

分子右旋糖酐治疗, 13日呈去皮层状态。由于意识不见好转, 于CO中毒后72天做CT, 示: 双侧额叶及双侧苍白球、内囊后肢均见斑片状及类圆形低密度影, 脑白质密度降低, CT值 $4.3 \times 14.9Hu$ , 三脑室及双侧侧脑室明显扩大, 外侧裂明显增宽, 脑沟加深变宽, CT提示CO中毒后弥漫性脑缺血性改变伴脑萎缩(见封三图2)。96天出院时意识障碍未恢复。最后诊断: 急性重度CO中毒、肾损害、低血钾、去大脑皮层状态。

**【讨 论】**

从10例CO中毒患者的头部CT结果可以看出: 急性重度CO中毒, 特别是中、重度昏迷可直接引起弥漫性脑损害, 尤以皮质损害更严重。表现为:

(1) 脑皮质密度减低区即脑缺血性损害。特点: 密度减低区多为双侧对称性, 也有局灶性密度减低区。密度减低区的部位最多见为双侧基底节区即苍白球、尾状核处(此为大脑前动脉中央分支支配区)。双侧侧脑室周围的密度减低区也较多见(此为大脑前动脉朕胝体分支支配区)。此外双侧额叶、顶叶、内囊、脑干附近等部位的密度减低区也常遇到。密度减低区大者有跨两个叶的类似脑梗塞的大片状低密度影, 也有小于2mm的腔隙灶, 或呈多发性低密度影。密度减低区的形态不一, 有呈斑片状、类圆形、不整形。随损害轻重程度不同CT值有所变化。

(2) 脑白质密度降低, 范围扩大, 较皮质损害少。早期出现白质损害, 病情重, 提示神经纤维受损, 脱髓鞘改变。临床治疗时间需适当延长。

(3) 密度减低区和密度增高区同时存在, 表示脑缺血性损害伴出血性损害(但需除外其它疾病导致的钙化灶)。由于此时病情较重, 常伴有双侧或单侧脑室变窄的表现。

(4) 脑沟、池变宽, 脑室扩大, 是脑萎缩征象。本文做CT的时间最近也在CO中毒后第9天, 当时临

床脑水肿基本控制, 所以CT上未见到密度不均和边缘不清的脑水肿征象, 而仅有脑水肿导致组织移位的占位效应, 即脑室受压变窄的表现。本文3例脑萎缩, 其中1例有高血压、动脉硬化、脑血栓形成后遗症, CO中毒后20天查CT有脑萎缩, 考虑与原有疾病有关。一例既往体健(同时中毒的另1例已死亡), 但吸吮反射(+)、霍夫曼(+)、掌颏反射(+), 考虑也存在不同程度动脉硬化。患者CO中毒前有饮酒史, 昏迷时间长达30天, 中毒后51天CT表现为低密度病灶, 呈大片状, 为大脑中动脉供血区梗塞样改变, 未发现脑萎缩征象。中毒后305天做CT复查, 出现脑萎缩, 临床表现却基本痊愈, 可能系侧支循环建立的结果, 证明从早期开始坚持彻底治疗对改善脑萎缩症状是有好处的。本文3例患者平时嗜酒, CO中毒前均有饮酒史, 中毒后昏迷程度深、时间长、CT示脑损害严重, 推测饮酒和CO中毒有协同作用, 由于病例少, 需继续观察后定论, 饮酒后脑血管扩张, 通透性增高。有报道大量饮酒者出血时间延长、血小板聚集、释放和促凝功能障碍, 可加重CO中毒所致的脑部损害。

由于CT可提供脑损害情况, 建议CO重度中毒患者尽早作CT检查, 以便指导合理治疗, 对估计脑功能和预后也有一定参考价值。

众所周知, CO中毒可引起ATP减少, 钠钾泵失灵, 导致细胞毒性脑水肿, 缺氧还可引起血脑屏障的渗透性改变, 引起血管源性脑水肿。由于脑水肿的压迫, 加之血管内皮细胞的损害, 可继发脑缺血和/或脑出血性损害, 造成脑循环障碍, CT检查结果支持上述理论。因此在治疗时针对脑缺氧、脑水肿应采取脱水、激素及氧或HBO治疗。一旦脑缺氧、脑水肿控制, 应积极采取改善微循环及保脑措施, 进行综合治疗。

**矽肺结核病102例治疗与分析**

吉林市劳动卫生职业病防治所(132106) 郑喜文 刘雨田 郑伟

我院治疗102例矽肺合并肺结核。其中男性90例, 女性12例; I期矽肺合并肺结核86例, II期矽肺合并肺结核13例, III期矽肺合并肺结核3例; 低于50岁的3例, 其余均在50~84岁之间。有岩工、搬运工、原料工等十几个工种, 工龄最短3年, 80%以上为10~

