

口服农药中毒患者洗胃研究进展

潘柳伊

都安瑶族自治县人民医院急诊科 广西河池 530700

〔关键词〕 农药中毒；基层医院；洗胃

〔中图分类号〕 R473.5

〔文献标识码〕 A

〔文章编号〕 2095-7165 (2020) 06-288-02

洗胃是指将一定成分的液体通过胃管灌入胃腔内，混合胃内容物后利用重力，虹吸或负压的原理排出胃内容物或主流食物，达到解除患者痛苦，挽救患者生命的一种方法。我国是农业大国，农药产业的发展促进了经济发展，也给人类健康带来危害。基层医院一般是患者就诊的第一家医院，农药中毒已成为我国县级及以下医院的常见危急重症，也是各基层医院急诊死亡病例的主要原因之一^[1]。农药中毒途径主要为消化道，呼吸道，皮肤黏膜三种途径，临床上以消化道吸收为主，近年来国内学者对洗胃技术进行了大量的研究，对洗胃过程中的整个环节有新的认识，并提出了新的观点。本文以口服农药中毒为例，从洗胃的时机、洗胃的体位和置管深度，洗胃液的选择、洗胃方法等方面来综述国内口服农药中毒洗胃的护理进展。

1 洗胃时机新认识

传统观点认为，洗胃时间一般不超过服毒后 6h，超过 6h 毒物吸收进入体内，此时洗胃意义不大。但目前的普遍观点认为，不论服毒多长时间，都应给予洗胃。2016 年《急性中毒诊断与治疗中国专家共识》建议洗胃的时间愈早愈好，一般建议在服毒后 1h 内洗胃，但是对于某些毒物或者胃排空障碍的中毒患者也可延长至 4~6h，对于无特效解毒治疗的急性中毒，如患者就诊时即已超过 6h，酌情仍可考虑洗胃^[2]。

2 洗胃体位的改进

按照传统方法洗胃，常取平卧位，赵燕茹等^[3]以 80 例洗胃患者为例，对照组取平卧位，观察组取左侧卧位，头低、臀抬高 30°~40°，研究发现进行体位干预（取左侧卧位，头低、臀部抬高 30°~40°），可提高首次置管成功率，减少洗胃时间，降低并发症。孟婧等^[4]通过口服中毒病人胃管洗胃的不同体位（坐位或半坐位洗胃；平卧位洗胃；左侧卧位洗胃；头低足高左侧卧位；右侧卧位洗胃；变换体位洗胃）的研究，包括不同体位优缺点的比较和对清除胃内毒物、提高洗胃效果的不同作用，认为洗胃前应根据病人的实际情况和病情选择正确洗胃体位，才能提高洗胃效果。

3 置管的深度的改进

传统的插胃管长度根据人体的解剖标志，测量实际至剑突的长度为 45cm~55cm。但是，研究表明，此长度胃管的侧孔是不能完全进入胃内，胃管顶端仅达贲门下，最多达胃体部。这样极易延长洗胃时间，而且也会导致洗胃不彻底，造成毒物滞留^[5]。郭美英等^[6]通过对比表明，采用从胃管第三侧孔位置开始比量实际至剑突的方法，长度为 45~55cm+12cm（胃管顶孔到第三侧孔的距离），可使胃管侧孔均到达胃体部，将侧孔淹没于胃内液面以下，扩大了冲洗面积，增加了洗胃液进出速度，能充分洗净；同时减少了转动胃管的次数，减少了抽吸时对食管黏膜的损伤，从而减少黏膜损伤。

4 洗胃液的新选择

毒物性质明确时，应使用对应的拮抗剂洗胃；如果不能确定中毒的药物时常选用生理盐水或凉开水洗胃。近年有学者研究报道几种新型的洗胃液：（1）活性炭混合液：常规洗胃后经胃管注入活性炭吸附液（按每 50g 活性炭加水 200ml 比例配成）200ml，夹管 60 分钟后吸出胃内液，重复 3 次，活性炭为广谱强力吸附剂。可吸附各种药物与毒物，不被胃肠道所吸收，无刺激性，广泛用于各种农药中毒^[7]。

