

急性氯氮平药物中毒致呼吸衰竭 1 例

赵 勇

(铜陵市人民医院药剂科,安徽 铜陵 244002)

[DOI 编号]10.3969/j.issn.2095-9559.2021.04.050

[文章编号]2095-9559(2021)04-0074-02

氯氮平属于精神类的药物,这种药物已经是比较老的一种药物,具有镇静催眠作用。由于自杀、误服等原因,近年来氯氮平药物中毒现象随之增多,中毒主要症状为呼吸抑制(呼吸表浅、不规则)、血压和体温下降、发绀、脊反射减弱消失、昏睡基于昏迷。最后,因呼吸麻痹而死亡。如不及时发现后果严重,有效的治疗,尽快把药物排除,对提高临床治愈率非常重要。近期我院 ICU 收治 1 例患者,简要汇报如下。

1 病历资料

患者:女,因“自服药物后意识不清约 1.5 小时”入院。患者 5 月 16 日 13 时左右外出,15 时未归,其母亲遂电话联系,患者自诉服用药物,其母遂前往寻找,途中第三次通话过程中患者已意识模糊,言语不清。由于未能寻找到患者,家属遂报警,约 16 时在某家宾馆房间内寻找到患者,当时神志昏迷,未见明显抽搐,警察遂将其就近送至医院,但因病情危重,转送至我院,患者随身携带包中发现两瓶氯氮平(25mg/片,100 片/瓶),其中一瓶空瓶,另一瓶未拆封,16 时 45 分送至我院急诊予以洗胃,洗出白色混悬液直至清水样液体,患者大气道痰鸣音明显,四肢运动不协调,可见肌束震颤,请我科会诊,予以气管插管后拟“急性氯氮平中毒”收住入院。查体:体温:36.1℃,脉搏:123 次/分,呼吸:18 次/分,血压:14.8/8.4kpa。神志呈昏迷状,GCS 6T 分(E2M4VT),双侧瞳孔等大,直径约 2.5mm,对光反射迟钝,保留经口气管导管,气道内供 χ^2 氧,脉氧正常,两肺呼吸音稍粗,未闻及明显干湿性啰音,心率 123 次/分,律齐,血压 14.8/8.4kpa,腹软,肠鸣音可及,生理反射存在,病理反射均未引出,脑膜刺激征阴性。血气分析 血气酸碱度 7.47;氧分压 129.0mmHg;二氧化碳分压 34.3mmHg;实际碳酸氢根浓度 25.9mmol/L;标准碳酸氢根浓度 24.7mmol/L;实际碱剩余 1.3mmol/L;标准碱剩余 1.7mmol/L。血常规(住院)白细胞计数 $11.43 \times 10^9/L$;红细胞计数 $3.84 \times 10^{12}/L$;血红蛋白 116g/L;红细胞压积 35.2%;血小板计数 $143 \times 10^9/L$;中性粒细胞 8.2%。心肌酶谱(5 项)+生化全套+CRP+淀粉酶+脂肪酶总胆红素 13.9 $\mu\text{mol/L}$;直接胆红素 6.2 $\mu\text{mol/L}$;间接胆红素 7.7 $\mu\text{mol/L}$;总蛋白 64.0g/L;白蛋白 41.4g/L;丙氨酸氨基转移酶 9U/L;天门冬氨酸氨基转移酶 14U/L;尿素氮 2.11mmol/L;肌酐 35.4 $\mu\text{mol/L}$;葡萄糖 9.47mmol/L;总胆固醇 2.66mmol/L;甘油三酯 0.13mmol/L;钾 4.88mmol/L;钠

