

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。掌颞反射阳性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。

三、讨论：紫外线照射充氧自血回输能促进红细胞氧合作用，照射充氧1分钟，相当于血液在空气中氧合20~30小时，治疗后病人 PO_2 明显升高，血氧饱和度增加， PCO_2 降低、组织氧的利用率提高，微循

环改善。照射后即刻 HbO_2 可增加192.1%，3~5分达最高值，可维持30天。因此该疗法适用于缺氧性和缺血性疾病。在目前条件下，本疗法配合肾上腺皮质激素可能是治疗CO中毒迟发脑病的最有效方案。

换血疗法在重度有机磷中毒抢救中的疗效

解放军29医院 (741020) 朱云才 马杏云 姚志忠

我院自1986年以来，将换血疗法用于重度有机磷中毒及常规抢救中出现的“反跳”和复能剂中毒等情况的抢救，取得较好疗效，现总结如下。

一、临床资料：14例均为重度有机磷中毒。男2例，女12例，年龄16~45岁。其中昏迷12~36小时11例（伴呼吸衰竭者8例）；“反跳”2例；解磷定中毒1例。换血前ChE活力0~30%。

二、换血疗法指征：①经常规治疗12小时呼吸衰竭或昏迷无改善，且ChE活力不回升；②常规治疗3天后中毒症状消失，但呈阿托品依赖现象，每小时需维持在30mg以上；③经治疗中毒症状缓解，在阿托品减量过程中病情突然加重出现“反跳”；④复能剂用量过多中毒。

三、方法：重度中毒病人均常规查血型，符合上述指征时即床边静脉放血200~300ml，再输入新鲜血400~600ml，每日2次，直至阿托品维持量减少至每小时10mg以下，临床症状消失，ChE活力恢复到50%以上。

四、结果：换血1次者1例，2次者4例，3次者2例，4次者6例，5次者1例。除1例换血1次后病情减轻，因经济困难自动出院外，余13例均治愈。

五、讨论：有机磷中毒后彻底洗胃和合理应用阿托品和ChE复能剂是抢救的关键。但由于受服农药量大小、农药存留时间长短、农药剂型、毒力强弱及抢救人员经验等诸多因素影响，重度中毒死亡率仍较

高，其原因可能是由于有机磷毒物或抢救药物应用失当影响ChE活力使其丧失正常生理功能所致。通过换血疗法，短时间内迅速增加ChE，较大幅度提高血清ChE水平，同时在放血过程中，还可有效地排出部分有机磷毒物或过量之药物，改善中毒症状，提高重症有机磷中毒治愈率。本组病人换血一次后对阿托品反应差转为反应良好，易于达到阿托品化，昏迷程度减轻，换血2~3次后ChE活力多明显上升。

有机磷农药中毒形成的磷酸化酶（中毒酶），随时间的延长逐渐老化，中毒酶“老化”后则不能重活化。一般认为中毒48小时后再给复能剂则无明显活化作用，反可抑制ChE活性，使ChE活性进一步下降，而且该胂类复能剂可与中毒酶或有机磷形成毒性更强的磷酸胂，引起神经肌肉接头传导障碍。故此时除应及时停药、补液和注射大量维生素C以促进毒物排泄和解毒、对症处理呼吸功能衰竭外，通过换血疗法，排除部分“老化”中毒酶和与之结合的胂类复能剂，迅速增加ChE活力，从而挽救病人生命。

一般认为，“反跳”是胃肠道残毒再吸收和阿托品化维持时间短，ChE活力尚未恢复到50%以上和不足量阿托品对抗乙酰胆碱所致。由于“反跳”病人对阿托品反应差，即使成倍加大阿托品用量也难以奏效，死亡率极高。密切观察病情，动态监测ChE活力可为换血疗法应用时机和疗效观察提供可靠证据，提高“反跳”病人的救治率。

女列车乘务员的脑血流图观察

石家庄铁路卫生防疫站 (650000)

王滋春 高慧芳 张一佳

为观察女列车乘务员的脑血管功能状况，我们于1989年做了脑血流图检查，结果报道如下。

名。对照组为相同年龄组的石家庄车站健康女客运员90名。

方 法

一、观察对象：观察组是石家庄列车段21~50岁的健康女客运乘务员90名，5岁一个年龄组，每组15

二、观察方法：用石家庄市医用电子仪器厂产306阻抗插件血流图机，输出讯号传至本厂产HB-P1型心电图机描记脑血流图。操作定标10mm/0.1Ω，纸速25mm/s。平卧位，额—乳突导联，皮阻<250Ω。