（2）蒙脱石散溶液：蒙脱石散除了能附着在胃黏膜表面，保护胃黏膜，还能够激活凝血因子，具有止血的功能^[8]。（3）1L 浓度为 10% 氯化钾溶液 +90g 食盐 +9L 温开水配制成 10L 钠钾盐洗胃液，能明显降低患者洗胃后出现低钠血症、低钾血症、低氯血症的发生率^[9]。（4）0.008% 去甲肾上腺素洗胃液可迅速阿托品化，促进胆碱酯酶恢复，减少阿托品用量，缩短住院时间，降低低钠血症、消化道黏膜出血发生率^[10]。

5 洗胃方法的改良

5.1 间歇脱机洗胃法

对口服中毒的患者经口插胃管，证实胃管在胃内后连接洗胃机洗胃，循环 3~5 个周期后，暂停洗胃，将洗胃机与胃管分离，自然下垂，置于污物桶内，逆时针方向的揉腹 5~10 次，有助于冲洗胃黏膜上的毒物，使胃的内的洗胃液自然流出，重复以上做法，直至洗出液澄清无味为止，可以减少洗胃过程中口腔鼻腔的溢出和术后的呕吐，减少胃黏膜的损伤，提高患者的满意度^[11]。虽然与传统自动洗胃方法相比时间会延长，但其堵管发生率及胃部损伤发生率均明显降低，是保证患者安全性和提高洗胃效果的重要措施。

5.2 胃管上提式洗胃法

摇高患者床头 30~45°，操作者缓慢上提胃管至食道的第二个狭窄处上部，确保胃管侧孔全部在第一狭窄处以下，并做好标记，配置适宜洗胃液和量，胃管连接灌肠桶，下植至深度 55~70cm 停止，夹闭胃管保留 2min，同时在患者上腹部顺时针环形按摩，增加洗胃液与胃黏膜皱襞接触，稀释胃壁黏膜上的毒物，再吸出胃内液体，进入下一轮清洗环节，重复 5~6 次，清洗结束后向胃内注入 20% 甘露醇 250ml 导泄。王彩芝^[12]等通过对亳州市人民医院急诊科治 116 例重度有机磷中毒患者采用常规洗胃方法和采用胃管上提式洗胃法进行对比，观察组患者阿托品平均用量为 (86.52±58.01)mg，对照组为 (117.19±97.55)mg，差异有统计学意义 (P<0.05)；观察组患者 CHE 活力恢复 50% 时间平均为 (6.95±4.44)d，对照组为 (10.38±8.69)d，差异有统计学意义 (P<0.05)。该研究结果表明胃管上提式洗胃法在治疗重度有机磷农药中毒患者中，操作简便，不仅可以减少阿托品用量，还能有效缩短 CHE 活力恢复时间，提高患者的安全性，值得临床推广应用。

5.3 持续低压洗胃法

常规洗胃进行第 1 次洗胃，鼻胃管接低压多功能引流袋进行第 2 次洗胃，将洗胃液倒入开放式输液瓶中，排气后关闭液体，悬挂于距患者心脏 60cm 高度。帮助患者取左侧卧位，床头略抬高，插入胃管后固定。采用三通连接鼻胃管、洗胃液管道、多功能引流袋。挤压多功能引流袋气囊，吸出胃内容物。夹闭引流袋靠近三通处，输入洗胃液 200~300ml 后关闭。松开气囊吸出胃内液体。袋内液体满后袋下方放掉，再关闭继续使用。洗至吸出液体清亮、无异味、胆碱酯酶 >50% 时停止二次洗胃。持续低压洗胃法采取经鼻插入鼻胃管，管径细小，经鼻腔内插入后便于固定，可减轻反复洗胃而引起的不适感。引流袋的负压低，可避免引起胃黏膜损伤减少对患者造成的额外损伤。此外，根据多功能引流袋上的刻度可准确判断液体进出是否平衡，避免急性胃扩张的发生。在重度有机磷农药中毒患者洗胃治疗中有助于减少阿托