15年, 最长工龄28年。经过临床系统治疗效果满意。

**一、主要临床表现**

全部病例均有气短、咳嗽、胸痛症状, 部分病例有咳嗽、无力、盗汗、微热, 少数病例仅反复少量咯血, 下肢浮肿。白细胞总数增高者占20~30%, 中

性分叶核增高占30%以上。有的肝功能出现轻微变化,有心电图改变者多为肺心病或冠心病改变。

X线胸片出现三种类型:病变范围大超过 $4 \times 4\text{cm}$ ,多集中在上野,边缘清楚,病变阴影较浓,此组有17例占16.6%;另一种病变为多部位病灶,有的在双上野、上中野或双中野,形状多样,病灶范围不大,共45例占44.1%;最后一种病变多在肺尖,右侧多于左侧,病灶有软有硬,此组40例占39.2%。

## 二、矽肺结核的治疗

选择活动性结核病变或有活动病变又有稳定并存病例。凡有治疗意义的病例均用链霉素0.5克,每日2次肌肉注射,总量达30~50克,少数病例用量更多些。对其中重病者用雷米封400~800毫克加对氨基水杨酸钠4~12克,每日静点1次,每个疗程3个月,有的延续3~4个疗程。一般不论肌肉、静点用药,

同时口服雷米封200毫克,利福平45~75毫克,每日2次。治疗中出现低热、血沉快、消瘦、盗汗等需2~3个疗程,可控制病情。除部分病变稳定,少数病例有时发热外,一般采用雷米封200毫克,每日3次口服,坚持1~2年。同时配合大剂量维生素类药,蜂王浆和人参蛤蚧精等口服,增强机体抵抗力,也是取得良好效果的因素,当然也要增加住院期间的饮食营养。

## 三、矽肺结核治疗效果判定

本组治疗102例矽肺结核全部有效。从X线胸片所见,治愈30例,占29.4%;病变已吸收或稳定的为65例,占63.7%;其余有7例占6.8%还需继续抗痨治疗,当病变吸收后仍须长期巩固治疗,否则有复发之可能。

# 紫外线照射充氧自血回输治疗CO中毒迟发脑病

## —附12例报告

山西大同市第三人民医院(037008) 王琦 高良生 张秉春 马林芝

急性CO中毒的少数患者意识恢复数周后再度出现智力障碍、精神异常、震颤、多动、抽搐或瘫痪等脑损害的症状,称为CO中毒迟发脑病。延误诊断或不适当的治疗常使症状持续而致残或致死。我院神经科从1988年~1990年共收治12例,经紫外线照射充氧自血回输(以下简称紫血回输)治疗,效果满意,现报告如下:

**一、一般资料:**男7例,女5例,年龄35~70岁,平均47.17岁。12例均因用煤炉或灶火引起急性CO中毒。其中轻度中毒2例,当时只有1~2天的头痛头晕、恶心、呕吐,无意识障碍。中度中毒10例,除上述症状外,昏迷时间为6~40小时,平均13.7小时。有4例在急性期住院治疗,分别住院1、3、4、4天;其余8例均未住院,清醒后即恢复正常生活和工作。12例全部未经高压氧治疗和充分休息,假愈期为14~49天,平均22天。

**二、临床表现与体征:** T 35.6~37°C, P 64~104次/分, BP 14~21/8~13kPa, R 16~28次/分。12例均表现为表情淡漠、反应迟钝、智力降低或丧失、少语或不语、肌张力增高、行走困难或不能、大、小便失禁。掌颏反射阳性11例,肢体震颤9例,

颈僵8例,碎步或后倒7例,精神异常3例,多动1例。

头颅CT扫描4例,其中双额叶深部白质密度对称性减低2例,轻度脑萎缩1例(70岁),正常1例。脑电图检查6例,其中广泛轻度异常2例,广泛中度异常4例。腰穿2例,脑脊液压力、细胞、蛋白质、糖、氯化物均在正常范围。

**治疗方法:**患者平卧,从肘正中静脉采血,每次200ml(相当3ml/kg体重),流入加有抗凝剂的血袋中,然后倒入石英器内,放在血液治疗机上,打开电源,血开始震荡,同时以5升/分氧流量充氧,并用紫外线照射8分钟,血液逐渐变为鲜红色。然后再流入原血袋回输给患者。可每日或隔日一次,5~10次为一疗程。同时配合应用肾上腺皮质激素、能量合剂、胞二磷胆碱、维生素、安坦及其它对症治疗。

**疗效:**8例经10次紫血回输后,生活能自理,可从事日常家务;其余4例病情亦明显好转,但出院时仍有大、小便失禁、智力差、行走缓慢表现。随访2例3个月后恢复原工作。本组12例平均住院31天,而1988年前未用紫血回输治疗的5例患者平均住院70.1天。