

非职业性汞中毒所致肾病综合征的护理

谢芳, 朱丽颖, 薛长江, 周硕

(首都医科大学附属北京朝阳医院职业病与中毒医学科, 北京 100020)

汞为银白色的液态金属, 常温中即可蒸发, 吸附性强, 易被机体吸收。汞中毒以慢性多见。近年来, 由于使用美白化妆品或口服中药治疗银屑病、关节炎、腋臭、红皮病所致的汞中毒肾病综合征(NS)屡见报道, 我科2008年1月—2014年10月共收治36例, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

36例中男4例、女32例, 年龄21~64岁(平均31.68岁)。口服含汞中药(中药组)22例, 其中银屑病16例、关节炎和精神分裂症各2例、腋臭和红皮病各1例; 使用含汞美白化妆品(化妆品组)14例, 均为女性。

患者均有程度不等的头晕、乏力、失眠、记忆力下降、食欲减退、神经衰弱综合征的表现及不同程度的全身水肿、大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症肾病综合征表现。重者出现情绪及性格改变, 如烦躁、易激动或易怒(中药组16例占72.7%, 化妆品组4例占28.6%), 口腔溃疡、牙龈肿胀(中药组4例占18.2%, 化妆品组5例占35.7%), 腹部疼痛(中药组2例占9.1%, 化妆品组1例占7.1%)。

实验室检查: 入院时所有病例空白尿汞值均高于正常参考值($\leq 45 \mu\text{g/d}$), 中药组尿汞96.8~2425.2 $\mu\text{g/d}$, 化妆品组尿汞68.4~927.2 $\mu\text{g/d}$ 。患者24 h尿微量总蛋白(M-TP)152.0~2268.0 mg/24 h尿(正常参考值50~150 mg/24 h尿)。生化检查: 血清总蛋白35.3~54.2 g/L(正常参考值65.0~82.0 g/L), 白蛋白3.3~21.0 g/L(正常参考值32.0~55.0 g/L); 总胆固醇11.2~29.5 mmol/L(正常参考值3.62~5.70 mmol/L), 低密度脂蛋白胆固醇5.1~20.7 mmol/L(正常参考值1.81~3.36 mmol/L); 尿素氮(BUN)8.9~12.4 mmol/L(正常参考值2.85~7.14 mmol/L)。中药组2例、化妆品组1例双肾B超异常; 化妆品组1例腹部B超提示腹腔大量积液。

1.2 治疗与转归

经二巯丙磺钠肌内注射驱汞治疗, 30例患者6个疗程(3 d/疗程, 休息4 d)后尿汞值达到正常, 化妆品组1例8个疗程达到正常, 中药组5例9个疗程达到正常。同时给予疏普罗宁静脉点滴保护肝脏, 糖皮质激素治疗肾病综合征, 低分子肝素钠抗凝预防深静脉血栓等, 36例患者全部痊愈出院。

2 护理

2.1 神经衰弱的护理

为患者营造舒适的病室环境, 温湿度适宜, 保持空气新

鲜、流通, 开窗通风2~3次/d。指导患者疾病初期注意卧床休息, 尽量少活动, 避免劳累。头晕明显时勿猛起猛站防止一过性低血压。患者床头挂防止跌倒的指示牌。

督促患者遵守作息时间, 养成良好的睡眠习惯。晚间保持室内光线暗淡柔和, 环境安静; 避免情绪波动兴奋; 睡前温热水泡脚, 饮热牛奶促进睡眠, 避免饮用咖啡和浓茶, 限制晚间饮水量。腹痛明显时, 遵医嘱给予止痛药。