品用量,对患者的救治具有积极作用^[13]。低压多功能引流袋在重度有机磷农药中毒患者洗胃治疗中有助于减少阿托品用量,提高全血胆碱酯酶活性,这与其持续清除体内毒物、迅速解除中毒症状密切相关。

5.4 保护性气管插管后洗胃法

2016 年《急性有机磷农药中毒诊治临床专家共识》推荐对于意识障碍的患者,在洗胃前应做好气道保护,必要时可行气管插管后再行洗胃。农药中毒昏迷患者,选择经口气管插管后洗胃法(困难插管者可使用可视喉镜操作),插管成功后将气囊充气,封闭导管与气管间的腔隙,避免了分泌物、呕吐物、洗胃液等返流进入气管,保障气道通畅,能够在多种体位洗胃下不影响呼吸同时对腹部进行适当按摩,有助于胃部黏膜毒物排出,洗胃效果好,能够有效减少毒物的吸收。同时视患者情况给予机械辅助呼吸或气管导管吸氧,避免了等到病情变化再插管的情况发生。翁昕燕通过对 70 例口服中毒昏迷患者进行研究对比表明采用保护性气管插管后洗胃可有效改善口服中毒昏迷患者的洗胃成功率,洗胃时间短、吸入性肺炎发生率低,利于患者预后,值得临床推广^[14]。

6 小结

2016 年《急性中毒诊断与治疗中国专家共识》认为洗胃应在中毒后尽早进行,早期,彻底的洗胃是抢救成功的关键^[2]。作为基层医院,受医疗资源和技术水平等因素限制,我们既要学习新技术,不断接受新理念,还应根据患者的病情结合现有的条件,在保证患者和自身安全的前提下,灵活应用,选最合适的方法清除胃肠毒物,减少并发症,提高抢救成功率。

[参考文献]

[1] 樊落,桂莉,关梦颖.我国农药中毒研究的文献计量分析[J].护理学杂志,2016,31(15):91-93.
[2] 管向东,于光彩,张忠臣.急性口服毒物中毒是否需要常规洗

胃? [J]. 职业卫生与应急救援, 2019, 37(01):1-4.

[3] 赵燕茹,褚君.体位干预在洗胃中的效果观察[J].医学信息,2017,30(7):151-152.
[4] 孟婧,陆玮新.口服中毒病人胃管洗胃体位的研究进展[J].全科护理,2014(26):2415-2416.
[5] 赖云清.增加胃管侧孔并延长插入长度对洗胃效果的影响[J].当代护士(中旬刊),2012(2):152-153.
[6] 郭美英,田冰洁,肖涛.两种置管长度对成人中毒者洗胃效果的比较研[J].当代护士:综合版(上旬刊),2017(6):123-124.
[10] 李海霞.急性中毒洗胃护理新进展[J].当代护士,2016(10):11-13.
[7] 王克霞.有机磷中毒洗胃后活性炭吸附急救护理[J].当代临床医刊,2015(2):1276-1277.
[8] 骆一舟.留置胃管间断洗胃联合蒙脱石散在口服有机磷中毒抢救中的应用[J].中国现代医生,2013,51(18):26-28.
[9] 魏婧.钠钾盐洗胃液在急性中毒患者中的应用体会[J].实用临床护理学电子杂志,2016(06):54-55.
[10] 战雪亮.2种浓度去甲肾上腺素洗胃液在有机磷农药中毒急救中的临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2017(2).
[11] 谭莹.口服中毒患者应用间歇脱机洗胃救治的护理[J].智慧健康,2018,4(20):115-116,118.
[12] 王彩芝,赵彪,刘正慧,宋克义.胃管上提式洗胃法治疗重度有机磷农药中毒的疗效[J].安徽医学,2018,39(6):755-757.
[13] 谭金波,李剑,李德忠,et al.持续低压洗胃法在有机磷农药中毒患者洗胃治疗中的应用[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2018,13(8).
[14] 翁昕燕.保护性气管插管后洗胃在急诊中毒昏迷患者救治中的应用效果观察[J].中国保健营养,2019,29(1):88.

