

# 血液灌流治疗重度对乙酰氨基酚中毒的临床分析

周娟

(郸城县人民医院, 河南 周口, 477150)

**摘要:** **目的** 研究分析血液灌流治疗重度对乙酰氨基酚中毒的临床效果。**方法** 选取本院2010年1月~2017年1月收诊的60例重度对乙酰氨基酚中毒患者, 依据治疗措施差异将其以1:1的比例分为对照组和观察组, 对照组给予常规治疗, 观察组在常规治疗的基础上联合血液灌流治疗, 对比分析治疗后相关指标和肝功能情况。**结果** 观察组PLT、Hb指标优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 观察组粒细胞缺失纠正时间短于对照组, 且贫血发生率低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组肝功能相关评分低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), **结论** 在重度对乙酰氨基酚中毒患者的临床治疗中, 在基础治疗的前提下应用血液灌流治疗具有良好的临床效果, 值得在基层医院中应用。

**关键词:** 血液灌流; 重度; 对乙酰氨基酚中毒; 临床分析

**中图分类号:** R595.4

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096—1278(2018)12—0122—02

对乙酰氨基酚临床名称为百服宁、必理通等, 属于非那西丁代谢产物, 临床常用于治疗癌痛、关节痛、感冒头痛、神经痛、水痘等; 服药后可以有效减少作用于神经中枢的前列腺素 PGE1、组胺, 抑制下丘脑中枢前列腺素合成酶从而降低中枢体温调定点; 扩张外周血管从而实现出汗解热作用。除此之外, 对乙酰氨基酚还可以用于对阿司匹林过敏患者的临床治疗中<sup>[1]</sup>。对乙酰氨基酚用药方式有口服、肌肉注射和直肠给药; 其中成人口服最多不超过 2g。随着临床用药的广泛, 随之出现越来越多的对乙酰氨基酚中毒现象, 患者主要表现为皮肤瘙痒、贫血、粒细胞缺乏、肝功能受损、血小板减少等; 极少数患者服用剂量过大, 导致昏迷亦或者死亡。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取郸城县人民医院 2010 年 1 月~2017 年 1 月内收诊的 60 例重度对乙酰氨基酚中毒患者, 依据治疗措施差异将其以 1:1 的比例分为对照组和观察组, 每组各 30 例。对照组: 男 18 例, 女 12 例, 年龄 14~35 岁, 平均(28.33±5.66)岁; 观察组: 男 20 例, 女 10 例; 年龄 15~36 岁, 平均(28.56±6.36)岁, 对比分析患者的基线资料, 无显著差异( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**纳入标准:** ①所有患者经诊断均符合临床对乙酰氨基酚中毒的临床诊断; ②此次研究通过伦理委员会研究批准; ③60 例患者及家属均对此次研究知情并前述知情同意书。

**排除标准:** ①无凝血障碍者; ②意识障碍、沟通障碍、言语障碍者; ③精神病患者; 哺乳期; 妊娠期者; ④心脏、肝脏、肾脏无重大疾病或明显衰竭者; ⑤对此次研究中所使用的药物无过敏现象者。

### 1.2 方法

**对照组:** 常规基础治疗; 清水洗胃, 250mL 20% 的甘露醇注入胃管; 30g 活性炭口服, 静脉滴注谷胱甘肽, 给予营养补充。

**观察组:** 在对照组的基础上加用血液灌流; 采用血液灌流机, 树脂灌流器, 灌流两个半小时, 一天一次, 持续治疗 2~3 天<sup>[2]</sup>。

### 1.3 疗效评价标准

#### 1.3.1 对比治疗后相关指标

PLT (血小板计数)、Hb (血红蛋白)、粒细胞缺失纠正时间、贫血发生率。

#### 1.3.2 对比肝功能情况

谷酰转氨酶 CGT、天门冬氨酸氨基转移酶 AST、丙氨酸氨基转移酶 ALT。

### 1.4 统计学方法

此次研究产生的数据均以 SPSS23.0 版本软件计算, 计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用  $t$  检验, 计数资料以  $n$  (%) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验, ( $P < 0.05$ ) 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者相关指标对比

