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小时出现巩膜黄疽,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2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;BUN132~186mol/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1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4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

时,提示肾损害严重,此时补液宁少勿多。本组病例入院少尿 6例,无尿 10例,经过认真记录出入水量并严格控制补液量和滴速,终于安全渡过少尿期或无尿期。可见尿量减少可作为肾组织灌注量不足的指标之一,也是判断肾功能好坏的重要依据。在病情好转,开始出现多尿,但肾功能不全和水肿情况并未改善情况下,仍需按少尿期处理。当尿量逐渐增多、水肿消除、肾功能改善,要避免低钾和血容量不足并继续观察尿量。

2. 3 控制感染

急性鱼胆中毒虽非病原性感染,但由于胆汁毒素的吸收而致机体抵抗力下降,加上洗胃、血透插管的损伤,易发生感染,故我们用氨苄青霉素、先锋霉素静脉

滴注,并在每一个抢救环节注意加强无菌操作。

2. 4 营养的供给

必需保证足够的热量,控制钾的摄入可延缓高血钾和代谢性酸中毒的发生。急性肾衰病人因肾脏不能排出体内酸性代谢产物和钾离子,几乎不可避免地发生代谢性酸中毒和高血钾症,尤其在高分解状态下更如此。保证机体足够的热量供应,使机体蛋白质分解速率降低,因此,要求给每日每公斤体重热量不少于 40 卡,严格控制含钾食物和过量蛋白质的摄入。

(本文承蒙刘汉名主任指导,特此感谢!)

(收稿: 1996-03-01 修回: 1996-07-15)

苯致急性非淋巴细胞性白血病一例报告

贾义华 金家岭 崔完奎 苏玉章

王某,女,46岁,喷漆工人。主诉头昏、乏力、齿龈溢血、鼻衄、经血多、发烧3年余。

职业史及现场调查:1978年2月至1985年1月30日,每日工作8小时,约7年时间。1985年2月至1988年12月间断工作。1988年8月测定作业车间空气中苯浓度为58.4~195.0mg/m³,平均127.8mg/m³,均超过国家规定的空气中苯浓度标准。

现病史:1985年1月3日因头昏,头痛,周身乏力三年余来我所初诊。查白细胞5.1~4.0×10⁹/L,血小板106~126×10⁹/L,血红蛋白100~130g/L。1987年12月查白细胞3.2~2.4×10⁹/L,血小板135~75×10⁹/L,红细胞3.6~2.8×10¹²/L,血红蛋白120~95g/L范围内,故于1988年1月2日在我所定诊为慢性轻度苯中毒,脱离喷漆作业,对症治疗。1994年4月自觉头晕、气短、恶心、食欲不振,经血量多,持续时间长,周期短,约2(余天)1次,伴有发烧(37~38℃)。当时按妇科病治疗,但病情不见好转。于1994年10月经骨穿诊断为急性非淋巴性白血病,行化疗、输血及对症治疗,但始终没有确定其病因,而于1995年6月转我所。

否认既往肝炎史、特殊服药史及放射线接触史。

查体: T36.4℃, P88次/分, BP14/6.7kPa, R12次/分。重病容,软弱,消瘦,神清,语言尚可,问答

切题。面部及双眼睑轻度水肿,眼结膜苍白,齿龈无溢血,口腔无溃疡。皮肤、巩膜无黄染,胸前及双臂皮肤有散在的瘀斑,周身浅表淋巴结不肿大。心肺无阳性体征。腹平软,肝大右肋下3cm,质中度,无明显触痛,脾未触及。神经系统生理反射存在,病理反射未引出。

实验室检查,1995年6月1日周围血象:血红蛋白30g/L,红细胞0.99×10¹²/L,白细胞3.6×10⁹/L,血小板40×10⁹/L,白细胞形态不规则,分叶32%,淋巴21%,单核2%,幼稚4%。

查骨髓象,1994年11月8日结果:有核细胞轻度增生,M/E倒置(11.8/12.6=0.94:1),单核系为著,占71.8%以原始为主,粒系、红系均减少,成熟红细胞大小不一,全片未见巨核及血小板。

讨论 苯对机体的急性毒作用部位主要是中枢神经系统,而慢性毒作用主要作用于造血组织及神经系统。对造血系统的毒作用主要表现为白细胞减少、再生障碍性贫血和白血病。本病例曾在1988年定诊为慢性轻度苯中毒,经过6年之后,1994年诊断为急性非淋巴细胞性白血病。

各种白细胞均起源于造血干细胞。造血干细胞周期和G₀期均较长,分裂频率低,若受外界某些有害因素如苯或电离辐射损伤后,干细胞分裂加速,从而无足够长的G₀期来修复DNA复制时所制差错以致发生突变,这可能是其诱发白血病的机理之一。

(收稿: 1995-07-31 修回: 1995-09-26)

作者单位: 157011 牡丹江市职业病防治所