(上接第 284 页)

软骨损伤修复效果的影响研究[J].临床误诊误治,2020,33(1):79-83.
[4] 赵加松,黄勇,林砚铭,等.腕关节镜治疗 Palmer I B 型三角纤维软骨复合体损伤的近期疗效观察[J].中国基层医药,2019,26(24):3015-3017.
[5] 高文香,王明君,李晓峰,等.关节镜下微骨折术联合富血小板血浆与纤维蛋白凝胶覆盖微骨折创面治疗膝骨关节炎软骨退变缺

[J]. 中医正骨, 2019, 31(11):21-25, 34.

[6] 周云烽,张正政,陈仲,等.关节镜下钻孔术与微骨折术治疗距骨骨软骨损伤的疗效比较[J].中华创伤骨科杂志,2020,22(1):13-19.
[7] 胡海涛,贺加明,马为斌,等.关节镜下治疗膝关节膈窝处滑膜软骨瘤病 1 例[J].中华关节外科杂志(电子版),2019,13(3):380-382.
[8] 毛丰.关节镜微骨折手术与自体骨软骨移植手术治疗距骨骨软骨损伤的临床疗效[J].检验医学与临床,2019,16(17):2518-2521.

(上接第 285 页)

演变[J].中国中医急症,2019,28(1):147-149.
[6] 程智玲,周莎,易童等.急性痛风性关节炎的中医诊疗进展[J].中国中医急症,2019,28(12):2250-2252,2256.
[7] 唐桂军,郭泉滢,李培旭等.李培旭清热益气通络法治疗痛风性关节炎经验总结[J].陕西中医,2019,40(12):1759-1761.

[8] 刘秋萍,吕惠卿,何志兴等.痛风的中医证候演变规律探析[J].浙江中医杂志,2019,54(3):183-184.
[9] 许贤盛,陈利平.从脾论治间歇期与慢性期痛风的疗效分析[J].中国医药科学,2018,8(1):69-71,80.
[10] 张承承,孟凤仙,卜祥伟等.孟凤仙教授治疗痛风病的经验总结[J].中国医药导报,2019,16(22):123-125,130.

(上接第 286 页)

与挑战[J].中华肝脏病杂志,2018,26(4):262-265.
[5] 李丽,易为,胡玉红等.慢性乙型肝炎病毒感染女性孕晚期应用核苷(酸)类似物安全性的回顾性研究[J].中华实验和临床病毒学杂志,2016,30(4):393-397.
[6] 张璐,冯晓丽,余雪等.替诺福韦对高载量乙肝病毒感染孕妇母

嬰阻断的疗效及安全性评价[J].中国实用医刊,2019,46(13):100-102.
[7] 王娜.美国食品药品监督管理局批准吉利德公司的 Vemlidy(富马酸替诺福韦阿拉酚胺)对慢性乙型肝炎病毒感染的治疗[J].中国感染与化疗杂志,2017,17(6):702.
[8] 张永萍.富马酸替诺福韦酯对乙型肝炎病毒表面抗原定量的影响[J].中西医结合肝病杂志,2019,29(4):332-333,后插 1.

(上接第 287 页)

[5] 索南卓玛.高原地区老年糖尿病患者心理特点及护理对策[J].解放军医院管理杂志,2018,25(9):876-877.
[6] 王小娟,杨萍,李佩晓.以营养饮食及心理教育为重点的多层面健康宣教对老年糖尿病患者生活方式、生存质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(12):155-157.
[7] 赵建霞.健康教育在社区老年糖尿病患者中的作用观察[J].继续医学教育,2020,34(3):167-168.

[8] 赵颖.心理护理对老年糖尿病患者情绪及生活质量分析[J].糖尿病新世界,2018,21(12):162-163.
[9] 赵冬梅.心理护理干预对老年糖尿病患者康复的效果观察[J].当代医学,2018,24(23):173-174.
[10] 胡慧英,张征宇.运动干预在老年糖尿病周围神经病变患者中的应用效果[J].中华全科医学,2020,18(5):769-772.
[11] 朱小玲,吴凡,吴爱娟,等.Buerger 运动结合步行训练对老年 2 型糖尿病患者影响[J].中国老年学杂志,2020,40(2):340-342.