观察组 PLT、Hb 指标优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 观察组粒细胞缺失纠正时间短于对照组, 且贫血发生率低于对照组, 组间对比, 差异显著, 有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表1 两组患者相关指标对比 [ $\bar{x} \pm s, n$ (%)]

组别	PLT ( $\times 109/L$ )	Hb (g/L)	粒细胞缺失纠正时间 (h)	贫血发生率 (%)
观察组 (n=30)	212.51±20.36	115.45±13.56	3.45±1.02	1 (3.3)
对照组 (n=30)	235.15±40.36	130.56±12.36	6.89±1.65	6 (20.0)
$t/\chi^2$	2.7431	4.5106	9.7130	4.0431
$P$	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 2.2 两组患者肝功能评分对比

经治疗, 观察组肝功能相关评分低于对照组, 差异显著, 有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表2 两组患者肝功能评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	AST (U/L)	ALT (U/L)	CGT (U/L)
对照组 (n=30)	42.36±6.52	44.46±8.62	50.77±9.12
观察组 (n=30)	23.56±5.62	23.38±6.81	29.76±9.91
$t$	11.9625	10.5102	8.5445
$P$	< 0.05	< 0.05	< 0.05

作者简介: 周娟 (1974-), 女, 汉族, 河南睢县人, 副主任医师, 本科。研究方向: 中毒性疾病, 内科危急重症的抢救。

### 3 讨论

对乙酰氨基酚属于乙酰苯胺类复合药, 是许多感冒药的主要成份, 具有解热镇痛的作用; 成人最大剂量不超过 2g, 儿童每日 1.5g<sup>[3]</sup>; 肌肉注射要控制在 0.15~0.25g。目前应用最多的服药方式就是口服, 口服后患者 90% 的对乙酰氨基酚会在 24h 之内被患者肝脏正常代谢, 在 1h 左右血药浓度达到峰值, 因此更容易被患者吸收。如若患者过量服用, 会在肝细胞代谢过程中生成大量有毒产物, 将肝线粒体内的谷胱甘肽耗竭, 损害肝脏, 成人服药量在 7.5g 以上, 会导致肝细胞坏死, 15g 以上则会造成肝功能衰竭死亡; 由此可见, 过量服用对乙酰氨基酚, 造成重度乙酰氨基酚中毒是导致肝功能衰竭的最主要原因。

对乙酰氨基酚中毒后患者主要临床表现为食欲不振、恶心呕吐、头晕乏力、出汗震颤等; 由于乙酰氨基酚中毒后 24 之后患者无任何明显症状, 因此会错误或耽误患者最佳治疗时机。一般中毒 2~5 天之内会出现上述症状, 并且伴有明显的肝损伤现象, 例如会出现肝细胞性黄疸、凝血时间延长、丙氨酸氨基转移酶升高 ( $> 10000\text{IU/L}$ )<sup>[4]</sup> 现象, 直至陷入肝性昏迷; 为患者的抢救治疗带来极大的难度。

血液灌流治疗方式主要应用于对急性药物中毒, 是借助体外循环模式有效将外界血液引入树脂灌流器, 然后利用吸附原理清除患者体内已有的毒物, 从而消除或减轻乙酰氨基酚中毒对患者重要脏器造成的损害, 降低和减少死亡率。乙酰氨基酚分子量为 151.17D, 而血液灌流治疗方式可吸附的分子量在 113~4000D 之内, 并且吸附率在 0.5~0.7L/min, 因此通过血液灌流的方式可以直接清除患者血浆内的对乙酰氨基酚, 减少相关有毒代谢产物的生成<sup>[5-7]</sup>, 从而有效减轻对肝脏的损伤程度。

此次研究将所选患者分为两组, 研究常规治疗和常规治疗联合血液灌流治疗重度对乙酰氨基酚中毒患者的临床疗效, 最后发现实施常规治疗联合血液灌流治疗具有良好的临床疗效, 患者贫血发生率仅为 3.3%, 粒细胞纠正时间比对照组短 ( $3.44 \pm 0.63$ ) 小时, 血细胞计数和血红蛋白计数均明显低于对照组, 且肝功能谷酰转氨酶、天门冬氨酸氨基转移酶和丙氨酸氨基转移酶受损评分均低于实施常规治疗的对照组。由此可见, 常规治疗联合血液灌流治疗对乙酰氨基酚中毒患者临床效果显著, 值得在基层医院临床中应用。

