

氧,使用大剂量地塞米松及强心药物,3小时后呼吸浅慢不规则,大量血性泡沫痰溢出,3个半小时死于呼吸循环衰竭。

2 讨论

氯甲酸甲酯(Methyl Chloroformate)为透明、易燃、具腐蚀性液体,是由光气(气态)和甲醇经酯化反应制得。纯品含量96~97%,杂质部分主要有游离氯化氢、碳酸二甲酯 $[\text{CO}(\text{OCH}_3)_2]$ 及少量光气,水解生成乙醇、盐酸和二氧化碳。接触后主要表现为眼、上呼吸道剧烈刺激与表皮灼伤,吸入中毒的主要病理改变是肺水肿,也是致死的主要原因。同时也存在一个时间长短与吸入剂量成负相关的临床症状缓解

期(潜伏期),极易造成患者和临床医师的疏忽,而失去于潜伏期内防治肺水肿的最佳时机。防治肺水肿应于救离事故现场后立即进行,皮质激素的初期用量要足,以尽快地使形成一个有利于阻断或减轻肺水肿发生与发展的血药浓度高峰。同时亦需及时清除被污染之衣物与处理灼伤,以减轻中毒和损伤。合理氧疗、HFjV、氧帐、高压氧等均可使用。其它综合治疗与肺水肿早期诊断等,亦可参照急性光气中毒现场抢救办法进行。

本组病例中毒原因的共同点:均无任何防护措施的情况下,进入或逗留于泄漏现场,可见加强工人工业卫生和安全防护知识教育,提高自我防护与意外事故应变能力的重要性。

菊氧合剂急性中毒9例分析

辽宁省义县卫生防疫站(121100) 赵福林 许恩国

辽宁省义县稍户营子镇医院 谢树财 霍成歧 王玉萃

菊氧合剂是一种新型、广谱、高效的拟除虫菊酯与有机磷的混合杀虫剂。主要成分有速灭杀丁(占10%)、氧化乐果(占1.5%)。本文收集了我县近两年来的9个急性中毒病例,现将抢救治疗中的经验与教训报告如下。

1 一般资料

本文9例病例中男4例,女5例;年龄14~72岁,平均36岁。口服中毒者7例,服药量20~200ml,其中重度中毒3例(死亡2例),中度和轻度中毒各2例。喷洒农药中毒者2例,其中中度及轻度中毒各1例。

2 临床表现及抢救

口服中毒者在服药后20分钟至1小时内发病。潜伏期长短与服药量、是否饮酒及空腹、个人健康状况有关。首发症状以腹痛、恶心、呕吐等消化道症状为主,伴有头晕、多汗、面色苍白、视物不清等症状。随着中毒时间的延长,上述症状逐渐加重,并出现呼吸困难(4例),口唇紫绀(5例),大、小便失禁(4例),瞳孔缩小(6例),肌肉震颤(5例),腺体分泌增强,(7例)等症状。呼出气有恶臭味。1例中度中毒、3例重度中毒患者均在服药后1.5~6小时内出现昏迷、肺水肿,并急剧加重,其中2例死于呼吸衰竭和由此引起的循环衰竭。2例喷洒农药中毒者均在施药后1小时

左右发病,首发症状为头晕、视物模糊、语言不清,1小时后出现肌束颤动、瞳孔缩小(其中1例呈针尖样),1例出现短暂抽搐,被药物污染处的皮肤呈潮红,伴有数量不等的微小丘疹。9例患者入院时, T 36~36.8°C, P 70~90次/分, R 18~27次/分, BP 14~22/10~12kPa。对两例重症患者进行化验检查,血和尿常规、肝功均正常;1例早期血 K^+ 下降,后期血 Ca^{2+} 也有轻度减少;胆碱酯酶活性未做。

患者入院后,立即给予催吐、大量温清水洗胃、硫酸镁导泻,清洗被污染的皮肤。根据中毒程度及症状特点分别给予不同量的阿托品、解磷定、激素、能量合剂、维生素C;躁动者给予镇静剂,并加大激素用量;有呼吸衰竭迹象者给予呼吸兴奋剂;对其它并发症也采取相应的措施。除两例口服重度中毒者抢救无效死亡外,余7例均痊愈出院,随访未发现后遗症者。

3 典型病例

患者张某,女,27岁。口服菊氧合剂约100ml,20分钟后自感头晕、恶心并呕吐,呕吐物为胃内容物。服药3小时后就诊。体检: T 36.0°C, P 80次/分, R 22次/分, BP 16.0/10.7kPa。患者意识恍惚,面色苍白,多汗、重症病容。双侧瞳孔2mm,四肢肌肉有轻微震颤。肺部呼吸音粗并伴有湿性罗音。实验室检查:血和尿常规、肝功、血 K^+ 、 Na^+ 、 Ca^{2+} 、 Cl^- 均正

