

①本文中有2例EEG为界限性，4例轻度异常，因10%正常人的EEG可表现为轻度异常，当时无法评价。经复查后2例轻度异常者节律增快，余均转为正常，则提示以前的EEG为异常表现。②溴甲烷中毒1例持续睁眼昏迷状态，检查EEG示两半球基本电活动为 δ 波，波幅 $400\mu V$ ；8天后复查示 δ 波略减少，波幅 $30\sim 100\mu V$ ， θ 波增多，出现少量 α 波，提示脑病在好转中，以后患者清醒。③起病较急者应及早检查EEG。而有的中毒性脑病的发生，如溴甲烷中毒可有一定潜伏期，在早期尚未引起EEG改变⁽⁷⁾，需定时复查EEG。

参考文献

1. 朱永洪。(常见职业中毒的脑电图变化综述)。国外医学卫生学分册 1981; (1):6。
2. Niedermoyer E & Silva FC, eds. Electroencep-

halography, Basic Principle, clinical applications and related fields. Baltimore-Munich, Urban & Schwarzenberg, 1982; 317~337, 491~497.

3. Hoogendam I, et al. Electroencephalograms in insecticide toxicity. Arch Environ. Health 1962; 4: 86.
4. 宓哲伟整理。急性溴甲烷中毒病例讨论。工业卫生与职业病 1984; 10:285。
5. 俞丽华。复苏患者脑功能监测和脑死亡的判断。中国急救医学 1984; (6):15。
6. 张文诚,等。急性中毒患者脑电图监视和分析。中华劳动卫生职业病杂志 1985; 3:93。
7. Uerberk MM, et al. Bromine in blood, EEG and transaminases in methyl bromide workers. Brit J Ind Med 1979; 36:59.

急性吡啶中毒25年临床追踪观察

(附1例典型病例)

鞍山钢铁公司劳动卫生研究所 陈民孝

急性吡啶中毒早有文献报道，而对中毒后追踪观察材料不多。1962年我所先后救治4例，1例死于中毒现场，1例死于中毒后16年，余下两例幸存至今已达25年。现将其中1例中毒后追踪观察做扼要介绍。

病例介绍

患者杨某，男，30岁，吡啶蒸馏工。于1962年2月24日晨4时，工作中见吡啶管道漏出大量吡啶蒸汽，立即与同班工友翟某前去抢修。进现场不到1分钟翟某便昏倒，患者急忙背其外出，仅行几步，也昏倒，约15分钟清醒片刻，见翟某已死于身旁，瞬间又昏迷，后被他人救出，送来住院。

病人入院时 T $37.5^{\circ}C$ ，P 120 次/分，Bp $19.9/11.9kPa$ ($150/90mmHg$)，意识不清，两侧瞳孔等圆，正常大小，对光反射正常，生理反射正常，病理反射未引出，无大小便失禁，心音纯、律齐，双肺呼吸音正常，未闻及干、湿性罗音，腹平软，肝脾不大，血RBC、WBC计数及尿常规均在正常范围内。经吸 C_2 、静脉滴注大量维生素C等对症治疗，昏迷12小时后清醒。诊断为重度急性吡啶中毒。

病人清醒后回顾病史：当进入吡啶蒸汽漏出区时，双眼感辛辣难忍，几乎不能睁开，流泪不止；同时有鼻塞感，连续流涕，流涎，咽喉刺激感，干咳和呛咳，胸闷，气短，头昏，眼花，四肢软弱无力，步态

蹒跚，似醉酒感，最后昏倒。清醒后仅有头昏、头痛、全身无力和疲乏感。咳嗽、流泪和眼部辛辣感已消失。

病人住院3个月出院。出院时仍有头昏、头痛、睡眠不佳、记忆减退等神经衰弱综合征。检查无阳性所见。出院后经常去门诊治疗。但自出院6个月起，左上下肢逐渐出现麻木感。经检查痛觉较右侧减退。至1983年四肢呈典型手套、袜套样痛觉消失。血压自出院6个月起开始增高，经常波动在 $21.3\sim 25.3/11.9\sim 14.7kPa$ ($160\sim 190/90\sim 110mmHg$)。1975年查眼底I°动脉硬化，其它如肝功、末梢血像及心电图检查25年内无阳性所见。

根据追踪所见诊断：周围神经病和高血压。

讨论

急性吡啶中毒在工业生产中可因设备故障或意外原因造成。有确切的接触史和典型临床症状即可诊断；但中毒后恢复情况如何？能否有后遗症或续发症？文献未曾讨论，我们拟以文中病例观察所见，总结与讨论如下。