2.2 水肿患者的皮肤护理

患者高度水肿, 增加了皮肤的张力, 导致皮下血液无法正常循环, 又由于长期营养不良低蛋白血症及糖皮质激素的使用, 使得皮肤非常脆弱, 所以要加以保护。每日晨起空腹测体重, 观察患者水肿消退情况。高度水肿患者应详细记录出入量, 遵医嘱监测尿常规、生化指标, 一旦出现异常及时向医生汇报给予对症治疗。帮助水肿患者选择棉质宽松的内衣, 经常更换, 保持清洁。每次床旁交接班时检查患者的袖口、袜口、裤口松紧适宜, 不可过紧影响血液循环。协助卧床患者勤翻身, 预防压疮。对于阴囊水肿的患者给予软棉垫托起, 防止皮肤擦伤, 保持局部清洁卫生。双下肢可凹性水肿明显时, 间断抬高双下肢, 限制钠盐的摄入。保持皮肤清洁干燥, 勿抓挠皮肤, 天气干燥局部涂润滑油。

2.3 预防感染

2.3.1 病室环境消毒 床褥清洁舒适, 湿式清扫, 1~2次/d; 用含氯消毒液的小毛巾擦拭床单及床头桌, 用1000 mg/L含氯消毒液擦拭病房地面, 2次/d, 为防止感染, 遵医嘱给予紫外线照射消毒病室1次/d, 1 h/次。

2.3.2 口腔护理 汞可经口腔黏膜吸收、唾液腺分泌, 容易导致口腔溃疡、牙龈肿胀, 故口腔清洁十分重要。指导患者餐后清水漱口, 应用康复新液漱口3次/d, 口腔护理2次/d。

2.3.3 无菌操作 肌内注射二巯丙磺钠前, 检查注射部位的皮肤完好无硬结, 两侧臀部轮流注射, 宜深部肌肉注射, 注射后按压针眼5~10 min, 防止药液自针眼外渗, 造成局部湿润、糜烂及感染。

2.4 用药护理

2.4.1 应用驱汞药的护理 二巯丙磺钠0.25 g(0.125 g/支)肌内注射qd。用药期间注意观察疗效, 此类药物虽毒性低, 但偶有过敏反应, 如皮疹、寒战、剥脱性皮炎等。化妆品组4例出现红色斑丘疹, 立即停用二巯丙磺钠, 叮嘱患者勿抓挠皮肤, 进食富含维生索的新鲜蔬菜水果, 勿食用辛辣刺激食物, 并给予口服抗组胺药, 休息1周后皮疹全部消退。用药期间, 指导患者正确留取24 h尿标本, 尿汞是观察驱汞效果的最佳指标, 也是诊断和治疗汞中毒的主要依据。

2.4.2 应用糖皮质激素的护理 密切观察激素对血压、体

重、体态等产生的副作用,防止骨折、溃疡、栓塞等并发症。向患者宣教长期用药的必要性和症状好转后自行停药的危害,以免发生急性肾上腺皮质功能不全。在使用糖皮质激素治疗期间,注意监测患者尿蛋白、血浆蛋白及尿量的变化。

2.4.3 抗凝药物的护理 中药组 4 例、化妆品组 3 例患者为警惕深静脉血栓的形成,遵医嘱给予低分子肝素钠皮下注射抗凝治疗。注射部位选在脐周 5 cm 处,注射前嘱患者平躺,尽量放松,注射后勿即刻起床活动,指导患者用整个指腹按压住注射部位,以防止血管扩张引起的大面积淤血。禁忌按揉、揉搓、热敷腹部。

2.5 帮助患者制定有针对性的饮食指导

2.5.1 根据患者病情制定食疗方案 每日蛋白质摄入量以 0.8~1 g/kg 为宜,以优质蛋白为主,不可摄入高蛋白饮食(除大量蛋白尿期间),以免加重肾脏负担。

2.5.2 水摄入量应根据病情而定 高度水肿且少尿时应严格控制进水量;仅有下肢水肿,尿量在 1000 ml/d 左右,可不限制水摄入,但不宜过度饮水。在利尿开始后,即可给低盐饮食;大量利尿期可增加面条、菜汤等含钠食物。例如中药组 2

例患者因大量利尿出现面色苍白、乏力、食欲减退等低钠血症的表现,经补充氯化钠,增加含钠食物,症状很快消失。利尿期间还应防止低血钾的发生,见尿后口服氯化钾 100~300 mg/(kg·d)。

