

食物中毒的处理

吴 伟

(中国医科大学第一临床学院, 沈阳 110001)

关键词: 有毒食物中毒 诊断 处理要点

中图分类号: R4 文献标识码: A

食物中毒是指人们吃了带有细菌、细菌毒素或含有有毒物质的食物而引起的以胃肠道症状为主要表现的一种急性疾病。本文仅介绍含有有毒物质的食物如毒性蘑菇、马铃薯、菜豆角、苦杏仁等引起中毒的处理。

1 含毒性蘑菇中毒

我国大约有 360 余种蘑菇, 毒性蘑菇有 90 多种, 食用了可发生中毒现象。

1.1 中毒的表现 中毒发病迅速, 多在误食后数分钟至 6 小时出现中毒症状。潜伏期最长, 可达 15~30 小时。中毒的表现多种多样, 一般有以下几种表现型:

胃肠类型 潜伏期 10 分钟~6 小时, 以剧烈恶心、呕吐和腹泻为突出表现。轻症者恶心、呕吐; 中症者恶心、呕吐、腹泻、腹痛; 重症者持续性严重的呕吐、剧烈腹痛、频繁排出水样粪便、有时带血。甚而可发生腓肠肌痉挛、低血压、休克、肾功能衰竭、昏迷。易与霍乱等相混淆。

神经型 潜伏期 15~60 分钟。最突出表现是大量出汗、瞳孔缩小、流泪、流涎、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、呼吸急促、幻觉等。

精神型 潜伏期 15~90 分钟。出现颜色和位置的幻觉、幻视及视觉方面症状。如物体轮廓改变、视力模糊、感觉物体变小、颜色奇异、跳舞、唱歌、狂笑、意识障碍、昏迷、瞳孔散大、心动过速、体温上升等。

肝脏损害型 潜伏型较长, 一般为 10~24 小时, 长者数月。初期表现胃肠症状, 持续 1~2 天, 经 3 天假愈期后, 突然出现黄疸、肝脏肿大、压痛、肝功能异常。严重者肝坏死、肾功能衰竭。

毒蕈碱样型 潜伏期 12 小时。出现流涎、多汗、头痛、瞳孔缩小、心率减慢、幻觉、呼吸困难、血压下降等。

阿托品样型 含有类似阿托品毒素的毒蕈中毒时, 可产生心动过速、瞳孔散大、兴奋、烦躁、谵语、惊厥、昏迷等。

溶血型 潜伏期 6~12 小时。初期出现胃肠道症状, 很快出现溶血症状, 如黄疸、贫血、血红蛋白尿、血尿、肝脾肿大。

周围神经型 四肢远端发生对称性的感觉和运动障碍、麻木、强直、膝反射消失等。

类霍乱型 潜伏期 1~2 小时。表现为剧烈呕吐、腹痛、米泔水样便及严重电解质紊乱。病死率 60%~70%。

1.2 诊断

1.2.1 病史 有进食蘑菇病史。

1.2.2 临床表现 进食蘑菇 30~120 分钟后出现呕吐、腹泻、幻视、视觉障碍、大量出汗、瞳孔缩小、血压下降等症状和体征。

1.2.3 实验室检查 剩余食物或胃内容物中检出蘑菇残块。

1.3 处理要点

1.3.1 排毒 用 1:5000 高锰酸钾或 0.5% 鞣酸、浓茶水及其他溶液反复洗胃。洗胃后一次性灌入通用解毒粉(活性炭 24 份、鞣酸 1 份、氧化镁 1 份) 20 g 或活性炭 20 g。用肥皂水或温水反复高位清洁灌肠数次。已有严重呕吐、腹泻者不用导泻剂。输液、输血或换血, 给予利尿剂。

