

者无抽搐及尿、便失禁。既往体健,否认肝脏病及神经系统病史。个人及家族史无特殊。

入院查体: T36.3°C, P80次/分, R 20次/分, BP 16/12kPa。神志清,表情淡漠,反应迟钝,语言不清,被动体位。巩膜无黄染,双侧瞳孔等大等圆。颈软。双肺呼吸音清,未闻及干湿性罗音。心率80次/分,律整,未闻及病理性杂音。腹平软,肝脾未触及,肝区无叩痛。四肢肌张力减低,肌力Ⅰ级,双膝反射亢进,病理反射未引出。

实验室检查: Hb 170g/L, WBC $6.7 \times 10^9/L$, St0.02, Sg 0.59, L0.39。尿常规、肝功、心电图、胸部X线平片均正常。脑血流图: 脑动脉血管阻力轻度增大。脑电图、脑CT检查正常。

治疗经过: 入院后给予可拉明、洛贝林各1支肌注,地塞米松10mg 静注,立即入高压氧舱治疗,两小时后出舱。精神状态明显改善,对答合理,反应敏捷,头痛、头晕、恶心等症明显好转。给予肝太乐0.4、维生素C 3.0、维生素B₆ 0.2 加入10%葡萄糖500ml 静滴,每日1次,共17天。高压氧舱治疗每日

1次。半月后除头痛外,无其它不适症状。20天后无明显诱因出现食欲不振,恶心呕吐,肝区闷痛,肝区叩痛阳性,B超肝胆脾囊无异常,化验血清ALT49u(正常值<40u)。3天后复查仍为49u。肝功能其它项目两次化验均正常,未行肝功二对半检测。再次应用肝太乐0.4/d 加入10%葡萄糖静滴两周,症状消失,复查血清ALT正常,B超肝胆仍无异常,住院50天痊愈出院。

讨论 患者接触高浓度丙烯蒸气5分钟,昏迷20分钟,头痛头晕,恶心,胸闷气短,四肢瘫软,是其单纯窒息及麻醉作用。经及早采用高压氧治疗,迅速纠正缺氧及促进毒物排泄,疗效显著。

动物反复接触高浓度低碳烯烃可引起肝损害,但对人未报道有相似影响。本例患者入院后虽应用了保肝药肝太乐,但中毒后20天仍出现食欲不振,恶心呕吐,肝区痛,肝功ALT两次异常,B超肝胆脾无异常。患者无肝炎接触史,既往亦无肝胆疾病史,整个病程无黄疸,且病程只两周,恢复较快,考虑为丙烯中毒引起急性中毒性肝病,无黄疸型,应引起注意。

急性双光气中毒肺水肿1例报告

金华市职业病防治所(321000) 马福云 罗进斌 林惠芬 胡跃强

金某,男,44岁,某化肥厂水泵工,住院号435。因发绀、呼吸困难1天从外地转本所。自诉1992年4月30日22时30分,生产扑虱灵(噻嗪酮)车间因设备故障,反应釜生成的中间体双光气($Cl_2 + ClCOOCH_3 \rightarrow ClCOOCCl_2$)大量泄漏,车间呈一片白色气团,现场人员迅速撤离无一人发生中毒。距出事点约40米处水泵房值班的金某吸入毒气约5~6分钟后发生呛咳、胸闷、气促和眼刺激症状,半小时后症状缓解,约23时50分回家休息,次日凌晨2时症状再发,出现烦躁、胸闷、呼吸困难不能平卧,伴恶心呕吐,在5时50分去医务室就诊。给予地塞米松5mg加25%GS20ml静注后送当地人民医院抢救。当时患者神志清楚,呼吸急促,心率104次/分,两肺少量湿性罗音。经吸氧、地塞米松20mg/日、氨茶碱、补液、抗生素等处理,肺水肿症状仍进行性加重,于5月2日凌晨零时40分转本所。查体: T 37.5°C, P95次/分, R41次/分, BP17.6/11 kPa,神志清楚,急性病容、口唇及肢端明显发绀;双瞳孔对称等大,光反射存在,巩膜皮肤无黄染,无出血点;咽无充血水肿;两肺呼吸音

明显减低,满布湿性罗音,心率稍快、律齐;肝脾未及;神经系统(-);双下肢无浮肿。既往健康。化验: Hb130g/L, RBC $4.49 \times 10^{12}/L$, WBC $21.8 \times 10^9/L$, N0.88; 血钾3.9mmol/L, 血钙4.85mmol/L, 血钠141mmol/L, 血氯111mmol/L, 吸氧24小时后血氧分析, pH7.4, PaCO₂2.95 kPa, PaO₂10kPa, BE-7.7mmol/L, ALT 90u, HBsAg(-)。EKG 正常范围。胸片可见两肺间质呈弥漫性浸润性大片状阴影,边缘模糊,右肺叶间隙明显增宽。入院诊断,急性双光气中毒、肺水肿、化学性支气管炎、化学性肺炎。治疗经过,鼻塞给氧(3L/min),地塞米松(20mg静推,20mg静滴/日)5日(总量160mg),超声雾化吸入(5% NaHCO₃ 50ml, 1% 普鲁卡因10ml, 氨茶碱0.25,地塞米松5mg,庆大霉素16万单位,3~4次/日)共32天,地塞米松吸入总量320mg,限量补液,抗生素及对症处理,住院44天基本痊愈出院。出院时活动后有胸闷,背部两肺底仍有少许细湿罗音,胸片示两肺纹理增强,边缘模糊;肺功能测定有轻至中度小气道通气功能障碍。