

实践技能; (2) 每个疗程固定配备专门护理人员负责管理; (3) 每班次固定一名护理经验丰富、技术操作娴熟的资深护士实施操作; (4) 责任护士对病人实施系统化整体护理, 协助治疗护士密切观察病人用药后的反应, 及时评估, 准确记录。

3.3 完善操作标准 (1) 化疗药物标签醒目, 现用现配, 医疗器械专用; (2) 合理安排药物输注顺序, 缩短静注时间在10~15 min为宜, 给药前后采用生理盐水或葡萄糖液静冲^[4]; (3) 穿刺点应避开关节和肌腱, 选用前臂弹性好、易固定的静脉, 避免一条静脉多次穿刺或长时间输液; (4) 熟练掌握穿刺技术, 尽可能做到一针见血, 如发现静脉穿破时, 须另换一肢体穿刺, 避免在同侧肢体输入; (5) 拔针后压迫针眼1~2 min, 甚至更长, 以防药液流入皮下, 引起局部组织坏死^[3]; (6) 注射部位要经常观察, 尤其是对意识不清者更应仔细监护。

3.4 熟悉化疗药物外渗后的处理方法 发现药物溢出血管外, 应立即停止注药或输液, 用山莨菪碱加利多卡因局部封闭, 可解除血管痉挛, 疏通微循环, 改善受伤部位的血供^[5]。剧疼者可局部冷敷, 使神经末梢敏感性降低而减轻疼痛, 注射拮抗剂或解毒剂^[6]。严重者抬高患肢, 用硫酸镁湿敷, 配以红外线照射15~20 min, 每日2次, 对坏死形成者, 将坏死组织尽早切除。

3.5 实施健康教育 化疗前对病人及家属要实施系统的健康

教育。(1) 针对原发尘肺病进行职业卫生教育; (2) 向病人或家属介绍有关肿瘤的预防、治疗、预后等知识; (3) 向病人讲解化疗的目的、注意事项, 各种化疗药物的不良反应及处理方法; (4) 告知病人及家属按压针眼的部位要准确, 时间要足够, 防止药物外渗; (5) 嘱病人及家属发现异常问题, 要及时通知医护人员, 不能擅自处理; (6) 指导患者合理饮食、增加营养, 适当活动、充分休息, 增加身体抵抗力; (7) 叮嘱家属为病人提供良好的社会支持系统, 以缓解精神压力, 减轻负性心理反应。通过健康教育, 增强病人及家属的护理意识和能力, 避免各种医疗差错事故发生。

参考文献:

[1] 肖美英. 高渗糖与维生素 B₁₂液治疗静脉炎临床观察 [J]. 中华护理杂志, 1998, 33 (9): 541.
 [2] 王俊英, 韩传平, 蒋玉玲, 等. MEBO 治疗化疗药物渗漏致皮肤损害及静脉炎的疗效观察 [J]. 中国烧伤创疡杂志, 2000, 12 (4): 58.
 [3] 陆以佳. 外科护理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 174-175.
 [4] 邓本敏, 黄培兮. 静脉化疗药物配制与输注方法对疗效的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20 (5): 58.
 [5] 张振英. 利多卡因和地塞米松联合应用对诺维本所致静脉炎的疗效观察 [J]. 齐鲁护理杂志, 1999, 5 (3): 35.
 [6] 余爱珍. 基础护理学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1985. 165.

儿童克百威中毒 2 例报告

Furadan poisoning in children: Report of two cases

石春, 李跃英, 董伯云

(肥城市人民医院, 山东 肥城 271600)

1 病例介绍

【例 1】女, 5 岁。入院前 3 h 误食农药克百威浸泡的地瓜干 4 片, 半小时后出现腹痛、恶心、呕吐, 呕吐物含地瓜干碎片及强烈的农药气味。行走时站立不稳, 呈醉酒步态, 同时伴视物不清。紧急清水洗胃后入院。入院查体: T 38.5℃, P 107 次/min, R 40 次/min, BP 82/45 mmHg (11.0/6.0 kPa)。惊恐状态, 寒战, 皮肤有小红丘疹, 湿冷。双侧瞳孔等大等圆, 直径 2 mm, 对光反射迟钝。口唇轻度发绀。双肺呼吸音粗糙, 可闻及痰鸣音。心律齐, 未闻及病理性杂音。腹胀, 肠鸣音活跃。四肢肌张力增高, 轻度震颤。膝反射活跃, 病理反射未引出。查全血胆碱酯酶活力 (ChE) 60 U (正常参考值 30~80 U), 血肌酸激酶 (CK) 258 U/L, 肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 30 U/L。

【例 2】女, 7 岁。入院前 6 h 与例 1 同时误食克百威浸泡的地瓜干 3 片, 食后 1 h 出现恶心、呕吐, 呕吐物有浓烈的农药气味。伴头疼、头晕, 站立不稳, 视物不清, 精神恍惚。自服止吐药效果不佳, 以清水洗胃后收入院。入院查体: T 36.8℃, P 96 次/min, R 24 次/min, BP 90/60 mmHg (12.0/8.0 kPa)。意

识恍惚, 自言自语。双侧瞳孔等大等圆, 直径 2 mm, 对光反射减弱, 流涎。双肺呼吸音粗糙, 可闻及鼾音。心律齐, 无病理性杂音。腹胀, 肠鸣音增强。四肢肌张力增高, 腱反射活跃, 病理反射未引出。全血 ChE 70 U。

2 例患儿平素体健, 因同时误食含克百威的毒饵后发病, 出现神经系统异常表现, 故诊断克百威中毒。入院后经清水洗胃, 输液利尿, 促进毒物排泄, 并即刻给解毒剂阿托品, 开始按 0.05 mg/kg 静脉注射, 每 0.5 h 给药 1 次, 至阿托品化后改为每次 0.03 mg/kg, 给药间隔逐渐延长, 观察病人阿托品化后临床症状逐渐消失而病人无中毒症状出现, 病情不再反复后停药。例 1 治疗 3 d, 阿托品共用药 4 次, 总用量 3.2 mg, T 37.8℃, 面红、无烦躁持续 1 d, 临床症状消失, 3 d 后心肌酶 CK、CK-MB 均降至正常水平, 痊愈出院。例 2 治疗 5 d, 阿托品用药总量 4 mg, T 38.0℃左右, 面红、双侧瞳孔散大约 4 mm, 出现轻微烦躁症状, 持续 1 d 后临床症状逐渐消失, 观察 4 d 病情无反复, 痊愈出院。

2 讨论

克百威的中毒机制是抑制胆碱酯酶活性, 故有与有机磷中毒相似的中毒表现。但与有机磷中毒不同的是, 其抑制作用是可逆性的。被抑制的胆碱酯酶能较快复活, 故临床表现较有机磷中毒轻且恢复快。本文 2 例为中度中毒, 但胆碱酯酶活力无明显降低, 故除早期、及时、反复用阿托品外, 应重视毒物清除。同时提示当有机磷中毒而胆碱酯酶活力变化与临床症状不平行时, 应考虑为氨基甲酸酯类中毒。

收稿日期: 2005-02-02; 修回日期: 2005-04-09