

山豆根中毒致豆状核、小脑齿状核损害 1 例报道

屈涛 周军

【中图分类号】 R595 【文献标识码】 A 【文章编号】 1007-0478(2017)05-0468-02
【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2017.05.024

中草药的毒素组成十分复杂,在人体内变化多端,毒理不明,治疗成功的关键在于早期明确诊断和实施治疗。山豆根系豆科植物柔枝槐的根,即广豆根、小黄连,有清热解毒、消肿利咽之功效,煎服或磨汁服,亦可外用,超剂量使用可致中毒。本科于2016年8月收治山豆根药物中毒1例,其临床症状、影像学表现与既往文献报道一致,对山豆根中毒的临床诊断、治疗具有较大参考价值。

1 临床资料

患者,女,55岁,农民,因“头晕16h,言语不清11h,加重伴意识不清4h”于2016年8月17日入院。2016年8月16日患者因咽部疼痛服用中药一服(含山豆根10g,煎药时间长);8月17日03:30患者睡觉时突然出现头晕、恶心、呕吐,为非咖啡色胃内容物;8月17日08:30患者出现言语不清,8月17日15:30患者言语不清加重,并有意识不清,随即住院治疗。入院查体:T 36.8℃,P 89次/min,R 21次/min,BP 120/82mmHg。昏睡,疼痛刺激四肢可见躲避动作,双侧腱反射(++),双侧病理征(-),脑膜刺激征(-),深浅感觉检查不合作。血常规:白细胞数 $14.83 \times 10^9/L$,中性粒细胞数 $12.93 \times 10^9/L$,淋巴细胞数 $0.96 \times 10^9/L$,红细胞数 $4.45 \times 10^{12}/L$,血红蛋白146 g/L,血小板数 $283 \times 10^9/L$ 。尿常规:尿隐血(2+),尿蛋白(2+)。电解质:钾4.08 mmol/L,钠131.7 mmol/L,氯94.7 mmol/L。血脂:低密度胆固醇3.47 mmol/L。血气分析:pH 7.17,二氧化碳分压9.00 mmHg,氧分压156.00 mmHg,实际碳酸氢盐3.30 mmol/L。脑脊液常规:无色,清亮,红细胞数 $45 \times 10^6/L$,蛋白定性(+)。脑脊液生化:蛋白488.7 mg/L,糖4.90 mmol/L。脑脊液细菌培养、病毒系列均正常。四肢肌电图未见明显异常。脑电图轻度异常。头颅MRI提示双侧豆状核、脑干背侧、小脑蚓部、小脑齿状核对称性异常信号影(图1、2)。

入院后诊断山豆根中毒性脑病,给予大量补液促进药物代谢、营养神经、减轻脑水肿、抗胆碱、甲基强的松龙500 mg冲击并每隔3 d剂量减半等治疗,入院3 d后神志清楚。21 d后患者神志清,言语不清晰,行走不稳,可搀扶下行走,病情好转出院,复查头颅MRI提示双侧豆状核、小脑蚓部、小脑齿状核对称性异常信号影,面积较前缩小。

