

DOI: 10.12209/CAIM202409300001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例艾司唑仑中毒患者的护理体会

王晓君

(北京中医药大学东方医院 ICU, 北京, 100078)

摘要: 本文总结 1 例应用血液灌流联合耳穴压丸技术治疗艾司唑仑中毒患者的护理体会。在完善常规评估、风险评估和专科评估的基础上,明确护理诊断,予患者气道护理、皮肤护理及管路护理,血液灌流清除毒素,同时依托中医辨证施护,合理选穴并采用耳穴压丸技术,以促进患者神志改善。

关键词: 艾司唑仑; 中毒; 血液灌流; 耳穴压丸

Nursing experience of a patient with esomeprazole poisoning

WANG Xiaojun

(ICU, Dongfang Hospital Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a case of using blood perfusion combined with ear acupoint pressure pill technology to treat a patient with ezetimibe poisoning. On the basis of improving routine assessment, risk assessment, and specialized assessment, clarify nursing diagnosis, provide patients with airway care, skin care, and pipeline care, clear toxins through blood perfusion, and rely on traditional Chinese medicine syndrome differentiation for nursing. Reasonably select acupoints and adopt ear acupoint pressure pill technology to promote the improvement of patients' consciousness.

KEY WORDS: escitalopram; poisoning; blood perfusion; ear acupressure pills

艾司唑仑属于苯二氮卓类药物,对于抗焦虑、失眠、癫痫惊厥有治疗作用,但过量服用该药会抑制神经系统,出现严重的呼吸麻痹等症状,容易危及生命^[1]。随着社会对神经系统疾病的关注,人们接触苯二氮卓类药物的概率越来越大,药物中毒导致昏迷的患者也逐年增多^[2]。对于药物中毒的患者,明确中毒药物、尽早诊断并及时处置非常关键。目前临床常采用洗胃、灌肠、血液灌流等措施减少药物吸收,氟马西尼拮抗解毒,同时根据患者生命体征进行针对性治疗,从而提高抢救成功率。本例通过血液灌流联合耳穴压丸治疗艾司唑仑中毒所致昏迷症状效果良好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 基本资料

患者男性,73 岁,家属于 2024 年 6 月 1 日晚 18:00 于家中发现患者处于昏迷状态,呼之不应,对强烈刺激有反应,自行研磨安宫牛黄丸温水送服约 20 mL,无明显效果,立即联系 120 急救中心送至外院急诊科就诊,救护车运送途中,患者鼻导

管吸氧,具体氧流量不详,经皮血氧 75%~80%,急诊查头 CT 除外脑出血。临床诊断主要考虑“重症肺炎、呼吸衰竭”,予气管插管,有创呼吸机辅助呼吸;予头孢唑肟钠抗感染,去甲肾上腺素 0.4 ug/kg/min 泵入以升压,丙泊酚以麻醉镇静。考虑患者病情危重,于同日 21:48 经 120 转运至我科。

患者既往甲减病史,规律服用优甲乐 100 ug, 1 次/d;过敏性鼻炎病史,家属诉服用糖皮质激素 20 余年,现规律服用醋酸泼尼松片 5 mg, 1 次/d;高脂血症病史,规律服用瑞舒伐他汀钙片 5 mg, 1 次/晚;高尿酸血症病史,间断服用苯溴马隆;右青光眼病史 1 年;支气管哮喘病史,具体不详。既往左眼行虹膜切除术史,具体不详,右眼 2006 年行白内障手术。患者蒿类过敏,否认其他药物及食物过敏史。

1.2 查体

患者入院时体温(T)35.8℃,心率(HR)134 次/min,呼吸(R)20 次/min,血压(BP)99/57 mm Hg。患者神志处于昏迷状态,面色少华,形体偏胖,平

收稿日期:2024-09-30

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

车推入病房,气管插管状态,舌象不能查,呼吸平缓,查体欠合作,脉弦滑。眼球突出,眼球运动不配合,左侧瞳孔不规则,右侧瞳孔正圆,约2 mm,对光反射欠灵敏。双侧甲状腺无肿大,触诊正常,无压痛。骶尾部有一7.5 cm×8.5 cm皮损,四肢肌力0级,肌张力正常。