139.9mmol/L;氯 108.2mmol/L;钙 2.27mmol/L;二氧化碳结合力 18.8mmol/L。凝血功能(4 项)+D 二聚体凝血酶原时间 14.9 秒;国际标准化比值 1.32;PT% 69.0;PT-R 1.23;活化部分凝血活酶时间 40.4 秒;凝血酶时间 28.4 秒;纤维蛋白原 2.19g/L;D-二聚体 570.0ug/L。血型鉴定 ABO 血型 AB 型;RH(D)血型阳性。输血常规乙型肝炎表面抗原 0.01ng/mL;乙型肝炎表面抗体 2.52mIU/mL;乙型肝炎 e 抗原 0.02NCU/mL;乙型肝炎 e 抗体 0.84NCU/mL;乙型肝炎核心抗体 0.33IU/mL;丙肝抗体定量 0.01NCU/mL;梅毒抗体定量 0.05mIU/mL;艾滋病 1+2 型定量 0.18S/CO。B-型尿钠肽 11.80pg/mL;高敏肌钙蛋白 0.019ng/mL;肌红蛋白 136.30ng/mL;三碘甲状腺原氨酸 0.58ng/mL;甲状腺素 4.86ug/dL;游离 T3 1.68pg/mL;游离甲状腺素 0.89ng/dL;促甲状腺素 0.663uIU/mL;降钙素原 0.549ug/L。入院后予以急诊洗胃,气管插管,心电监护,机械通气,导泻、灌肠,大量补液,血液净化+灌流,脏器功能保护,促醒,维持内环境稳定等抢救治疗。经积极治疗,患者血清氯氮平药物浓度降至正常,成功撤除呼吸机、拔除气管导管,神志清楚,生命体征平稳,四肢活动自如,脏器功能正常。转入普通病房继续予以对症治疗好转后出院。

2 讨论

氯氮平中毒的死亡率 10%~12%,消除半衰期平均约 9 小时,组织结合率高,氯氮平中毒无特效解毒剂^[1],本例患者诊断为急性氯氮平中毒,急性呼吸衰竭,主要依据(1)病史:患者近半年有自杀倾向。(2)患者明确电话告知患者母亲自服氯氮平药物自杀,患者家属报警后寻找到患者,当时神志昏迷,包中发现两瓶氯氮平(25mg/片,100 片/瓶),其中一瓶空瓶,另一瓶未拆封,送至我院洗胃,洗出白色混悬液(3)患者呼吸衰竭,给予气管插管、机械通气辅助呼吸维持氧合。氯氮平中毒可能心肌损伤、呼吸抑制、衰竭,结合患者两肺啰音及气管插管后可吸出血性液体,不能排除中毒引起的急性肺水肿。氯氮平直接抑制脑干网状结构上行激活系统,具有镇静催眠作用,中毒症状包括谵妄、昏迷、心动过速、低血压、呼吸抑制或衰竭、唾液分泌过多,也可发生癫痫^[2],目前治疗主要有:心电监护,严密观察患者神志、瞳孔、生命体征变化;机械通气辅助呼吸;清除毒物,补液促排泄, CVVH+HP (下转第 72 页)

重,严重影响着患者的身心健康。目前,临床上多采用常规的对症治疗的方法,但治疗效果不理想^[3-4]。

本文对盐酸氨溴索治疗老年性肺炎的临床效果进行了研究,盐酸氨溴索有润滑呼吸道的的作用,可帮助呼吸道内的内分泌排出,使患者肺泡的通气功能得到提高,进而抑制气道平滑肌的收缩,以缓解患者的咳嗽、咳痰的现象^[5-6]。研究组经过盐酸氨溴索治疗后,治疗有效率得到提高,发热、咳嗽、咳痰及肺部湿啰音的体征得到改善,且治疗期间不良反应发生率也较低。

综上,盐酸氨溴索应用于老年肺炎患者的治疗,可提高患者的治疗有效率,降低不良反应发生率,改善患者发热、咳嗽、咳痰、肺部湿啰音等临床症状及肺部体征,值得推广。

[参 考 文 献]

[1]刘凤鸣,覃慧婵,谢馥懋,等.ICU老年重症患者呼吸机相关肺炎的治疗现状及研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(34):28-29+31.

[2]张亚芳.1例老年肺炎并发多器官功能衰竭及血小板输注无效病人的护理[J].全科护理,2018,016(014):1790-1791.

[3]刘青.探讨老年慢性阻塞性肺炎合并肺部感染应用盐酸氨溴索治疗的临床效果[J].中国社区医师,2019,035(014):39,42.

[4]张西园,杨育红,刘钊,等.23价肺炎球菌疫苗防治老年人肺炎的临床观察[J].中国城乡企业卫生,2017,032(010):93-95.