1. 皮肤，粘膜刺激症状，这是病人接触高浓度吡啶蒸汽后首发症状，主要表现为眼部辛辣感，不敢睁眼，流泪不止，咽喉刺激感，干咳或呛咳，胸闷，气短，鼻塞，流涕，有鼻、面、颈等暴露部位皮肤潮红，

有痒感。这些症状持续时间不长, 2~10小时均可完全消失。出院后的25年追踪观察中, 未见有后遗症, 故为一过性症状。

2. 神经系统症状: 从发病程序来看, 病人接触高浓度吡啶蒸气时, 继皮肤、粘膜刺激症状之后, 很快出现头昏、头痛、下肢软弱无力, 步态蹒跚, 如醉酒样, 最后昏迷。这是由于中枢神经抑制所致。持续时间和程度与吸入量等情况有关。清醒后的头昏、头痛、睡眠差、记忆力不佳等神衰综合征, 几乎长期不消失, 但未见加重。本文认为应考虑为后遗症。另外3例病人, 几乎在中毒后6~12个月起, 都先后出现了感觉性周围神经病, 有的呈典型袜套样。我们考虑: 病人在急性中毒前无此病史, 而在中毒后半年左右才出现此症状, 看来似与急性吡啶中毒有关。所以我们认为应考虑为急性中毒续发症的可能性。

3. 心血管系统: 3例病人中毒当时, 都出现一过性血压增高, 清醒后很快恢复到正常范围。但自中毒后半年左右, 3例病人血压先后逐渐增高, 最后固

定在高水平, 确诊为高血压症, 其中1例出现Ⅰ°脑动脉硬化, 1例因脑溢血死亡。因病人既往无高血压病史, 中毒早期血压增高后又恢复正常范围, 中毒后半年血压又升高, 一直不恢复, 看来似与急性吡啶中毒有关, 所以本文认为应当考虑为急性吡啶中毒续发症的可能性。

小 结

本文总结接触高浓度吡啶蒸气致急性吡啶中毒4例。1例死于中毒当时, 幸存3例。通过对3例病人住院及出院后25年的追踪观察, 初步可以看出急性中、重度吡啶中毒的临床症状主要如下:

1. 皮肤、粘膜刺激, 为早期和一过性症状;
2. 神经系统, 除中毒早期有麻醉样症状及长期后遗症神衰综合征, 约半年后逐渐可出现周围神经病;
3. 心血管方面, 在中毒当时有一过性血压升高, 恢复到正常之后, 约半年再次出现血压高。

除上述症状外, 心、肺、肝、肾以及周围血像等方面, 在长期追踪中未见异常。

高频通气在刺激性气体中毒肺水肿治疗中的应用

江苏省新沂化学工业公司卫生所 张仰荣

近年来高频通气(HFV)已应用于呼吸衰竭、支气管胸膜瘘、自发性气胸等治疗^{〔1~3〕}。最近, 笔者曾用高频喷射通气(HFJV)作为14例急性刺激性气体中毒肺水肿的综合治疗方法之一, 效果满意, 现报告如下。

对 象

14例肺水肿患者为意外吸入刺激性气体中毒所致(其中光气中毒11例, 氯甲酸甲酯中毒2例, 氯气中毒1例)。男6例, 女8例, 年龄19~54岁, 平均30岁。

本组病例均有程度不同的烦躁不安、气憋、胸闷、呼吸急促、端坐呼吸及颜面、口唇、甲床轻度紫绀等缺氧表现。X线胸片(中毒后6~16小时)见薄雾征, 肺纹理模糊, 肺门影增大、不清, 叶间水平隙增宽、模糊, 大量小点斑状阴影等。根据患者自身X线胸片前后比较及动态观察, 诊断为间质性肺水肿。

方 法

采用自身对照的办法, 对两种供氧方法(常规鼻

导管吸氧与HFV)进行比较, 即先按常规鼻导管吸氧方式供氧2小时, 再改为HFV供氧。由于我所条件所限, 不具备血气检查条件, 故用临床表现与病者自我感觉情况进行比较。

HFV采用KR-I型高频喷射呼吸机(HFJV机, 江西第五机床厂产品), 频率为60~110次/分, 驱动压力为0.5~2.0kg/cm²。将HFJV机喷射针头直接插入原鼻导管进行HFV治疗, 一般通气2小时左右, 个别病例间断使用12~24小时; 亦可根据病情将高频改为常频(15~22次/分)。

其它治疗如地塞米松早期、适量、短程应用, 碱性合剂超声雾化吸入, 抗感染及对症治疗均无差别。

结 果

常规鼻导管吸氧2小时后, 本组病例呼吸困难与轻度缺氧表现缓解不明显, 改为HFV治疗15~30分钟后, 多有较明显的改善, 患者能够平卧, 自我感觉良好(见表)。