1.3 辅助检查

入我院后继续完善实验室检查,具体如下:全血细胞分析+CRP:CRP219.6 mg/L,白细胞计数 $12.68 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分数92.7%;快速肝功:谷丙转氨酶48 u/L,谷草转氨酶45 u/L,总蛋白61.3 g/L,白蛋白37.8 g/L,总胆红素25.5 $\mu\text{mol/L}$;炎症两项、心梗三项+BNP:降钙素原72.51 ng/mL,白细胞介素6 $>5000 \text{ pg/mL}$,N末端脑利钠肽前体2484 pg/mL,肌酸激酶同工酶16.33 ng/mL,肌红蛋白2903 ng/mL,全血心肌肌钙蛋白T(高敏)82.1 ng/L;血气分析+急诊生化:肌酐146.9 $\mu\text{mol/L}$,乳酸3.3 mmol/L,尿素12.92 mmol/L,氧分压322 mm Hg;甲状腺功能5项:T₃ $<19.5 \text{ ng/dL}$,T₄1.86 $\mu\text{g/dL}$,FT₃0.583 pg/mL,FT₄0.197 ng/dL,TSH19.8 uIU/mL;凝血四项+D-二聚体:凝血酶原时间12.3 s,纤维蛋白原含量3.36 g/L,纤维蛋白原凝血时间5.5 s,凝血酶凝结时间14.7 s,D-二聚体23.38 $\mu\text{g/mL}$;外送检药毒物检测:艾司唑仑0.6 $\mu\text{g/mL}$ 。

1.4 诊断

中医诊断:昏迷(氧气虚衰证);西医诊断:昏迷原因待查,重症肺炎,休克。外送药毒物检测结果回报,明确西医诊断安眠药中毒(艾司唑仑)。

1.5 治疗

中医治以温补肾阳、醒神开窍为主;西医予有创呼吸机辅助呼吸,模式为PSV, $\text{P}_{\text{I}}14 \text{ cmH}_2\text{O}$, $\text{FiO}_2 80\%$, $\text{PEEP}10 \text{ cmH}_2\text{O}$,留置胃管、尿管、禁食水,胃肠减压。予锁骨下深静脉置管,去甲肾上腺素升压,氢化可的松以抗炎抗休克,比阿培南、利奈唑胺和伏立康唑联合抗感染治疗,床旁纤维支气管镜吸痰并检查,盐酸氨溴索以化痰,异丙托溴铵以解痉,泮托拉唑以抑酸护胃。

1.6 病情变化

6月1日,患者入院后行床旁气管镜检查,气道内可见金黄色物附壁,考虑吸入性肺炎。去甲肾上腺素持续泵入稳定循环。6月2日,患者家属于家中仔细寻找后考虑大量口服苯二氮卓类药物可能,外送检药毒物检测提示艾司唑仑过量,考虑

昏迷原因为药物过量,予以血液滤过+血液灌流清除过量药物及炎症因子,耳穴压丸醒神开窍治疗等,予强刺激后可有肢体活动,肺部感染继续行气管镜检查及气道灌洗治疗。6月3日,患者神志烦躁不安,与之交流之后不能遵嘱配合,继续行血液滤过+血液灌流及耳穴压丸治疗,循环方面,患者血压相对稳定,逐渐减少去甲肾上腺素用量。6月5日,患者意识较前好转,呼之可应,可配合简单指令。6月6日,予以脱机试验后拔除经口气管插管,予患者百普力试餐。6月7日,患者胃内容物多且胃液潜血阳性,发生腹胀呕吐,予驱寒温脾中药膏膜治疗。6月8日,患者无明显不适,胃液滞留少,继续百普力低泵速试餐。6月12日,患者呼吸循环相对稳定,转外院普通病房继续治疗。

