]。②大承气汤能有效抑制或杀灭体内一些病菌, 具有良好的解毒作用; 能增加肠道血流量, 降低肠壁毛细血管通透性, 减少炎性渗出, 降低肠壁组织胺水平, 避免黏膜缺血、缺氧, 有良好的肠黏膜保护作用^[4]。研究证明, 大黄中的大黄酸、大黄素能影响叶酸的酶系统, 抑制细菌核酸和蛋白质合成, 抑制细菌生物氧化酶; 厚朴中的厚朴酚、厚朴碱、厚朴挥发油对肺炎双球菌、链球菌、金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌、八叠球菌和枯草杆菌均有抑制作用。

总之, 大承气汤胃管注入应用于急性药物中毒, 能促进肠道内毒物排出, 避免毒物的再吸收, 减少毒素对体内脏器的损害, 有利于各脏器功能的恢复, 促进患者意识清醒, 缩短急诊留观时间, 且无不良反应, 使用方便、经济, 充分发挥了中医中药特色优势, 取得了较好的疗效, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 沈洪. 急诊医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 67.
- [2] 陈潮祖. 中医治法与方剂[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 345- 346.
- [3] 雷载仪. 中药学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001: 100.
- [4] 王元海. 大承气汤对亚低温治疗特重型颅脑损伤患者肠动力恢复临床观察[J]. 云南中医药杂志, 2009, 30(7): 86.

(责任编辑: 骆欢欢)