[5]张雯婧,于孟飞,刘贝贝,等.大黄酸抑制气道平滑肌收缩机制研究[J].江汉大学学报(自然科学版),2019,47(02):62-67.

[6]袁星星,田春燕,师留杰,等.平喘颗粒对哮喘小鼠肺泡灌洗液中外泌体的分泌及miR-23b介导的气道平滑肌细胞增殖的影响[J].中华中医药杂志,2019,34(05):173-177.

收稿日期:2020-06-20

(上接第52页)

3 讨论

老年干部在退休后,社交圈慢慢缩小,易产生失落感,加之患有老年疾病,多数患者心理状态极差^[2]。心理干预可显著改善老年慢性病患者心理状态,充分发挥其机体的防御机制以及抗病能力。同时提高患者对疾病的认知程度,提高其治疗和护理依从性,有效促进身体健康的恢复^[3]。本研究中,护理人员通过对老年慢性病患者资料的掌握结合其具体病情,进行心理护理干预,有效改善了病患不良情绪,临床价值突出。

综上所述,心理护理干预可显著改善老年干部慢性病患者的负性情绪,具有突出的临床价值。

[参 考 文 献]

[1]曹艳.心理护理干预对老年慢性病患者负性情绪的影响[J].饮食保健,2017,4(1):142-143.

[2]王佳,卢佳燕,高建坤,等.心理护理干预在改善老年支气管哮喘患者负情绪及提高满意度中的作用[J].慢性病学杂志,2019(2):266-268.

[3]王燕明,夏涛,钱邦平.积极心理护理干预对强直性脊柱炎患者负性情绪及睡眠质量的影响[J].中华现代护理杂志,2017,23(17):2238-2241.

收稿日期:2020-01-13

(上接第54页)

游离皮片移植修复或皮瓣修复不足,不会引起皮瓣感染坏死和血管供血不足现象,但护理配合关系到术后恢复。因此,需注重手术期间护理配合^[2]。

本次护理配合重点规范了器械护士和巡回护士的各项操作流程,不仅在根本上完成护理方案和流程,还能严格执行无菌原则,降低感染率,提高组织补片成活率,缩短手术时间,是手术成功的必要条件^[3]。分析结果,观察组并发症发生率低于对照组($P < 0.05$),由此说明,加强标准化手术护理配合更利于病情恢复,避免损伤口腔内重要组织,规范了护理流程,准确配合手术医师完成各项操作,避免术后并发症的发生。本次试验中,仍有并发症出现,对此需注意以下几点(1)需在使用冲洗液前进行加温,温度在37°C左右;(2)在手术前后准确核对器械、纱布等物品数

量;(3)传递器械时,不可将尖端朝向手术医师,且时刻注意手术进展,准确传递相关器械;(4)注意术中无菌无瘤操作,分阶段使用温蒸馏水冲洗,统一更换手套及手术器械。

总之,加强口腔组织缺损患者的口腔组织补片修复治疗更利于病情恢复,注重标准化手术护理配合还可改善预后,提高患者语音清晰发音情况。

[参 考 文 献]

[1]方媛媛,滕晓菊.口腔生物组织补片修复口腔黏膜缺损临床应用的护理体会[J].皖南医学院学报,2016,34(1):95-96.

[2]孙凤娟,倪雪娇.52例口腔黏膜组织缺损患者行异种脱细胞真皮基质修复的护理[J].护理学报,2013,33(18):59-60.

[3]彭虹,游云华,梁军等.带血管蒂肌皮瓣修复口腔癌术后组织缺损并发症防治对策[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2013,20(6):333-334.

收稿日期:2020-04-01

(上接第74页)

治疗;维持呼吸道通畅;脏器功能保护治疗等。

[参 考 文 献]

[1]夏天皓,朴艺花.血液灌流联合机械通气抢救大剂量氯氮平中毒患者的疗效分析[J].中国现代药物应用,2018,12(21):31-32.

[2]Zhu Qingxia, Yu Xiaoyan, Wu Zebing, Lu Feng, Yuan Yongfang. Antipsychotic drug poisoning monitoring of clozapine in urine by using coffee ring effect based surface-enhanced Raman spectroscopy. [J]. Analytica chimica acta, 2018, 1014.

收稿日期:2020-01-13