

男女职工人数 3:1 基本相一致; (4) 急性职业中毒的发生率以青壮年职工居多, 40 岁以下占总中毒人数的 75.8%。

化工企业生产具有高温、高压、易燃、易爆、设备易腐蚀泄漏及化学毒物品种多等特点, 如防护不当, 爆炸、燃烧、毒气逸散等极易引起急性中毒事故发生。其对策主要如下: (1) 加强劳动保护, 各级领导应认真贯彻执行国家各项劳动保护法规, 树立安全生产观念, 这是杜绝和减少各种急性职业中毒事故发生的关键; 加强对重点毒物和主要行业的健康监护工作; 强化生产线的自动化、密闭化, 建立健全生产设备维护和检修制

度, 杜绝因设备缺陷造成冒漏现象; 有条件应安装生产作业环境有害气体自动报警系统, 以便及时撤离事故现场或采取相应处理措施。 (2) 建立健全应急救援组织, 建立急性化学中毒事故应急救援组织, 它应包括两级 (公司、厂) 急性化学中毒事故应急救援指挥系统; 两级 (医院、卫生所) 急性中毒病员应急抢救系统; 急性化学中毒事故自动报警装置和通讯联络系统; 运输系统, 现场急性中毒伤病员经急救治疗后, 除不易搬运或有生命危险者外, 均应在医护人员监护下, 由救护车迅速送往就近医院继续急救治疗。

(收稿: 1996-05-08 修回: 1996-07-03)

生活性亚急性汞中毒的护理

俞淑荣 舒 岩 王秀珍

我科于 1995 年 10 月 19 日收治 1 例生活性亚急性汞中毒的患者, 现将护理体会浅谈如下。

1 病例简介

患者男, 35 岁, 农民。3 个月前因尿道排黄色分泌物怀疑“性病”, 求私医用菌必治和偏方治疗。方剂内含“水银、朱砂、银珠”, 每天 6 丸, 共服 4 天 (含水银 $4800\mu\text{mol/L}$)。服后即出现腹痛、腹泻、恶心、呕吐, 继之出现四肢麻木疼痛、全身酸痛无力、头痛、头晕、睡眠差。经治疗不见好转, 在市防疫站化验尿汞 $4.19\mu\text{mol/L}$ 以急性汞中毒收入院。实验室检查: 尿汞 $4.19\mu\text{mol/L}$, 尿蛋白 (+), 丙氨酸转氨酶 76IU/L , 谷氨转氨酶 75IU/L , 乳酸脱氢酶 198mmol/L , α -羟丁酸脱氢酶 149mmol/L 诊断生活性亚急性汞中毒。

治疗经过, 驱汞治疗自 10 月 23 日至 12 月 8 日共进行了 6 个疗程的驱汞治疗。二巯基丙磺酸钠 0.25g 肌注, 每天两次, 连用 3 天, 停 4 天。第 6 疗程末 24 小时尿汞为 $0.73\mu\text{mol/L}$, 空白尿汞 $0.13\mu\text{mol/L}$, 其他实验室检查均恢复正常。在治疗中病人多汗、易兴奋、全身震颤, 尤其双上肢明显、失眠、幻听、幻觉、全身皮肤瘙痒伴破溃、口腔溃疡、末梢神经炎、吞咽困难、语言欠清及精神症状等。并于 12 月 4 日突然视物不清, 查双眼无光感, 瞳孔等大等圆, 对光反射消失。急请眼科会诊考虑为癍病性视蒙, 未经特殊处理, 于 12 月 5 日突然双眼视物清楚。除驱汞治疗外, 积极采取护理措施取得良好效果。

2 护理

2.1 心理护理

本例系用中药配方所致亚急性汞中毒, 患者及家属既紧张又后悔, 我们多次与病人及家属交谈, 耐心说明驱汞治疗的目的和效果, 使其消除紧张情绪, 树立战胜疾病的信心积极配合治疗。该病人入院后, 出现明显的精神症状, 诊为汞中毒性脑病。为创造一个安静、清洁、舒适的休息环境, 避免不良刺激, 我们将病人安排在单人房间。住院期间, 病人出现癍病性视蒙和癍病性吞咽困难时, 非常痛苦和失望、心情很坏, 一度曾拒绝治疗。护士便主动接近病人, 耐心交谈, 说明眼睛没有器质性病变, 只要保持良好的情绪, 安心治疗, 视力就能很快恢复。结果 1 天后, 视力真的恢复了, 病人既高兴又更加信赖护士。在以后的治疗中, 病人经常主动提出问题、询问病情, 护士又耐心解释指导其加强功能锻炼的方法。历经 2 个月医护患的共同努力, 病人基本痊愈出院。

2.2 驱汞护理

肌肉注射二巯基丙磺酸钠做驱汞治疗时, 要严格执行医嘱, 做到剂量准确并做深部肌肉注射, 为避免注射疼痛, 注射速度宜缓慢。在驱汞治疗过程中, 病人可有恶心、呕吐、头痛、头晕、腹痛、心悸等症状, 向病人解释清楚, 说明这是驱汞治疗过程的副反应, 停药后症状即消失, 以消除患者的恐惧心理。

