

· 经验交流 ·

银花三豆饮配合其它药物治疗急性中毒

湖南医学院第一附属医院中医科

黎杏群 彭 潜 赵玉秋 向跃前 易振佳

从1977年1月~1985年1月,我们用银花三豆饮为主配合西药治疗各种急性中毒49例,疗效较好,现总结如下。

临 床 资 料

一、病例选择:急性有机磷中毒按卫生部1965年4月颁布有机磷农药中毒诊断标准和治疗方案分型,其他中毒根据病史、症状、体征而明确诊断。49例中男15例,女34例。年龄15~63岁,平均28岁。病程1小时~28天,平均1.9天。

二、服毒量:有机磷农药中毒11例,服敌敌畏10~100ml或乐果200ml。乌头碱中毒5例,服临汝药酒(河南产,每次服用不超过10滴)100~150ml或服雪上一支蒿2小节~1支(3~10g)。毒覃中毒5例,食毒覃2两~半斤。安眠药中毒8例,服安眠酮、利眠宁、泰尔登等各30~100片。有机苯中毒2例,1例服香蕉水20ml,1例呛入呼吸道。鱼胆中毒3例,服青鱼胆1~2个。钩吻中毒4例,服水莽草嫩尖4~10多个(8~20g)。酒精中毒4例,服白酒3两~1斤。避孕药中毒1例,服药片(药名不详)100片。磷化锌中毒5例,服磷化锌杀鼠药1~18包(2~36g)。斑蝥中毒1例,服混合斑蝥药粉末1包(斑蝥量不详)。

由于中毒原因不同,临床症状也有所不同。我们根据不同病情,按照《内科急症治疗学》及《实用内科学》分度标准,轻度中毒23例,中度7例,重度19例。其中并发急性肾功能衰竭6例,休克4例,急性肺水肿1例,消化道出血2例,心律紊乱8例,反应性精神异常1例。

三、实验室检查:白细胞10 000~20 000者20例,20 000以上~40 000者3例,其余在正常范围。尿蛋白+~+++者8例,尿红细胞+~++++者3例,管型2~8/HP者1例,NPN41~209mg%者6例,CO₂cp低于40vol%者28例。SGPT101~400u者8例;赖氏法144u、180u各1例。血清钾2~4mEq/L者22例。血清钠126~148mEq/L者8例。血清氯化物108~112mEq/L者10例。

四、心电图检查:37例患者做了心电图检查,其

中心肌受累8例,多发性室性期前收缩1例,多源性多发房性期前收缩、左右束支传导阻滞1例,不完全性右束支传导阻滞、室上性阵发性心动过速1例,不完全性右束支传导阻滞4例,变异性预激综合征1例。

治 疗 方 法

一、中药应用:患者一入院即给予银花三豆饮:银花、绿豆、黑豆、赤小豆、甘草各30g。每日1剂,水煎成400ml,分2次口服。乌头碱中毒加白蜜30g;鱼胆中毒加紫苏;酒精中毒加葛根。尿闭尿少加破铜钱、白茅根、车前子、四苓散等;热重加连翘、大黄;呕吐加竹茹、芦根等。49例患者平均服银花三豆饮5~7剂。主要症状缓解后,治宜补气、养阴、解毒,改用生脉散、沙参麦冬饮、四君子汤加银花、连翘等。

二、西药应用

1.一般处理:全部患者在急诊室洗胃、催吐、导泻。

2.对症处理:补充水及电解质,用维生素B、C,肝太乐保肝,尿少尿闭用利尿合剂,心力衰竭用西地兰,呼吸衰竭用呼吸中枢兴奋药,休克用升压药,感染用抗生素,出血用止血药,重度中毒者用能量合剂。

3.解毒剂的应用:中度或重度患者(17例),采用阿托品0.5~1mg肌肉注射或静脉注射,15~30分钟1次,出现阿托品化后,改为每小时1次或停药,平均用量 2.85 ± 2.16 mg (M $\pm$ SD,下同)。9例用解磷定0.4~0.8g加入5%葡萄糖液20~40ml中缓缓静脉注射,必要时2小时后再用1次;或用1~2g加入5%葡萄糖生理盐水500~1000ml静脉滴注,平均用药 4.20 ± 1.99 g。

疗 效 观 察

一、疗效判定标准:痊愈:中毒症状、体征消失,实验室检查恢复正常。好转:中毒症状、体征基本消失或好转,实验室检查接近正常。

二、结果:痊愈41例(83.67%),好转6例(12.24%),死亡2例(4.08%);总有效率95.91%。

肾功能及肝功能观察：7例治疗前后均作血NPN检查，分别为 $73.94 \pm 64.47 \text{ mg\%}$ 、 $42.31 \pm 27.61 \text{ mg\%}$ ，差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。6例治疗前后作转氨酶测定，分别为 $241.33 \pm 113.8 \text{ u}$ 、 $94.5 \pm 37.54 \text{ u}$ ，治疗前后比较，差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