### 参考文献

- [1] 曹瑞, 陈伟, 李文峰. 血液灌流治疗重度对乙酰氨基酚中毒的疗效观察 [J]. 宁夏医学杂志, 2012, 34(6): 540-540.
- [2] 张祖隆, 刘宗阳, 梁继红, 等. 血液透析串联血液灌流抢救重度药物、毒物中毒 [J]. 贵州医药, 2005, 29(4): 356-356.
- [3] 周群, 谢小琴, 洪春兰, 等. 血液灌流在重度药物毒物中毒中的临床应用分析 [J]. 江西医药, 2005, 40(s1): 724-725.
- [4] 官克丽. 血液灌流救治重度毒物及药物中毒的临床观察及护理 [J]. 当代护士 (下旬刊), 2009, 22(2): 52-53.
- [5] 施剑. 血液灌流在急性重度中毒救治中的应用 [J]. 交通医学, 2009, 23(4): 373-373.
- [6] Tian H, Sun T, Hao D, et al. The optimal timing of continuous renal replacement therapy for patients with sepsis-induced acute kidney injury [J]. International Urology & Nephrology, 2014, 46(10): 2009-2012.
- [7] Shetye J V, Surkar S M, Karnik N D, et al. Delayed onset neuropathy along with recurrent laryngeal nerve palsy due to organophosphate poisoning and the role of physiotherapy rehabilitation [J]. Indian Journal of Critical Care Medicine, 2014, 18(2): 102-104.

· 临床治疗 ·

## 紫杉醇联合顺铂化疗用于晚期食管癌治疗的临床价值研究

张大良

(柘城县人民医院, 河南 商丘, 476200)

**摘要:** **目的** 观察晚期食管癌用紫杉醇联合顺铂化疗的应用价值。**方法** 选取 2015 年 1 月~2017 年 12 月本院接诊的晚期食管癌患者 80 例, 按照随机数表法分成两组, A 组 40 例行紫杉醇联合顺铂化疗, B 组 40 例行顺铂联合氟尿嘧啶治疗。分析两组病情的缓解情况, 比较生存质量评分等指标。**结果** A 组的稳定率高于 B 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。A 组治疗后的 QOL 评分, 和 B 组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 于晚期食管癌中采用紫杉醇联合顺铂化疗法, 可显著提高患者的生存质量, 促进病情缓解, 值得临床应用。

**关键词:** 晚期食管癌; 紫杉醇; 应用价值; 顺铂

中图分类号: R735.1

文献标识码: A

文章编号: 2096-1278(2018)12-0123-02

作为一种恶性肿瘤类疾病, 食管癌在我国临床上比较常见, 部分患者在发病早期无特异性, 使得其在病情确诊时往往处于晚期, 从而导致患者失去了手术治疗的时机<sup>[1]</sup>。现阶段, 对于晚期食管癌的治疗临床常常采取的是化疗法, 如顺铂联合氟尿嘧啶等, 但疗效不理想, 且不良反应发生率高。研究发现, 利用紫杉醇联合顺铂化疗法对晚期食管癌患者进行施治, 药物副作用轻, 患者病情改善明显, 死亡率低, 预后效果良好, 生存质量高<sup>[2]</sup>。对此, 本文选取 80 例晚期食管癌患者作为研究对象, 重点分析紫杉醇联合顺铂疗法在晚期食管癌中的应用效果, 总结如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2015 年 1 月~2017 年 12 月柘城县人民医院接诊的晚期食管癌患者 80 例, 采用随机数表法进行分组: A 组、B 组各 40 例。A 组男 23 例, 女 17 例; 年龄为 40~76 岁, 平均 ( $61.3 \pm 5.2$ ) 岁。B 组男 22 例, 女 18 例; 年龄为 40~77 岁, 平均 ( $61.5 \pm 5.4$ ) 岁。各组年龄等一般资料比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

纳入标准: 均经病理学、腹部 B 超和食道 X 线等检查确诊符合晚期食管癌诊断标准<sup>[3]</sup>; 在近 30d 内未接受

作者简介: 张大良 (1983-), 男, 汉族, 河南柘城人, 主治医师, 硕士研究生。研究方向: 肿瘤内科方面 (食管癌、肺癌)。