

1 例斑蝥中毒患者的护理体会

邵燕鸿, 罗兆环, 张伊莉

(广州市第十二人民医院急诊科, 广东 广州 510620)

关键词: 斑蝥; 中毒; 出血性膀胱炎; 护理

中图分类号: R595.8 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2024)05-0547-02

DOI: 10.13631/j.cnki.zggyyx.2024.05.034

斑蝥为芫青科昆虫南方大斑蝥或黄黑小斑蝥的干燥虫体, 性味辛、热, 有大毒, 具有破血逐瘀, 散结消癥, 攻毒蚀疮之功效, 主要用于癥瘕、经闭、顽癣、瘰疬、赘疣、痈疽不溃、恶疮死肌^[1]。民间流传用斑蝥治疗各种中晚期癌症、痔疮及其他皮肤病。2023 年 4 月广州市第十二人民医院收治 1 例斑蝥中毒患者, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

2023 年 4 月 15 日, 患者因痔疮使用民间偏方, 将 7 只斑蝥分别塞进 7 颗红枣后制成粉状, 随后冲水口服。服后 30 min 开始出现口腔黏膜及舌体麻木, 伴恶心、腹部烧灼感, 无呕吐、意识障碍、抽搐。约 4 h 后出现会阴部、睾丸胀痛感, 解血尿, 排黑色水样便 5~6 次。次日, 为进一步诊治来院住院治疗。入院查体: T 36.5 °C, P 82 次/min, R 15 次/min, BP 130/84 mmHg。意识清, 口腔上颌部、左侧颊黏膜及舌体可见溃烂。腹软, 无压痛、反跳痛。实验室检查: 血常规 WBC $7.68 \times 10^9/L$, N% 74.09%, Hb 136 g/L, PLT $64 \times 10^9/L$, 血清丙氨酸氨基转移酶 9 U/L, 天门冬氨酸氨基转移酶 23 U/L, 肌酐 76 $\mu\text{mol/L}$, 肌酸激酶 336 U/L, 肌酸激酶同工酶 18.0 U/L, 凝血酶原时间(PT) 10.8 s, 国际标准化比值 0.96, PT% 107.7%, 纤维蛋白原浓度 3.5 g/L; 尿蛋白(+++), WBC 28 个/ μl , RBC 9 812 个/ μl ; 便常规隐血试验阳性。入院后立即予抑酸、护胃、止血、留置尿管并间断行膀胱冲洗治疗。患者住院 11 d 后好转出院。

2 护理

2.1 一般护理 斑蝥素可引起神经系统及心、肾等

脏器的损害, 导致昏迷、抽搐、中毒性心肌炎、心律失常、急性肾功能衰竭等。入院后迅速建立静脉通道及心电监护, 持续 24 h 监测心率、心律、血压及心电图动态变化, 警惕心律失常及休克发生。

2.2 消化系统护理 斑蝥素中毒消化系统表现以消化道出血和肝功能衰竭为著。斑蝥素具有很强的腐蚀性, 本例患者出现口腔黏膜、舌体溃烂, 上腹部烧灼感, 解黑便等症状。因入院时已出现消化道损伤症状, 故暂未行洗胃, 予禁食、艾普拉唑抑酸、硫糖铝保护胃黏膜、康复新液促进黏膜修复及肠外营养支持治疗。2 d 后患者腹痛、便血症状好转; 由禁食逐渐过渡到冷流质, 再到易消化、高维生素、高能量普通饮食; 6 d 后口腔黏膜、舌体溃烂基本愈合。

2.3 泌尿系统护理 斑蝥素对泌尿系统毒性常以肾衰竭、出血性膀胱炎为主^[2], 临床症状主要为腰痛、尿频、尿急、尿痛、排尿困难、少尿、血尿等, 严重者可因急性肾衰竭死亡。本例患者出现出血性膀胱炎症状, 肉眼血尿。入院后留置尿管, 采用 0.9% 氯化钠注射液 100 ml+去甲肾上腺素注射液 8 mg 冲洗膀胱, 每日 1 次, 随后持续予 0.9% 氯化钠注射液冲洗膀胱, 防止膀胱内血凝块形成。严格记录每小时液体出入量, 注意观察尿液颜色变化, 定期检测血肌酐、尿常规了解肾功能情况。治疗 6 d 后患者尿常规未见红细胞, 予拔除尿管。

3 讨论

斑蝥主要毒素为斑蝥素, 每 100 g 斑蝥含斑蝥素约 1 mg, 致死剂量 30 mg^[3]。斑蝥素为强刺激性物质, 内服后经胃肠道吸收, 对黏膜产生强烈刺激作用, 可致消化道黏膜坏死。吸收后从肾脏排泄, 引起膀胱刺激症状, 可直接损伤肾小球、肾小管, 严重者肾小管上皮细胞广泛变性坏死, 致急性肾衰竭^[4]。

本例患者轻信偏方, 服用自行炮制斑蝥水后引发消化道出血、出血性膀胱炎, 因治疗及时, 治愈出院。斑蝥中毒事件时有发生, 一旦发生斑蝥中毒应立即就医, 采取洗胃、保护胃黏膜、利尿排毒、维持内环境稳定等治疗措施, 并针对患者病情进行消化、泌

尿系统的对症护理, 加强心理护理以及饮食调节, 维护脏器功能。

参考文献

[1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(一部) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020: 315-316.