2.3 正确留取 24 小时尿汞标本

留取尿液的容器要清洁, 同时最好不含有微量元素, 所以我们将收集尿液的容器先用 3% 硝酸液刷洗, 再用蒸馏水冲洗干净。在注射驱汞药物前嘱病人先排尿, 注射后开始留尿至 24 小时。留尿的同时嘱病人不得饮酒。

及吸烟,禁食过咸的食物,以使尿汞检测结果准确。

2. 4 病情观察及护理

因病人有中毒性脑病,出现幻听、幻觉、癔病性视蒙、癔病性吞咽困难等症状,不仅观察病人的神志、精神症状及生命体征的变化,同时加强陪护,加用床档,防止坠床。另外病人表现有中毒性肾损害,尿蛋白(+),护士及时正确地留取尿标本,观察病人小便的颜色和量的变化并详细地记录出入量。

汞中毒病人多汗,仔细观察有无虚脱和电解质紊乱。该病人全身皮肤瘙痒,多处皮肤抓痕溃破,除按医

嘱给予止痒剂,及时更换床单及内衣外,嘱病人不要搔抓,减少和避免了继发感染及并发症的发生。

2. 5 饮食护理

由于汞中毒造成的痛苦和驱汞过程的副反应,患者全身消瘦、疲乏无力、大量出汗、体质虚弱。饮食给予高蛋白、高热量及多种维生素易消化无刺激性的食物。病人多汗,鼓励病人多喝水,多吃水果以补充水和电解质。给予罗钙全口服,补充体内微量元素,促进机体康复。

(收稿: 1996-05-06 修回: 1996-12-31)

16例鱼胆中毒的护理

邱菊红

近几年我科收治吞服生鱼胆引起急性中毒16例,临床主要表现为急性肾功能衰竭及肝、心功能损害。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

16例中男1例,女3例,年龄18~58岁,均因眼疾、慢性气管炎、高血压等病用白酒或米酒生吞鱼胆发生急性中毒。吞服30~60分钟出现恶心、频繁呕吐,初多为胃内容物,后持续性呃逆、干呕,同时腹部胀痛,解粘液稀便;6~12小时出现巩膜黄疸,肝区胀痛,食欲下降;8~16小时少尿或无尿,腰部胀痛,颜面及下肢轻度浮肿并有胸闷、心慌,发生急性肾衰。经当地抢救3~4天后以急性肾衰转入我院,其中6例少尿,10例无尿,胸闷、心慌4例,心律不齐伴早搏1例,心率慢3例,肺部少许干罗音4例,肝区叩击痛16例,肝在肋缘下右锁骨中线上1.5cm12例,1.0cm4例,肝质柔软,边缘无明显触痛。实验室检查,尿蛋白(+++)9例,(++)4例,(+)3例;颗粒管型(+)11例,0~5/HP5例;RBC及WBC均在0~6/HP之间;BUN132~186mmol/L,Cr340~1480^μmol/L;电解质血钾偏高,其余均在正常范围;心电图示心动过速或过缓4例,I~II AVD2例,S-T下降,T波倒置,Q-T间期延长12例。

2 护理体会

2. 1 继续洗胃

鱼胆中毒目前尚无特效的解毒剂,彻底清除毒物是关键,我们对本组病例继续插胃管保留12~24小

时,每2小时抽取胃内容物后用5% NaHCO₃冲洗一次。这样阻止了胆汁毒素的继续吸收及对胃粘膜的刺激。我们采用移动性体位的洗胃方法,即在洗胃过程中让病人先取左侧卧位,注入灌洗液体后改仰卧位,以延长洗胃液在胃小弯侧胃体的滞留时间,从而更彻底清除毒物在胃的潴留,患者的呃逆、干呕等症状及时得到缓解。

2. 2 急性肾衰的护理

2. 2. 1 及时血透 16例病例均有不同程度的急性肾功能损害的表现。急性肾功能不全全是鱼胆中毒致死的最主要原因。为避免发生尿毒症及合并DIC,应尽早进行血透。首先向病人及家属介绍透析的目的和方法,取得配合,作好透析前准备,观察体温、脉搏、呼吸、血压、体重、尿量、尿素氮、肌酐、二氧化碳结合力、血钾、钠、氯及有无出血倾向。据病情决定透析液的用量、肝素用量。选好上肢前臂肘部或腕部,严密消毒,在局麻下静脉插管。在透析中着重观察病人的心脏功能,当病人呈高血容量时应适当加强超滤,如属低排病人必须控制血流减低超滤量。注意控制水、电解质平衡,观察血钾、心律的变化情况及血压的监测。观察在透析的中、后期或结束后所出现的头痛、头胀、恶心、呕吐或轻度抽搐等所谓失衡综合征,以便及时发现及时处理。此外,保持静脉通畅,防止血凝和伤口出血。本组病例经血透1次3例,2次3例,3次6例,尿素氮和肌酐降低,酸碱失衡、水电解质紊乱得到纠正,分别在2~7天转入多尿期,最后痊愈出院,平均住院10~18天。

2. 2. 2 尿量的观察 中毒性肾衰的病理基础是广泛近曲小管坏死造成少尿或无尿,护理上应观察尿量并正确记录24小时出入水量。当尿量少于30毫升/每小

作者单位: 330006南昌 江西医学院第一附属医院职业病科。