讨 论

一、急性中毒患者，大多数病情发展迅速，中医辨证其共性为毒邪犯胃，进而热毒内陷，损及五脏，治宜清热解毒，佐以利水排毒。银花三豆饮为中医传统解毒方“三豆饮”（赤小豆、黑豆、绿豆、甘草）加银花组成，功用“活血解毒”和“预防痘疮”。在急性中毒早期配合西药治疗，是有价值的。

二、在49例急性中毒中，有机磷农药、乌头碱、毒蕈中毒均能引起胆碱能神经和部分中枢神经过度兴奋，阿托品是最有效的解毒剂，但用量过大易给患者造成不良后果甚至死亡。我们在抢救中，早期应用银花三豆饮可以使阿托品应用量明显减少，从而避免了大剂量阿托品对患者产生的副作用。

三、鱼胆、钩吻、斑蝥中毒，均可引起急性肾功能衰竭，本组患者有6例（青鱼胆中毒3例，钩吻中毒3例）发生急性肾功能衰竭，采用本法治疗后，未用血液透析，4例恢复正常，2例死亡。至于急性酒精中毒，安眠药中毒，大多累及肝、肾，用本法同样有效，因此银花三豆饮是应用较广泛的中药解毒剂。

晚期肺癌与血小板增多症关系探讨

北京中医医院 王禹堂

本文就我院1979~1985年收治的132例肺癌患者的血小板增多情况，予以统计分析，报道如下。

资料和方法 132例均为以原发性支气管肺癌收住院的患者（不含重复住院者），男98例，女34例。年龄最小28岁，最大80岁。有明确病理细胞学诊断者121例，其中鳞癌40例，腺癌（含大细胞肺癌及细支气管肺泡癌）61例，小细胞低分化癌20例。临床分期：Ⅰ期1例，Ⅱ期5例，均为手术切除后无明显复发转移者（不荷瘤组）；Ⅲ期28例，Ⅳ期98例，均为手术后复发转移或未行手术切除患者（荷瘤组）。

血小板增多症的诊断：取末梢血，用复方尿素稀释直接计数法，以连续两次以上每立方毫米超过30万为标准。

结 果 一、132例中符合血小板增多症诊断者43例，占32.6%，均为荷瘤组病例，其中Ⅲ期患者11/28(39.3%)，Ⅳ期32/98(32.7%)。Ⅲ、Ⅳ期间经统计学处理，无显著差异 ($P > 0.05$)。

二、43例血小板增多症患者的血小板增长范围及白细胞、血红蛋白、血沉检查结果，见附表。另外43例中有39例作了出血时间、37例作了凝血时间检查，均在正常范围。

讨 论 一、肺癌合并血小板增多症患者白细胞正常或轻度升高，血红蛋白正常或降低，血沉多数加快(71%)，出、凝血时间多数正常，虽无骨髓检查资料，但仍可排除“真性红细胞增多症”、“原发性血小板增多症”等病所致；不荷瘤组无血小板增多，荷瘤组

附表 43例患者血小板及其他血常规检查结果

血小板例 (万个/ mm ³)	数	%	白细胞 (万个/ mm ³)	例	血红蛋白 (g/dl)	例	血 沉 (mm/h)	例
>30~36	23	53.5	<0.4~1	19	<11	13	<25	11
>36~45	13	30.2	1~2	21	11~16	28	25~50	5
>45~60	5	11.7	2~3	3	>16	1	>50	22
>75	2	4.6	—	—	—	—	—	—

合并血小板增多者占1/3以上，提示血小板增多可视为肺癌的一种伴随症。

二、许多疾病均可伴发血小板增多，恶性肿瘤占1/3，其发生率为16~36%，以肺癌、肝癌、恶性淋巴瘤，消化道癌、卵巢癌等多见。肺癌合并血小板增多症的发生率报道不一。本组发生率为32.6%。血小板增高范围从10~100%不等。血小板最高值为80万，为正常值的2.7倍。临床分期血小板增多症分布，本组Ⅲ期占39.3%，Ⅳ期占32.3%。与文献报道的结果相一致（李维罔摘，肺癌患者血小板增多症的意义，国外医学肿瘤学分册 1984；3：封三）所以常规检查血小板计数，对肺癌的诊断似有一定的参考价值。

三、中医认为气滞血瘀是肿瘤发病的重要机理之一，血小板增多症应归属“瘀血症”范畴。活血化瘀有抗肿瘤、抗血小板聚集、减少瘤栓产生、改善局部缺氧状态等作用。因此，观察血小板变化，对肿瘤的防治有一定的作用。