1.3.2 解毒 以毒蕈碱样症状和神经精神症状为主者, 用阿托品 1~2 mg, 1 次/15 min, 至阿托品化(皮肤干燥、瞳孔较前扩大、口干、心率增快达 90~110 次/min、双肺无湿啰音)后, 减量维持 3~4 天, 对阿托品无效者, 可试用抗毒蕈血清 40 mL 肌肉注射(需作过敏试验, 阳性者采用脱敏法治疗)。阿托品化后, 应立即转上级医院。

1.3.3 糖皮质激素的应用 应早期、足量应用糖皮质激素。

1.3.4 对症处理 抗休克、调节水电解质和酸碱平衡。防治溶血、出血。可给强的松、碳酸氢钠、维生素 K 等。肝昏迷病人用谷氨酸或氨酪酸、精氨酸等。

1.3.5 中药治疗 取兔脑、胃, 2~3 只/d, 连服 5~7 天。机理是兔脑、胃中的类脂质能很好地吸收毒素, 消除毒蕈中毒。或用银花 75 g、生甘草 50 g、白芷 15 g、绿豆 200 g, 水煎服。或用木防己全草 150 g、大米 250 g、开水 100 mL, 混合搓转几百次, 取滤液, 分 2 次服。重者 4 次/d, 轻者 2 次/d。民间单方: 方 1: 空心菜洗净切碎绞汁饮用; 方 2: 甘草 15 g、紫苏 10 g, 水煎服; 方 3: 生甘草 50~100 g, 绿豆 50~200 g, 水煎服; 方 4: 鲜鱼腥草根、叶 50~100 g, 水煎服; 方 5: 绿豆 120 g、蒲公英 60 g、金银花 30 g、紫草根 50 g、大青叶 50 g、甘草 15 g, 1 剂/d, 水煎服。

2 发芽马铃薯中毒

2.1 临床表现 病人表现为咽喉部及口腔烧灼和疼痛、恶心、呕吐及腹痛、腹泻、全身麻木、四肢无力、双睑下垂、血压下降、心律失常、瞳孔散大、昏迷、呼吸中枢麻痹和循环衰竭等症

状和体征。

2.2 治疗 对此类病人的处理要点为：立即口服浓茶 1 大杯后刺激咽喉部催吐；1%鞣酸溶液或浓绿茶水洗胃，然后灌入生鸡蛋清 5 个，加活性炭 20 g；口服 50%硫酸镁导泻；适当饮用醋；对症治疗，适时应用呼吸兴奋剂；及时送到最近医院急诊或向 120 急救中心呼救。

3 菜豆角中毒

3.1 临床表现 病人常有恶心、呕吐、腹痛、腹泻、头昏、头痛、胸闷、心慌、出冷汗、手脚发冷、四肢麻木、发烧等临床表现。

3.2 治疗 轻度中毒不必治疗，可自行恢复；呕吐持续严重者可静脉滴注葡萄糖盐水和维生素 C，促进皂素排泄。

4 苦杏仁中毒

4.1 临床表现 病人表现为头痛、头昏、恶心、呕吐、口中苦涩、心跳加快、血压升高、呼吸急促而不规则，并可闻到苦杏仁味；严重者可昏迷、大小便失禁、瞳孔散大、呼吸困难、阵发性痉挛、血压下降、牙关紧闭、四肢厥冷，呈休克状态，深度昏迷，呼吸肌麻痹。

4.2 治疗 对此类患者应及时加以处理，包括：立即将患者移至新鲜空气处，呼吸停止者尽快进行人工呼吸，神志清醒者应喝清水后催吐、导泻；立即拨打 120 急救电话，到最近的医院洗胃；使用特效解毒剂，可立即将亚硝酸酯 1~2 安瓿于干纱布内压碎放在病人鼻腔内，使其吸入 15~30 秒，1 次/1~2 min，连续数次，然后静脉注射 50%硫代硫酸钠 25~50 mL，静脉注射美蓝 10 mg/kg，静脉滴注细胞色素 C 15~30 mg/次，3~4 次/d；根据呼吸、循环系统的情况，给予吸氧、呼吸兴奋剂、强心剂和升压药物等对症治疗；中药治疗，甘草、黑大枣各 120 g，煎服，或野牡丹 120 g，煎服，或新鲜萝卜 2 kg，捣烂取汁内服。