[2] 张有友, 余亚蕾, 张杰, 等. 斑蝥素中毒机体各系统损伤及其机制的研究进展 [J]. 法医学杂志, 2020, 36(4): 545-548.

[3] 张文霞, 钟希文. 142例斑蝥中毒反应文献分析 [J]. 时珍国医国药, 2011, 22(12): 3042-3043.

[4] 梁进权, 王宁生. 斑蝥的毒性反应及原因分析 [J]. 新中医, 2003(7): 76-77.

(收稿日期: 2024-05-02; 修回日期: 2024-07-01)

2例急性铊中毒患者临床救治及护理

马文娣, 刘楠, 宁琼, 李琳琳, 陈雯雯

(山东省职业卫生与职业病防治研究院, 山东第一医科大学/山东省医学科学院, 山东 济南 250062)

关键词: 铊中毒; 临床; 护理

中图分类号: R595.2 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2024)05-0548-02

DOI: 10.13631/j.cnki.zggyyx.2024.05.035

铊为无色、无味的稀有重金属, 其化合物是剧毒类的神经毒物, 有很强的蓄积作用^[1-3]。急性胃肠炎、多发性神经炎和脱发是铊中毒的典型三联征^[4-7]。急性铊中毒的潜伏期长短与接触剂量有关, 口服铊化合物中毒的潜伏期为12~24 h, 摄入量较大时, 发病相对较快^[8]。近期山东省职业卫生与职业病防治研究院收治2例急性铊中毒患者, 经过2周的驱铊、对症支持治疗和专科护理后均好转出院。

1 临床资料

【例1】男, 54岁, 脱发1月余, 头发稀疏, 呈束状脱落, 中外侧眉毛脱落, 双侧腋毛少量脱落, 手足多汗, 腹胀、便秘; 神经系统查体示双侧肌张力略增高, 踝阵挛阳性。既往体健, 入院时查血铊53.0 μg/L, 尿铊830.9 μg/L; 肝功能异常[丙氨酸氨基转移酶(ALT)155 U/L, 天门冬氨酸氨基转移酶(AST)43 U/L]。【例2】女, 53岁, 与【例1】共同居住。双足麻木1个月, 脱发半月余, 头发明显稀疏, 呈束状脱落, 腹胀、便秘; 手指皮肤干燥、粗糙、增厚, 左手拇指、右手拇指、食指、中指甲面可见白色横纹(米氏纹)。既往有糖尿病、心律失常病史; 入院时查血铊100.4 μg/L, 尿铊1 715.6 μg/L; 肝功能异常(ALT 96.4 U/L, AST 69.9 U/L)。2例神经-肌电图

均示周围神经损害。

入院后2例均行血液透析+血液灌流 qd, 连续4 d; 【例2】于第5天给予1次连续性静脉-静脉血液滤过。2例均给予大量补液利尿、适时补钾, 静脉注射二巯丙磺酸钠联合口服普鲁士兰驱铊治疗2个疗程, 同时给予保肝、清除氧自由基、B族维生素营养神经、补充微量元素及改善微循环等药物治疗。全病程中注意眼部病变, 重视眼科检查, 未见明显异常。

住院2周后患者均好转出院。【例1】出院后随访复诊, 毛发已逐渐再生, 无特殊不适。血铊、尿铊正常。

2 护理

2.1 一般护理

2.1.1 评估 评估患者的意识、一般情况、生活自理能力、睡眠、饮食及大小便情况; 有无类神经症、躯体疼痛、肢体感觉及运动障碍等; 胃肠系统症状及有无脱发、皮肤干燥等; 患者心理状况、疾病认知及社会支持状况。

2.1.2 病情观察 密切观察患者生命体征、意识、情绪变化; 行血液净化治疗期间严格记录24 h出入量, 保持大便通畅; 观察患者有无皮肤干燥及腹痛、恶心、呕吐等症状; 注意患者肌肉酸痛、肢体麻木等症状是否加重。对出现异常者给予及时干预, 定期监测肝、肾功能及电解质浓度, 积极防治低钾血症。

2.1.3 营养支持 铊主要经尿和粪便排出^[8], 嘱患者多饮水, 日饮水量>2 000 ml, 多食含钾食物, 利于铊的排出; 进食高蛋白、高热量、高维生素、高钙、低盐、低脂、易消化的食物^[9]; 避免辛辣刺激性及损害肝脏的饮食, 禁食含铊较高的食物, 如蘑菇、贝类、茶叶、坚果、动物内脏、莲白等。

2.2 清除毒物及监测毒物浓度护理

2.2.1 血液净化护理 以股静脉留置双腔导管建立静脉通路, 确保患者有充足的血流量维持血液灌流。

基金项目: 国家重点研发计划(2022YFC2503202); 山东省医药卫生科技发展计划项目(202212010495)

作者简介: 马文娣(1991—), 女, 硕士, 副主任护师, 从事职业卫生临床工作。

通信作者: 宁琼, 副主任医师, E-mail: 1983603203@qq.com; 李琳琳, 主管护师, E-mail: 1438546081@qq.com