2.6 心理护理

中药组 16 例、化妆品组 4 例患者精神、情绪不稳定,出现烦躁、易激动、易怒、忧虑、紧张、悲观等心理。我们用高度的责任心、同情心,尽量满足患者的合理需求,解决日常生活困难,消除悲观情绪,耐心做好解释、安慰工作。护士经常巡视病房,介绍疾病知识,使用糖皮质激素的作用及副作用。请治愈出院的患者与住院患者交流经验,消除疑虑,稳定情绪,使患者密切配合医护人员主动参与疾病的治疗。

2.7 出院后延伸护理

加强宣教,指导患者学会自我心理调节,保持心情舒畅,培养自己兴趣爱好。勿随意购买美白化妆品,勿乱服偏方中药。做好出院后随访,向患者宣教遵医嘱服用糖皮质激素,按时来院复诊,不可因出现副作用而擅自停药或减药过快,以免病情反复。

临床护理路径在百草枯中毒患者中的应用体会

杨华

(沈阳市第九人民医院,辽宁 沈阳 110024)

针对百草枯中毒,我院从 2007 年 8 月起实施院前、院中、ICU 临床护理路径,即刻人工催吐、早期的漂白土灌入、及早的血液净化及抗氧化免疫抑制剂等全方位治疗集中于一体,尽量缩短救治时间,为救治成功创造了必要的条件,取得了良好的效果。

1 对象与方法

1.1 对象

选择 2012 年 8 月—2014 年 5 月在我科住院的中、重度百草枯中毒 60 例作为观察组,均有明确的口服百草枯病史,其中男 37 例、女 23 例,年龄 16~53 (29.5±10.2) 岁,服毒量 20~150 (80.21±55.57) ml,服毒时间 0.3~5 h。选择 2005 年 2 月—2007 年 5 月中毒程度具有可比性的相同病例 52 例为对照组,男 30 例、女 22 例,年龄 15~58 (30.4±11.8) 岁,服毒量 20~145 (78.32±56.20) ml,服毒时间 0.3~5 h。病例于服药后均出现恶心呕吐、腹痛、口腔溃疡,并不同程度出现呼吸、肝肾功能损害。两组资料在年龄、性别、服毒量、服毒时间、“120”接诊时间上差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组采用常规急诊抢救流程,即院前出诊将病人接至院中,在急诊抢救室洗胃。洗胃结束后送至 ICU 治疗,包括静脉滴注甲泼尼龙、环磷酰胺等,漂白土及甘露醇灌入及血液灌流 (HP) 等。观察组采用院前、院中、ICU 临床护理路

径,即“120”接诊护士到达现场后立即给予病人物理性催吐,15%漂白土 150 ml 口服,以后每 4 h 一次,记录用药时间,同时静脉输注甲泼尼龙、环磷酰胺等。在返回医院途中通知 ICU 准备床位,备好多参数监护、洗胃、采血、中心静脉置管用物。到达医院直接送至 ICU 后彻底洗胃、4 h 重复洗胃,洗胃后灌入 20%甘露醇 150 ml,并行股静脉置管,做好 HP 准备。在中心静脉置管的同时给予体外循环管路预冲,预冲中心静脉输注抗生素、环磷酰胺等药物,保证 40 min 内开始 HP。待 HP 时停止用药,避免透析器吸附药物,降低疗效。

1.3 观察指标

比较两组病人的病死率、首次治疗时间(包括首次催吐或洗胃、漂白土灌入、HP、激素静脉输注时间)。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS11.5 软件进行处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

由表 1 可见,观察组静脉滴注激素、催吐、洗胃、漂白土灌入以及行 HP 治疗的时间均明显早于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),且病死率观察组显著低于对照组。

3 讨论

按常规程序,百草枯中毒病人在急诊抢救室洗胃,入 ICU 后再输注药物,随后行 HP,但 HP 在吸附毒素的同时也吸附部分药物。实施临床护理路径后改变流程,由“120”接诊护士到达现场即建立输液通路,在病人进入 ICU 至血液灌流之间 40 min 内即静脉滴注药物,以尽快达到有效浓度。本