2 护理

2.1 护理评估

患者入院后完善各项护理评估,包括常规评估、风险评估及专科评估,具体结果见表1。

2.2 护理诊断

根据患者病情及护理评估,该患者的护理诊断具体如下:①意识障碍与艾司唑仑药物中毒有关;②清理呼吸道无效与使用人工气道有关;③皮肤完整性受损与躯体不能活动有关;④有误吸的危险与鼻饲有关。

2.3 护理计划

短期计划:密切观察患者神志变化,经过医护一体化查房制定个性化促醒和镇静方案;加强气道护理,控制感染;加强皮肤护理,促进患者因昏迷时间过长不能活动导致的骶尾部7.5 cm×8.5 cm皮损愈合。长期计划:促进患者康复,提供心理疏导,缓解焦虑、恐惧等负面情绪。

2.4 护理措施

2.4.1 气道护理

予患者取半卧位,床头抬高大于30°,便于体位引流;按需吸痰,注意无菌操作,观察痰液的色、质、量;按时翻身拍背,促进痰液引流,保持呼吸道通畅;加强气道湿化,防止痰痂形成堵塞呼吸道。

2.4.2 皮肤护理

使用防压疮气垫床,及时予骶尾部皮损处换药;保持敷料清洁、干燥,观察敷料处有无渗血、渗液;按时翻身,搬运病人时动作轻柔,注意保持肢体功能位;保持皮肤清洁干燥,保持床单位清洁、干燥、平整无皱褶,及时更换衣服及被服。

表 1 护理评估内容及结果

评估类型	评估内容	评估工具	评估得分	评估结果
常规评估	日常生活能力量表	Barthel	0	重度依赖
	跌倒风险评估	/	80	高风险
风险评估	坠床风险评估	/	2	高风险
	压疮危险因素评估	Waterlow's	18	高度危险
专科评估	镇静程度评估	RASS	-5	昏迷
	昏迷程度评估	GCS	3	重度昏迷

2. 4. 3 管路护理

胃管妥善固定并观察其外露长度,确认胃管在胃内后方可进行鼻饲。每 4 h 抽取胃残留,根据患者胃残留量调节流食泵入速度,密切观察胃液颜色,一旦出现异常及时通知医生配合处理。患者留置尿管,每日行会阴擦洗,尿袋低于耻骨联合处防止尿液返流造成逆行感染,注意观察尿液的颜色、性质及量。按时更换尿袋和尿管,严格无菌操作原则。患者留置中心静脉导管,观察穿刺点有无红肿、渗液等情况,观察管路的外露长度,敷料是否贴敷良好,防止管路打折或脱出。定时抽回血并给予脉冲式冲管,保证管路通畅,及时给予穿刺处换药并注意无菌操作。

2. 4. 4 血液灌流护理

患者于 6 月 2 日及 6 月 3 日行 2 次血液灌流治疗,于无菌状态下选取股静脉建立临时血管通路,连接血滤灌流器后治疗持续时间 2 ~ 3 h,血流量 150 ~ 180 mL/min。治疗开始后予 3.5 mmol/L 枸橼酸钠、1.4 mmol/L 葡萄糖酸钙,两次血液灌流间隔 21 h。血液灌流过程中密切观察患者的生命体征,尤其是血压情况;注意观察透析管路的情况,保持管路畅通,管路及附加装置固定良好无脱出或断开;严密监测血液灌流各压力数值的变化,观察管路中有无血栓或气泡并及时处理血滤机报警;本例血液灌流采取枸橼酸抗凝方案,及时监测血滤管路中及患者血液中离子 Ca 的情况,保证抗凝效果及患者安全。

2. 4. 5 中医外治护理

2. 4. 5. 1 耳穴压丸

耳穴压丸是用胶布将王不留行籽或其他药丸粘贴于耳部穴位,通过手指以适宜的频率和力度按压,以耳穴处酸麻胀痛、发热为宜,通过刺激耳部经络,产生运行气血,以达到宁心安神,调节机体平衡,防病治病的一种方法。相较于耳针、耳部刮痧及耳部艾灸而言,耳穴压丸具有简便易行、价格低廉、无侵入性及安全性高等优点^[3]。

