

15例蚕豆病患儿的护理

柳忠燕

(贵阳医学院 护理学院, 贵州 贵阳 550004)

[摘要] 目的: 总结15例蚕豆病患儿的护理经验, 提高对这类患儿的护理质量。方法: 对15例蚕豆病患儿及其家长加强健康知识辅导, 严密观察患儿在急性发病时的生命体征及尿色等病情变化, 加强输血期护理。结果: 15例患儿顺利度过急性期, 尿色入院后3~4 d恢复正常, 患儿住院治疗时间3~7 d。结论: 住院期间加强对蚕豆病患儿的临床观察及护理对患儿的早期康复有重要意义。

[关键词] 蚕豆病; 护理; 儿童

[中图分类号] R556.6; R473 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2011)04-0435-02

蚕豆病是红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶(G-6-PD)缺乏症的一种临床类型, 是一种性连锁不完全显性红细胞酶缺陷病, 是由于进食干、鲜蚕豆或蚕豆制品(豆腐、豆酱)之后引起的急性溶血性贫血^[1,2]。该病起病急骤, 临床表现为迅速贫血, 伴有黄疸及血红蛋白尿。严重者可出现休克和急性肾功能衰竭, 若不及时抢救治疗, 可危及患儿生命。现回顾我院儿科病房2007年1月~2010年12月收治的15例蚕豆病患儿的临床资料, 将其护理经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

15例蚕豆病患儿均为男性, 年龄1~8岁, 其中1~3岁12例, 4~5岁2例, 6~8岁1例。发病季节2~6月份12例, 9~12月份3例。第一次发病14例, 第二次发病1例。15例小儿起病前均有进食蚕豆史, 6例G6PD/6PGD比值测定<1(缺乏), 其临床表现及实验室血红蛋白检查结果分别见表1、表2。

表1 15例患儿临床表现

Tab.1 Clinical manifestation of the 15 diseased children

临床表现	病例数	%
面色苍白	15	100
血红蛋白尿	13	87
黄疸	11	73
发热	9	60
恶心、呕吐	1	7

表2 15例患儿实验室检查

Tab.2 Laboratory examination results of the 15 diseased children

血红蛋白(g/L)	例数	%
30~60	10	67
60~76	5	33

患儿入院后予去除诱因(停食蚕豆等), 给予输血纠正贫血, 碳酸氢钠碱化尿液, 还原型谷胱甘肽、维生素E、激素等抑制免疫反应、稳定红细胞膜, 减轻溶血, 能量合剂保护重要脏器, 吸氧、抗炎等对症支持治疗。

1.2 护理方法

1.2.1 一般护理 卧床休息。忌食蚕豆及蚕豆制品饮食。积极防治感染, 因感染可诱发或加重溶血。给予低流量吸氧以改善各脏器的缺氧(因溶血, 红细胞大量破坏, 各脏器均有不同程度的缺氧), 做好氧气鼻导管护理^[3]。发热的患儿, 给予物理降温(温水浴、冰枕等), 多喝水, 避免用有氧化作用的退热药。

1.2.2 病情观察 (1) 观察尿色及尿量变化, 并记录, 以便医生及时有效治疗。观察尿色是否由浓茶色、酱油色、葡萄酒样尿逐渐变淡到黄色, 如果尿色逐渐变淡, 提示病情好转, 反之提示溶血仍在继续或加重。记24 h尿量, 如尿量明显减少或尿色较前明显加深, 提示合并有肾功能损害; (2) 监测生命体征: 给予心电监护, 严密监测生命体征、血氧饱和度、神志及末梢循环情况, 注意有无心衰和休克的发生; (3) 贫血及溶血症状的观察: 观察患儿精神、面色、唇色、眼睑膜及甲床颜色, 评估贫血貌。若进

行性面色苍白,黄疸加重,出现烦躁或嗜睡、昏迷甚至惊厥、休克等,提示溶血仍在进展,贫血加重。

1.2.3 输血护理 (1)输血前准备工作:抽血交叉配血、定血型、查输血前三项,并对血源进行 G-6-PD 筛查,用 G-6-PD 正常者的血源;(2)输血前和输血时做好“三查七对”工作,必须 2 人以上核对无误;严格无菌操作,防止输血反应的发生;(3)输血过程中,应遵循“贫血程度越重,输血速度越慢,输血量越少”的原则,以避免加重心脏负担^[4];(4)加强巡视,观察有无输血反应,积极做好输血反应的应急抢救准备。