腹部切口脂肪液化 67 例 治疗体会

邵文生

(四川省攀枝花市第二人民医院外科, 617068)

关键词:腹部切口 脂肪液化 治疗体会

中图分类号:R6 文献标识码:A

我院普外科在 1998 年 1 月~2003 年 6 月的腹部手术中共有 67 例切口发生脂肪液化,经治疗取得较好的效果,现报告如下。

1 临床资料

本组病人 67 例,其中男 21 例、女 46 例;年龄 21~71 岁,平均年龄 44.6 岁。体型过度肥胖者 11 例、明显肥胖者 51 例、正常体型 5 例。手术部位上腹部手术 49 例,其中右肋缘下切口 41 例、左肋缘下切口 3 例、右腹直肌切口 5 例;下腹部手术 18 例,其中右下腹探查切口 6 例、阑尾切口 9 例、左下腹探查切口 3 例。病人脂肪厚度 2.5~12 cm,平均厚度为 6.7 cm。

2 治疗方法及效果

对渗液较少的病例沿切口两边向中心挤压,尽可能将渗液挤尽,再于切口上置一酒精纱布,然后加压包扎。经上述 2~5 次处理,切口即能愈合。

对渗液较多的病例先间断拆线数针,再充分挤压切口,向切口全层喷贝复剂。然后在切口里置一庆大霉素盐水引流条再加压包扎,切口 TDP 照射。要加强换药,换药过程中要强调无菌观念,以免造成切口人为感染。经 5~12 次换药切口即愈合。

所有病人切口均愈合良好,无需缝合处理,无一例院内感染。

3 讨论

3.1 切口脂肪液化的诊断标准 目前教科书上尚无统一的诊断标准,我们根据工作经验结合临床实际,采取如下诊断标准:发生在术后 5~7 天,病人无自觉症状,敷料有黄色渗液,挤压切口有黄色液体,并可见飘浮的脂肪滴;切口

无红肿硬结,无压痛,切口愈合不良,皮下组织游离,切口边缘及皮下组织无坏死征象;渗出液涂片镜检可见大量脂肪滴,连续 3 次培养无细菌生长^[1]。

3.2 切口脂肪液化的原因 可能与肥胖、电刀的使用及切口过度牵拉有关。其发生机制可能是电刀所产生的高温,造成皮下脂肪组织浅表性烧伤及部分脂肪细胞因热损伤,发生变性造成术后脂肪组织无菌性坏死形成渗液,影响切口的愈合^[2]。另外切口过度牵拉,易引起脂肪发生氧化分解反应导致无菌性炎症反应,使脂肪组织发生液化。因此,从切口脂肪液化的部位看,切口两端发生脂肪液化的数量及严重程度明显高于中间部位。

3.3 切口脂肪液化的治疗原则及预防

我们强调充分挤压及加压包扎,不主张暴露全部切口,行一期缝合术。因为经上述处理的切口均能良好愈合,避免了二次手术的痛苦,缩短了住院的时间,减轻了病人的经济负担。在预防上应注意慎用电动刀;切口不要过小,以减轻对切口的过度牵拉;对于肥胖者在缝合切口时可预防性的使用贝复剂;缝合时应将皮下组织全层缝合,不留死腔,特别是切口两端更应仔细缝合;对于肥胖病人术后使用 TDP 常规切口照射,保持切口干燥,有利于防止切口脂肪液化的形成。

4 参考文献

- 1 苏明宝,王平,王旭飞. 切口脂肪液化诊治体会. 中国实用外科杂志, 1999, 19(3):144.
- 2 吴河水,黄文广,史亚武. 腹部切口脂肪液化的原因和防治原则. 中国实用外科杂志, 2000, 20(11):680.