在本例中为患者行耳穴压丸治疗,持续时间为 3 d。用 75% 酒精局部消毒后,观察患者反应,用探棒自上而下在选区内寻找耳穴的敏感点,将王不留行籽粘附在 0.7 cm×0.7 cm 大小的胶布中央,用镊子夹住贴敷于选好耳穴的部位,并给予适当按压、点揉,持续时间 20 ~ 30 s,间隔少许后重复,3 ~ 5 min/次,两日后双耳交替更换进行。选取穴位为皮质下、神门、肾上腺、心、内分泌、肝、脑干,其中皮质下、脑干具有醒脑开窍,调节大脑皮层兴奋和抑制的作用;肾上腺能调节肾上腺功能,增强机体应激能力,是消炎的最佳穴位;神门能镇静安神,益气养血;心能镇静宁心安神;内分泌能调节内分泌功能紊乱,补益正气;肝穴能镇肝熄风、涤痰醒脑。

2. 4. 5. 2 中药膏摩

患者腹胀呕吐,予中药膏摩治疗以驱寒温脾,具体药方为黄芪 10 g、丁香 3 g、陈皮 5 g、木香 5 g、枳实 5 g、枳壳 5 g、厚朴 6 g、肉桂 3 g、莱菔子 5 g、沉香 5 g 及干姜 5 g,共 5 剂,1 剂/d,将药物研磨成药粉,与香油和醋混合搅拌直至成为均匀的膏状,环摩腹部,推任脉及胃经,并点按神阙、中脘、天枢及关元穴,力度适中。

2. 4. 6 心理护理

患者清醒后及时与患者沟通交流,了解其需求和情绪变化。为患者提供心理疏导,缓解焦虑、恐惧等负面情绪,及时与家属沟通,共同为患者提供情感支持。

3 结果

2024 年 6 月 12 日,患者病情好转转外院普通病房治疗。对比干预前,患者神志转清,感染指标及氧合情况较前好转,已调整为文丘里面罩吸氧,氧浓度 40%;循环情况稳定,已暂停去甲肾上腺素泵入;患者自诉腹胀情况有所缓解,积极开放胃肠道给予肠内营养;出院时生活能力得分比干预前明显提高 15 分,综合疗效评定为有效。

4 讨论

目前针对艾司唑仑中毒致昏迷的治疗,除了洗胃导泻、氟马西尼拮抗、对症治疗外,还可借助血液灌流进行治疗。血液灌流是临床上常见的血液净化模式,通过将患者的血液引入装有吸附材料的灌流器中,利用吸附原理清除血液中的毒素、药物和代谢废物,故以往被广泛运用于肾脏病患者的治疗。但鉴于该模式可以有效清除患者体内的中大分子毒素,因此该模式近年来被广泛应用于急危重症患者的治疗方案^[4]。

中医药在昏迷促醒治疗,改善患者病情方面积累了丰富的经验^[5]。中医认为中毒昏迷多由邪毒内侵所致,中毒后邪毒内攻,扰乱心神,闭阻清窍,导致神明失司,从而引发昏迷。中医体外治疗手段是从外部刺激经络穴位,调节气血运行,起到直接或辅助促醒作用^[6]。人体内存在多条经络,耳既是经络的一部分,也是经络穴位的一个集中表现。通过刺激耳穴,可调整经络的流通,促进气血畅通,以达到治疗疾病的目的^[7];同时耳穴是脏腑经络的反射区,刺激耳穴可通调脏腑,从而改善症状;耳还内通于脑,与脑经脉相连,刺激耳穴还可以直接影响脑神经功能^[8-9]。耳穴疗法适应症广,在内科疾病中应用频次最高,占48.56%,而耳穴刺激方法中以耳穴压丸应用最多^[10]。耳穴压丸作为中医外治疗法具备药物疗法所欠缺的无毒副作用,不经肝肾代谢的特点,通过对相关穴位的刺激,以达到祛痰通络、醒神开窍的目的。