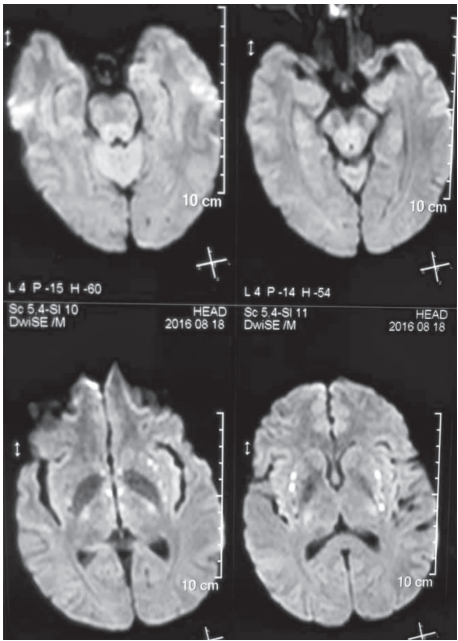


图1 头颅MRI DWI示双侧豆状核、脑干背侧、小脑蚓部对称性异常信号影

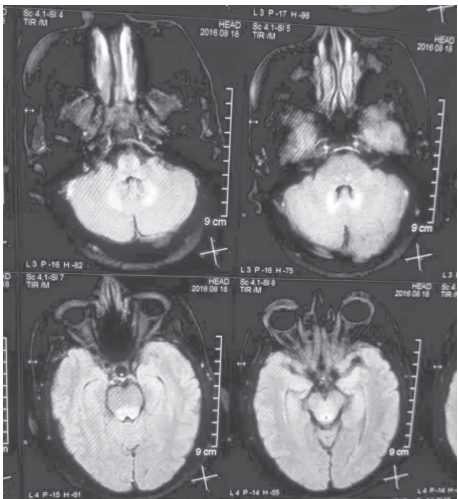


图2 头颅MRI T₁WI示脑干背侧、小脑齿状核对称性异常信号影

2 讨论

2.1 致病机理

山豆根的毒素组成为苦参碱和金雀花碱等。苦参碱兴

奋自主神经系统,加快胃肠蠕动,增加腺体分泌量;金雀花碱提高呼吸中枢和血管运动中枢兴奋性。苦参碱小剂量具有镇静催眠作用,大剂量导致肌痉挛发作或死亡。

2.2 临床症状

临床山豆根主要用于急慢性咽炎、慢性肝炎、肿瘤等的治疗,内服 3~6 g/d,用量>10 g/d 出现中毒症状,>40 g/d 易导致肺水肿,甚至呼吸骤停而死亡。山豆根中毒出现时间一般最短在用药后 5 min,最长为 1 周。煎药时间长或新鲜入药毒性更大。山豆根中毒的临床表现以神经系统、消化系统症状为主。中毒症状轻则有头晕、恶心、呕吐、步态不稳;重则头痛、呼吸困难、四肢抽搐、昏迷直至死亡。有患者因山豆根用量过大引起长期意识障碍。更有因治疗感冒服用山豆根方剂,造成数百人中毒、4 人死亡的报道。本研究患者在入院前因咽炎曾服用中药汤剂 1 服,其中山豆根含量为 10 g,1 d 后出现头晕、意识不清,属重度中毒。

2.3 影像学表现

有研究认为山豆根中毒的 MR 表现是小脑齿状核异常信号,出现头晕、共济失调、行走不稳表现,病变可以在停药后恢复。症状较重时出现基底节病变等。豆状核对称性异常信号即虎眼征,亦是山豆根中毒性脑病的影像学特异性表

现之一。本患者发病前 1 d 有服用含山豆根的中药,出现头晕、恶心、呕吐等胆碱能自主神经系统兴奋症状,随后出现言语不清、意识不清,头部 MR 示双侧豆状核、脑干背侧、小脑蚓部、齿状核对称性异常信号影,符合山豆根中毒性脑病的影像学表现,再结合临床表现诊断山豆根中毒性脑病成立。

患者在停用山豆根及给予促排补液等治疗 3 d 后神志转清,治疗 21 d 后患者在家人搀扶下可行走,复查头颅 MR 脑干背侧病灶吸收,而双侧豆状核、小脑蚓部、齿状核病灶仍存在,面积较前缩小,考虑可能与患者服药剂量大,山豆根生物碱在小脑齿状核蓄积较多有关。

2.4 治疗

治疗原则:①1:4 000 高锰酸钾溶液洗胃;②大量补液稀释血液浓度,加速新陈代谢;③激素治疗减轻脑水肿;④醒脑治疗;⑤山莨菪碱 10 mg 或阿托品 0.5 mg 肌肉注射,对抗胆碱能作用;⑥地西泮静脉注射治疗抽搐。伴有肝脏损害者给予保肝治疗,合并心肌损害者适当使用营养心肌药物。卧床患者注意勤翻身,预防褥疮的发生,为避免肌肉僵直,多给患者作被动运动。另外,中医报道生姜、甘草煎剂有一定解毒功效。

(2016-11-04 收稿)