常。立即给予温清水 10000ml 洗胃，静脉注射阿托品 5mg (后每隔5分钟重复给药)，解磷定3.0g,并给以肌作、细胞色素 C、辅酶 A、西地兰、可拉明、甘露醇、速尿，抗生素等药物。1小时30分钟后症状缓解，颜面潮红、轻微躁动、瞳孔散大至 4.5mm，心律136次/分。入院28小时后，患者病情再度加重，头痛剧烈、烦躁不安，恶心呕吐，面色灰暗，紫绀明显，呼吸急促、浅表，四肢呈阵发性抽搐，随后意识丧失。体检：T39°C，P180次/分，R34次/分，BP 17.3/10.7kPa，双侧瞳孔散至边缘，肺部为湿性罗音。立即吸氧，给予西地兰 0.4mg，可拉明、洛贝林各1支 (后增至各10支)，静脉注射 ATP20mg+5%GS20ml，同时给予甘露醇、速尿、氨茶碱、氢化可的松、能量合剂、解磷定 3.0g,阿托品加至每15分钟100mg，并辅以物理降温，同时控制补液量，1小时后病情逐渐缓解，阿托品用量减至每30分钟 50mg，后降至每小时 2mg。入院第五天，患者意识逐渐清醒，症状减轻，但口唇出现糜烂，经对症治疗4天后愈合。入院11天后痊愈出院。该患住院期间共使用阿托品2120mg，解磷定17g。

4 讨论

4.1 菊氧合剂中毒患者的临床表现具有拟除虫菊酯与有机磷中毒的双重特点，但以有机磷中毒症状为明显。与相同剂量的单纯拟菊酯中毒或有机磷中毒相比，菊氧合剂中毒起病较急，进展迅速，临床症状亦较严重，因此在抢救过程中应密切注意病情变化，随时采取相应治疗措施。

4.2 与单一的拟菊酯或有机磷中毒相比，菊氧合剂中毒者易发生肺水肿、脑水肿，且出现的时间较早，进展快，不易控制。本文两死亡病例均死于肺、脑水肿所致之呼吸衰竭和循环衰竭。因此在抢救过程中要密切注意，早期投用激素以尽早预防是非常必要的。

4.3 菊氧合剂中毒患者阿托品耐受性很高，在治疗时应加大用量。如本文典型病例在给药 60mg后才出现阿托品化指征。中毒病人在阿托品化后对阿托品的依赖性也很强。如本例在阿托品化后所用维持量达 2060mg，整个病程共用药 2120mg。在用法上应注意早期、短时间内给足药量，同时给予胆碱酯酶复能剂。这与单纯有机磷中毒的抢救相似。

4.4 由于中毒患者严重呕吐、大小便失禁，加之大量洗胃、导泻及补液，很容易造成电解质紊乱，因此在抢救过程中要注意及时补充钾、钠、钙等，还应注意对其它并发症的处理。

汞蒸气引起急性吸入性肺炎 6 例临床分析

河南省洛宁县复员退伍军人疗养院(471700) 韩玉玺

洛阳市职业病防治所 赵红斌 陈倩

随着乡镇个体汞齐法炼金的增多，汞蒸气所致吸入性肺炎的患者日益增多。我院收治6例，其中男性4例，女性2例。年龄3个月~76岁。死亡4例。其中4例为直接操作者，2例为间接接触。

1 一般资料

6例患者均在用汞齐法炼金的密闭室内，在2~5小时内将200~400g 汞膏蒸发完毕。继而在该室内睡觉8~12小时，因此吸入大量汞蒸气引起吸入性肺炎。3例年迈和1例3个月婴儿因就诊过晚，呼吸、循环衰竭死亡。

2 典型病例

患者李某，男，26岁。既往有咳嗽，痰中带血丝，偶有午后发烧史。在密闭室内，煤火炉上蒸发汞膏，且无任何防护设备。约4小时后感头痛、头晕、咳嗽、

胸闷、恶心和呕吐，症状逐渐加重。24小时后出现剧烈咳嗽、恶心、呼吸急促而立即住院治疗。

入院检查：T39.7°C，P92次/分，R20次/分，BP 8/5.3 kPa，急性重病容，面色苍白，口唇紫绀，出汗、可嗅到金属味，精神萎靡。两肺呼吸音粗糙。心音低钝、各瓣膜无杂音。腹部正常，心电图正常，给予二巯基丙磺酸钠0.25g，以后每8小时肌注一次。静滴10%葡萄糖 2000ml，内含 VC 5g、VB₁0.2g，辅酶A 100u，ATP40mg，细胞色素C 30mg，20%甘露醇 250ml，复方氨基酸 250ml，肌注青霉素、链霉素预防感染。

入院当晚12点体温上升到41°C，当即给予30%酒精擦浴，非那根 50mg、氟美松 5mg 肌注。体温缓慢下降。次日晨出现胸闷、咳嗽加重，且痰中带血丝，精神萎靡，继而出现咯鲜血约60~80ml。呼吸困难加重。两上肺呼吸音粗糙，两下肺有湿性罗音。X光