综上所述,本案例在常规护理的基础上,采取血液灌流技术清除患者体内残余药物,减少毒物吸收,同时及时应用耳穴压丸通调脏腑气血,发挥中医护理优势,既促进患者神志改善,又不增加肝肾代谢负担,体现中西医结合护理艾司唑仑中毒患者的优势。但由于本文仅总结1例成功经验,且耳穴取穴未有统一标准,多为经验取穴,今后可借鉴此经验,扩大样本量及研究范围,深入分析耳穴压丸的应用效果,进一步探索耳穴压丸在醒神开窍方面的作用,为中西医结合护理中毒患者提供新思路。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 杨宝学,张兰.实用临床药理学[M].北京:中国医药科技出版社,2018:575.
- [2] 张兵,何顺雨.急诊内科昏迷患者病因分析及临床治疗[J].中国医药指南,2021,19(11):55-56.
ZHANG B, HE S Y. Etiology analysis and clinical treatment of emergency medical coma patients [J]. Guide China Med, 2021, 19(11): 55-56. (in Chinese)
- [3] 焦玥,韩颖,周劲草,等.耳针疗法治疗失眠的系统评价和Meta分析[J].中国针灸,2022,42(10):1184-1194.
JIAO Y, HAN Y, ZHOU J C, et al. Systematic review and Meta-analysis on the auriculotherapy in treatment of insomnia [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2022, 42(10): 1184-1194. (in Chinese)
- [4] 李琴,李志华,任伟伟.规范化急救联合早期血液灌流对急性重度有机磷中毒患者的效果观察[J].贵州医药,2021,45(4):653-654.
LI Q, LI Z H, REN W W. Effect of standardized first aid combined with early hemoperfusion on patients with acute severe organophosphorus poisoning [J]. Guizhou Med J, 2021, 45(4): 653-654. (in Chinese)
- [5] 白佳佳.中医药促醒治疗的研究进展[J].大医生,2024,9(14):14-18.
BAI J J. Research progress of traditional Chinese medicine in promoting awakening treatment [J]. Doctor, 2024, 9(14): 14-18. (in Chinese)
- [6] 张勇,吴晓,顾应江,等.针刺对重型颅脑损伤昏迷促醒作用的系统评价[J].中华针灸电子杂志,2019,8(4):160-164.
ZHANG Y, WU X, GU Y J, et al. Systematic review of acupuncture on waking comatose patients after severe craniocerebral injury [J]. Chin J Acupunct Moxibustion Electron Ed, 2019, 8(4): 160-164. (in Chinese)
- [7] 黄圣洁,熊维建,邓星.耳穴压丸在中药结肠透析治疗慢性肾功能衰竭中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(4):134-136.
HUANG S J, XIONG W J, DENG X. Application of auricular plaster therapy in treating chronic renal failure with colon dialysis of traditional Chinese medicine [J]. Nurs Pract Res, 2018, 15(4): 134-136. (in Chinese)
- [8] 姚鑫.耳穴压丸治疗慢性心力衰竭伴失眠(气阴两虚证)的临床疗效观察[D].合肥:安徽中医药大学,2023.

- [9] 陈世宣, 徐青青, 陈珍珍, 等. 耳穴压豆经皮耳迷走神经刺激治疗卒中后认知障碍临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(3): 171-175.
CHEN S X, XU Q Q, CHEN Z Z, et al. Clinical study on transcutaneous auricular vagus nerve stimulation with auricular point seed-pressing for post-stroke cognitive dysfunction [J]. New Chin Med, 2024, 56(3): 171-175. (in Chinese)
- [10] 鲍娜, 王琼, 孙彦辉, 等. 基于数据挖掘的耳穴疗法临床应用规律[J]. 针刺研究, 2017, 42(1): 90-94.
BAO N, WANG Q, SUN Y H, et al. Rule of clinical application of auricular acupuncture based on data mining [J]. Acupunct Res, 2017, 42(1): 90-94. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。