1.2.4 健康教育 向家属介绍蚕豆病相关知识,交待患儿今后应避免进食蚕豆及其制品,忌服有氧化作用的药物,如镇痛退热药(阿司匹林、安基比林、非那西丁等)、抗疟药(伯氨喹啉、奎宁等)、硝基呋喃类药(呋喃西林、呋喃唑酮等)、磺胺类药、砒类药及维生素 K、丙磺舒等药物;不要接触樟脑丸,避免各种感染。

2 结果

2.1 治疗结果

15 例患儿,治疗第 3~6 天复查血液,溶血得到控制,贫血得到相应纠正,血红蛋白检查结果见表 3。14 例住院 4~7 d 治愈出院,1 例住院 3 d 好转自请出院。

2.2 病情观察结果

10 例患儿入院后立即予心电监护,第 1 天 3 例患儿心率(HR)160~180 次/min,6 例患儿 HR120~140 次/min,4 例患儿呼吸 30~52 次/min,经治疗处理后,第 2 天这些患儿的心率、呼吸恢复正常。1 例患儿出现高热(体温 39.7℃),1 例中度发热,7 例低热,于住院第 2~3 天恢复正常。15 例患儿面色苍白逐渐改善,11 例患儿皮肤黄染情况也逐渐减轻。

2.3 尿色及尿量

8 例患儿入院后记 24 h 尿量,约 170~620 ml。尿色观察结果见表 4。

表 3 治疗后血红蛋白检查结果($n=15$)

Tab.3 Hemoglobin levels tested after treatment

血红蛋白(g/L)	例数	%
71~80	6	40
80~90	4	27
100~121	5	33

表 4 尿色观察结果($n=15$)

Tab.4 Observation results of urine color

住院时间	酱油色	浓茶色	葡萄酒 样色	茶色	淡茶色	黄色
入院时	2	5	3	3		2
第 2 天			3	4	3	5
第 3 天				1	2	12
出院时				1		14

注:“出院时”为入院后第 4~6 天

3 讨论

蚕豆病是由于进食干、鲜蚕豆或蚕豆制品(豆腐、豆酱)及氧化类药物引起的急性溶血性贫血,本病有自限性,预后一般良好。但应注意,如果大量红细胞破坏,红细胞碎片会堵塞毛细血管引起组织缺氧,也会造成严重后果,因此及时有效的抢救和细心护理是十分必要的。

此病多发生在蚕豆成熟季节(3~5 月份),急性期尽快去除诱因,给予吸氧、输血、碱化尿液、抗感染、防治心肾功能衰竭等抢救处理和护理,护理的重点是观察病情,除了生命体征的观察外,还要重视对患儿尿色的观察。肾脏是机体重要的排泄器官,红细胞破坏释放出的血红蛋白从肾脏排除,由于尿中含有的血红蛋白量的不同,尿呈现不同的颜色,对尿色的观察可反映疾病的进展及治疗效果。而恢复期的护理重点是预防疾病复发的健康教育,对患儿及家长做好该病的预防指导,让家长掌握蚕豆病的相关知识,避免各种诱发因素。

本病为不完全显性遗传,对其家庭成员也应宣传预防蚕豆病的相关知识。在 G-6-PD 缺陷高发地区,应进行群体 G-6-PD 缺乏症的普查^[1]。已确诊为 G-6-PD 缺乏症的患儿,避免进食蚕豆及其制品,要随身携带禁忌药物卡,避免各种诱因。新生儿出现病理性黄疸时,应检查其是否有 G-6-PD 缺乏,以有效预防该病的发生。

4 参考文献

- [1]沈晓明,王卫平.儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2008;358-361.
- [2]胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学(下)[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2002;1756-1761.
- [3]屠丽萍.蚕豆病患儿的护理[J].现代中西医结合杂志,2007(33):5046-5047.
- [4]王凤英.两例不同时间输血的蚕豆病患儿的护理及护理体会[J].中国现代药物应用,2010(7):179-180.
(2011-04-15 收稿,2011-06-13 修回)